

Maladies non transmissibles

Un compendium



Édité par **Nick Banatvala** et **Pascal Bovet**

Maladies non transmissibles

Maladies non transmissibles : Un compendium présente aux lecteurs les maladies non transmissibles (MNT) – leur définition, leur fardeau, leurs déterminants et la manière de les prévenir et d’y faire face.

Mettant l’accent sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ainsi que sur leurs cinq principaux facteurs de risque communs (tabagisme, consommation nocive d’alcool, alimentation malsaine, inactivité physique et pollution atmosphérique), tels que définis par l’Organisation des Nations Unies, cet ouvrage offre un aperçu de l’un des plus grands défis mondiaux du XXI^e siècle. Chaque année, les MNT tuent prématurément des millions de personnes à travers le monde, causant des souffrances indicibles à des centaines de millions d’autres, enfermant de nombreuses personnes dans la pauvreté et freinant la croissance économique et le développement durable. Bien que les ressources entre les pays et au sein de ceux-ci diffèrent largement, les principes clés de surveillance, de prévention et de gestion s’appliquent à tous les pays, de même que la nécessité de concentrer les ressources sur les interventions les plus rentables et abordables, ainsi que la nécessité d’une volonté politique forte, de ressources suffisantes et de partenariats soutenus et élargis. Ce compendium se compose de 59 chapitres courts et accessibles répartis en six sections : (i) description et mesure de la charge de morbidité et de l’impact des MNT ; (ii) charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires pour les différentes MNT ; (iii) déterminants sociaux et facteurs de risque des MNT et interventions prioritaires ; (iv) politique mondiale ; (v) questions transversales ; et (vi) action des parties prenantes.

S’appuyant sur l’expertise d’une équipe vaste et diversifiée d’experts politiques et universitaires de renommée internationale, cet ouvrage décrit les principales caractéristiques épidémiologiques des MNT et les interventions fondées sur des données probantes d’une manière concise et utile pour les décideurs de tous les secteurs de la société, ainsi que pour les praticiens de la santé publique et les cliniciens.

Nick Banatvala dirige le Secrétariat du groupe de travail inter-agences de l’Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, auprès de l’OMS, à Genève. Cette équipe a été créée pour rassembler le système de l’Organisation des Nations Unies et d’autres organisations intergouvernementales afin d’aider les gouvernements à atteindre les objectifs de développement durable liés aux maladies non transmissibles. Nick est également Professeur honoraire à l’université de Manchester, au Royaume-Uni, et Maître de conférences honoraire auprès de l’Imperial College London.

Pascal Bovet est Consultant principal et ancien professeur de santé publique au Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté) à Lausanne, en Suisse, ancien Chef de la section MNT, et codirecteur du Centre collaborateur de l'OMS sur les maladies cardiovasculaires chez les populations en transition. Pascal conseille depuis de nombreuses années des gouvernements du monde entier sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

Maladies non transmissibles

Un compendium

Édité par Nick Banatvala et
Pascal Bovet



Routledge
Taylor & Francis Group
LONDON AND NEW YORK

Le DOI pour la version en français est: DOI: 10.16908/pub.2024.001

Les informations bibliographiques ci-dessous se réfèrent à la version originale du livre en anglais:
DOI: 10.4324/9781003306689.

Les rédacteurs et les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées dans cet ouvrage et leurs propos ne représentent pas nécessairement les opinions, les décisions ou les politiques des institutions ou des organes directeurs auxquels ils sont affiliés.

Conception de l'image de couverture : aijchan, adaptée par Zsuzsanna Schreck.

Première publication en 2023

par Routledge

4 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN.

et par Routledge

605 Third Avenue, New York, NY 10158.

Routledge est une marque d'éditeur du groupe Taylor & Francis, une filiale d'Informa.

© 2023 sélection et édition, Nick Banatvala et Pascal Bovet ;
chapitres individuels, les collaborateurs.

Le droit de Nick Banatvala et Pascal Bovet à être identifiés comme les auteurs du matériel éditorial, ainsi que celui des auteurs pour leurs chapitres individuels, a été revendiqué conformément aux articles 77 et 78 de la Loi de 1988 sur le droit d'auteur, les dessins et modèles et les brevets.

La version en libre accès de cet ouvrage, disponible à l'adresse www.taylorfrancis.com, a été rendue disponible sous une licence Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0.

Avis de marque déposée : Les noms de produits ou d'entreprises peuvent être des marques déposées ou des marques de commerce déposées, et sont utilisés uniquement à des fins d'identification et d'explication sans intention de violation.

Données de catalogage avant publication de la British Library

Une notice bibliographique de ce livre est disponible auprès de la British Library.

Données de catalogage avant publication de la Library of Congress

Noms : Banatvala, Nick, rédacteur. | Bovet, Pascal, rédacteur.

Titre : Compendium sur les maladies non transmissibles/rédigé par Nick Banatvala et Pascal Bovet.

Autres titres : Maladies non transmissibles (Banatvala)

Description : Abingdon, Oxon : New York : Routledge, 2023. | Comprend des références bibliographiques et un index.

Identifiants : LCCN 2022041912 (imprimé) | LCCN 2022041913 (livre numérique) | ISBN 9781032307930 (cartonné) | ISBN 9781032307923 (broché) | ISBN 9781003306689 (livre numérique)

Sujets : MESH : Maladies non transmissibles | Maladies chroniques | Facteurs de risque |

Déterminants sociaux de la santé | Santé mondiale Classification : LCC RA566 (imprimé) |

LCC RA566 (livre numérique) | NLM QZ 185 | DDC 616.9/8-dc23/fra/2022110

Enregistrement au catalogue LC, disponible à l'adresse <https://lccn.loc.gov/2022041912>

Enregistrement du livre électronique au catalogue LC, disponible à l'adresse <https://lccn.loc.gov/2022041913>

ISBN : 978-1-032-30793-0 (hbk)

ISBN : 978-1-032-30792-3 (pbk)

ISBN : 978-1-003-30668-9 (ebk)

Composition en Bembo par Deanta Global Publishing Services, Chennai, Inde.

Accès aux documents annexes : www.routledge.com/9781032307923

Traduction réalisée par Octopus Translations grâce à une subvention de Unisanté (Lausanne).
L'édition anglaise demeure la source définitive.

Traduction par : Rachid Bouderkha Révision et édition : Audrey Frère.

Table des matières

<i>Liste des tableaux</i>	xiii
<i>Liste des figures</i>	xvi
<i>Collaborateurs</i>	xvii
<i>Préface</i>	xxv
<i>Avant-propos</i>	xxviii
<i>Avant-propos</i>	xxx
<i>Crédits</i>	xxxii
<i>Biographies des rédacteurs</i>	xxxii
<i>Abréviations</i>	xxxiv
<i>Note de la rédaction</i>	xxxv

PARTIE 1

Description et mesure de la charge de morbidité et de l'impact des MNT	1
1 Charge mondiale des MNT	3
PASCAL BOVET, COLIN MATHERS, NICK BANATVALA, MAJID EZZATI	
2 La transition épidémiologique et démographique comme moteur des MNT	15
PASCAL BOVET, FRED PACCAUD, SYLVIE STACHENKO	
3 MNT et développement durable	23
NICK BANATVALA, AIDAH NAKANJAKO, DOUGLAS WEBB	
4 Surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque : Principes	31
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, RICHARD COOPER, LEANNE RILEY	

5 Surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque : Outils sélectionnés	38
LEANNE RILEY, PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, MELANIE COWAN	
PARTIE 2	
Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires pour les différentes MNT	47
6 Maladies cardiovasculaires : Charge de morbidité, épidémiologie et facteurs de risque	49
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, KAY-TEE KHAW, K SRINATH REDDY	
7 Maladies cardiovasculaires : Interventions prioritaires	58
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, K SRINATH REDDY, KAY-TEE KHAW	
8 Hypertension : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	65
PASCAL BOVET, ALTA E SCHUTTE, NICK BANATVALA, MICHEL BURNIER	
9 Diabète : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	74
PASCAL BOVET, ISABELLE HAGON-TRAUB, JEAN CLAUDE N MBANYA, NICHOLAS J WAREHAM	
10 Obésité : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	83
PASCAL BOVET, NATHALIE FARPOUR-LAMBERT, NICK BANATVALA, LOUISE BAUR	
11 Cancer : Charge de morbidité, épidémiologie et principes relatifs aux interventions prioritaires	93
HESHAM GAAFAR, MAY ABDEL-WAHAB, PASCAL BOVET, ANDRÉ ILBAWI	
12 Cancer du sein : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	102
MIRIAM MUTEBI, KARLA UNGER-SALDAÑA, OPHIRA GINSBURG	

13 Cancer du col utérin : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	110
NICK BANATVALA, NEERJA BHATLA, SILVINA ARROSSI AND NATHALIE BROUETET	
14 Cancer colorectal : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	119
JEAN-LUC BULLIARD, SAMAR ALHOMOUD, DIETER HAHNLOSER	
15 Cancer de la prostate : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	126
DARIO TRAPANI, MARIANA SIQUEIRA, MANJU SENGAR, DOROTHY C LOMBE	
16 Maladies respiratoires chroniques : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	133
NILS E BILLO, NICK BANATVALA, PASCAL BOVET, ASMA EL SONY	
PARTIE 3	
Déterminants sociaux et facteurs de risque des MNT et interventions prioritaires	141
17 Déterminants sociaux de la santé et des MNT	143
RUTH BELL, J JAIME MIRANDA, JEAN WOO, MICHAEL MARMOT	
18 Tabagisme : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	151
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, JUDE GEDEON, ARMANDO PERUGA	
19 Régimes alimentaires malsains : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	159
FRANCESCO BRANCA, PASCAL BOVET, NAMUKOLO COVIC, ELISABETTA RECINE	
20 Cholestérol, graisses saturées et graisses trans : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	169
ROGER DARIOLI, PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, KAY-TEE KHAW	
21 Sels alimentaires et MNT : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	179
PASCAL BOVET, MICHEL BURNIER, NICK BANATVALA, LEO NEDERVEEN	

22 Sucres alimentaires et MNT : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	188
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, ERIC RAVUSSIN, LEO NEDERVEEN	
23 Reformulation des aliments pour la prévention et la lutte contre les MNT	196
CHIZURU NISHIDA, RAIN YAMAMOTO, EDUARDO AF NILSON, ALISON TEDSTONE	
24 Étiquetage nutritionnel pour la prévention et la lutte contre les MNT	205
KATRIN ENGELHARDT, CHIZURU NISHIDA, JENNY REID, BRIDGET KELLY	
25 Inactivité physique et MNT : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	213
ESTELLE VICTORIA LAMBERT, FIONA BULL	
26 Consommation nocive d'alcool et MNT : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	221
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, NICOLAS BERTHOLET, MARISTELA G MONTEIRO	
27 Pollution atmosphérique et MNT : Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires	229
JULIA FUSSELL, SOPHIE GUMY, HUALIANG LIN, MALA RAO	
28 Maladies infectieuses et MNT	238
NICK BANATVALA, EMILY B WONG, GIUSEPPE TROISI, ANTOINE FLAHAULT	
29 Génétique et MNT	246
MURIELLE BOCHUD, AMBROISE WONKAM, PASCAL BOVET, VINCENT MOOSER	
PARTIE 4	
Politique mondiale de prévention et de lutte contre les MNT	255
30 Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT 2000	257
NICK BANATVALA, GEORGE ALLEYNE	

- 31 Réunions de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT** 260
NICK BANATVALA, WERNER OBERMEYER, GEORGE ALLEYNE
- 32 Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT 2013-2030** 266
NICK BANATVALA, SVETLANA AKSELROD, PASCAL BOVET, SHANTHI MENDIS
- 33 La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le protocole visant à mettre un terme au commerce illicite des produits du tabac** 273
DOUGLAS WILLIAM BETTCHER, JULIETTE MCHARDY, PASCAL BOVET, ADRIANA BLANCO MARQUIZO
- 34 Meilleurs choix et autres interventions recommandées pour la prévention et la lutte contre les MNT** 280
NICK BANATVALA, PASCAL BOVET, WANRUDEE ISARANUWATCHAI, MELANIE Y BERTRAM
- 35 Responsabilité en matière de prévention et de lutte contre les MNT** 289
NICK BANATVALA, MELANIE COWAN, MANJU RANI, LEANNE RILEY
- PARTIE 5**
- Questions transversales relatives à la prévention et à la lutte contre les MNT** 299
- 36 Approches populationnelles et individuelles de la prévention et de la lutte contre les MNT** 301
PASCAL BOVET, NICK BANATVALA, KAY-TEE KHAW, K SRINATH REDDY
- 37 Une approche de la prévention et de la lutte contre les MNT tout au long de la vie** 310
JULIANNE WILLIAMS, KREMLIN WICKRAMASINGHE, SUMUDU K KASTURIARACHCHI, ARNAUD CHIOLERO

38 Couverture sanitaire universelle et prévention et lutte contre les MNT	316
NICK BANATVALA, KASPAR WYSS, PATRICIA AKWEONGO, AUGUST KUWAWENARUWA, VICTOR G RODWIN	
39 Financement et allocation de ressources pour la prévention et la lutte contre les MNT	325
NICK BANATVALA, VICTOR G RODWIN, TSEDAY ZERAYACOB, RACHEL NUGENT	
40 Faire valoir l'intérêt économique d'investir dans la prévention et la lutte contre les MNT	335
ANNA KONTSEVAYA, RACHEL NUGENT, ALEXEY KULIKOV, NICK BANATVALA	
41 Mesures fiscales pour la prévention et la lutte contre les MNT	344
FRANCO SASSI, RONALD CAFRINE, M ARANTXA COLCHERO, NEENA PRASAD	
42 Renforcement des systèmes de santé et de la prestation de services pour la prévention et la lutte contre les MNT	351
CHERIAN VARGHESE, BARIDALYNE NONGKYNRIH, PASCAL BOVET, NICK BANATVALA	
43 Dépistage et bilans de santé dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT	361
KEVIN SELBY, NICK BANATVALA, PASCAL BOVET, JACQUES CORNUZ	
44 Accès aux médicaments de prévention et de lutte contre les MNT	371
CÉCILE MACÉ, DAVID BERAN, RAFFAELLA RAVINETTO, CHRISTOPHE PERRIN	
45 Accès aux technologies médicales de prévention et de lutte contre les MNT	378
ADRIANA VELAZQUEZ BERUMEN, NICOLÒ BINELLO, SASIKALA THANGAVELU, GABRIELA JIMÉNEZ MOYAO	
46 Droit, prévention et lutte contre les MNT	386
BENN MCGRADY, KRITIKA KHANIJO, SUZANNE ZHOU	

47	Changer les comportements à grande échelle pour prévenir les MNT	394
	Theresa M Marteau, Gareth J Hollands, Devaki Nambiar, Marcus R Munafò	
48	Promouvoir les comportements en matière de santé au niveau individuel pour prévenir et lutter contre les MNT	403
	Paul Aveyard, Wendy Hardeман, Robert Horne	
49	Technologies numériques pour la prévention et la lutte contre les MNT	411
	Surabhi Joshi, Cheick Oumar Bagayoko, Awa Babington-Ashaye, Antoine Geissbuhler	
50	Une communication efficace pour la prévention et la lutte contre les MNT	419
	Jaimie Guerra, Elorm Ametepe, Pascal Bovet, Nick Banatvala	
51	Prévention et lutte contre les MNT dans les situations d'urgence et dans les contextes humanitaires	427
	Éimhín Ansbro, Nick Banatvala, Sylvia Kehlenbrink, Kiran Jobanputra	
52	Le rôle des droits de l'homme dans la prévention et la lutte contre les MNT	436
	Lynn Gentile, Maria Chiara Campisi, Nyasha Chingore	
PARTIE 6		
	Action des parties prenantes dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT	445
53	Intervention pangouvernementale pour la prévention et la lutte contre les MNT	447
	Roy Small, Tamu Davidson, Conrad Shamlaye, Nick Banatvala	
54	Intervention pansociétale pour la prévention et la lutte contre les MNT	457
	Nick Banatvala, Roy Small, Pascal Bovet, Cristina Parsons Perez	

- 55 Le rôle des personnes atteintes de MNT dans la prévention et la lutte contre les MNT** 467
JOHANNA RALSTON, CRISTINA PARSONS PEREZ, CHARITY MUTURI,
CATHERINE KAREKEZI
- 56 Le rôle du secteur privé dans la prévention et la lutte contre les MNT** 475
NICK BANATVALA, ALAN M TRAGER, MARY AMUYUNZU-NYAMONGO,
TÉA COLLINS
- 57 Le rôle des partenariats public-privé dans la prévention et la lutte contre les MNT** 484
ALAN M TRAGER, ETHAN SIMON, SO YOON SIM, NICK BANATVALA
- 58 Efficacité de l'aide et rôle des agences de développement multilatérales et bilatérales dans la prévention et la lutte contre les MNT** 493
NICK BANATVALA, ANDREA FEIGL, NNENNA EZEIGWE, DUDLEY TARLTON
- 59 Leadership en matière de prévention et de lutte contre les MNT** 502
PEKKA PUSKA, NIZAL SARRAFZADEGAN, BHARATHI VISWANATHAN,
NICK BANATVALA

Index 509

Supplément 1. Tendances de la mortalité due aux MNT et fractions attribuables à la population. Les figures (graphiques) de ce supplément illustrent les estimations de la mortalité due aux MNT présentées dans de nombreux tableaux du compendium. Disponible à l'adresse suivante : www.routledge.com/9781032307923

Supplément 2. Déclarations d'intérêt des auteurs et des rédacteurs. Disponible à l'adresse suivante : www.routledge.com/9781032307923

Tableaux

1.1	Nombre total de décès et taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour la mortalité due aux quatre principales MNT, par pays de la Banque mondiale catégorie de revenu en 1990 et 2019 (IHME)	8
1.2	Fractions de la mortalité mondiale due aux quatre principales MNT qui sont attribuables à des facteurs modifiables de risque comportementaux, métaboliques et environnementaux (IHME)	10
3.1	Exemples de liens entre les MNT et plusieurs ODD non liés à la santé	24
5.1	Outils de surveillance pour mesurer les progrès réalisés par rapport aux indicateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT	38
6.1	Mortalité due aux maladies cardiovasculaires (MCV), aux cardiopathies ischémiques et aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) (IHME)	46
8.1	Nombre et pourcentage de décès et mortalité normalisés selon l'âge attribuables à une hypertension artérielle (IHME)	59
9.1	Mortalité attribuable au diabète et à une hyperglycémie à jeun (IHME)	68
10.1	Les seuils de l'OMS pour le tour de taille et le rapport tour de taille/hanches et risque de complications métaboliques chez les adultes	75
10.2	Mortalité attribuable à un IMC élevé (IHME)	76
11.1	Mortalité et fractions de la mortalité attribuables aux facteurs de risque modifiables pour les cancers les plus fréquents	84
12.1	Mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes (IHME)	92
13.1	Mortalité attribuable au cancer du col utérin (IHME)	99
14.1	Mortalité attribuable au cancer colorectal (IHME)	107
15.1	Mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes (IHME)	113

16.1	Mortalité attribuable aux maladies respiratoires chroniques (MRC), y compris la BPCO, l'asthme et la pneumoconiose (IHME)	119
16.2	Exemples d'objectifs et d'indicateurs mondiaux de l'OMS pertinents pour les MRC	123
17.1	Les six domaines d'action du rapport Marmot avec des exemples d'action pour la prévention et la lutte contre les MNT	130
18.1	Mortalité attribuable au tabagisme (IHME)	135
19.1	Mortalité attribuable aux risques alimentaires (IHME)	142
20.1	Mortalité attribuable à un taux élevé de cholestérol LDL dans le sang et à des régimes alimentaires riches en graisses trans (IHME)	151
20.2	Catégories de risque de MCV associées à des niveaux anormaux de lipides sanguins en mmol/l (mg/dl entre parenthèses)	154
21.1	Mortalité attribuable à une alimentation riche en sodium (sel)	158
22.1	Mortalité attribuable à une consommation élevée de boissons sucrées (IHME)	166
24.1	Exemples de conditions pour les allégations nutritionnelles	182
25.1	Recommandations de l'OMS sur l'activité physique des enfants, des adolescents, et des adultes	188
25.2	Mortalité attribuable à une faible activité physique (IHME)	189
26.1	Mortalité attribuable à la consommation d'alcool (IHME)	195
27.1	Mortalité attribuable à la pollution atmosphérique (IHME)	203
29.1	Exemples d'implications cliniques et de santé publique de la génétique en relation avec les MNT	220
31.1	Difficultés liées à la mise en œuvre des meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT	232
32.1	Exemples d'actions décrites dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT au titre de l'Objectif 1 : accroître la priorité accordée aux MNT dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux par le biais de la coopération internationale et du plaidoyer (simplifié)	238
33.1	Mesures visant à réduire la demande et l'offre de tabac	241
34.1	Meilleurs choix de l'OMS (interventions dont le rapport coût-efficacité moyen (ACER) est ≤ 100 dollars internationaux par AVCI évitée), interventions recommandées (celles pour lesquelles des estimations de l'analyse coût-efficacité (ACE) sont disponibles, mais dont l'ACER > 100), et autres interventions recommandées (celles pour lesquelles des estimations de l'ACE ne sont pas disponibles)	247
35.1	Cadre mondial de surveillance des MNT de l'OMS	254

36.1	Principales caractéristiques des stratégies basées sur la population et à haut risque de prévention et de lutte contre les maladies	264
39.1	Composition des dépenses de santé par source de financement en 2019	289
39.2	L'aide publique au développement (bailleurs de fonds officiels, tous canaux confondus, versements bruts, pour les pays en développement) en 2020	290
40.1	Charge économique des MNT, 2011-2030 (trillions de dollars US en 2010)	296
40.2	Rendements sur cinq ans d'un ensemble d'interventions visant à prévenir les MNT sur la base de la méthodologie d'investissement de l'OMS et du PNUD dans une sélection de pays	299
42.1	Les six modules HEARTS pour renforcer la prise en charge des MNT dans les soins primaires	313
42.2	Quinze défis du système de santé et opportunités d'amélioration des résultats des MNT	315
43.1	Dépistage et bilans de santé conformes aux meilleures pratiques de l'OMS et autres interventions en rapport avec les MNT	324
47.1	Interventions au niveau de la population visant à modifier les comportements à grande échelle pour prévenir les MNT : Les meilleurs choix de l'OMS et les autres interventions connexes	349
50.1	Analyse des parties prenantes ou du public pour un seul résultat/objectif de communication global (SOCO)	372
54.1	Le rôle des gouvernements, du secteur privé et des médias dans la prévention et la lutte contre les MNT	403
55.1	Exemples de manières dont l'implication des personnes atteintes de MNT peut se traduire par des actions concrètes en faveur de la prévention et de la lutte contre les MNT	414
57.1	Modèles de fonctionnement des partenariats public-privé	430
59.1	Styles de direction	443

Figures

2.1	Diminution de la mortalité toutes causes confondues et modification des schémas de mortalité aux quatre stades de la transition épidémiologique	16
2.2	Transition démographique au fil du temps et causes de décès prédominantes associées	19
3.1	La pauvreté contribue aux MNT et les MNT contribuent à la pauvreté	22
6.1	La relation entre les facteurs de risque et les MCV (et d'autres MNT sélectionnées)	48
13.1	L'approche de la prévention et de la lutte contre le cancer du col utérin tout au long de la vie	100
17.1	Cadre conceptuel de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé	128
24.1	Intégration des déclarations nutritionnelles, des informations nutritionnelles supplémentaires et des allégations de santé et de nutrition	183
37.1	Impact des interventions tout au long de la vie pour réduire le risque cumulé de MNT	272
38.1	Les trois dimensions clés de la couverture sanitaire universelle (CSU) : couverture de la population, couverture des services et proportion des coûts couverts	277
42.1	Défis liés à la fourniture de soins de santé optimaux pour les MNT	310
43.1	Les avantages et les inconvénients d'un programme de dépistage	319
43.2	Exemple de cadre pour le dépistage, l'accompagnement et la vaccination en vue de la prévention des MNT et de leurs facteurs de risque au niveau des soins primaires en Suisse	323
56.1	Industries classées en fonction de l'alignement des valeurs	419

Collaborateurs

Rédacteurs en chef

Nick Banatvala et Pascal Bovet

Collaborateurs

May Abdel-Wahab, Division de la santé humaine, Agence internationale de l'énergie atomique, Vienne, Autriche.

Svetlana Akselrod, Bureau du Directeur général adjoint, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Patricia Akweongo, École de santé publique, Université du Ghana, Accra, Ghana.

Samar Alhomoud, section de chirurgie colorectale, hôpital spécialisé et centre de recherche King Faisal, Riyad, Arabie saoudite.

George Alleyne, Organisation panaméricaine de la santé, Washington DC, États-Unis. Elorm Ametepe, Relations publiques, ministère de la Santé, Accra, Ghana.

Mary Amuyunzu-Nyamongo, Institut africain pour la santé et le développement, Nairobi, Kenya.

Éimhín Ansbro, Centre pour les maladies chroniques mondiales, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni.

Éimhín Ansbro, Centre pour les maladies chroniques mondiales, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni.

Silvina Arrossi, Santé, économie et société, Centre d'étude de l'État et de la société (CEDES), Buenos Aires, Argentine.

Paul Aveyard, Département de soins de santé primaires de la Fondation Nuffield, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni.

Awa Babington-Ashaye, Division de cybersanté et de télémédecine, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse.

Cheick Oumar Bagayoko, Centre de santé numérique et d'innovation, Université des sciences, techniques et technologies de Bamako, Bamako, Mali.

Nick Banatvala, secrétariat du groupe de travail interinstitutions de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Louise Baur, École de médecine de Sydney, Université de Sydney, Sydney, Australie.

Ruth Bell, Institut de l'équité en santé, University College London, Londres, Royaume-Uni.

David Beran, Division de médecine tropicale et humanitaire, Université de Genève, Genève, Suisse.

Nicolas Bertholet, Médecine des addictions, Hôpital universitaire de Lausanne, Lausanne, Suisse.

Melanie Y Bertram, Département Delivery for Impact, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Douglas William Bettcher, Bureau du Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Neerja Bhatla, Département d'obstétrique et de gynécologie, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde.

Nils E Billo, Consultant indépendant, Joensuu, Finlande, anciennement à l'Unité de prise en charge des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Nicolò Binello, Équipe des dispositifs médicaux et du diagnostic in vitro, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Adriana Blanco Marquizo, Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (une entité hébergée par l'OMS), Genève, Suisse.

Murielle Bochud, Département d'épidémiologie et des systèmes de santé, Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Pascal Bovet, Département d'épidémiologie et des systèmes de santé, Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Francesco Branca, Département de la nutrition et de la sécurité alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Nathalie Broutet, Département de la santé sexuelle et reproductive et de la recherche, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Fiona Bull, Unité d'activité physique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Jean-Luc Bulliard, Département d'épidémiologie et des systèmes de santé, Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Michel Burnier, Service de néphrologie et d'hypertension, Hôpital universitaire de Lausanne, Lausanne, Suisse.

Ronald Cafrine, Département du commerce, ministère des Finances, de la Planification nationale et du Commerce, Victoria, Seychelles.

Maria Chiara Campisi, Programme de droit de la santé, Organisation internationale de droit du développement, Rome, Italie.

Nyasha Chingore, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, Windhoek, Namibie.

Arnaud Chiolero, Laboratoire de santé des populations, Université de Fribourg, Fribourg, Suisse.

M Arantxa Colchero, Centre de recherche sur les systèmes de santé, Institut national de santé publique, Cuernavaca, Mexique.

Téa Collins, Plate-forme mondiale sur les MNT, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Jacques Cornuz, Département de médecine générale, Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Namukolo Covic, Institut international de recherche sur le bétail, Addis-Abeba, Éthiopie.

Melanie Cowan, Département des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Roger Darioli, Fondation suisse pour la nutrition et la santé, Epalinges, Suisse.

Tamu Davidson, Département des maladies chroniques et des blessures, Agence de santé publique des Caraïbes, Port of Spain, Trinité-et-Tobago.

Asma El Sony, Laboratoire épidémiologique pour la santé publique, la recherche et le développement, Khartoum, Soudan.

Katrin Engelhardt, Département de la nutrition et de la sécurité alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Nnenna Ezeigwe, Consultante indépendante, anciennement au département des maladies non transmissibles, ministère fédéral de la Santé du Nigeria, Abuja, Nigeria.

Majid Ezzati, Imperial College London, Londres, Royaume-Uni et Université du Ghana, Accra, Ghana.

Nathalie J Farpour-Lambert, Service d'endocrinologie, de diabétologie, de nutrition et d'éducation thérapeutique du patient, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse.

Andrea Feigl, Health Finance Institute, Washington DC, États-Unis.

Antoine Flahault, Institut de santé mondiale, Université de Genève, Genève, Suisse.

Julia Fussell, École de santé publique, Imperial College London, Londres, Royaume-Uni.

Hesham Gaafar, Département des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Jude Gedeon, Autorité de la santé publique, ministère de la Santé, Victoria, Seychelles.

Antoine Geissbuhler, Division de cybersanté et de télémédecine, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse.

Lynn Gentile, Service du développement et des questions économiques et sociales, Haut Commissariat de l'Organisation des Nations Unies aux droits de l'homme, Genève, Suisse.

Ophira Ginsburg, Centre pour la santé mondiale, Institut national du cancer des États-Unis, Rockville, États-Unis.

Jaimie Guerra, Département de la communication, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Sophie Gumy, Département de l'environnement, du changement climatique et de la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Isabelle Hagon-Traub, Unité d'endocrinologie et de diabétologie, Centre hospitalier du Valais, Sion, Suisse.

Dieter Hahnloser, Service de chirurgie viscérale, Hôpital universitaire de Lausanne, Lausanne, Suisse.

Wendy Hardeman, École des sciences de la santé, Université d'Est-Anglie, Norwich, Royaume-Uni.

Gareth J. Hollands, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI Centre), University College London, Londres, Royaume-Uni.

Robert Horne, École de pharmacie de l'UCL, University College London, Londres, Royaume-Uni.

Wanrudee Isaranuwatjai, Programme d'intervention sanitaire et d'évaluation des technologies, ministère de la Santé publique, Nonthaburi, Thaïlande.

Gabriela Jiménez Moyao, Équipe d'appui à la mise en œuvre dans le domaine de la santé, Programme de l'Organisation des Nations Unies pour le développement, Genève, Suisse.

Kiran Jobanputra, Médecins sans Frontières, Londres, Royaume-Uni.

Surabhi Joshi, Département de la santé numérique et des innovations, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Catherine Karekezi, NCD Alliance Kenya, Nairobi, Kenya.

Sumudu K Kasturiarachchi, Consultante indépendante, anciennement au Bureau du Directeur général adjoint des services de santé publique, ministère de la Santé, Colombo, Sri Lanka.

Sylvia Kehlenbrink, Division de l'endocrinologie, du diabète et de l'hypertension, Brigham and Women's Hospital, Boston, États-Unis.

Bridget Kelly, École de santé et de société, Université de Wollongong, Wollongong, Australie.

Kritika Khanijo, Droit et politiques de santé publique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Kay-Tee Khaw, Unité d'épidémiologie du MRC, Université de Cambridge, Cambridge, Royaume-Uni.

Anna Kontsevaya, Département de santé publique, Centre national de recherche médicale pour la thérapie et la médecine préventive, Moscou, Fédération de Russie.

Alexey Kulikov, Secrétariat du groupe de travail interinstitutions de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

August Kuwawenaruwa, Département des systèmes de santé, de l'évaluation d'impact et des politiques, Institut de santé Ifakara, Dar-es-Salam, Tanzanie.

Estelle Victoria Lambert, Centre de recherche sur la santé par l'activité physique, le mode de vie et le sport, Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud.

Hualiang Lin, École de santé publique, Université Sun Yat-sen, Canton, Chine.

Dorothy C Lombe, Services régionaux de traitement du cancer, Conseil de santé du district de MidCentral, Palmerston North, Nouvelle-Zélande.

Cécile Macé, Consultante indépendante, anciennement au Département des médicaments et produits de santé essentiels, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Michael Marmot, Institute of Health Equity, University College London, Londres, Royaume-Uni.

Theresa M Marteau, Département de santé publique et de soins primaires, Université de Cambridge, Cambridge, Royaume-Uni.

Colin Mathers, Consultant indépendant, anciennement à l'Unité d'analyse de la mortalité et de la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Jean Claude N Mbanya, Département de médecine interne et de spécialités, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun.

Benn McGrady, Unité Droit et politiques de la santé publique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Juliette McHardy, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown Law, Washington, DC, États-Unis.

Shanthi Mendis, Consultante indépendante, anciennement au Département des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

J Jaime Miranda, Centre d'excellence CRONICAS pour les maladies chroniques, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Pérou.

Maristela G Monteiro, Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Organisation panaméricaine de la santé, Washington DC, États-Unis.

Vincent Mosser, Département de génétique humaine, Université McGill, Montréal, Canada.

Marcus R Munafò, École de sciences psychologiques, Université de Bristol, Bristol, Royaume-Uni.

Miriam Mutebi, Département de chirurgie, Université Aga Khan, Nairobi, Kenya.

Charity Muturi, Comité consultatif mondial Our Views, Our Voices, NCD Alliance, Nairobi, Kenya.

Devaki Nambiar, Division des sciences des systèmes de santé, George Institute for Global Health, Delhi, Inde.

Leo Nederveen, Unité des facteurs de risque et de la nutrition, Organisation panaméricaine de la santé, Washington DC, États-Unis.

Eduardo AF Nilson, Programme d'alimentation et de nutrition, Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasilia, Brésil.

Chizuru Nishida, Département de la nutrition et de la sécurité alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Baridalyne Nongkynrih, Centre de médecine communautaire, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde.

Rachel Nugent, Centre pour les MNT mondiales, RTI International, Seattle, États-Unis.

Werner Obermeyer, Bureau du Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, New York, États-Unis.

Fred Paccaud, Département d'épidémiologie et des systèmes de santé, Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Cristina Parsons Perez, Unité de développement des capacités, NCD Alliance, Londres, Royaume-Uni.

Christophe Perrin, Consultant indépendant, anciennement à Médecins Sans Frontières Access Campaign, Paris, France.

Armando Peruga, Institut catalan d'oncologie-Institut de recherche biomédicale de Bellvitge (IDIBELL) & Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Espagne.

Neena Prasad, Bloomberg Philanthropies, New York, États-Unis.

Pekka Puska, Institut finlandais pour la santé et le bien-être (THL), Helsinki, Finlande.

Johanna Ralston, Directrice générale de la Fédération mondiale de l'obésité, Londres, Royaume-Uni.

Manju Rani, département Populations en meilleure santé et Maladies non transmissibles, bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, Delhi, Inde.

Mala Rao, Département des soins primaires et de la santé publique, Imperial College London, Londres, Royaume-Uni.

Raffaella Ravinetto, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique.

Eric Ravussin, Sciences cliniques, Pennington Biomedical Research Center, Bâton-Rouge, États-Unis.

Elisabetta Recine, Observatoire des politiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle, Université de Brasilia, Brasilia, Brésil.

K Srinath Reddy, Fondation indienne pour la santé publique, Gurugram, Inde.

Jenny Reid, Politique et Commerce, ministère des Industries primaires, Wellington, Nouvelle-Zélande.

Leanne Riley, Département des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Victor G Rodwin, École de service public Wagner, Université de New York, New York, États-Unis.

Nizal Sarrafzadegan, Centre de recherche cardiovasculaire d'Ispahan, Université des sciences médicales d'Ispahan, Ispahan, Iran.

Franco Sassi, Centre for Health Economics & Policy Innovation, Imperial College London, Londres, Royaume-Uni.

Aletta E Schutte, Université de Nouvelle-Galles du Sud, The George Institute for Global Health, Sydney, Australie.

Kevin Selby, Département des soins ambulatoires, Centre de soins primaires et de santé publique (Unisanté), Lausanne, Suisse.

Manju Sengar, Département d'oncologie médicale, Tata Memorial Centre, Mumbai, Inde.

Conrad Shamlaye, Autorité de santé publique, ministère de la Santé, Victoria, Seychelles.

So Yoon Sim, Département Vaccination, vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Ethan Simon, PPP Initiative Ltd, Los Angeles, États-Unis.

Mariana Siqueira, Oncologie médicale, Institut de recherche et d'enseignement D'Or, Rio de Janeiro, Brésil.

Roy Small, Groupe VIH, santé et développement, Programme de l'Organisation des Nations Unies pour le développement, New York, États-Unis.

Sylvie Stachenko, Consultante indépendante, anciennement à l'École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton, Canada.

Dudley Tarlton, Groupe Santé et développement du VIH, Programme de l'Organisation des Nations Unies pour le développement, Istanbul, Turquie.

Alison Tedstone, Consultante indépendante, anciennement à l'Office pour l'amélioration de la santé et la réduction des disparités, Département de la santé et des affaires sociales, Angleterre, Londres, Royaume-Uni.

Sasikala Thangavelu, Consultante indépendante, anciennement à la Division de la politique, du code et des normes, Autorité des dispositifs médicaux, Cyberjaya, Malaisie.

Alan M Trager, The Bartlett School of Sustainable Construction, University College London, Londres, Royaume-Uni.

Dario Trapani, Développement de nouveaux médicaments pour les thérapies innovantes, European Institute of Oncology IRCCS, Milan, Italie.

Giuseppe Troisi, secrétariat du groupe de travail interinstitutions de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Karla Unger-Saldaña, Unité d'épidémiologie, Institut national du cancer, Mexico, Mexique.

Cherian Varghese, Département des maladies non transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Adriana Velazquez Berumen, Équipe des dispositifs médicaux et du diagnostic in vitro, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Bharathi Viswanathan, Unité pour la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires, ministère de la Santé, Victoria, Seychelles.

Nicholas J Wareham, Unité d'épidémiologie du MRC, Université de Cambridge, Cambridge, Royaume-Uni.

Douglas Webb, Groupe VIH, santé et développement, Programme de l'Organisation des Nations Unies pour le développement, New York, États-Unis.

Kremlin Wickramasinghe, Bureau européen de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Julianne Williams, Bureau européen de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark.

Emily B Wong, Département des sciences fondamentales et translationnelles, Institut africain de recherche sur la santé, Durban, Afrique du Sud.

Ambroise Wonkam, Institut McKusick-Nathans et Département de médecine génétique, Université Johns Hopkins, Baltimore, États-Unis.

Jean Woo, Département de médecine et de soins thérapeutiques, Université chinoise de Hong Kong, Région administrative spéciale de Hong Kong, Chine.

Kaspar Wyss, Swiss Centre for International Health, Institut suisse de santé tropicale et de santé publique, Allschwil, Suisse.

Rain Yamamoto, Département de la nutrition et de la sécurité alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Tseday Zerayacob, Consultante indépendante, actuellement au Centre de ressources pour les achats stratégiques en Afrique, Addis-Abeba, Éthiopie.

Suzanne Zhou, Centre McCabe pour le droit et le cancer, Melbourne, Australie.

Préface

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, collectivement appelées maladies non transmissibles (MNT) par l'Organisation des Nations Unies en 2011, comptent parmi les plus grands défis du XXI^e siècle. Les MNT ont un impact socio-économique considérable sur les individus, leurs familles et la société dans son ensemble. La lutte contre les MNT ne se limite pas à la prévention et au traitement des maladies ; elle fait partie intégrante du développement durable.

Le compendium se limite aux quatre MNT susmentionnées et à cinq principaux facteurs de risque communs : le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et la pollution de l'air. Bien que cette approche compte de nombreux partisans, nous sommes conscients que d'autres peuvent la trouver réductrice.

Le compendium s'articule également autour du Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013–2030, qui comprend un ensemble d'interventions rentables et fondées sur des données probantes, approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé, que tous les pays devraient s'efforcer de mettre en œuvre en tant que priorité de santé publique. Il est aussi souvent appelé Meilleurs choix de l'OMS et autres interventions recommandées.

Tout au long du compendium, nous avons utilisé l'outil en ligne GDB Compare de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) pour décrire la charge de morbidité, y compris les estimations brutes et ajustées selon l'âge, ainsi que les fractions attribuables à la population. Nous avons décidé d'utiliser cet outil, car il fournit une source dont les données sont disponibles depuis 1990. De plus, les estimations sont cohérentes en interne et peuvent être générées par le lecteur pour tous les pays – par conséquent, les estimations figurant dans le compendium peuvent être reproduites. Comme pour toutes les bases de données, des limites existent, notamment le fait que la modélisation basée sur un certain nombre d'hypothèses est souvent nécessaire pour tenir compte des données manquantes ou de mauvaise qualité.

Notre public cible est constitué de professionnels de la santé publique et du développement humain, ainsi que d'acteurs gouvernementaux et de la société qui peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la prévention et de

la lutte contre les MNT. Nous espérons que le compendium sera également accessible et utile aux personnes atteintes de MNT, aux médias et aux membres intéressés du public. Chaque chapitre vise à fournir une synthèse courte et facile à comprendre des questions clés et des interventions prioritaires, avec un petit nombre de références pour orienter les lecteurs vers des articles complémentaires. Bien que nous soyons parfaitement conscients de n'avoir pas accordé aux auteurs un espace suffisamment grand pour donner aux problèmes l'attention et la profondeur qu'ils méritent, nous avons essayé de veiller à ce que chaque chapitre soit suffisamment complet et pertinent pour les lecteurs dans la plupart des contextes. Les ressources entre et au sein des pays diffèrent largement, mais des principes de santé publique communs, tels qu'un ensemble commun d'indicateurs de surveillance principaux et d'interventions principales en matière de prévention et de prise en charge, tendent à s'appliquer à tous les pays ou à la plupart d'entre eux, de même que la nécessité de concentrer les ressources sur les interventions les plus rentables et abordables, ainsi que la nécessité de partenariats durables et élargis pour améliorer les résultats en matière de MNT dans le cadre d'objectifs de développement plus larges.

En rédigeant et en éditant ce compendium, nous souhaitons garder à l'esprit les besoins des personnes atteintes de MNT, y compris les personnes à risque. Nous avons tous deux des enfants, et nous voulons les voir, ainsi que leurs enfants, vivre et s'épanouir dans des environnements qui les encouragent à faire des choix sains de manière facile et abordable. Et s'ils tombent malades, nous voulons qu'ils puissent bénéficier de traitements et de soins de qualité, efficaces et abordables.

Ce compendium s'inspire de plus de 20 séminaires résidentiels sur la prévention et la lutte contre les MNT organisés conjointement depuis 2010 par l'OMS et l'Université de Lausanne, en Suisse et dans d'autres parties du monde. Des décideurs et des praticiens de la santé publique de plus de 110 pays ont participé à un ou plusieurs de ces cours jusqu'à présent. L'animation de ces séminaires a été extrêmement gratifiante, et nous avons été ravis lorsque Routledge nous a proposé d'élaborer un compendium basé sur l'approche que nous avons utilisée au cours des dix dernières années. Le corps professoral de ces séminaires a toujours été composé de membres du personnel de l'OMS et d'institutions académiques, et ce compendium à auteurs multiples en est le reflet.

Nous sommes extrêmement reconnaissants aux experts en politique, en programme, du domaine clinique et aux experts universitaires qui ont travaillé ensemble pendant de nombreux mois pour faire de ce compendium une réalité. La nature multifactorielle des MNT signifie que leur prévention et leur contrôle constituent l'un des domaines les plus difficiles de la santé publique et vont bien au-delà des solutions techniques dans le secteur de la santé, exigeant une action coordonnée complexe et un engagement politique fort à tous les échelons du gouvernement et de la société.

La prévention et la lutte contre les MNT progressent rapidement. De nouvelles données probantes apparaissent constamment sur les causes des MNT et sur les interventions efficaces pour prévenir et traiter ces maladies. Nous

espérons pouvoir tenir compte de ces changements dans les prochaines éditions de ce compendium.

Nous sommes extrêmement reconnaissants à Routledge et à Deanta (en particulier Helena Hurd, Rosie Anderson et Shanmugapriya Rajaram) pour tout le soutien dont ils ont fait preuve en nous aidant à conceptualiser, puis à développer et à finaliser le compendium.

Enfin, nous ne sommes que trop conscients des limites de nos compétences en matière d'édition et nous demandons aux lecteurs de faire preuve d'indulgence lorsqu'ils parcourent l'ouvrage. Si les lecteurs souhaitent nous faire part de leurs commentaires sur la manière d'améliorer les éditions futures, nous serions ravis de les entendre.

Nick Banatvala et Pascal Bovet

Avant-propos

Les maladies non transmissibles (MNT) continuent d'avoir un impact considérable sur la santé et la situation socio-économique dans le monde. Environ 80 % des décès prématurés dus aux MNT sont causés par les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies pulmonaires chroniques et le diabète. Il est possible de se réjouir dans la mesure où nombre de ces maladies peuvent être prévenues et traitées avec succès grâce à des interventions fondées sur des données probantes et à fort impact qui peuvent être mises en œuvre dans tous les pays, indépendamment des revenus. Néanmoins, et cela confère un aspect tragique à la situation, des millions de personnes meurent encore trop jeunes des MNT ou souffrent inutilement parce que ces interventions ne sont pas mises à la disposition de la plupart des individus dans le monde.

Ce compendium est une contribution importante à la lutte mondiale contre les MNT. Je me réjouis qu'il ait été inspiré par les séminaires sur les MNT qui sont organisés depuis 2010 et que j'ai initiés, en ma qualité de Directeur et Directeur général adjoint de l'OMS, avec l'Université de Lausanne, un centre collaborateur de l'OMS pour les maladies cardiovasculaires dans les pays en transition. Ces séminaires ont été organisés pour renforcer les capacités des responsables de la santé et des gestionnaires des programmes nationaux de lutte contre les MNT, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Conformément aux séminaires, le compendium s'articule autour de la stratégie mondiale de l'OMS de 2000 et des plans d'action et initiatives mondiaux relatifs aux MNT et autres, que j'ai eu l'honneur et le privilège de diriger pendant de nombreuses années en tant que Directeur et Directeur général adjoint de l'OMS. Ensemble, ils ont joué un rôle déterminant dans l'organisation de la réunion de haut niveau des chefs d'État et de gouvernement sur les MNT lors de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies en 2011. Les principes et les actions définis dans ces stratégies et les engagements pris par tous les pays lors de l'Assemblée générale continuent de sous-tendre les mesures prises au niveau mondial et national pour lutter contre les MNT.

Si la sensibilisation aux MNT a bien progressé depuis 2000 et si de nombreux pays ont mis en place des politiques visant à réduire l'impact des MNT sur la santé et le développement, les mesures prises au cours des dix dernières années ont été lentes et inégales, si bien que de nombreux pays sont en retard

sur leurs engagements. Afin d'intensifier l'action, il sera essentiel d'explorer, de manière objective et transparente, les lacunes existantes à l'origine de la lenteur des mesures et les raisons qui limitent la transformation des engagements déclarés en investissements durables.

En examinant l'épidémiologie et l'impact des quatre principales maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque modifiables communs, et en se concentrant sur les interventions rentables et fondées sur des données probantes pour les prévenir et les contrôler, ce compendium complet et concis est une ressource importante pour soutenir les décideurs, les praticiens de la santé publique, les cliniciens, la société civile et les autres parties prenantes qui œuvrent en vue de renforcer l'action politique et technique sur les maladies non transmissibles aux niveaux mondial, régional et national.

Tout au long de mon travail auprès de l'OMS, j'ai eu la chance de travailler avec un grand nombre de collègues, d'experts internationaux et de partenaires, dont beaucoup ont contribué à cet ouvrage - ce qui a rendu l'écriture de cet avant-propos particulièrement agréable. Je félicite les rédacteurs et exprime ma profonde gratitude aux nombreuses personnes qui ont partagé leurs riches connaissances et expériences afin d'aider toutes les personnes concernées à traduire les engagements nationaux et internationaux en investissements et en actions durables, et à inverser ainsi la tendance en matière de MNT.

*Professeur Ala Alwan
de Santé mondiale,
London School of Hygiene and Tropical Medicine.
Directeur régional émérite,
Organisation mondiale de la Santé.*

Avant-propos

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (Suisse), connu du grand public sous le nom d'Unisanté (www.unisante.ch), est très heureux d'avoir financé la traduction en français de ce Compendium, initialement rédigé en anglais, et de pouvoir ainsi contribuer à la diffusion dans le monde francophone de cet important ouvrage.

La prévention, les soins et la recherche sur les maladies non-transmissibles (MNT) font partie des missions prioritaires d'Unisanté, notamment au vu du vieillissement de la population et du haut potentiel de prévention de ces maladies. Unisanté collabore à de multiples projets internationaux dans le domaine des MNT. Unisanté a notamment hébergé un Centre Collaborateur de l'OMS dans le domaine des maladies cardiovasculaires dans les populations en transition pour appuyer la lutte contre les MNT dans les pays émergents et a, dans ce cadre, coorganisé avec l'OMS des séminaires sur ces maladies qui ont accueilli des participants de plus de 100 pays.

Forts de l'expertise conjointe d'Unisanté et de l'OMS et des échanges avec les cadres des ministères de la santé qui y ont participé, ces séminaires ont été une source de motivation et d'inspiration pour développer ce compendium à la fois factuel, concis et accessible à une large audience de professionnels de la santé, étudiants et décideurs.

Cet ouvrage illustre l'importance des partenariats pour développer et mettre en place des mesures efficaces pour la prévention et les soins pour réduire le risque des MNT dans la population générale et parmi les personnes à risque et celles souffrant de ces maladies.

Je suis persuadé que ce Compendium peut être une ressource très utile pour assister les professionnels de la santé et les décideurs engagés dans la lutte contre les MNT.

*Jacques Cornuz
Professeur de médecine à l'Université de Lausanne,
Directeur général d'Unisanté (Lausanne, Suisse)
et membre de l'Académie suisse des sciences médicales*

Crédits

Figure 2.1. Diminution de la mortalité toutes causes confondues et modification des schémas de mortalité toutes causes confondues aux quatre stades de la transition épidémiologique. Figure adaptée de : Bovet P, Paccaud F. Maladies cardiovasculaires et évolution de la santé publique mondiale : une mise au point sur les pays à revenu faible et intermédiaire. *Public Health Rev* 2011;33:397-415, avec l'aimable autorisation de l'École suisse de santé publique.

Figure 13.1. L'approche de la prévention et de la lutte contre le cancer du col utérin tout au long de la vie

Figure adaptée de : Introduction et intensification du dépistage du VPH dans le cadre d'un programme global de prévention et de lutte contre le cancer du col utérin : un guide étape par étape. OMS, 2020 avec l'aimable autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

Figure 17.1. Cadre conceptuel de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

Figure adaptée de : Solar O, Irwin A. Un cadre conceptuel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Document de discussion sur les déterminants sociaux de la santé 2 (politique et pratique). OMS, 2010 avec l'aimable autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

Figure 38.1. Les trois dimensions clés de la couverture sanitaire universelle (CSU) : la couverture de la population, la couverture des services et la proportion des coûts couverts. Figure adaptée de : Rapport sur la santé dans le monde. Financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture universelle. OMS 2010, avec l'aimable autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

Figure 43.1. Les avantages et les inconvénients d'un programme de dépistage. Figure adaptée de : Programmes de dépistage : un petit guide. Renforcer l'efficacité, optimiser les avantages et minimiser les dommages. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; Copenhague, 2020 avec l'aimable autorisation du Bureau européen de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table 54.1. Le rôle des différents secteurs de la société dans la prévention et la lutte contre les MNT. Adaptation de : Mesures pansociétales de lutte contre les MNT — Quel est le rôle des diverses parties prenantes dans la société ? Avec l'aimable autorisation du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'Organisation mondiale de la Santé.

Biographie des auteurs

Nick Banatvala dirige le secrétariat du groupe de travail interinstitutions de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, à l'OMS, à Genève. Cette équipe a été créée pour rassembler le système de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales afin d'aider les gouvernements à atteindre les cibles liées aux objectifs de développement durable relatifs aux maladies non transmissibles.

Nick a été responsable des affaires internationales au ministère de la Santé en Angleterre, où il a dirigé l'élaboration et la mise en œuvre de la toute première stratégie du gouvernement britannique en matière de santé mondiale. Auparavant, il a dirigé les travaux du ministère britannique du Développement international sur les partenariats mondiaux en matière de santé, le déploiement à grande échelle des services de santé et les maladies transmissibles. Avant cela, Nick a dirigé les programmes de santé et d'éducation du DFID au Pakistan, en Afghanistan et au Moyen-Orient. Nick a de l'expérience dans le secteur non gouvernemental, ayant travaillé avec l'agence d'aide britannique Merlin sur un certain nombre de programmes humanitaires et de développement.

Nick a suivi une formation en pédiatrie et en maladies infectieuses avant de se consacrer à la recherche en santé publique et en épidémiologie dans l'East End de Londres et auprès des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis. Nick a occupé des postes de haut niveau dans le domaine de la santé publique au Royaume-Uni, où il a mené des projets dédiés notamment aux maladies cardiovasculaires, diabète, dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et à la gouvernance clinique.

Nick a siégé dans des conseils d'administration gouvernementaux, non gouvernementaux et universitaires, ainsi que dans des comités nationaux et internationaux. Il a été consultant pour un certain nombre d'agences, dont la Banque mondiale.

Nick est titulaire d'une chaire honorifique à l'université de Manchester et d'une chaire supérieure à l'Imperial College de Londres. En plus d'être l'auteur principal d'un certain nombre de publications de l'Organisation des Nations Unies, de l'OMS et du gouvernement britannique, Nick a publié de nombreux articles dans des revues à comité de lecture.

Pascal Bovet est Consultant principal au Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté) à Lausanne. Auparavant, il était chef de la section MNT et professeur de santé publique dans cette institution. Au sein de cette institution, il a également été codirecteur du centre collaborateur de l'OMS sur les maladies cardiovasculaires au sein des populations en transition. Pascal enseigne encore régulièrement la santé publique à l'Université de Lausanne et dans d'autres universités. Auparavant, Pascal pratiquait la médecine clinique, notamment en tant que Chef de clinique ou Consultant dans plusieurs hôpitaux.

Pascal est Consultant en matière de MNT pour le ministère de la Santé de la République des Seychelles depuis 1988, où il a dirigé plusieurs enquêtes sur les MNT auprès de la population et d'autres études liées aux MNT. Il a contribué à l'élaboration d'un certain nombre de politiques, notamment des plans et stratégies nationaux de lutte contre les MNT, une législation antitabac, des mesures fiscales sur le tabac et les boissons sucrées et des directives pour la prise en charge de l'hypertension et du diabète dans le cadre des soins primaires.

Pascal collabore actuellement avec plusieurs partenaires sur des projets de recherche et de prévention liés aux MNT dans plusieurs pays. Pascal est auteur ou co-auteur de plus de 400 publications. Pascal a également endossé le rôle de Conseiller technique auprès de l'OMS et de plusieurs autres agences pour l'élaboration et l'évaluation de plans d'action nationaux contre les MNT dans un certain nombre de pays au cours des deux dernières décennies. Il a siégé dans plusieurs conseils d'administration liés à la santé publique et à la recherche.

Pascal dispose de plusieurs certifications en médecine interne et en santé publique (FMH, Suisse) et est titulaire d'une maîtrise en santé publique de l'UCLA.

Abréviations

Maladie cardiovasculaire	MCV
Maladie respiratoire chronique	MRC
Pays à revenu élevé	PRE
Institute for Health Metrics and Evaluation	IHME
Pays à revenu faible	PRF
Pays à revenu intermédiaire	PRI
Maladies non transmissibles	MNT
Déterminants sociaux de la santé	DSS
Objectifs de développement durable	ODD
Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030	Plan d'action mondial de l'OMS contre les MNT
Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	FCTC OMS
Assemblée mondiale de la Santé	AMS
Organisation mondiale de la Santé	OMS
Organisation des Nations Unies	ONU
Couverture sanitaire universelle	CSU

Note de la rédaction

Si vous n'avez pas le temps de lire ce compendium ...

1. Les principaux types de MNT sont les maladies cardiovasculaires (telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ensemble, elles tuent 41 millions de personnes chaque année, soit 71 % de l'ensemble des décès dans le monde, les maladies cardiovasculaires étant responsables de la plupart de ces décès, suivies des cancers, des maladies respiratoires chroniques et du diabète.
2. Les MNT ne sont pas seulement des maladies des pays à revenu élevé, comme l'indique le fait que 77 % de l'ensemble des décès dus aux MNT surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où vit environ 84 % de la population mondiale, et que le nombre de personnes vivant avec des MNT est susceptible d'augmenter en grande partie en raison de la croissance et du vieillissement des populations dans le monde entier si aucune mesure n'est prise d'urgence.
3. Les décès prématurés et les problèmes de santé liés aux MNT freinent la croissance économique et enferment les populations dans la pauvreté. L'amélioration des résultats en matière de MNT favorise les trois dimensions du développement durable : économique, sociale et environnementale.
4. Les personnes défavorisées sur le plan socio-économique ont un risque plus élevé de contracter des MNT et d'en mourir prématurément ; elles sont en grande partie plus exposées à une série de facteurs de risque de MNT modifiables et ont également moins accès aux soins et aux traitements préventifs.
5. Il existe trois types de facteurs de risque modifiables pour les principales MNT : comportementaux, environnementaux et métaboliques.
6. Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation, en ce qui concerne les facteurs de risque comportementaux, 8,7 millions de décès en 2019 étaient attribuables au tabagisme, 7,9 à une alimentation malsaine, 2,4 à la consommation nocive d'alcool et 0,8 million à l'inactivité physique en 2019 ; en ce qui concerne les facteurs de risque environnementaux, le nombre de décès associés à la pollution de l'air était, par exemple, de

6,7 millions de décès ; et en ce qui concerne les facteurs de risque métaboliques, les chiffres étaient de 10,8 pour l'hypertension artérielle, 6,5 pour l'hyperglycémie, 5,0 pour l'indice de masse corporelle élevé et 4,4 pour l'hypercholestérolémie.

7. Des interventions fondées sur des données probantes, rentables et abordables, sont disponibles et peuvent être mises en œuvre dans presque tous les contextes pour prévenir, détecter, dépister, traiter et soigner les personnes à risque ou atteintes de MNT – et, par conséquent, les taux de la plupart des MNT en fonction de l'âge sont désormais en baisse dans la plupart des pays, bien que plus rapidement dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible.
8. Les interventions visant à prévenir les MNT se situent en grande partie en dehors du secteur de la santé et requièrent donc un leadership et un engagement politique pour agir dans l'ensemble du gouvernement, ce qui nécessite des politiques qui accordent la priorité à la santé publique dans de multiples secteurs, tandis que les systèmes de santé doivent être en mesure de détecter, de dépister, de traiter et de soigner les personnes à risque ou atteintes de MNT, le gouvernement veillant à ce que chacun puisse avoir accès à des services de santé abordables pour les MNT, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.
9. La responsabilité de réduire l'impact des MNT incombe non seulement au gouvernement, mais aussi à la société dans son ensemble, par exemple au secteur privé, à la société civile, aux médias et à ceux qui effectuent des recherches pour mettre au point de nouvelles interventions et évaluer celles qui existent déjà.
10. Les données, y compris les niveaux des principaux facteurs de risque modifiables au sein de la population, sont essentielles pour suivre les progrès, recommander des ressources pour des interventions fondées sur des données probantes et tenir chacun responsable de ses actions.

Mon ambition est de dire en dix phrases ce que d'autres disent en un livre entier.

Friedrich Nietzsche

Partie 1

**Description et mesure
du fardeau et de l'impact
des MNT**

1 Fardeau mondial des MNT

*Pascal Bovet, Colin Mathers, Nick Banatvala,
Majid Ezzati*

Ce chapitre décrit la charge de morbidité des quatre MNT étudiées dans cet ouvrage - les maladies cardiovasculaires (MCV), le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques (MRC) et leur ensemble commun de facteurs de risque partagés (le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et la pollution de l'air).

La mortalité et la morbidité peuvent être exprimées en termes d'« incidence » (nouveaux cas au cours d'une période donnée) ou de « prévalence » (nombre de cas à un moment donné). L'incidence et la prévalence peuvent être décrites en chiffres absolus (par exemple, le nombre total de cas au sein d'une population) ou sous forme de taux, généralement pour 100 000 habitants par an.

L'évaluation de la mortalité n'est pas simple, car les données sont rarement collectées/enregistrées de manière systématique et la cause du décès est souvent inconnue ou enregistrée de manière imprécise. Globalement, un peu moins de la moitié des décès dans le monde sont enregistrés avec leur cause, et en Afrique, seuls quatre pays disposent de données nationales d'enregistrement des décès. Le calcul des taux est un défi lorsque la taille et la répartition par âge de la population ne sont pas connues avec précision.

Les données précises sur la morbidité sont encore moins disponibles ou fiables. Les indicateurs tels que le nombre d'années de vie perdues (AVP) et d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) reposent sur des critères de diagnostic complexes et nécessitent généralement la modélisation de certaines données, ainsi qu'un certain nombre de choix méthodologiques.¹

Les données sur la morbidité peuvent être collectées plus facilement au niveau des établissements de santé, mais elles ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population.

Des exemples de mesures utilisées pour décrire la mortalité et la morbidité liées aux MNT sont présentés dans l'Encadré 1.1.

ENCADRÉ 1.1 EXEMPLES DE MESURES UTILISÉES POUR DÉCRIRE LA CHARGE DE MORBIDITÉ DES MNT

Estimation brutes :

Les chiffres totaux (incidence ou prévalence) fournissent des informations sur le fardeau réel d'une maladie ou d'un facteur de risque particulier au sein d'une population. Les estimations brutes sont importantes pour définir les besoins en matière de santé publique et de services de santé de la population donnée (par exemple, nombre de personnes dans un pays souffrant d'hypertension ou de diabète, combien meurent d'une crise cardiaque ou de différents cancers). Lorsque la taille d'une population augmente et/ou que cette population vieillit (comme c'est le cas dans la plupart des pays, en particulier les pays à revenu faible et intermédiaire), les chiffres (incidence et prévalence) augmenteront inévitablement au fil du temps, en particulier pour les MNT, dans la mesure où elles ont tendance à se manifester plus tard dans la vie..

Taux normalisés selon l'âge

L'incidence ou la prévalence normalisée selon l'âge est calculée en pondérant les estimations brutes par rapport à une répartition des âges « standard ». ² Cela nous permet de comparer directement les estimations de l'incidence ou de la prévalence entre différentes populations et dans le temps, indépendamment des différences de taille de la population et de la répartition des âges entre les populations ou dans le temps. Les taux normalisés selon l'âge nous indiquent si une maladie (ou un facteur de risque) augmente ou diminue au sein de la population indépendamment des changements démographiques (c'est-à-dire si les différences sont dues à des expositions différentes ou changeantes aux facteurs de risque et/ou aux interventions de prévention/traitement).

Fractions attribuables à la population (FAP)

La FAP est la fraction estimée d'une maladie (basée sur la mortalité ou d'autres métriques, par exemple les AVCI) qui ne serait pas survenue s'il n'y avait pas eu d'exposition à un (ou plusieurs) facteur(s) de risque au sein d'une population. ³ La FAP (ou fraction attribuable à la population) fournit des informations sur l'impact potentiel sur la santé publique d'une réduction des facteurs de risque au sein de la population. Par exemple, le fait de savoir que, dans un pays donné, 16 % des décès sont dus au tabagisme ou que 21 % sont dus à l'hypertension justifie amplement la nécessité d'accorder la priorité aux interventions de prévention et de lutte contre le tabagisme et l'hypertension et/ou de les renforcer.

Années de vie perdues (AVP) et années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)

Ces mesures intègrent la morbidité et la mortalité. L'estimation est plus complexe et nécessite des données supplémentaires ainsi qu'un certain nombre d'hypothèses.

Remarques :

- La FAP d'une maladie attribuable à plusieurs facteurs de risque peut être plus importante lorsqu'elle est calculée comme la somme des FAP calculées séparément pour chaque facteur de risque que lorsqu'elle est mesurée en prenant tous les facteurs de risque ensemble, car les facteurs de risque peuvent ne pas être totalement indépendants les uns des autres (par exemple, la FAP d'une MCV attribuable à un IMC élevé et à un faible niveau d'activité physique).
- Les FAP diffèrent d'une population à l'autre en fonction de la prévalence des facteurs de risque, mais leur impact varie également en fonction du risque absolu d'une maladie au sein d'une population donnée.⁴

Les données peuvent être présentées au niveau mondial, régional, national ou local. Les données peuvent également être ventilées en fonction de l'âge, du genre, de la situation socio-économique et/ou d'autres variables.

Bases de données disponibles pour comprendre l'épidémiologie des MNT

Les gouvernements nationaux, les agences de l'Organisation des Nations Unies/intergouvernementales, les universités et d'autres organismes publient des données sur les MNT aux niveaux local, national, régional et mondial en utilisant des données déclarées ou publiées provenant de sources multiples telles que l'état civil, les établissements de santé et les enquêtes démographiques aux niveaux national et local. Le manque de données disponibles/fiables pour les raisons décrites ci-dessus signifie que des modèles statistiques sont nécessaires pour préparer les estimations de mortalité, de morbidité et de FAP pour ces indicateurs de santé et d'autres, afin qu'ils puissent être comparés entre les pays et/ou dans le temps de manière significative. Les différentes sources de données, d'hypothèses et de modélisation expliquent les raisons pour lesquelles les estimations peuvent différer d'un organisme à l'autre.⁵

L'Observatoire mondial de la santé (GHO) de l'OMS et le projet Global Disease Burden (GDB) de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sont deux importantes bases de données sur la santé mondiale, qui incluent les

MNT. Le GHO est le point d'accès de l'OMS aux statistiques sanitaires de ses 194 États membres, tandis que la GDB est une entité indépendante. Il existe des différences entre le GHO et la GDB en termes de sources de données, de financement et d'utilisation des modèles.⁶ Comme pour toutes les bases de données, il y a des limites. Il s'agit notamment des suivantes :

- Une modélisation statistique poussée, comprenant un certain nombre d'hypothèses pour traiter les données manquantes et de mauvaise qualité, qui ne sont pas toujours faciles à comprendre et/ou qui ne sont que partiellement rapportées. Cela est particulièrement vrai pour les estimations de morbidité.
- La modélisation est inévitablement plus importante pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, à mesure que ces pays renforcent leur capacité à collecter des données, ces limitations diminuent au fil du temps.

Le projet Global Disease Burden (GDB) de l'IHME

Le GDB est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, la Banque mondiale et l'Université de Harvard dans les années 1980.⁷ L'étude GDB 2010 est le fruit d'une collaboration entre l'IHME et l'Université de Harvard, l'OMS, la Johns Hopkins University et l'Université du Queensland, qui s'appuie également sur l'expertise d'environ 40 groupes de travail d'experts. Les cycles suivants de l'étude GDB ont été menés sous les auspices/conseils de l'IHME, avec la contribution de groupes d'experts. Des ressources financières et techniques considérables sont utilisées pour obtenir et générer des données actualisées. Le GDB fournit également des estimations des années de vie perdues et des années de vie corrigées de l'incapacité. Le GDB fournit également des FAP pour environ 80 facteurs de risque comportementaux, métaboliques et environnementaux modifiables. Les estimations actualisées du GDB sont publiées régulièrement, accompagnées de détails sur la méthodologie.^{8,9} L'outil en ligne GDB Compare permet aux utilisateurs d'interroger la base de données du GDB, y compris la mortalité brute et normalisée selon l'âge ainsi que les FAP, aux niveaux national, régional et mondial, par âge, par genre et par année depuis 1990.

L'Observatoire mondial de la santé (GHO) et Global Health Estimates (GHE) de l'OMS

Le GHO fournit des statistiques relatives à la santé aux États membres de l'OMS. Le GHO fournit au GHE des données sur la mortalité et la charge de morbidité (y compris les MNT), la prévalence des facteurs de risque des MNT et la capacité nationale à prévenir et à contrôler la mortalité et la charge de morbidité liées aux MNT.^{10,11} Les estimations sont basées sur des données provenant de multiples sources consolidées, y compris les données nationales d'enregistrement de l'état civil, les dernières estimations

des programmes techniques de l'OMS, des partenaires de l'Organisation des Nations Unies et des groupes interinstitutions, ainsi que sur le GDB et d'autres études scientifiques. Les données du GHE sont utilisées dans un grand nombre de publications de l'OMS. Les données et les méthodes utilisées pour préparer ces estimations ont été décrites.¹² Le GHO est utilisé comme source de données pour le « NCD Countdown 2030 », un effort collaboratif qui comprend l'OMS, NCD Alliance, Imperial College et *The Lancet* pour fournir aux pays un mécanisme indépendant de surveillance de leurs progrès vers l'ODD 3.4 (réduction de la mortalité prématurée due aux quatre principales MNT).¹³

Pourquoi ce compendium présente-t-il principalement des données sur la mortalité ?

Les données sur la mortalité, brutes et normalisées selon l'âge, du GDB (en 2019 et 1990) et les FAP pour 2019 sont les principales données présentées dans ce chapitre, ainsi que dans d'autres chapitres de ce compendium, avec une ventilation par groupes de revenus de la Banque mondiale. Les estimations de morbidité ne sont pas systématiquement incluses dans ce compendium, faute de place et parce que, pour les raisons décrites ci-dessus, elles reposent sur d'autres hypothèses, souvent plus faibles, que celles de la mortalité. Toutefois, comme les quatre MNT examinées dans le cadre de l'étude tendent à se manifester plus tard dans la vie, les estimations de la morbidité sont généralement assez bien corrélées avec celles de la mortalité, en particulier pour celles dont le taux de létalité est élevé, mais les estimations (par exemple le nombre d'années vécues avec la maladie) peuvent être proportionnellement plus importantes pour les MNT dont le taux de survie est plus élevé, comme le diabète, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers, en partie grâce à l'amélioration des traitements et des soins de santé.

Pourquoi cet ouvrage présente-t-il principalement des estimations du GDB ?

L'utilisation des données du GDB dans ce chapitre, ainsi que dans d'autres chapitres de cet ouvrage, s'explique notamment par les raisons suivantes :

- Les données sont cohérentes sur le plan interne, c'est-à-dire qu'elles ont été ajustées pour garantir, entre autres, que le nombre total de cas (par exemple les décès) correspond au nombre total réel estimé pour une année donnée et parce que les mêmes méthodes sont utilisées pour les estimations nationales et mondiales, y compris la manière dont les données manquantes sont gérées.
- Les données proviennent d'un grand nombre de sources, à la fois d'agences gouvernementales et d'agences non gouvernementales, y compris des universités.

Tableau 1.1 Nombre total de décès et taux normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour la mortalité due aux quatre principales MNT, par catégorie de revenu des pays de la Banque mondiale pour 1990 et 2019 (HIME)

Niveau de revenu du pays	MCV	Cardiopathies ischémiques	AVC	Hyp HD	Cancer	MRC	BPCO	Diabète	Total
Mondial (population : 7,7 milliards)									
% de l'ensemble des décès en 2019	32,8	16,2	11,6	2,1	17,8	7,0	5,8	2,7	60,4
Nombre (millions) en 2019	18,6	9,1	6,6	1,2	10,1	4,0	3,3	1,6	34,2
Nombre de personnes âgées de moins de <70 ans en 2019	6,4	3,2	2,2	0,3	5,2	1,1	0,8	0,7	13,4
% chez les <70 ans	34,5	35,5	33,7	27,8	51,3	28,1	24,1	45,6	39,9
Nombre (millions) en 1990	12,1	5,7	4,6	0,7	5,8	3,1	2,5	0,7	21,6
Changement relatif en 2019 par rapport à 1990 (%)	54	60	43	77	75	29	30	134	58
Taux de mortalité normalisés selon l'âge en 2019	240	118	85	15	125	51	43	19	436
Taux de mortalité normalisés selon l'âge en 1990	354	170	132	19	148	88	73	18	608
Changement relatif en 2019 par rapport à 1990 (%)	-32	-31	-36	-21	-15	-42	-42	9	-28
Pays à revenu faible et intermédiaire (population : 6,5 milliards)									
% toutes causes confondues en 2019	29,7	14,3	10,3	2,0	17,3	6,2	5,1	2,3	55,6
Nombre (millions) en 2019	15,0	7,4	5,6	0,9	6,9	3,3	2,8	1,3	26,6
Nombre de personnes âgées de moins de <70 ans en 2019	3,6	2,9	2,1	0,3	4,1	1,0	0,7	0,6	9,3
PRE (population : 1,2 Md ; 70 ans et plus : 13 %)									
% toutes causes confondues en 2019	32,5	16,4	8,4	1,9	28,9	5,8	4,9	2,4	69,6
Nombre (millions) en 2019	3,5	1,8	0,9	0,2	3,1	0,6	0,5	0,3	7,5
Nombre de personnes âgées de moins de <70 ans en 2019	0,6	0,4	0,1	0,0	1,1	0,1	0,1	0,1	1,9
Nombre (millions) en 1990	3,6	2,1	1,0	0,1	2,1	0,4	0,3	0,2	6,3
Changement relatif en 2019 par rapport à 1990 (%)	-2	-15	-9	107	47	59	69	43	20
Taux de mortalité normalisés selon l'âge en 2019	134	68	34	7,7	135	24	53	35	327
Taux de mortalité normalisés selon l'âge en 1990	283	164	79	8,1	168	30	65	36	518
Changement relatif en 2019 par rapport à 1990 (%)	-53	-58	-56	-4	-20	-20	-18	-5	-37

Tableau 1.2 Fractions de la mortalité mondiale due aux quatre principales MNT attribuables à des facteurs de risque comportementaux, métaboliques et environnementaux modifiables (IHME)

	<i>CVD</i>	<i>Cancer</i>	<i>CRD</i>	<i>Diabetes</i>
Facteurs de risque comportementaux				
Tabagisme	17,2	25,8	45,4	
Risques alimentaires	37,0	6,0		25,2
Faible activité physique	3,4	0,7		8,1
Consommation d'alcool	2,3	4,9		
Rapports sexuels non protégés (par exemple, transmission du VPH responsable du cancer du col utérin)		2,8		
Consommation de drogues		5,2		
Facteurs métaboliques				
Hypertension artérielle	53,8			
Taux élevé de cholestérol LDL dans le sang	23,7			
Glycémie à jeun élevée	20,3	4,2		
Indice de masse corporelle élevé	17,4	4,6	1,9	40,7
Facteurs environnementaux				
Pollution de l'air	19,1	3,9	33,1	19,3
Autres	4,6			
Risques professionnels		3,3	14,6	

- Les données peuvent être générées librement et facilement grâce à l'outil en ligne GDB Compare. Cela signifie que les chiffres utilisés dans ce compendium peuvent être reproduits par les lecteurs.
- Les FAP peuvent être générées pour environ 300 maladies et 80 facteurs de risque, en utilisant des méthodes cohérentes en interne pour tous les facteurs de risque et toutes les maladies. Le GDB examine en permanence les données probantes sur les associations entre ces facteurs de risque et les maladies.

Estimations du GDB

Le Tableau 1.1 résume les données sur la mortalité due aux MNT par catégorie de revenu des pays de la Banque mondiale pour 1990 et 2019 en utilisant les données de l'IHME (GDB Compare). Le supplément n° 1 de ce compendium fournit une série d'illustrations graphiques sur l'évolution de la mortalité brute et normalisée selon l'âge selon les catégories de revenu des pays de la Banque mondiale au cours de cette période. Le supplément est accessible à l'adresse suivante : www.routledge.com/9781032307923. Comme le montre le tableau, une grande partie (généralement >75 %) de l'ensemble des décès dus aux MCV est imputable aux cardiopathies ischémiques et aux accidents vasculaires cérébraux (et une proportion importante aux cardiopathies hypertensives (Hyp HD)). Une grande partie des décès dus aux maladies respiratoires chroniques (MRC) est imputable à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Le tableau 1.2 fournit des estimations mondiales des FAP pour 2019 en utilisant les données de l'IHME (GDB Compare). Le supplément décrit ci-dessus comprend également une série d'illustrations graphiques qui montrent la mortalité attribuable aux facteurs de risque du Tableau 1.2 entre 1990 et 2019 selon les catégories de revenu des pays de la Banque mondiale.

Messages clés tirés des tableaux du GDB

La charge de morbidité mondiale en 2019 :

- Les MCV, le cancer, les MRC et le diabète ont été à l'origine d'environ 60 % des décès dans le monde en 2019.
- Au total, 40 % de ces décès étaient prématurés (avant l'âge de 70 ans), ce qui souligne le potentiel important des stratégies de prévention et de lutte..
- Les MCV représentent plus de la moitié des décès dus aux MNT dans le monde.

Tendances

- La mortalité totale due à ces quatre principales MNT (c'est-à-dire les nombres absolus et les proportions de l'ensemble des décès dus à ces MNT) a augmenté entre 1990 et 2019, ce qui est largement dû à l'augmentation et au vieillissement des populations (transition démographique). La mortalité étant un indicateur de la charge de morbidité, cela indique que la plupart des pays doivent renforcer la prévention, le traitement et les services de soins de santé en lien avec les MNT pour répondre aux besoins de leurs populations.
- Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les quatre principales MNT ont, à l'exception du diabète, diminué entre 1990 et 2019 dans la plupart des régions du monde. Cela peut s'expliquer par une réduction des causes sous-jacentes (c'est-à-dire la diminution de la prévalence normalisée selon l'âge de certains facteurs de risque des MNT) ainsi que par l'amélioration de la prise en charge des cas dans de nombreux pays. Cela démontre les avantages des interventions en matière de santé publique et de soins de santé. Cette évolution est particulièrement frappante pour les MCV dans les pays à revenu élevé (PRE) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRI, tranche supérieure), mais aussi dans les pays à revenu faible (PFR) dans une moindre mesure, ce qui reflète largement une réduction du tabagisme, une alimentation plus saine, une baisse du taux de cholestérol au fil du temps, ainsi qu'un meilleur traitement de certaines MNT, telles que l'hypertension et les maladies cardiaques.
- Indépendamment des changements résultant de la transition démographique, une diminution de l'*incidence* (nouveaux cas) ou de la *mortalité* normalisée selon l'âge n'implique pas une diminution de la *prévalence*

normalisée selon l'âge (c'est-à-dire le nombre de personnes vivant avec une maladie), en particulier lorsque l'espérance de vie de nombreuses personnes atteintes de MNT augmente en raison de l'amélioration des traitements et des soins. Par exemple, *l'incidence* et *la mortalité* des MCV normalisées selon l'âge ont diminué de 46 % et 33 % respectivement entre 2000 et 2015 au Canada, mais la *prévalence* normalisée selon l'âge a augmenté de 21 %¹⁴, ce qui a d'importantes répercussions sur la prestation des soins de santé.

Variations géographiques

- La grande majorité des décès dus à ces quatre principales MNT surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cela correspond à la grande majorité de la population mondiale vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire et souligne que les MNT constituent un problème majeur pour tous les pays, y compris les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Les proportions brutes et les nombres totaux de décès dus à ces quatre principales MNT sont plus élevés dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (principalement parce que la population est plus nombreuse dans les premiers).
- Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour plusieurs de ces quatre MNT sont également plus élevés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Par exemple, les taux de mortalité normalisés selon l'âge des MRC sont plusieurs fois supérieurs, reflétant des niveaux de pollution ambiante et domestique beaucoup plus élevés et un accès plus difficile à des soins de santé efficaces.

Facteurs de risque

- Les FAP élevées pour plusieurs de ces quatre principales MNT soulignent l'importance du potentiel de réduction de ces maladies par la diminution des facteurs de risque dans l'ensemble de la population. Les avantages les plus importants sont liés aux MCV, ce qui souligne que les MCV sont largement évitables : une grande partie de l'amélioration de l'espérance de vie dans le monde, y compris dans les pays à revenu faible et intermédiaire, est le résultat de la diminution des taux de MCV normalisés selon l'âge.¹⁵
- Près d'un quart des décès dus au cancer et un cinquième des décès dus aux MCV pourraient être évités en éliminant l'exposition au tabac.
- Près de la moitié des décès dus au diabète dans le monde seraient évités si aucune partie de la population mondiale n'était en surpoids ou obèse.

Estimations du GHO

Bien que les estimations spécifiques diffèrent inévitablement de celles du GDB pour les raisons décrites ci-dessus, l'impression générale est la même.¹⁶ Une

comparaison entre les données du GHO et du GDB et les défis auxquels l'OMS et ses États membres sont confrontés dans la collecte et la communication des statistiques sanitaires mondiales a été décrite.¹⁷

- À l'échelle mondiale, 41 millions des 55 millions (71 %) de décès en 2019 étaient dus aux MNT, dont 77 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Plus de 15 millions de personnes sont mortes de l'une des quatre principales MNT entre 30 et 69 ans (définition par l'OMS comme des décès prématurés, ce qui correspond à un objectif mondial dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT) et 85 % d'entre elles se trouvaient dans des pays à revenu faible et intermédiaire.
- Les MCV sont à l'origine de la plupart des décès dus aux MNT en 2019 (17,9 millions de personnes), suivies par les cancers (9,3 millions), les maladies respiratoires (4,1 millions) et le diabète (1,5 million).
- Jusqu'à 80 % des décès prématurés dus aux cardiopathies et aux AVC et une grande partie des décès dus au diabète de type 2 pourraient être évités.¹⁸

D'autres observations sur le fardeau de ces quatre principales MNT et leurs implications en matière de prévention et de lutte sont présentées dans d'autres chapitres. Comme nous l'avons souligné plus haut, les estimations au niveau national provenant de bases de données mondiales telles que l'IHME et le GHE reposent sur des hypothèses et des extrapolations considérables. Dans les pays où les données réelles font défaut, des efforts doivent être déployés pour développer leurs systèmes de surveillance afin de fournir des données solides sur l'incidence et la prévalence de la mortalité et de la morbidité liées aux MNT (chapitres 4 et 5 sur la surveillance).

Remarques

- 1 Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull WHO* 1994;72:429–45.
- 2 Ahmad OB et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. WHO, 2001.
- 3 Mansournia MA, Altman DG. Population attributable fraction. *BMJ* 2018;360:k757.
- 4 Powles J et al. National cardiovascular prevention should be based on absolute disease risks, not levels of risk factors. *Eur J Public Health* 2010;20:103–06.
- 5 Boerma T, Mathers CD. The World Health Organization and global health estimates: improving collaboration and capacity. *BMC Med* 2015;13:50.
- 6 Mahajan M. The IHME in the shifting landscape of global health metrics. *Global Policy* 2019;10(Suppl 1):110–19.
- 7 Das P, Samarasekera U. The story of GBD 2010: a “super-human” effort. *Lancet* 2012;380:2067–70.
- 8 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204–22.

- 9 GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1223–49.
- 10 WHO. Global health estimates 2000–2019.
- 11 WHO. Global health observatory. NCDs. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases>.
- 12 WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2019. Global Health Estimates Technical Paper WHO/DDI/DNA/GHE/2020.2.
- 13 NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the sustainable development goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2022;399:1266–78.
- 14 Blais J et al. Complex evolution of epidemiology of vascular diseases, including increased disease burden: from 2000 to 2015. *Can J Cardiol* 2020;36:740–46.
- 15 Foreman KJ et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392:2052–90.
- 16 WHO. Noncommunicable diseases fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 17 Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Arch Public Health* 2020;78:77.
- 18 Ford ES et al. Healthy living is the best revenge: findings from the European prospective investigation into cancer (EPIC) and nutrition–potsdam study. *Arch Intern Med* 2009;169:1355–62.

2 La transition épidémiologique et démographique, moteur des MNT

Pascal Bovet, Fred Paccaud, Sylvie Stachenko

La transition épidémiologique et démographique fait référence à l'évolution des maladies et des schémas démographiques au sein des populations en fonction du développement socio-économique. L'ampleur et la rapidité de ces changements au fil du temps sont modulées par l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque et aux interventions de santé publique au sein des populations.¹

En résumé, la séquence suivante est observée au sein des populations : (i) une première phase où la mortalité globale est très élevée, la population est principalement jeune (espérance de vie $[EV_0]$ ~30–40 ans), et les maladies infectieuses sont la principale cause de mortalité ; (ii) une phase ultérieure avec des proportions plus importantes de personnes âgées, une EV_0 qui augmente (~50–70 ans) et la charge de morbidité passe des maladies infectieuses (largement grâce à aux interventions de santé publique) aux quatre MNT qui sont le sujet de ce compendium (par exemple, les maladies cardiovasculaires [MCV] et le cancer, à mesure que la prévalence de facteurs de risque tels que le tabagisme et une alimentation riche en graisses saturées augmente) ; et (iii) une phase finale avec une grande proportion de personnes âgées, une EV_0 plus longue (~80 ans et plus), et la charge de morbidité passant des quatre principales MNT (par exemple, grâce à la lutte contre le tabagisme, à une alimentation plus saine, au traitement de l'hypertension) à des MNT moins évitables/curables (par exemple, des conditions neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer).²

Les tendances épidémiologiques et démographiques expliquent pourquoi, par exemple, le nombre total de décès dus à des MNT telles que les MCV ou le cancer du poumon peut augmenter sensiblement au sein d'une population (en raison de la croissance et du vieillissement de la population) alors que les taux de mortalité normalisés selon l'âge (qui expriment un risque indépendamment de la croissance démographique et de la structure d'âge) diminuent, comme cela est observé dans les pays à revenu élevé (PRE) et dans un nombre croissant de pays à revenu faible et intermédiaire. Les tendances entre 1990 et 2019 pour la mortalité brute (nombre total de décès) et la mortalité normalisée selon l'âge (risque) dues aux MNT sont présentées dans le Tableau 1.1 du chapitre sur le fardeau mondial dû aux MNT.

Les transitions démographique, épidémiologique et de santé publique sont décrites séparément dans ce chapitre, mais elles sont étroitement liées et sont également appelées « adaptation des services de santé ».

Transition épidémiologique

Les risques de maladies au sein des populations changent en fonction de l'exposition aux facteurs de risque et de l'évolution de l'intervention de santé publique. Par exemple, le risque de maladies infectieuses est plus élevé lorsque les conditions sanitaires sont médiocres et que les vaccins ne sont pas disponibles, tandis que le risque de certains cancers et de MCV augmente lorsque les cigarettes deviennent largement disponibles, et le risque de MCV et de cancer du poumon diminue lorsque l'exposition aux cigarettes est réduite grâce aux mesures de lutte contre le tabagisme.

Le paradigme de la transition épidémiologique a été largement décrit^{3,4} et comporte quatre phases (Encadré 2.1).

ENCADRÉ 2.1 LES QUATRE PHASES DE LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1. *Prétransition.* L'« ère des fléaux » dominée par la famine, la malnutrition, les maladies infectieuses et des taux élevés de mortalité infantile et juvénile. L'espérance de vie à la naissance (EV_0) est généralement inférieure à <30 ans.
2. *Début de la transition.* L'« ère du recul des épidémies » avec l'urbanisation et l'industrialisation qui ont permis d'améliorer la santé publique (alimentation plus diversifiée, eau propre et systèmes d'égouts, ainsi que des interventions telles que la vaccination). Les taux de mortalité commencent à baisser. Les taux de natalité restant élevés, la population augmente rapidement. L' EV_0 est généralement de 30 à 50 ans.
3. *Transition tardive.* L'« ère des maladies dégénératives ou d'origine humaine » avec la prédominance des quatre MNT (MCV, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète) et de leurs facteurs de risque. Les taux de natalité diminuent et le taux de croissance de la population ralentit. L' EV_0 est généralement de 50 à 70 ans.
4. *Post-transition.* L'« ère des maladies dégénératives tardives » avec un déclin de certaines MNT telles que les MCV en raison d'une exposition réduite aux facteurs de risque des MNT (grâce à la prévention et au traitement), mais une augmentation des affections moins évitables (par exemple la démence, l'arthrose). Les populations en post-transition se caractérisent par des taux de natalité et de mortalité faibles. La croissance démographique est négligeable ou en baisse. L' EV_0 est généralement >70–80 ans.

Plus récemment, une cinquième phase de la transition épidémiologique a été suggérée, « l'ère de l'obésité et de l'inactivité », qui est associée à plusieurs maladies cardiométaboliques et menace les progrès réalisés dans le recul de la maladie et du décès, survenant ainsi plus tard au cours de la vie adulte.⁵

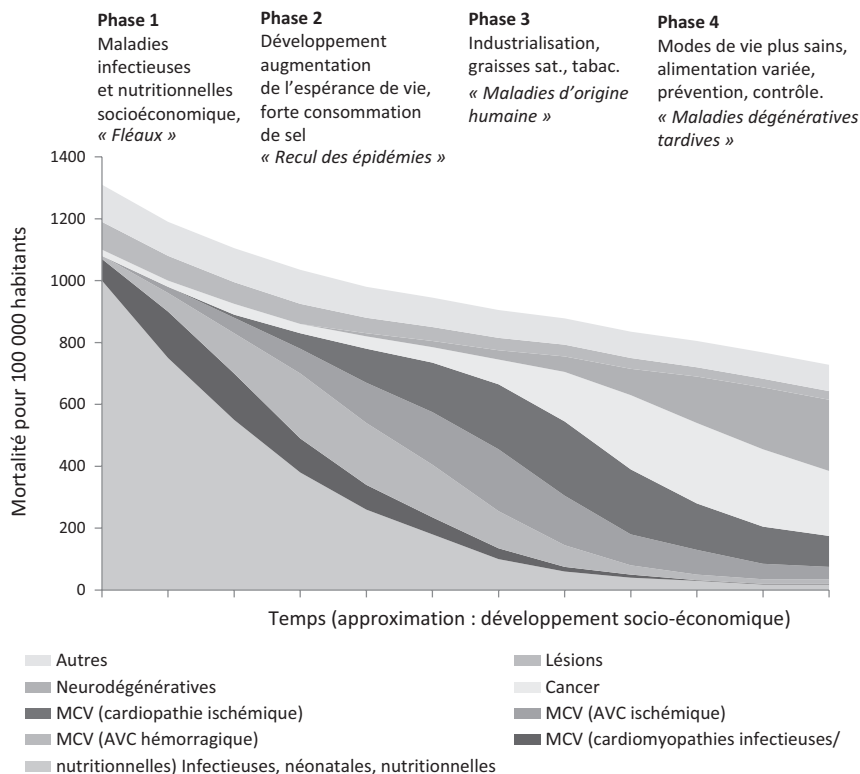


Figure 2.1 Diminution de la mortalité toutes causes confondues et modification des schémas de mortalité basés sur un vaste spectre de causes aux quatre stades de la transition. (adaptée de Bovet P, Paccaud F. Les maladies cardiovasculaires et l'évolution de la santé publique mondiale : une mise au point sur les pays à revenu faible et intermédiaire. *Public Health Rev* 2011;33:397–415).

La Figure 2.1 illustre les tendances en matière de mortalité par grands groupes de maladies. Deux observations principales peuvent être faites. Tout d'abord, la mortalité toutes causes confondues diminue sensiblement au fil du temps, principalement en raison de la baisse de la mortalité due aux maladies infectieuses chez les jeunes. Deuxièmement, il n'y a pas de baisse uniforme de la mortalité par cause de décès, mais plutôt une séquence de causes de décès qui « augmentent et diminuent ». Le déroulement de la séquence dépend de l'exposition aux facteurs de risque ou de protection au sein de la population à une période donnée et sur l'intervention de santé publique. « L'essor et le déclin des maladies » pourraient être mieux décrits comme un « déclin séquentiel des maladies ».⁶

Une relation en forme de cloche entre le développement socio-économique et les facteurs de risque de MCV a été observée au sein de nombreuses

populations.⁷ Par exemple, le taux moyen de cholestérol sanguin, la pression artérielle et (dans une moindre mesure) l'indice de masse corporelle augmentent, atteignent un plateau, puis diminuent en fonction du développement socio-économique d'un pays en conséquence des niveaux changeants de leurs déterminants dans les populations et des efforts de santé publique pour leur prévention et la lutte.⁸ Ces niveaux changeants de facteurs de risque au fil du temps déterminent « l'augmentation et la baisse » (ou les « baisses séquentielles ») des maladies. Par exemple, le risque (taux normalisé selon l'âge) de maladie coronarienne a culminé dans les PRE à la fin des années 1960-1980 lorsque la prévalence de plusieurs des principaux facteurs de risque de MCV modifiables était la plus élevée (par exemple, le tabagisme et la consommation de graisses saturées), mais il a ensuite diminué de près de 80 % au cours des trois décennies suivantes grâce à la prévention et au traitement, tout en restant une cause majeure de décès. Cette séquence est également observée de plus en plus dans les pays à revenu faible et intermédiaire en fonction du développement socio-économique.⁹ Le modèle de transition épidémiologique prédit également que la charge de morbidité prédominante passera de certaines MNT (lorsqu'elles sont prévenues et contrôlées) à d'autres MNT moins évitables et curables, telles que les maladies neurodégénératives et les maladies du système musculo-squelettique.

Transition démographique

La transition démographique est définie comme l'évolution de la taille de la population et de la structure par âge au fil du temps, résultant de changements dans les taux de mortalité et de natalité. La population augmente généralement en taille (croissance) et en âge (avec l'augmentation de l'EV₀) en raison d'un décalage temporel entre la baisse de la mortalité toutes causes confondues et la baisse (des décennies plus tard) des taux de natalité. La transition démographique est achevée lorsque les taux de mortalité et de natalité atteignent de faibles niveaux (comme c'est déjà le cas dans une minorité de pays à revenu élevé) et, à ce stade, la population n'augmente plus et peut même diminuer lorsque les taux de natalité tombent en dessous du taux de remplacement de la population (par exemple, un taux de fécondité inférieur à <2,1 enfants par femme). Les causes de la baisse des taux de natalité et de fécondité ne sont pas entièrement comprises, mais elles peuvent être associées à des changements sociétaux dans les structures de la morbidité, l'éducation, les modèles économiques (par exemple, davantage de femmes rejoignent la population active), les valeurs sociétales (par exemple, avoir un grand nombre d'enfants n'est plus considéré comme un objectif nécessaire pour les familles) et l'accès aux moyens de contraception.

Selon l'ONU, le taux de natalité mondial en 2019 était plus de deux fois supérieur au taux de mortalité (1,85 % contre 0,76 %), ce qui signifie que la transition démographique est en cours, la taille de la population mondiale augmentant de 1,1 % par an.¹⁰ L'ONU prévoit que la population mondiale cessera

de croître aux alentours de 2100. Selon l'IHME, la population mondiale atteindrait son maximum dans les années 2060 avec 10 milliards d'habitants, puis diminuerait à 8,8 milliards autour de 2100 (avec 2,4 milliards d'individus âgés de plus de 65 ans).¹¹ Les taux de fécondité tomberaient en dessous du ratio de remplacement de la population dans 151 pays d'ici 2050, et dans 183 pays d'ici 2100. Plus de 20 pays (par exemple le Japon, la Thaïlande et l'Espagne) devraient voir leur population diminuer de plus de 50 % entre 2017 et 2100 (et de 48 % en Chine, où elle passera de 1,4 milliard à 768 millions d'habitants). Pourtant, les taux de fécondité devraient rester élevés dans certains pays, et l'Afrique subsaharienne devrait devenir le continent le plus peuplé, avec 3,0 milliards d'individus en 2100, et le Nigeria serait le pays le plus peuplé du monde avec 790 millions d'habitants (contre 207 millions en 2017).

Les estimations de l'ONU indiquent que le pourcentage de la population mondiale âgée de plus de 65 ans (lorsque la plupart des MNT surviennent) était de 9,3 % en 2019, mais devrait atteindre 16 % en 2050 (1,5 milliard) – et certains considèrent que ce chiffre pourrait être sous-estimé selon des hypothèses différentes concernant l'EV maximale¹² et la compression de la mortalité au cours des dernières années de la vie (ce que l'on appelle la « rectangularisation » de la courbe de survie).^{13,14} Dans la mesure où les MNT se développent principalement chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées, ces prévisions démographiques ont des implications importantes en termes de nombre attendu de personnes atteintes de MNT et de besoins en soins de santé dans les décennies à venir (y compris un nombre suffisant de travailleurs de la santé et d'aides à domicile).

La Figure 2.2 illustre comment les prévisions démographiques et épidémiologiques peuvent être utilisées pour identifier les besoins futurs en matière de santé publique.

Adaptation des services de santé publique

L'adaptation des services de santé englobe l'ensemble des interventions élaborées et mises en œuvre en réponse aux changements démographiques et épidémiologiques. Il s'agit notamment d'efforts de prévention primaire par la réduction des déterminants modifiables dans l'ensemble de la population (pour diminuer l'incidence des maladies) et de renforcement du système de soins de santé (pour freiner la progression des maladies et réduire le taux de létalité au niveau individuel).

Les implications de la transition démographique et épidémiologique pour la politique et la planification de la lutte contre les MNT sont les suivantes :

- La nécessité de disposer de systèmes d'information sanitaire solides, y compris de systèmes de surveillance permettant de suivre l'évolution des niveaux de MNT (ainsi que d'autres maladies) au fil du temps (Chapitres 4 et 5 sur la surveillance) afin de planifier les services de santé et de soins de santé. Les estimations relatives aux MNT devraient être présentées en

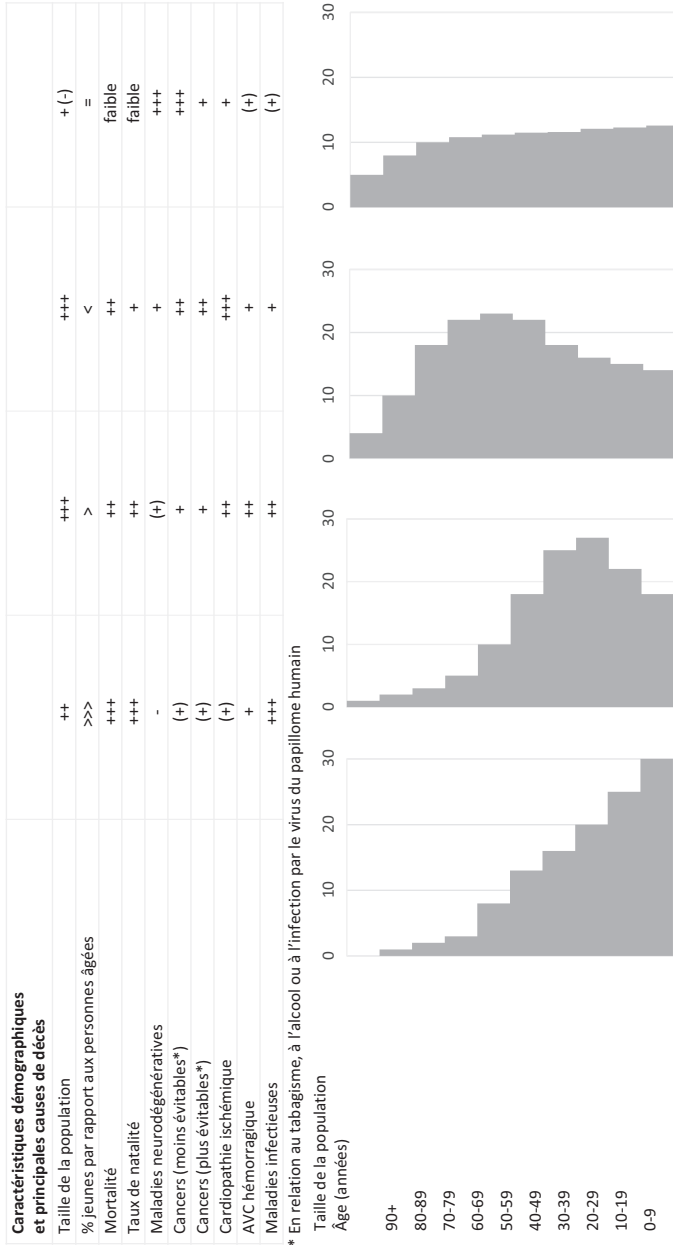


Figure 2.2 Transition démographique au fil du temps et causes prédominantes de décès associées.

utilisant à la fois des taux normalisés selon l'âge (pour évaluer les tendances du risque de MNT indépendamment de la taille et de l'âge des populations, et donc pour évaluer l'impact des stratégies de prévention et de traitement) et des nombres totaux (qui dépendent largement, en ce qui concerne les MNT, de l'évolution de la taille et de l'âge des populations, et qui sont utiles pour déterminer les besoins en matière de soins de santé).

- L'élaboration d'interventions de santé publique pour répondre aux besoins des personnes atteintes de MNT, y compris le financement et la fourniture de services de prévention, de traitement et de soins, ainsi que d'autres pathologies telles que les maladies neurodégénératives et musculo-squelettiques, qui dépassent le champ d'application de ce compendium.
- La reconnaissance des liens et des associations entre les maladies infectieuses et les MNT, ainsi que la double charge de morbidité (maladies transmissibles et MNT) dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, signifie que les systèmes de santé doivent avoir la capacité de relever l'ensemble des défis de santé publique de manière intégrée (Chapitre 28 sur les maladies infectieuses et les MNT). L'évolution de la charge de morbidité des différentes maladies étant partiellement prévisible, les systèmes de santé doivent anticiper et planifier les besoins futurs liés à ces changements.
- Comprendre que la transition démographique continuera d'évoluer dans les années à venir, avec des conséquences directes et indirectes sur l'incidence, les soins de santé et le financement des MNT. L'augmentation de la population dans de nombreux pays aura également un impact notable sur le changement climatique et l'environnement, ainsi que sur les conséquences économiques et géopolitiques, y compris l'approvisionnement alimentaire (qui ont tous un impact sur les MNT). Là où les populations sont ou seront en *déclin*, le bien-être futur sera de plus en plus menacé, notamment par une diminution de la main-d'œuvre capable de répondre à la demande croissante de soins de santé pour les populations vieillissantes et les personnes atteintes de MNT.¹⁵ Les planificateurs doivent donc envisager des interventions de santé publique basées sur différents scénarios.

Remarques

- 1 Egger G. Health, "illth", and economic growth: medicine, environment, and economics at the crossroads. *Am J Prev Med* 2009;37:78–83.
- 2 Miranda JJ et al. Major review: on-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Trop Med Int Health* 2008;13:125–34.
- 3 Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population. *Milbank Q* 1971;49:509–538, 57.
- 4 Olshansky SJ et al. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Q* 1986;64:355–91.
- 5 Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. *JAMA* 2010;303:275–76.
- 6 Mackenbach JP. The rise and fall of diseases: reflections on the history of population health in Europe since ca. 1700. *Eur J Epidemiol* 2021;36:1119–205.

- 7 Danaei G et al. The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation* 2013;127:1493–502.
- 8 Ezzati E et al. Rethinking the ‘diseases of affluence’ paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS* 2005;2:e133.
- 9 Stringhini S et al. Declining stroke and myocardial infarction mortality between 1989 and 2010 in a country of the African region. *Stroke* 2012;43:2283–88.
- 10 https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic%20Profiles/World.pdf.
- 11 Vollset SE et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020;396:1285–306.
- 12 Oeppen J, Vaupel J. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002;296:1029–31.
- 13 Anson J. The second dimension: a proposed measure of the rectangularity of mortality curves. *Genus* 1992;48:1–17.
- 14 Rousson V, Paccaud F. A set of indicators for decomposing the secular increase of life expectancy. *Pop Health Metrics* 2010;8:18.
- 15 Ezeh AC et al. Family planning 1: Global population trends and policy options. *Lancet* 2012;380:142–48.

3 MNT et développement durable

*Nick Banatvala, Aidah Nakanjako,
Douglas Webb*

À l'échelle mondiale, 41 millions (71 %) des 55,4 millions de décès survenus en 2019 étaient dus à des maladies non transmissibles, dont 77 % dans des pays à revenu faible et intermédiaire.¹ Plus de 15 millions de personnes sont décédées d'une MNT entre 30 et 69 ans, dont 85 % dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Pourtant, une grande partie des décès prématurés dus aux crises cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, au diabète et à certains cancers peuvent être évités (voir les chapitres consacrés à ces maladies).

Les décès prématurés dus aux MNT freinent la croissance économique et enferment les populations dans la pauvreté. La pauvreté expose de manière disproportionnée les personnes aux facteurs de risque comportementaux et environnementaux des MNT et, à leur tour, les MNT qui en résultent peuvent devenir un moteur important de la spirale descendante qui conduit les familles vers la pauvreté et le maintien des inégalités économiques et sanitaires globales (Figure 3.1). Dans de nombreux pays, le traitement des MNT peut rapidement épuiser les ressources des ménages. Les MNT exacerbent les inégalités sociales, car, dans de nombreux pays, les soins de santé sont en grande partie financés par des fonds privés et des fonds familiaux (par exemple, le traitement à long terme du diabète ou de l'hypertension, la rééducation après un accident vasculaire cérébral, le traitement du cancer, etc.) ; ces coûts pèsent plus lourdement sur ceux qui ont le moins les moyens de les assumer.² La nature chronique des MNT et l'augmentation prévue du nombre absolu de personnes vivant avec une MNT (Chapitre 2 sur l'adaptation des services de santé) signifient que l'impact économique des MNT continuera de croître pendant de nombreuses années.

La prévalence différentielle des MNT au sein des populations et entre elles dans les pays en développement constitue l'un des principaux défis du développement au XXI^e siècle, qui compromet le développement social et économique dans le monde entier et menace la réalisation des objectifs de développement durable. L'essor des MNT chez les jeunes populations des pays en développement met désormais en péril le « dividende démographique », c'est-à-dire les avantages économiques attendus lorsqu'une proportion relativement importante de la population est en âge de travailler.

Outre le coût des soins de santé, les MNT obligent souvent des membres de la famille, généralement les filles ou les femmes, à s'occuper des malades, ce

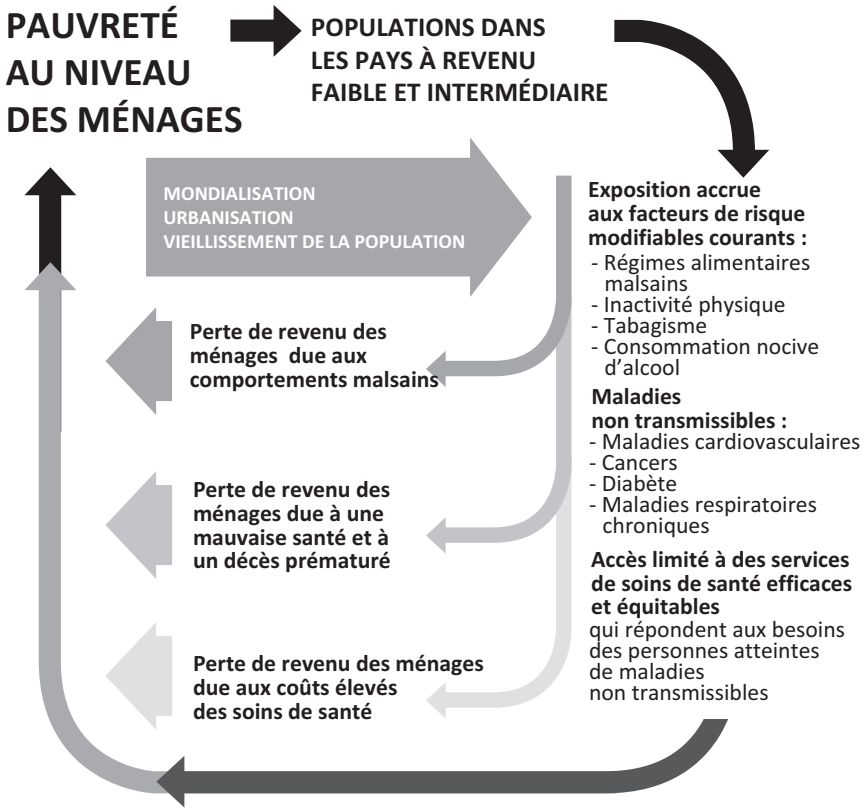


Figure 3.1 La pauvreté contribue aux MNT et les MNT contribuent à la pauvreté. (OMS et PNUD. Note d'orientation sur l'intégration des maladies non transmissibles dans le cadre de l'aide au développement de l'Organisation des Nations Unies. 2015).

qui leur laisse moins de temps pour s'instruire et travailler. Une grande partie des coûts des MNT est donc absorbée par l'économie informelle (par exemple, les personnes travaillant à domicile, les marchés locaux et le marché noir), qui n'est généralement pas incluse dans les calculs comprenant des indicateurs économiques tels que le PIB. Au niveau macroéconomique, le déclin de la maladie améliore la productivité et la croissance économique régionale et nationale. Les coûts des MNT ne se limitent pas au secteur de la santé, car ils ont également un impact sur la productivité et le PIB (Chapitre 40 sur les arguments économiques en faveur de l'investissement dans les MNT). Les MNT sont donc un puissant moteur de pauvreté et d'inégalités par leur impact direct sur les familles, les systèmes de santé et l'économie dans son ensemble.³

L'amélioration des résultats en matière de MNT soutient les trois dimensions du développement durable : économique, sociale et environnementale – et l'intégration des MNT dans l'architecture mondiale du développement sous la forme du Programme à l'horizon 2030 est absolue. L'amélioration de la santé

des individus favorise le développement socio-économique (par exemple, la productivité, la consommation de biens, la participation active à la société), tandis que le développement socio-économique permet aux individus de jouir d'une meilleure santé. Cette amélioration globale de l'état de santé est due à des facteurs déterminants tels qu'une moindre exposition à la pollution atmosphérique, un meilleur accès aux aliments composant un régime alimentaire sain, et de meilleurs niveaux d'éducation et de revenus qui permettent aux individus et à leurs familles d'avoir des modes de vie plus sains et d'accéder à de meilleurs soins de santé..

De nombreux déclarations, résolutions et accords mondiaux et internationaux soulignent ces interconnexions entre les MNT, la santé et le développement durable, notamment le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030.⁴ L'objectif de développement durable (ODD) 3 vise à garantir une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge. Les objectifs les plus pertinents pour les MNT sont présentés dans l'Encadré 3.1.

ENCADRÉ 3.1 MNT ET CIBLES DE L'ODD RELATIVES AUX MNT

- 3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des MNT et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
- 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
- 3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable.
- 3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.
- 3.a Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
- 3.b Soutenir la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement ; donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Cette déclaration réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (un accord juridique international entre tous les pays membres de l'Organisation mondiale du Commerce), et à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments.
- 3.c Accroître considérablement le budget de la santé, le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement..

Il existe des liens importants et puissants entre les MNT et un certain nombre d'ODD non liés à la santé (Tableau 3.1).

Les conséquences de l'interconnexion des MNT, de la santé et du développement au sens large peuvent entraîner d'importantes retombées positives dans tous les secteurs. Par exemple, des politiques environnementales saines (par exemple, des efforts pour réduire la pollution atmosphérique ou des mesures de lutte contre le tabagisme pour réduire la consommation de tabac) peuvent améliorer les résultats en matière de MNT. De même, l'amélioration

Tableau 3.1 Exemples de liens entre les MNT et plusieurs ODD non liés à la santé

<i>ODD</i>	<i>Liens avec les ODD</i>
ODD 1. Élimination de la pauvreté.	Élimination de la pauvreté. Les individus et les ménages qui sont accablés par des paiements directs et catastrophiques liés aux MNT sont entraînés dans la pauvreté (Chapitre 38 sur la couverture sanitaire universelle et les MNT). Les personnes atteintes de MNT peuvent ne pas être en mesure de continuer à être économiquement productives. Outre les coûts liés au système de santé, les MNT entraînent une perte pour l'économie et réduisent la croissance économique en raison de la mortalité prématurée, de l'absentéisme et du présentéisme. (Chapitre 40 sur les arguments économiques en faveur de l'investissement dans la prévention et la lutte contre les MNT).
ODD 2. Élimination de la famine.	Les enfants qui sont sous-alimentés au cours de leurs premières années de vie et qui prennent rapidement du poids plus tard dans l'enfance et l'adolescence sont exposés à un risque élevé de MNT. ^a (Chapitre 37 sur l'approche de la lutte contre les MNT tout au long de la vie).
ODD 4. Éducation de qualité.	Une éducation de qualité passe par l'encouragement de comportements sains et l'amélioration des connaissances en matière de santé concernant les MNT (Chapitre 48 sur le changement de comportement concernant les MNT). ^b Les enfants souffrant d'obésité sont moins satisfaits de leur vie et sont plus susceptibles d'être victimes de brimades de la part de leurs camarades d'école. Cela peut entraîner une baisse de la participation en classe et des résultats scolaires. ^c
ODD 5. Égalité entre les hommes et les femmes.	Le genre influence le développement et le déroulement des MNT ainsi que leurs facteurs de risque, sans oublier leur capacité à accéder aux services de santé. ^d
ODD 7. Énergie abordable et propre.	Les décès prématurés dus à la pollution de l'air ont coûté à l'économie mondiale plus de 5 billions de dollars américains en 2013, ^e ce qui équivaut à plus de 7 % du PIB dans certains pays. Les interventions mutuellement bénéfiques vont du retrait des investissements dans les énergies fossiles à la promotion des transports actifs et des systèmes alimentaires durables. (Chapitre 27 sur la pollution de l'air et les MNT).

(suite)

Tableau 3.1 (suite)

ODD	Liens avec les ODD
ODD 8. Travail décent et croissance économique.	Les MNT réduisent la productivité de la main-d'œuvre et représentent une charge pour la productivité des entreprises. Les MNT sont souvent à l'origine de l'impossibilité de trouver et/ou de conserver un emploi. Un lieu de travail sain peut apporter une contribution importante à la prévention des MNT et à la prise en charge des personnes qui en sont atteintes. ^f (Chapitre 17 sur les déterminants sociaux).
ODD 10. Réduction des inégalités.	Privilégier l'action visant à prévenir et à traiter les MNT (y compris en s'attaquant à leurs déterminants sociaux sous-jacents) ayant le plus grand impact sur les populations défavorisées est un moyen de réduire les inégalités en santé et plus largement, par exemple en instaurant des taxes sur la santé et en augmentant le nombre d'établissements de santé dans les communautés marginalisées. (Chapitre 17).
ODD 11. Villes et communautés durables.	Les villes durables et bien conçues offrent des opportunités équitables pour réduire la charge de risque des MNT. Les personnes en bonne santé sont importantes pour la prospérité des villes et des communautés. Les zones urbaines doivent être conçues pour promouvoir les transports en commun et la marche ainsi que l'utilisation du vélo en toute sécurité, réduisant ainsi la pollution de l'air et augmentant l'activité physique. (Chapitres 10 et 25).
ODD 12. Consommation et production responsables.	La réduction de l'utilisation des combustibles fossiles (par exemple, en favorisant les transports en commun), l'augmentation de l'utilisation de carburants à faibles émissions (y compris dans les centres de santé) et des systèmes alimentaires et agricoles plus durables (par exemple, la promotion de régimes alimentaires locaux, de saison et à base de plantes) ont un impact sur les niveaux de MNT et les niveaux de pollution de l'air. (Chapitre 20).
ODD 13. Action pour le climat.	Des politiques bien conçues en matière de changement climatique dans des secteurs tels que l'énergie, les transports, l'agriculture, l'aménagement du territoire, la sylviculture, et la construction offrent des opportunités satisfaisantes pour l'ensemble des parties en vue de l'atténuation du changement climatique, de l'amélioration de la qualité de l'air et de la réduction des MNT. ^{g,h} Les vagues de chaleur sont associées à des taux accrus de mortalité due aux maladies cardiovasculaires. (Chapitre 27).

a Victora CG. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008;371:340–57.

b Heine M et al. Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract* 2021;27:1417–28.

c OECD. The heavy burden of obesity: The economics of prevention. OECD Health Policy Studies, 2019.

d PAHO and International Diabetes Federation. Non-communicable diseases and gender. Success in NCD prevention and control depends on attention to gender roles.

e World Bank and Institute for Health Metrics and Evaluation. The cost of air pollution: strengthening the economic case for action, 2016.

- f Tackling noncommunicable diseases in workplace settings in low- and middle-income countries. A call to action and practical guidance. NCD Alliance and Novartis Foundation, 2017.
- g Human health, global environmental change and transformative action: the case for health co-benefits. Institute for Advanced Sustainability Studies, 2018.
- h Air pollution and climate change – links between greenhouse gases climate change and air quality. Institute for Advanced Sustainability Studies, 2022.

de l'accès aux soins de santé et les progrès des technologies de la santé dans le monde entier permettent non seulement d'améliorer la santé des personnes, mais aussi de stimuler l'innovation technologique et le développement économique. En outre, les interventions dont les objectifs principaux vont au-delà de la santé (par exemple, l'éducation, le logement, l'aménagement urbain, les transports publics, l'agriculture) ont souvent aussi un impact favorable sur la santé (et les MNT en particulier), ce qui souligne une fois de plus l'interdépendance des différents ODD et les avantages concomitants et multiples de leur mise en œuvre. Les liens entre la prévention et la lutte contre les MNT et le développement au sens large sont décrits plus en détail dans d'autres chapitres, par exemple le Chapitre 17 (déterminants sociaux), le Chapitre 54 (niveau pangouvernemental) et le Chapitre 56 (secteur privé).

La lutte contre les MNT en tant que problème de développement doit signifier l'intégration de la prévention et de la lutte contre les MNT, ainsi que leurs facteurs de risque, dans les stratégies de développement et les plans d'action au niveau national. La gravité des conséquences économiques des MNT justifie qu'elles soient prises en compte dans les cadres juridiques, économiques et de planification intersectorielle. Par exemple, les taxes sur la santé qui visent à réduire la consommation de tabac, d'alcool et de boissons édulcorées au sucre, tout en augmentant les recettes nationales et en réduisant les inégalités en matière de santé, devraient être des caractéristiques cohérentes des outils fiscaux et des processus de budgétisation intersectoriels tels que les cadres financiers nationaux intégrés (Chapitre 41). De même, la lutte contre la pollution de l'air par la réduction des émissions de carbone est un objectif important de la réforme des subventions aux combustibles fossiles et un processus important de financement du développement (en plus d'être bénéfique pour la santé).⁵ En raison de leurs avantages et contraintes généralisés, ces questions soulignent que la prévention et la lutte contre les MNT ne devraient pas être laissées à la discrétion et à la responsabilité du seul ministère de la Santé.

Les MNT et le genre

Les comportements liés aux facteurs de risque des MNT sont influencés par les normes, les rôles et les relations entre les hommes et les femmes, qui affectent l'exposition aux facteurs de risque (par exemple, les coutumes sociales liées à la mobilité physique peuvent réduire les possibilités d'activité physique des femmes et de nombreuses sociétés considèrent le tabagisme comme une norme masculine souhaitée), les comportements de recherche de santé et, par

conséquent, le développement des MNT. Les interactions avec le système de santé, y compris l'observance thérapeutique et les résultats, varient également en fonction du genre. La majorité des pauvres dans le monde sont des femmes, qui sont les moins à même d'allouer des fonds au traitement des MNT. Dans de nombreux contextes, les ménages disposant de fonds limités voient ces ressources essentiellement consacrées aux besoins des hommes en matière de santé, les femmes ayant moins l'opportunité de s'exprimer que les hommes dans les décisions relatives aux dépenses de santé. Dans d'autres contextes, le comportement des hommes peut signifier qu'ils sont moins susceptibles de rechercher des soins de santé préventifs, et qu'ils sont moins enclins à rechercher eux-mêmes un diagnostic et un traitement précoces. En outre, les femmes et les jeunes filles sont souvent les principales dispensatrices de soins aux personnes atteintes de MNT, ce qui peut les contraindre à cesser de travailler ou entraîner l'abandon de l'école pour les filles. La prévention et la prise en charge des MNT peuvent constituer un point d'entrée utile pour renforcer l'égalité entre les hommes et les femmes. Les politiques qui réduisent ou éliminent les frais d'utilisation des soins de santé sont importantes pour encourager les hommes et les femmes à accéder aux soins de santé.

Les MNT, la COVID-19 et le développement durable

La pandémie a compliqué davantage la réalisation des ODD.⁶ Les MNT et leurs facteurs de risque sont associés à une plus grande susceptibilité à l'infection par la COVID-19 et à des risques accrus de maladie grave et de décès liés à la COVID-19⁷ – les fumeurs, par exemple, étant confrontés à un risque de 40 à 50 % plus élevé de maladie grave et de décès dus à la COVID-19.⁸ La pandémie de COVID-19 a également exacerbé les inégalités, y compris dans le domaine des MNT.⁹ Dans de nombreuses communautés défavorisées, la COVID-19 et les MNT ont été vécues comme une « syndémie », une pandémie cooccurrence et synergique qui interagit avec les inégalités sociales et économiques et les aggrave. La pauvreté, la discrimination et les normes culturelles et de genre ont façonné les comportements de recherche de soins tant en ce qui concerne les MNT que la COVID-19, ainsi que l'accès aux services de santé et autres services de base, la prise de décision en matière de santé, l'exposition aux risques et la charge des soins. En outre, la pandémie a mis en évidence le risque pour les personnes atteintes de MNT dans les communautés marginalisées, y compris les personnes vivant dans des contextes fragiles et humanitaires avec des systèmes de santé chroniquement défaillants. Mieux reconstruire pour réaliser le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 signifie que les MNT doivent faire partie intégrante des efforts d'intervention et de reprise de la COVID-19 à l'échelle pangouvernementale, ainsi que de la préparation aux pandémies, en mettant systématiquement l'accent sur la protection des personnes les plus défavorisées.¹⁰

Remarques

- 1 WHO. Noncommunicable diseases. Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. April 2021.
- 2 Lancet NCDI Poverty Commission. National commission reports. <http://www.ncdi-poverty.org/national-commission-reports>.
- 3 Bukhman G et al. Reframing NCDs and injuries for the poorest billion: a Lancet Commission. *Lancet* 2015;386:1221–22.
- 4 Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, A/RES/70/1, 2015.
- 5 UNDP. Future investment: a toolkit for a fair energy pricing reform. <https://dontchooseextinction.com/en/policies/>.
- 6 *The Sustainable Development Goals Report 2020*. New York: United Nations, 2020.
- 7 Nikoloski Z et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health* 2021;21:1068.
- 8 WHO supports people quitting tobacco to reduce their risk of severe COVID-19, 2021. <https://www.who.int/news/item/28-05-2021-who-supports-people-quitting-tobacco-to-reduce-their-risk-of-severe-covid-19>.
- 9 Economist Intelligence Unit. Examining the intersection between NCDs and COVID-19: lessons and opportunities from emerging data. Defeat-NCD Partnership, 2021.
- 10 Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. WHO and UNDP, 2020.

4 Surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque

Principes

*Pascal Bovet, Nick Banatvala, Richard Cooper,
Leanne Riley*

La surveillance des maladies non transmissibles repose sur la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion systématiques et permanentes de données visant à fournir des informations appropriées sur la charge de morbidité des MNT dans un pays, y compris les principales causes de mortalité liée aux MNT, les groupes de population à risque, la morbidité, les facteurs de risque et les déterminants, ainsi que la capacité de suivre les résultats sanitaires liés aux MNT et les tendances des facteurs de risque au fil du temps. La surveillance des MNT est essentielle pour soutenir la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des efforts de prévention et de lutte contre les MNT, en particulier lorsqu'elle est étroitement intégrée à la diffusion en temps utile de ces données à ceux qui ont besoin d'en prendre connaissance et d'agir.

La surveillance et le suivi des MNT permettent de suivre les tendances de la santé et des maladies au sein des populations au fil du temps, ce qui permet de hiérarchiser les interventions les plus pertinentes en matière de santé publique et de soins de santé, puis de mesurer l'impact de ces interventions. La surveillance permet donc aux décideurs d'agir plus efficacement en fournissant des données probantes utiles et opportunes (« des données pour agir », « ce qui est mesuré est réalisé ») et de plaider en faveur des ressources nécessaires à l'action.

Malgré l'importance de la surveillance et du suivi, ces activités ne sont souvent pas prioritaires et ne bénéficient pas de ressources suffisantes. Il est essentiel que les pays fournissent des données précises pour inverser l'augmentation mondiale du nombre de décès et d'individus en situation de handicap dus aux MNT. Actuellement, de nombreux pays disposent de peu de données utilisables sur la mortalité et d'une surveillance insuffisante des MNT. La surveillance est une composante essentielle du système de santé et doit être considérée comme telle. Les données sur les MNT doivent être bien intégrées dans les systèmes nationaux d'information sur la santé, y compris la saisie systématique de l'état de santé des patients dans le cadre des systèmes de gestion des patients. L'amélioration de la surveillance et du suivi au niveau national reste une priorité absolue dans la lutte contre les MNT.

Il est essentiel de disposer d'un cadre de surveillance qui permette de suivre de manière exhaustive les expositions (facteurs de risque et déterminants), les résultats (morbidité et mortalité) et les réponses du système de santé

(interventions et capacités). En principe, la surveillance devrait viser à saisir un ensemble convenu d'indicateurs normalisés sur ces composantes, en utilisant des méthodes aussi pratiques, uniformes et simples à mettre en œuvre que possible, tout en étant valides et précises.

Ce chapitre met l'accent sur les principes de la surveillance des MNT, notamment la mortalité, la morbidité et la prévalence des facteurs de risque. Bon nombre des principes sont également utiles pour obtenir des informations sur les interventions de santé publique face aux MNT au fil du temps (par exemple, les politiques nationales, les plans d'action, les directives, les réponses du système de santé).

La surveillance permet aux décideurs de connaître la fréquence et la répartition des MNT, des facteurs de risque et des caractéristiques associées au sein de leur population, afin de suivre et d'informer les programmes et les politiques de prévention et de lutte. Les informations sur les niveaux actuels des facteurs de risque de MNT au sein de la population permettent également de prédire le fardeau des MNT à l'avenir et sont importantes pour la planification des services et des interventions, étant donné l'intervalle souvent long entre les niveaux actuels des facteurs de risque et l'apparition d'un problème de santé (par exemple, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer).

L'OMS recommande à ses États membres de mettre en place des systèmes permettant de produire régulièrement des données fiables sur la mortalité par cause, un ensemble complet de mesures de la qualité et de la disponibilité des services relatifs aux MNT et de suivre les résultats cliniques pour le suivi des patients et des programmes relatifs aux MNT dans les établissements, mais aussi de réaliser tous les cinq ans une enquête appropriée pour évaluer les facteurs de risque des MNT.¹ Les résultats de ces enquêtes auprès de la population sont essentiels pour permettre aux pays de rendre compte de l'application du cadre mondial de responsabilisation de l'OMS concernant les MNT (Chapitre 35).

Questions clés

Impliquer les parties prenantes. Pour que les résultats des activités de surveillance soient utilisés en vue de soutenir l'élaboration de politiques et de programmes, il est important que les principales parties prenantes (y compris les dirigeants communautaires) soient impliquées dans l'ensemble du processus, depuis la conception jusqu'à la diffusion des résultats. Il est préférable de collecter de petites quantités de données valides et utiles que de grandes quantités d'informations qui peuvent être moins fiables ou d'une utilité limitée.

Assurer une gouvernance solide. Il est impératif que, lorsque des données sont collectées, des systèmes soient mis en place pour garantir la confidentialité des participants et la gouvernance de l'information, avec un accord sur la manière dont les données agrégées et désagrégées seront utilisées.

Dispenser une formation appropriée aux enquêteurs (responsables de la collecte des données). Il est essentiel d'investir dans la formation des personnes chargées de mener

les enquêtes ou d'enregistrer l'état des patients afin de s'assurer qu'elles comprennent l'importance de la collecte de données de grande qualité.²

Ne collecter que les données qui seront utilisées. Il est important de clarifier l'objectif de chaque donnée collectée afin de ne pas gaspiller les ressources associées à la collecte, au stockage, à l'analyse et à la diffusion. Les données obtenues doivent être correctement résumées et agrégées, accompagnées d'une description des principales conclusions et des implications pour les autorités compétentes, en temps opportun.

Assurer un niveau élevé de participation. L'absence de réponse (qu'il s'agisse de l'impossibilité d'entrer en contact avec les participants à l'enquête ou du refus de participer) a pour effet de réduire la taille de l'échantillon par rapport à celle qui est nécessaire pour obtenir des résultats significatifs et augmente le risque de biais, car les non-répondants (par exemple, ceux qui sont malades ou les groupes marginalisés) peuvent différer des répondants en termes de caractéristiques mesurées.

Collecter suffisamment de données pour permettre la désagrégation. Les enquêtes de prévalence précises basées sur un échantillonnage aléatoire nécessitent un nombre relativement faible de participants, souvent de l'ordre de quelques milliers, même dans les grands pays. Néanmoins, il est important que les données obtenues à partir de ces enquêtes puissent être ventilées en fonction des variables sociodémographiques lorsque cela est important pour comprendre l'épidémiologie et concevoir des programmes et des politiques de prévention et de lutte contre les MNT. Ces variables comprennent l'âge, le genre, le clivage urbain-rural, la profession et le statut socio-économique.³

Diffuser les résultats. La publication des résultats des enquêtes auprès de la population et des données agrégées provenant de la surveillance des patients et des établissements, ainsi que des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, dans la littérature évaluée par les pairs, est un moyen important d'accroître l'accès aux travaux et constitue un niveau supplémentaire de contrôle de la qualité.

- *Les chiffres totaux* de l'incidence globale (y compris la mortalité) et de la prévalence globale (c'est-à-dire le nombre total de personnes présentant certains facteurs de risque) renseignent sur les besoins en termes d'utilisation des services de santé (par exemple, le nombre de personnes à traiter et le volume de services nécessaires pour les traiter). Le nombre total de personnes atteintes de MNT ou présentant des facteurs de risque inévitables (qui sont généralement fortement associés à l'âge) augmente de manière significative au fil du temps dans la plupart des populations, à mesure que l'âge moyen et la taille de la plupart des populations augmentent (c'est-à-dire la transition démographique), même si le risque d'une MNT ou la prévalence normalisée selon l'âge d'un facteur de risque diminue au fil du temps.
- *Les taux* fournissent une mesure de la fréquence avec laquelle un événement se produit au sein d'une population définie, soit au cours d'une période donnée, soit à un moment donné. Les taux peuvent

être utilisés pour décrire soit les nouveaux cas (ou les décès associés) d'une MNT particulière (incidence), soit les cas existants d'une MNT ou d'un facteur de risque particulier (prévalence). Dans la mesure où les MNT et la plupart des facteurs de risque sont fortement associés à l'âge, les taux normalisés selon l'âge (c'est-à-dire les taux qui ont été pondérés en fonction d'une même répartition standard selon l'âge)⁴ sont particulièrement utiles, car ils peuvent être directement comparés dans le temps au sein d'une même population ou entre des populations différentes et fournir des informations sur le risque de maladie au sein de la population, indépendamment de l'âge et de la taille de la population.

Évaluation de la mortalité et de la morbidité dues aux MNT au sein de la population

L'évaluation de la mortalité due aux MNT nécessite des informations précises sur le nombre et la répartition des décès – y compris les causes de décès, généralement obtenues à partir de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil qui fonctionnent bien et qui couvrent l'ensemble de la population et génèrent des données fiables, continues et actualisées sur la mortalité spécifique à l'âge et à la cause. Le suivi de la mortalité due aux MNT n'est possible qu'avec des systèmes d'enregistrement de l'état civil fiables qui recensent tous les décès et en certifient les causes de manière fiable. Les initiatives nationales visant à renforcer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et la mortalité par cause constituent une priorité essentielle pour de nombreux pays. Les médecins doivent être formés à l'importance de remplir les certificats de décès. Dans les contextes où de nombreux décès ne sont pas constatés par un médecin, des méthodes alternatives, telles que l'autopsie verbale, peuvent être utilisées pour compléter les données recueillies à partir des certificats de décès. L'objectif mondial de disposer de données de qualité sur la mortalité nécessitera un investissement à long terme dans l'enregistrement des faits d'état civil.

L'évaluation de la morbidité des MNT nécessite également des systèmes d'information sanitaire solides, capables de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes dépistées, diagnostiquées et traitées pour une MNT. Les bons systèmes devraient systématiquement collecter, agréger, analyser et communiquer des données sur les principales MNT, notamment le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. L'utilisation d'un ensemble d'indicateurs normalisés permettant de suivre la hiérarchie de dépistage, de diagnostic, de traitement et de contrôle est importante pour améliorer la réactivité et l'efficacité des programmes de lutte contre les MNT et pour planifier la capacité des services futurs. Cela aide les fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires d'établissements, le personnel du ministère de la Santé et leurs partenaires à mieux planifier, cibler, adapter et développer les interventions ; à évaluer si les programmes mis en œuvre satisfont aux normes de qualité ; à réagir efficacement lorsqu'ils ne sont pas mis

en œuvre comme prévu ; et à rendre compte d'indicateurs globaux normalisés. Les défis liés à l'exhaustivité et à l'exactitude des données de ces systèmes comprennent la nécessité d'utiliser des critères normalisés pour le diagnostic, l'agrégation et la communication d'indicateurs normalisés, ainsi que l'inclusion de données provenant de tous les établissements de santé (y compris les prestataires du secteur privé). Ces données pourraient ne pas être représentatives de l'ensemble de la population – avec un biais pour les personnes qui n'ont pas accès aux services de santé, comme les pauvres, les habitants des zones rurales ou les individus qui fréquentent des services de santé privés ou d'autres services qui ne sont pas systématiquement pris en compte. En outre, la production et l'utilisation de données sur la morbidité exigent la mise en place de procédures de gouvernance strictes et solides pour protéger la confidentialité et empêcher l'utilisation à mauvais escient des données.

Une autre source de mesures de morbidité pour l'ensemble ou une partie de la population peut provenir de registres de population pour des problèmes de santé et des maladies spécifiques, telles que le cancer et le diabète. Certaines morbidités devront également être dérivées d'enquêtes auprès des populations, par exemple la prévalence de l'hypertension et du diabète, en raison de la difficulté à saisir ces paramètres complètement à partir des systèmes de suivi des patients et des programmes.

Évaluation des niveaux des facteurs de risque des MNT au sein de la population

Il n'est pas possible d'évaluer les niveaux des facteurs de risque des MNT dans l'ensemble de la population, raison pour laquelle il convient d'utiliser des enquêtes portant sur un échantillon scientifiquement sélectionné de la population concernée. Il est essentiel que les participants éligibles soient scientifiquement sélectionnés dans l'ensemble de la population afin de fournir des données qui peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population concernée. Les enquêtes en milieu scolaire peuvent fournir des estimations basées sur la population d'enfants et d'adolescents lorsque le taux de scolarisation est élevé. L'évaluation des facteurs de risque sur la base des personnes ayant accès aux services de soins de santé a peu de chances de fournir des estimations précises pour l'ensemble de la population.

Il existe plusieurs types d'enquêtes pour évaluer les facteurs de risque au sein de la population. Il s'agit notamment des suivantes :

Les enquêtes par examen de santé où les participants éligibles sont invités à se rendre dans des centres d'enquête. Les niveaux de participation sont variables et peuvent atteindre 30 % dans certains contextes (par exemple, dans les pays à revenu élevé). Une faible participation peut entraîner des estimations biaisées, mais cela peut être partiellement compensé (par exemple en pondérant les résultats bruts par rapport à la répartition attendue de la population en fonction de certaines variables, telles que l'éducation ou le revenu).

Les enquêtes auprès des ménages nécessitent des visites dans les foyers et donc des ressources importantes (par exemple, déplacement au domicile des personnes, disponibilité d'équipements portables, accès à un endroit isolé pour mener l'enquête).

Les enquêtes par téléphone et en ligne sont de plus en plus utilisées, car elles nécessitent moins de ressources. Parmi les difficultés rencontrées, citons l'obtention des coordonnées des participants éligibles, le biais en faveur de ceux qui ont accès à des téléphones fixes et mobiles et à des ordinateurs, et les faibles taux de réponse. Les mesures physiques (par exemple, la taille, le poids et la tension artérielle) dépendent de la précision des informations fournies par les participants. En outre, les participants peuvent ne pas répondre aux appels non sollicités, bien que la participation puisse être considérablement améliorée si des incitations sont proposées.

Les enquêtes basées sur les dossiers médicaux électroniques permettent la collecte rapide, actualisée, peu coûteuse et continue de grandes quantités d'informations (facteurs de risque, données cliniques et de laboratoire, etc.). Si des informations sont disponibles au niveau de la population entière (ou presque) (« surveillance de l'ensemble de la population »), les estimations de prévalence peuvent être déduites pour l'ensemble de la population, par exemple dans le cadre des systèmes de santé nationaux au Royaume-Uni, en Espagne, au Danemark et en Corée⁵ ou auprès des fournisseurs de soins de santé (par exemple les compagnies d'assurance maladie et d'assurance médicale). Les dossiers médicaux électroniques étant de plus en plus utilisés dans de nombreux pays, la surveillance des facteurs de risque des MNT sur la base de ces dossiers devrait se généraliser à l'avenir. Les données sur la santé peuvent également être reliées à d'autres bases de données électroniques (par exemple, les prescriptions médicales, les services sociaux, etc.), ce qui peut fournir des informations utiles sur les taux de lutte contre les MNT et sur l'utilisation et l'efficacité des services de santé et, éventuellement, contribuer à l'efficacité des mesures de prévention et de lutte en temps réel au niveau de la population et des soins de santé. Les difficultés sont liées au fait que les informations proviennent uniquement des personnes ayant accès aux services de santé, ce qui peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population.

Enquêtes sur la capacité des systèmes de santé à assurer la surveillance des MNT et sur la réponse sanitaire à la prévention et à la lutte contre les MNT

Il existe toute une série d'enquêtes et/ou d'outils permettant d'aborder des questions qui n'évaluent pas directement les résultats des MNT au sein de la population, mais qui sont indirectement liées à la surveillance. Il s'agit notamment d'enquêtes sur la capacité du système de santé à effectuer des tâches de surveillance, sur le financement disponible pour les tâches de surveillance, sur l'existence d'unités/de sections pour l'exécution des tâches de surveillance, etc.

Les enquêtes sur les interventions de santé publique face aux MNT évaluent la gouvernance, la mise en œuvre de politiques et de stratégies dans un pays pour lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque dans la population, la réponse des soins de santé pour la prestation de services liés aux MNT et la prise en charge des MNT.⁶

Remarques

- 1 Noncommunicable Diseases Progress Monitor. WHO, 2020.
- 2 Croome A, Mager F. *Doing research with enumerators*. Nairobi: Oxfam, 2018.
- 3 GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1736–88.
- 4 Ahmad OB et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. WHO, 2001.
- 5 Carstensen B et al. Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2020;8:e001064.
- 6 Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs: report of the 2019 global survey. WHO, 2020.

5 Surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque

Outils sélectionnés

*Leanne Riley, Pascal Bovet, Nick Banatvala,
Melanie Cowan*

Le Chapitre 4 décrit l'objectif de la surveillance des MNT et ses principes sous-jacents. Ce chapitre décrit des exemples d'outils couramment utilisés, notamment ceux mis au point par l'OMS.¹

Évaluation de la prévalence des facteurs de risque

Ces instruments exigent que les participants éligibles soient scientifiquement sélectionnés au sein de la population afin que les résultats soient généralisables. Les données sont obtenues à partir de questionnaires standardisés et, dans certains cas, comprennent un examen physique et/ou des mesures biochimiques. Les résultats peuvent être présentés sous forme d'estimations brutes ou normalisées selon l'âge (voir le Chapitre 1 sur le fardeau mondial des MNT) et peuvent être présentés en fonction de l'âge, du genre, du revenu, de l'éducation ou d'autres catégories. La collecte de données par le biais d'enquêtes soulève toute une série de considérations éthiques² et doit être examinée et approuvée par le comité d'éthique/le conseil d'examen institutionnel concerné, qui veillera notamment à ce que des systèmes de gestion des données soient en place pour protéger la vie privée des participants et à ce que la participation soit assortie d'un consentement éclairé. Il est impératif que les personnes impliquées dans les enquêtes reçoivent une formation adéquate et qu'un soutien soit disponible pour ceux qui mènent l'enquête.

L'Approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques/maladies non transmissibles (STEPS) a été développée pour collecter, analyser et diffuser les réponses à une série de questions sur les principaux facteurs de risque comportementaux, notamment la consommation d'alcool et de tabac, l'inactivité physique, l'alimentation malsaine, ainsi que les antécédents de MNT sélectionnées (Étape 1) ; des mesures physiques pour évaluer les principaux facteurs de risque biologiques tels que le surpoids et l'obésité et l'hypertension artérielle (Étape 2) ; et des mesures biochimiques de la glycémie, du cholestérol, du sodium et de la créatinine urinaires (Étape 3) chez les personnes âgées de 18 à 69 ans. Lorsque les ressources sont disponibles, un ensemble élargi de mesures est mis à disposition pour chaque étape. L'approche STEPS peut être étendue à d'autres priorités de santé publique grâce à des

modules complémentaires, notamment le cancer du col utérin, la mesure objective de l'activité physique, la politique antitabac, la santé bucco-dentaire, la santé mentale, la santé sexuelle, la santé des yeux et des oreilles, ainsi que la violence et les préjudices. Les pays peuvent choisir d'ajouter des variables pertinentes au niveau local. L'échantillonnage scientifique des participants éligibles se fait généralement par grappes, p. ex. au niveau des régions, des districts et des ménages. L'approche STEPS exige que les responsables de la collecte de données se rendent au domicile des participants pour réaliser les étapes 1 et 2, ainsi que l'étape 3 (cette dernière étant généralement réalisée dans des centres de santé ou sur des sites d'étude spécialisés). Tous les outils nécessaires à l'approche STEPS sont facilement accessibles, y compris ceux permettant la saisie électronique des données sur des appareils mobiles, ce qui permet une analyse rapide des données et de production de rapports. Les enquêtes doivent être répétées à intervalles réguliers (par exemple, tous les 5 à 10 ans). Bien que l'approche STEPS nécessite des ressources, les informations qu'elle fournit prouvent qu'il est important de les considérer comme une priorité. Les enquêtes STEPS sont menées dans un grand nombre de pays depuis plus de 20 ans, et de nombreux pays ont mené des enquêtes répétées afin de déterminer les tendances dans le temps et de permettre des comparaisons avec d'autres pays. Les données issues de ces enquêtes sont incluses dans le référentiel de microdonnées sur les MNT de l'OMS.³ Les résultats sont souvent largement diffusés par le biais de publications de l'OMS et de revues à comité de lecture, et les données sont incluses dans une série de bases de données mondiales sur la santé publique.

L'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) est une approche de surveillance collaborative menée par l'OMS qui permet aux pays d'évaluer les facteurs de risque et de protection comportementaux dans dix domaines essentiels (alcool, drogues, comportement alimentaire, hygiène, santé mentale, inactivité physique, santé sexuelle et reproductive, tabagisme, violence, brimades et préjudices) chez les adolescents scolarisés âgés de 13 à 17 ans.⁴ L'enquête étant basée sur un échantillon d'écoles et de classes sélectionnées scientifiquement dans l'ensemble du pays ou dans une sous-région, la GSHS est une enquête relativement peu coûteuse, qui utilise un questionnaire anonyme autoadministré. Les mesures physiques de la taille et du poids sont également incluses dans le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) des élèves. Des séries élargies de questions sont disponibles pour chaque module, et des questions supplémentaires spécifiques aux pays sur d'autres sujets d'importance ou d'intérêt particulier peuvent être ajoutées. Les feuilles de réponses peuvent être rapidement numérisées, avec une analyse automatisée des résultats. L'enquête GSHS peut être réalisée en quelques jours ou semaines (après une période de préparation). Comme pour les enquêtes STEPS, les enquêtes GSHS ont été menées une ou plusieurs fois dans de nombreux pays ; les rapports sont largement disponibles et les données sont incluses dans une série de bases de données mondiales sur la santé publique. Les données issues de ces enquêtes sont incluses dans le référentiel de microdonnées sur les MNT de l'OMS.

L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS), mise au point par l'OMS et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies aux États-Unis, est une enquête autoadministrée menée en milieu scolaire auprès des jeunes âgés de 13 à 15 ans. Elle est conçue pour surveiller la consommation de tabac chez les jeunes et pour guider la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte antitabac.⁵ La GYTS est basée sur un échantillon scientifiquement sélectionné d'écoles et de classes. L'enquête GYTS est un outil important pour aider les pays à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des mesures de réduction de la demande de tabac.

L'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) est une étude transnationale menée par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il s'agit d'une étude collaborative transnationale, lancée en 1982, qui est menée tous les quatre ans dans plus de 40 pays (principalement européens). L'étude vise à mieux comprendre le bien-être, les comportements en matière de santé et la vie sociale des adolescents de 11 à 15 ans.⁶ Des données sommaires et brutes sont disponibles sur les facteurs de risque des MNT. Les rapports sont largement disponibles.

De nombreux pays ont mis au point des outils de surveillance nationale qui sont axés sur les facteurs de risque des MNT ou les incluent. Ces enquêtes peuvent comprendre un examen physique (par exemple, l'enquête US National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES]),⁷ ou l'enquête Korea National Health and Nutrition Examination Survey), un examen téléphonique (par exemple, l'enquête suisse sur la santé) ou un examen en ligne (par exemple, l'enquête Constance en France). Comme pour toutes les enquêtes, il est essentiel que les échantillons des participants éligibles représentent fidèlement l'ensemble de la population. Les études de cohortes basées sur la population sont un autre moyen d'obtenir des données, mais les résultats peuvent être difficiles à extrapoler à l'ensemble de la population pour des raisons qui incluent le biais de sélection et d'autres biais. Dans certains pays (Espagne et Danemark, par exemple), les données sanitaires et médicales (y compris sur les MNT et leurs facteurs de risque) sont collectées électroniquement auprès de tous les fournisseurs de soins de santé, ce qui constitue une forme de « surveillance de l'ensemble de la population », dans la mesure où la majorité de la population fréquente des centres de soins de santé à un moment ou à un autre.

Mesure des événements liés aux MNT

Le suivi des MNT au sein de la population est complexe et exigeant en termes de ressources. Il nécessite la capacité d'identifier et de signaler tous les décès et nouveaux événements liés aux MNT (ou presque). Cela requiert un accès aux décès survenus dans les services de santé publics et privés, ainsi qu'en dehors des centres de santé, dans toutes les régions du pays, et que les causes des maladies ou des décès soient évaluées de manière standardisée (par exemple, selon la classification internationale des maladies de l'OMS), avec une connaissance fiable de la cause principale des maladies/des décès parmi d'éventuelles

comorbidités (par exemple, si le décès est dû à un accident vasculaire cérébral ou à une infection pulmonaire). Il est évident que certains événements sont susceptibles d'être décrits avec plus de précision que d'autres.

Registre national de l'état civil et statistiques de l'état civil. Les données permettant de rendre compte de la mortalité par cause au sein de la population reposent sur les certificats de décès sur lesquels les causes primaires, secondaires et connexes du décès sont systématiquement consignées. En principe, ces causes sont renseignées par des professionnels de la santé qui ont assisté au décès ou qui connaissaient les antécédents médicaux de la personne décédée. Dans l'ensemble, moins de la moitié des décès dans le monde sont enregistrés avec leur cause et même lorsque des certificats de décès sont disponibles, la cause du décès n'est souvent pas fiable. Il est important que les personnes qui certifient les décès aient reçu une formation leur permettant de remplir des déclarations pertinentes.⁸ Le calcul des taux de mortalité nécessite également de connaître la taille et la répartition par âge de l'ensemble de la population.

Les *enquêtes démographiques* évaluent l'incidence (la mortalité et, dans une certaine mesure, la morbidité), généralement dans des zones géographiques définies, peuplées de quelques milliers ou centaines de milliers de personnes. Les agents de santé visitent chaque ménage à intervalles réguliers (par exemple tous les six mois), la cause du décès étant déterminée par des *autopsies verbales* qui permettent d'établir la cause probable du décès.

Des *registres des maladies* sont disponibles dans certains pays où les ressources sont disponibles. Ils peuvent être basés sur la population ou sur les établissements de santé. Les registres du cancer basés sur la population sont utilisés pour déterminer le profil du cancer au sein de diverses populations ou sous-populations, afin de suivre les tendances et d'améliorer les soins aux patients. Des registres existent également pour d'autres maladies chroniques (par exemple les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies, les maladies rénales, l'hypertension, le diabète, les maladies héréditaires) et sont généralement établis au niveau des hôpitaux et/ou des soins de santé primaires : leur objectif principal est d'améliorer les soins aux patients.

Les *systèmes d'enregistrement des patients* sont utilisés pour collecter, stocker et communiquer des informations cliniques importantes pour la fourniture de soins aux patients atteints de MNT et constituent une source précieuse de données pour ceux qui accèdent aux services de santé en ce qui concerne le diagnostic, la prise en charge et le traitement des MNT. Un ensemble complet de mesures fiables de la qualité et de la disponibilité des services et des résultats cliniques pour le suivi des patients et des programmes de lutte contre les MNT dans les établissements de santé, ainsi que des outils numériques simples et pratiques pour l'établissement de rapports, peuvent combler les lacunes en matière de suivi. L'OMS a mis au point un ensemble d'indicateurs destinés à soutenir l'enregistrement et la communication de données fondées sur des normes dans les établissements de santé au niveau des soins primaires dans les milieux à faibles ressources, et des outils connexes permettant d'intégrer ces indicateurs font actuellement l'objet d'essais pilotes en vue de leur inclusion, tels que le

Tableau 5.1 Outils de surveillance pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux indicateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT^a

<i>Élément</i>	<i>Cible</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Exemples d'outils de surveillance</i>
Mortalité et morbidité			
Mortalité prématurée due aux MNT.	1. Une réduction relative de 25 % de la mortalité due aux MCV, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques.	1. Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une MCV, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique. 2. Incidence du cancer, par type de cancer, pour 100 000 habitants.	Registre national de l'état civil et statistiques de l'état civil capables de signaler la cause du décès, outils d'autopsie verbale, EDS, etc. Des recensements de la population sont également nécessaires.
Facteurs de risque comportementaux			
Consommation nocive d'alcool.	2. Réduction relative d'au moins 10 % de la consommation nocive d'alcool, en fonction du contexte national.	3. Volume total d'alcool par habitant (15 ans et plus) et par an (litres d'alcool pur). 4. Prévalence* de la consommation épisodique excessive d'alcool chez les adolescents et les adultes. 5. Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez les adolescents et les adultes.	STEPS, NHS, GSHS, EDS et enquêtes similaires (avec ou sans examen).
Inactivité physique.	3. Une réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante.	6. Prévalence des adolescents insuffisamment actifs physiquement (<60 minutes d'activité d'intensité modérée ou élevée par jour). 7. Prévalence* des adultes insuffisamment actifs physiquement (<150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine, ou équivalent).	Idem (comme pour l'alcool). Les enquêtes doivent porter sur l'activité physique au travail, à la maison, dans les transports et pendant les loisirs.

(suite)

Tableau 5.1 (suite)

Élément	Cible	Indicateur	Exemples d'outils de surveillance
Consommation de sel/sodium.	4. Une réduction relative de 30 % de la consommation moyenne de sel/sodium dans la population.	8. Consommation moyenne* de sel par jour chez les adultes.	Idem. Des échantillons biologiques sont nécessaires si des échantillons d'urine ponctuels ou sur 24 heures sont prélevés.
Tabagisme relative de 30 %	5. Une réduction de la prévalence du tabagisme actuel chez les adultes.	9. Prévalence du tabagisme actuel chez les adolescents. 10. Prévalence* du tabagisme actuel chez les adultes.	Idem.
Facteurs de risque biologiques			
Hypertension artérielle.	6. Une réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou le maintien de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction des circonstances nationales.	11. Prévalence* de l'hypertension artérielle chez les adultes ($\geq 140/90$ ou traitement) et tension systolique moyenne.	Idem. Des mesures physiques de la tension artérielle sont nécessaires (les valeurs autodéclarées ne sont pas acceptées).
Diabète et obésité.	7. Enrayer la progression du diabète et de l'obésité.	12. Prévalence* de l'hypertension ou du diabète chez les adultes [glycémie $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou traitement]. 13. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (référence de croissance de l'OMS). 14. Prévalence* du surpoids et de l'obésité chez les adultes (IMC ≥ 25 kg/m ² et ≥ 30 kg/m ²).	Idem. Des mesures biologiques de la glycémie et des mesures physiques de la taille et du poids sont nécessaires (les valeurs autodéclarées ne sont pas acceptées).

(suite)

Tableau 5.1 (suite)

Élément	Cible	Indicateur	Exemples d'outils de surveillance
		15. Proportion* du total de l'apport énergétique des acides gras saturés chez les adultes.	Idem.
		16. Prévalence* d'adultes consommant <5 fruits et légumes par jour.	
		17. Prévalence* de l'hypercholestérolémie chez les adultes ($\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) ; et concentration moyenne* de cholestérol total.	
Réponse des systèmes nationaux			
Traitement médicamenteux pour prévenir les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.	8. Au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et des conseils pour prévenir les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.	18. Proportion de personnes âgées de ≥ 40 ans présentant un risque de MCV sur 10 ans ≥ 30 % recevant un traitement médicamenteux et des conseils pour l'hypertension ou le diabète.	Idem. Systèmes d'enregistrement des patients.
Médicaments essentiels contre les MNT et technologies de base pour traiter les principales MNT.	9. Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.	19. Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.	SARA, autres enquêtes dans les établissements de santé.

*Normalisée selon l'âge.

MCV : maladies cardiovasculaires ; TA : tension artérielle, IMC : indice de masse corporelle, adultes : personnes âgées de plus de 18 ans. EDS : enquête démographique et de santé. uncadre mondial de surveillance des maladies non transmissibles : définitions et spécifications des indicateurs. OMS, 2014.

DHIS2 (logiciel d'information sanitaire de district, mis au point par le réseau mondial Health Information Service Provider [HISP], dirigé par l'Université d'Oslo)⁹ et d'autres systèmes de gestion de l'information sanitaire/plates-formes d'enregistrement électroniques des patients.¹⁰ L'une des principales difficultés réside dans le fait que ces données ne sont souvent pas totalement représentatives de la santé de la population (car elles ne reflètent que les personnes qui ont accès aux services de santé) et peuvent être incomplètes ou de qualité inégale.

Évaluation des services de lutte contre les MNT

L'outil d'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (Service Availability and Readiness Assessment/SARA) a été développé par l'OMS et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).¹¹ Il est conçu pour évaluer et surveiller la disponibilité et l'état de préparation des services de santé et fournit des informations pour soutenir la planification et la gestion d'un système de santé. Les données collectées comprennent des informations sur la disponibilité de ressources humaines et d'infrastructures clés, ainsi que sur la disponibilité d'équipements de base, de services de base, de médicaments essentiels et de capacités de diagnostic (concernant les MNT et d'autres problèmes de santé). Les pays ont également développé leurs propres instruments d'évaluation des services.¹²

Outils de surveillance pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux indicateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT

Le Tableau 5.1 présente des exemples d'outils que les pays peuvent utiliser pour mesurer les indicateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.

Les difficultés rencontrées pour obtenir des données de qualité à partir de la surveillance des facteurs de risque des MNT sont notamment les suivantes : (i) les gouvernements et leurs partenaires n'accordent pas une priorité suffisante à ce domaine d'activité et n'intègrent pas suffisamment la surveillance des facteurs de risque des MNT dans les systèmes nationaux d'information sanitaire ; (ii) le taux de rotation souvent élevé du personnel impliqué dans la surveillance ; (iii) le manque de ressources disponibles au niveau national pour soutenir les activités de surveillance et la faiblesse des infrastructures (par exemple, les systèmes de voyage et de transport) qui rendent les enquêtes auprès des ménages difficiles, la faible capacité des pays en matière de gestion des données, d'analyse et de rédaction de rapports ; et (iv) des cadres d'échantillonnage obsolètes et un manque d'accessibilité géographique à certaines régions de certains pays.¹³

Remarques

- 1 Surveillance systems & tools. www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/.
- 2 Hammer MJ. Ethical considerations for data collection using surveys. *Oncol Nurs Forum* 2017;44:157–59.
- 3 WHO NCD microdata repository. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/>.
- 4 Global school-based student health survey. WHO. www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey.
- 5 Global youth tobacco survey. WHO. www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey.
- 6 Health behaviour in school-aged children. WHO collaborative cross-national survey. www.hbsc.org/about/index.html.
- 7 National Health and Nutrition Examination Survey. US Centre for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm>.
- 8 Brooks EG, Reed KD. Principles and pitfalls: a guide to death certification. *Clin Med Res* 2015;13:74–84.
- 9 What is DHIS2? <https://docs.dhis2.org/en/use/what-is-dhis2.html>.
- 10 Webster P. The rise of open-source electronic health records. *Lancet* 2011;377:1641–42.
- 11 Service availability and readiness assessment (SARA). WHO. [www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-\(sara\)?ua=1](http://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara)?ua=1).
- 12 Hoa NT et al. Development and validation of the Vietnamese primary care assessment tool – provider version. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e86.
- 13 Riley L et al. The World Health Organization STEPwise approach to noncommunicable disease risk-factor surveillance: methods, challenges, and opportunities. *Am J Public Health* 2016;106:74–78.

Partie 2

**Charge de morbidité,
épidémiologie et
interventions prioritaires pour
les différentes MNT**

6 Maladies cardiovasculaires

Charge de morbidité, épidémiologie et facteurs de risque

Pascal Bovet, Nick Banatvala, Kay-Tee Khaw, K Srinath Reddy

Ce chapitre est l'un des deux chapitres consacrés aux maladies cardiovasculaires (MCV). Le Chapitre 7 porte sur les interventions prioritaires en matière de maladies cardiovasculaires et sur le suivi et l'évaluation.

Définitions

Les MCV sont des affections qui touchent le cœur et les vaisseaux sanguins. Les deux principaux types de MCV sont les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires (telles que les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques). Les manifestations courantes des cardiopathies ischémiques sont l'angine de poitrine (douleur thoracique due à un apport insuffisant d'oxygène dans les artères coronaires), la crise cardiaque (également appelée infarctus du myocarde, qui entraîne la perte d'une partie du muscle cardiaque) et l'insuffisance cardiaque (altération de la fonction de pompage du cœur due à l'affaiblissement du muscle cardiaque). Les maladies cérébrovasculaires peuvent entraîner des lésions neurologiques durables, notamment une hémiplégie et des altérations cognitives sévères du cerveau. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont similaires à un AVC, mais ne durent que quelques minutes ou quelques heures et ne causent aucun handicap durable, mais un tiers des personnes atteintes d'AIT peuvent ultérieurement développer un AVC complet.

Commune à la cardiopathie ischémique et à l'accident vasculaire cérébral ischémique, l'athérosclérose (une accumulation intravasculaire de cholestérol, de calcium, de tissu fibreux et de plaquettes) entraîne, progressivement sur plusieurs décennies, un rétrécissement et une perte d'élasticité des artères, ce qui se traduit par une diminution du flux sanguin et de l'apport en oxygène (d'où le terme « ischémique ») et finalement un blocage total des vaisseaux (causant une crise cardiaque ou un AVC). Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques sont particulièrement associés à l'hypertension.

Les autres maladies cardiovasculaires comprennent les malformations cardiaques congénitales, les anomalies des valvules cardiaques (y compris les cardiopathies rhumatismales), les cardiomyopathies (maladies du muscle cardiaque qui ne sont pas directement liées à l'ischémie), les anévrismes artériels, les

maladies artérielles périphériques, les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires.

Ce chapitre porte sur les cardiopathies ischémiques et les AVC parce qu'ils sont à l'origine d'environ 80 % de la mortalité mondiale due aux MCV (IHME, 2019) et qu'ils partagent (avec d'autres MCV telles que les maladies artérielles périphériques) un ensemble commun de facteurs de risque modifiables et donc des stratégies de prévention et de prise en charge similaires. Pour ces raisons, le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT met l'accent sur les maladies cardiovasculaires, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que sur leurs principaux facteurs de risque.

Charge de morbidité et tendances

Les trois éléments les plus importants de l'épidémiologie des MCV sont les suivants : (i) l'augmentation de la charge de morbidité totale des MCV en raison de l'accroissement et du vieillissement des populations dans le monde, c'est-à-dire la transition démographique ; (ii) la diminution des taux de mortalité dus aux MCV normalisés selon l'âge dans la plupart des pays en raison des progrès réalisés dans la lutte contre les facteurs de risque et l'amélioration des traitements ; et (iii) les variations importantes de la mortalité due aux MCV normalisée selon l'âge entre les pays en raison de niveaux de facteurs de risque très différents au sein des populations et les grandes différences dans la mise en œuvre de programmes de prévention et de contrôle à l'échelle de la population, y compris des soins de santé efficaces.

D'après les données de l'IHME, 523 millions de personnes vivaient avec une MCV en 2019, dont 197 étaient atteintes d'une cardiopathie ischémique et 101 ont connu un accident vasculaire cérébral. Les MCV ont représenté 18,6 millions de décès en 2019 contre 9,1 millions pour les cardiopathies ischémiques.¹

Le Tableau 6.1 montre que les MCV (y compris les cardiopathies ischémiques et les AVC) ont représenté en 2019 32,8 % (18,6 millions) de l'ensemble des décès dans le monde, les cardiopathies ischémiques 16,2 % (9,1 millions) et les AVC 11,2 % (6,6 millions) (données de l'IHME).

Toutefois, il existe de grandes différences entre les pays appartenant à différentes catégories de revenus de la Banque mondiale. La proportion — rapport à l'ensemble des décès — des décès dus aux MCV, aux cardiopathies ischémiques et aux AVC était élevée en 2019 dans les pays à revenu élevé (PRE), mais avait diminué par rapport à 1990 ; elle était la plus élevée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRI) en 2019 (une augmentation par rapport à 1990) ; et elle était la plus faible dans les PRI de la tranche inférieure et les pays à revenu faible (PRF), mais représentait néanmoins le double de la valeur de 1990. Ces différences entre les régions reflètent en partie l'évolution de la répartition par âge des populations.

Bien que les décès dus aux cardiopathies ischémiques et aux accidents vasculaires cérébraux soient plus fréquents après l'âge de 70 ans, ils sont également à

l'origine d'une mortalité prématurée importante. Par exemple, près de 30 % de l'ensemble des décès survenus dans le monde entre 50 et 69 ans en 2019 étaient dus à des cardiopathies ischémiques et à des accidents vasculaires cérébraux.

Diminution de la mortalité normalisée selon l'âge

Le Tableau 6.1 montre également que les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les MCV, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (qui ne sont pas influencés par la répartition par âge des populations comparées) étaient plus élevés dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Toutefois, les taux ont *diminué* au fil du temps dans tous les groupes de revenus, avec une forte diminution multipliée par deux dans les pays à revenu élevé et une diminution marquée dans les PRI de la tranche supérieure, mais seulement une légère diminution dans les PRI de la tranche inférieure et les PRF.

Tableau 6.1 Mortalité due MCV, aux cardiopathies ischémiques et aux AVC (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)										
Toutes les MCV	25,9	32,8	42,2	32,5	32,3	40,7	17,4	29,7	9,1	16
Cardio-pathies ischémiques	12,2	16,2	24,4	16,4	12,7	18,8	8,5	16	3,2	6,2
AVC	9,8	11,6	11,8	8,4	14,8	16,6	6,4	9,8	3,9	6,5
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)										
Toutes les MCV	345	240	283	134	401	267	384	313	355	304
Cardio-pathies ischémiques	170	118	164	68	163	124	191	169	131	121
AVC	132	84	79	34	180	107	141	104	149	123

La baisse de la mortalité liée aux MCV est due à une diminution de l'incidence (des nouveaux cas) et de la létalité (parmi les cas) au fil du temps.² La diminution de l'incidence reflète une évolution à la baisse de plusieurs facteurs de risque de MCV dans la population due à la prévention et au traitement (par exemple, le tabagisme, la tension artérielle et le cholestérol sanguin),³ tandis que l'augmentation de la survie reflète l'amélioration de la prise en charge des cas.⁴ Les gains importants d'espérance de vie à la naissance observés au cours des dernières décennies dans le monde entier résultent en

grande partie de la diminution de la mortalité due aux MCV normalisée selon l'âge, mais, dans plusieurs régions, dont l'Afrique, ils résultent aussi en grande partie de la réduction de la mortalité maternelle et infantile.⁵

Cependant, la tendance à la baisse de la mortalité due aux MCV normalisée selon l'âge s'est ralentie dans de nombreux pays au cours des dernières années, y compris dans les PRE, en particulier chez les jeunes adultes, ce qui a été en partie attribué à la prévalence croissante de l'obésité et du diabète.

Variations entre les pays

Les taux de MCV normalisés selon l'âge varient de plus de dix fois entre les pays, par exemple <30/100 000 habitants en 2019 (et toujours en baisse) au Japon et en France contre >700/100 000 habitants (mais en baisse) en Ouzbékistan pour les cardiopathies ischémiques, avec une variation d'ampleur similaire pour les AVC (IHME).

Proportions de la mortalité des cardiopathies ischémiques/AVC attribuables aux facteurs de risque modifiables (fractions attribuables à la population)

Ces fractions expriment les proportions (ou pourcentages) estimées de la charge totale de morbidité due aux cardiopathies ischémiques ou aux accidents vasculaires cérébraux qui pourraient être évitées si un facteur de risque était éliminé dans l'ensemble de la population (c'est-à-dire si tous les individus composant la population présentaient ce facteur de risque dans la gamme de niveaux optimale).⁶ Au niveau mondial, en 2019, ces fractions étaient les suivantes :⁷

- *Environnement* : particules (par exemple, pollution, fumée intérieure) 21 % ; température non optimale 7 %.
- *Physiologiques/métaboliques* : hypertension artérielle 51 % ; hypercholestérolémie 28 % ; hyperglycémie 23 % ; dysfonctionnement rénal 11 %.
- *Comportements* : alimentation malsaine 41 %* ; tabagisme 19 % ; inactivité physique 4 % ; consommation nocive d'alcool 1 %.

*Cela comprend les éléments suivants : consommation élevée de sodium (sel) et faible consommation de céréales complètes (10 % chacun) ; faible consommation de légumes et de fruits (7 % et 5 % respectivement) ; consommation élevée de viande rouge et de graisses trans, faible consommation de noix et de graines et faible consommation de fibres (4 % chacun) ; faible consommation de légumes et alcool (3 % chacun), faible consommation de graisses polyinsaturées et faible consommation d'acides gras oméga-3 (2 % chacun) ; viande transformée et boissons sucrées (1 % chacun).

Ces fractions attribuables importantes pour un large éventail de facteurs de risque soulignent la nécessité de prévenir les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux par un grand nombre d'interventions, qui sont abordées dans le chapitre suivant et dans d'autres chapitres.

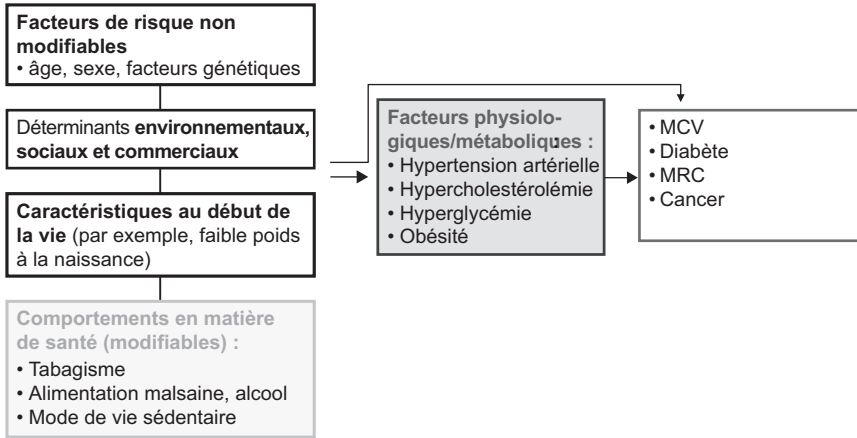


Figure 6.1 La relation entre les facteurs de risque et les MCV (et d'autres MNT sélectionnées).

Facteurs de risque

Les relations entre les facteurs de risque modifiables et non modifiables, ainsi que les déterminants plus généraux de la santé avec les facteurs de risque physiologiques et métaboliques et avec les cardiopathies ischémiques et les AVC, sont illustrées dans la Figure 6.1. Les maladies vasculaires périphériques, ainsi que le cancer et les maladies respiratoires chroniques, sont incluses pour mettre en évidence la relation entre ces facteurs de risque et les MNT de manière plus générale. La relation entre les facteurs de risque et les résultats des maladies cardiovasculaires est graduelle (c'est-à-dire qu'elle dépend des doses). Cela explique pourquoi la majorité des MCV surviennent chez des personnes présentant des niveaux de facteurs de risque modérés plutôt qu'élevés (c'est-à-dire la majorité de la population) plutôt que chez des personnes (une minorité de la population) présentant un risque élevé. Cela souligne la nécessité de réduire les facteurs de risque dans l'ensemble de la population, et pas seulement chez les personnes les plus à risque. Le Chapitre 36 sur la population et les stratégies à haut risque décrit ce « paradoxe de la prévention ».

Principaux facteurs de risque modifiables

Les principaux facteurs de risque de MCV modifiables ont été identifiés à la fin des années 1940 et dans les années 1950, lorsque l'épidémie de MCV progressait rapidement dans les pays à revenu élevé. L'étude de cohorte pionnière de Framingham (commencée à la fin des années 1940) a montré que le risque de MCV sur 10 et 30 ans était <5 % chez les personnes non-fumeuses, avec une tension artérielle basse, un taux de cholestérol bas et sans diabète, mais le risque sur 10 et 30 ans atteignait jusqu'à 40 % et 80 % respectivement chez les personnes présentant des niveaux élevés de ces quatre facteurs de risque,

soulignant l'importance des interventions pour réduire l'exposition à ces facteurs de risque.⁸

D'autres études ont montré que les personnes ayant des comportements sains, c'est-à-dire qui ne fument pas, qui sont physiquement actives, qui ont une alimentation saine et qui sont sveltes (ce qui peut être interprété comme l'adoption d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière), avaient une incidence très faible de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux (ainsi que de diabète et de cancers),⁹ ce qui souligne le rôle critique de ce nombre réduit de comportements sains. En conséquence, de nombreuses études ont montré une protection importante contre les MCV chez les personnes présentant de faibles niveaux de ces principaux facteurs de risque dénommés « Life Simple 7 » par l'American Heart Association, et qui comprennent trois « facteurs de santé optimums » (TA <120/80 mmHg, cholestérol total <5,2 mmol/L, glycémie <5,6 mmol/L) et quatre « comportements de santé optimums » (ne pas fumer, activité physique régulière, alimentation saine et indice de masse corporelle <25 kg/m²).¹⁰ Bien que certaines données indiquent qu'une faible consommation d'alcool (par exemple ≤1 verre par jour) peut réduire le risque de cardiopathie ischémique, toute consommation supérieure est associée à une augmentation du risque. Des centaines d'essais cliniques ont montré que la réduction d'un facteur de risque par une thérapie (comportementale ou médicamenteuse) entraîne une diminution d'environ 20 à 30 % du risque relatif de MCV, et que la réduction simultanée de plusieurs facteurs de risque entraîne une diminution beaucoup plus importante.¹¹ Une liste des principaux facteurs de risque modifiables de MCV et de leur contribution potentielle à l'incidence des MCV (par exemple, évaluée par les fractions attribuables à la population) est décrite dans la section précédente ; une description plus détaillée des interventions connexes figure dans d'autres chapitres de l'ouvrage (hypertension, diabète, graisses et cholestérol, tabagisme, sel, régime alimentaire, activité physique, alcool, etc.).

Âge, génétique et autres facteurs de risque

L'âge chronologique est de loin le facteur de risque de MCV le plus important, indépendamment des facteurs de risque susmentionnés. Cependant, l'âge biologique ou physiologique (l'âge apparent d'une personne) est encore plus important et repose sur une combinaison de l'âge chronologique d'un individu, de son phénotype (par exemple, la pression artérielle, la glycémie ou l'étendue de l'athérosclérose vasculaire), de sa constitution génétique et des altérations au fil du temps (par exemple, les changements préjudiciables des télomères chromosomiques avec l'âge).¹²

La constitution génétique joue un rôle important dans les MCV.¹³ Les altérations d'un seul gène sont des causes rares, mais importantes de MCV, par exemple l'hypercholestérolémie familiale qui provoque une crise cardiaque à un âge précoce. En revanche, les altérations polygéniques (c'est-à-dire les polymorphismes nucléotidiques simples anormaux) sont fréquentes (par

exemple, une prévalence allant jusqu'à 30 % pour la présence d'un polymorphisme nucléotidique simple (ou PNS) anormal isolé particulier associé aux MCV), mais l'effet sur les MCV est généralement faible en présence d'une ou de quelques altérations de ce type, mais peut être substantiel en présence de nombreux PNS anormaux. Cependant, alors qu'un score de risque polygénique élevé (c'est-à-dire un score basé sur de nombreux PNS associés aux MCV) peut multiplier par deux le risque de MCV, l'impact est réduit chez les personnes ayant un mode de vie et une alimentation sains.¹⁴ En outre, les facteurs épigénétiques associés aux MCV (c'est-à-dire les altérations de l'expression des gènes, la façon dont le corps « lit » l'ADN plutôt que les altérations du code génétique lui-même) peuvent également augmenter le risque de MCV. Ces altérations sont, par exemple, renforcées par l'exposition à des facteurs de risque tels que la fumée de tabac.¹⁵ Ce qui précède suggère que les scores de risque polygéniques sont susceptibles de jouer un rôle important dans la prévention et le traitement personnalisés des MCV à l'avenir¹⁶ (Chapitre 29 sur la génétique).

Les facteurs psychosociaux (par exemple, le stress, la dépression) et les variables socio-économiques telles que le revenu, l'éducation, la situation professionnelle et les caractéristiques du quartier sont associés aux MCV, directement ou indirectement (par exemple, la dépression, le stress ou d'autres conditions psychosociales défavorables peuvent amener les gens à fumer davantage, à adopter une mauvaise alimentation, à consommer plus d'alcool, à faire moins d'activité physique et à se faire soigner moins souvent).¹⁷ Un faible poids à la naissance est associé à un risque accru de plusieurs troubles cardiométaboliques (par exemple, l'obésité, le diabète, les MCV) à l'âge adulte,¹⁸ ce qui a d'importantes répercussions sur la santé publique dans les pays à revenu faible. D'autres détails sont fournis dans le Chapitre 17 sur les déterminants sociaux de la santé et dans le Chapitre 37 sur l'approche de la lutte contre les MNT tout au long de la vie.

Le rôle du développement économique, de la mondialisation et de l'urbanisation

La relation entre le développement économique d'une société et le développement des MCV est complexe. Au début de l'adaptation des services de santé (Chapitre 2), les individus de statut socio-économique (SSE) élevé présentent les niveaux les plus élevés de facteurs de risque et, par conséquent, la plus grande incidence d'événements liés aux MCV. Les personnes de SSE élevé sont toutefois les premières à comprendre les risques de MCV et à modifier leur comportement en conséquence (par exemple, en réduisant leur consommation de tabac et en adoptant un régime alimentaire plus sain), ce qui entraîne une diminution de l'incidence des MCV. Dans le même temps, les personnes appartenant aux groupes socio-économiques inférieurs sont plus exposées aux facteurs de risque, avec une incidence élevée de la maladie.

En conséquence, la relation entre le développement socio-économique et les facteurs de risque de MCV suit généralement une courbe en forme de cloche, avec des niveaux de cholestérol sanguin moyen, de tension artérielle et (dans une moindre mesure) d'indice de masse corporelle qui augmentent rapidement, stagnent puis diminuent à mesure que le développement socio-économique d'un pays s'accroît au fil du temps.¹⁹ Ces tendances reflètent en partie une transition des aliments traditionnels non raffinés (sains) vers des aliments transformés peu coûteux (malsains) à forte densité énergétique, jusqu'à un stade ultérieur où une plus grande variété d'aliments est disponible (à la fois sains et malsains). En résumé, le développement économique (et par extension la mondialisation) présente à la fois des défis et des opportunités en ce qui concerne les MCV – des défis qui doivent être relevés respectivement par des politiques ayant un impact sur les MCV et la santé de manière plus générale.²⁰ De nouvelles données probantes montrent également que l'argument selon lequel l'urbanisation est invariablement préjudiciable à la santé cardiovasculaire n'est pas toujours valide. Par exemple, la prévalence de l'obésité augmente désormais plus rapidement en milieu rural qu'en milieu urbain dans les pays à revenu faible et intermédiaire.²¹ Ces questions sont également décrites plus en détail dans le Chapitre 2 sur l'adaptation des services de santé.

Remarques

- 1 Roth GA et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol* 2020;76:2982–3021.
- 2 Camacho X et al. Relative contribution of trends in myocardial infarction event rates and case fatality to declines in mortality: an international comparative study of 1.95 million events in 80.4 million people in four countries. *Lancet Public Health* 2022;7:e229–39.
- 3 Shah ASV et al. Clinical burden, risk factor impact and outcomes following myocardial infarction and stroke: a 25-year individual patient level linkage study. *Lancet Reg Health Eur* 2021;7:100141.
- 4 Ezzati M et al. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol* 2015;12:508–30.
- 5 Foreman KJ et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392:2052–90.
- 6 Fractions are not independent of each other (e.g. salt & hypertension) and vary in relation to the prevalence of the risk factors in the population. Source of data: IHME.
- 7 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- 8 Pencina MJ et al. Predicting the 30-year risk of CVD: The Framingham heart study. *Circulation* 2009;119:3078–84.
- 9 Ford ES et al. Healthy living is the best revenge: findings from the European prospective investigation into cancer (EPIC) and nutrition–potsdam study. *Arch Intern Med* 2009;169:1355–62.
- 10 Han L et al. National trends in American Heart Association revised life's simple 7 metrics associated with risk of mortality among US adults. *JAMA Netw Open* 2019;2:e1913131.
- 11 Arnett DK et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation* 2019;140:e563–95.
- 12 Arsenis NC et al. Physical activity and telomere length: impact of aging and potential mechanisms of action. *Oncotarget* 2017;8:45008–19.

- 13 Vrablik M et al. Review: genetics of cardiovascular disease: how far are we from personalized CVD risk prediction and management? *Int J Mol Sci* 2021;22:4182.
- 14 Khera AV et al. Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. *NEJM* 2016;375:2349–58.
- 15 Maas Clin SCE et al. Smoking-related changes in DNA methylation and gene expression are associated with cardio-metabolic traits. *Epigenetics* 2020;12:157.
- 16 Sun L et al. Polygenic risk scores in cardiovascular risk prediction: a cohort study and modelling analyses. *PLoS Med* 2021;18:e1003498.
- 17 Schultz WM et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. *Circulation* 2018;137:2166–17.
- 18 Arima Y et al. Developmental origins of health and disease theory in cardiology. *J Cardiol* 2020;76:14–17.
- 19 Ezzati E et al. Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS* 2005;2:e133.
- 20 Stuckler D et al. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLoS Med* 2012;9:e1001235.
- 21 NCD Risk Factor Collaboration. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature* 2019;569:260–64.

7 Maladies cardiovasculaires

Interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Nick Banatvala, K Srinath Reddy,
Kay-Tee Khaw*

Ce chapitre est l'un des deux chapitres consacrés aux maladies cardiovasculaires (MCV). Le Chapitre 6 est consacré à la charge de morbidité, à l'épidémiologie et aux facteurs de risque des MCV.

Explication

Environ 50 à 60 % de la baisse de la mortalité due aux cardiopathies ischémiques normalisées selon l'âge au cours des dernières décennies (du moins dans les pays à revenu élevé) peut être attribuée à une réduction des facteurs de risque multiples par le biais d'interventions au niveau de la population, tandis qu'environ 40 à 50 % sont dus au traitement.¹ Cela signifie que l'amélioration de la santé publique en matière de MCV nécessite à la fois des interventions dans de multiples secteurs visant à réduire les facteurs de risque dans l'ensemble de la population et des interventions en matière de soins de santé chez les personnes atteintes d'une MNT ou à haut risque.

Dans la mesure où l'athérosclérose commence dès le plus jeune âge (des stries graisseuses et une épaisseur artérielle croissante — les signes précurseurs de l'athérome — sont déjà présentes dans les artères coronaires d'une proportion significative d'enfants et d'adolescents), il est important de chercher à réduire les facteurs de risque dès le début de la vie, tant pour des raisons physiologiques (l'athérosclérose s'accumule dans les artères au fil du temps et n'est en grande partie pas réversible) que pour des raisons comportementales (de nombreux comportements sont acquis très tôt dans la vie ; ils ont tendance à se maintenir avec l'âge et il est difficile pour les individus de les modifier lorsqu'ils sont ancrés en eux). La forte proportion de morts subites (qui sont en grande partie dues à des cardiopathies ischémiques),² c'est-à-dire les décès survenant avant qu'une personne ne puisse recevoir des soins, souligne davantage l'importance de la prévention primaire.

Les programmes de santé publique relatifs aux MCV (et aux MNT) doivent donc porter sur l'ensemble des facteurs de risque modifiables et commencer dès le plus jeune âge dès lors qu'il est important de maintenir les facteurs de risque de MCV à un faible niveau tout au long de la vie ou, lorsqu'ils sont élevés, les gérer efficacement (Chapitre 37 sur l'approche fondée sur le parcours de vie). La majorité

des meilleurs choix de l'OMS et des interventions efficaces ont un impact sur les MCV ou leurs facteurs de risque (ainsi que sur plusieurs autres MNT).

Interventions au niveau de la population

Ces interventions visent à réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MCV dans l'ensemble de la population et nécessitent une action dans plusieurs secteurs.

Une liste des principaux facteurs de risque de MCV modifiables et de leur importance potentielle dans la contribution à l'incidence des MCV (c'est-à-dire les fractions attribuables à la population) est décrite dans le chapitre précédent. Un certain nombre d'interventions sont décrites de manière détaillée dans les chapitres consacrés aux facteurs de risque spécifiques des MCV (par exemple, l'hypertension, les lipides sanguins, le tabac, l'alimentation et l'inactivité physique). Les exemples ci-dessous sont adaptés du projet Disease Control Priorities 2.³ Il est important de noter que le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, outre le fait qu'il met en évidence des interventions spécifiques et efficaces pour réduire le risque de MCV, attire également l'attention sur les actions plus larges menées en amont sur les facteurs environnementaux et socio-économiques (« les causes des causes »). Celles-ci sont décrites plus en détail dans le Chapitre 17 sur les déterminants sociaux et dans d'autres chapitres (intervention pangouvernementale, mesures fiscales, droit, etc.).

- *Politique visant à améliorer/réduire l'accès, la disponibilité ou l'exposition à des aliments ou produits sains/malsains*
 - Modifier le contenu des aliments et des boissons (par exemple, le sel, les graisses trans, les acides gras saturés et le sucre dans certains aliments).
 - Limiter la commercialisation, l'offre et la disponibilité des aliments malsains.
 - Interdire le tabagisme ou la consommation d'alcool dans certains endroits.
- *Politiques relatives au transport visant à améliorer la mobilité active*
 - Limiter le rôle des véhicules privés et développer l'utilisation des transports en commun afin de promouvoir la mobilité active (par exemple, la marche et le vélo).
 - Promouvoir des villes saines, par exemple des structures qui favorisent l'activité physique pour tous, comme les espaces verts.
- *Politiques économiques/fiscales visant à augmenter/réduire la demande/l'offre d'articles sains/malsains*
 - Taux d'imposition/subventions différenciés pour les aliments sains par rapport aux aliments malsains à forte densité énergétique.
 - Taxes d'accise sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées.
- *Initiatives au niveau communautaire*

- Plus efficaces lorsqu'elles sont multi-dimensionnelles, qu'elles impliquent la communauté et qu'elles sont acceptables sur le plan culturel.
- L'ampleur et la durée des interventions doivent être suffisamment importantes et maintenues dans le temps.
- *Programmes éducatifs*
 - Renforcer la sensibilisation de la population aux MNT et à leurs facteurs de risque par le biais des médias et dans différents contextes (écoles, lieux de travail, etc.).

Plusieurs modules techniques de l'OMS ont été mis au point pour aider les pays à réduire les facteurs de risque de MCV au niveau de la population ; ils sont décrits dans les chapitres correspondants du présent ouvrage.

Interventions au niveau individuel

Un certain nombre de choix judicieux de l'OMS et d'autres interventions recommandées sont disponibles pour identifier, diagnostiquer et traiter les personnes à risque de MCV ou atteintes de MCV avérées, y compris au niveau des soins de santé primaires.

1. Les meilleurs choix de l'OMS relatifs aux MCV

- Traitement médicamenteux (y compris le contrôle de la glycémie en cas de diabète et le contrôle de l'hypertension) selon une approche globale du risque de MCV et accompagnement pour les personnes victimes d'une crise cardiaque ou un d'un accident vasculaire cérébral et aux personnes présentant un risque élevé ($\geq 30\%$) ou modéré à élevé ($\geq 20\%$) de MCV mortelles ou non mortelles au cours des dix prochaines années. Cette intervention est réalisable, à des degrés divers, dans tous les contextes de ressources, y compris par des agents de santé qui ne sont pas des médecins. Elle devrait également inclure un traitement visant à abaisser le taux de cholestérol sanguin, conformément au programme HEARTS de l'OMS et aux recommandations d'un certain nombre de sociétés de cardiologie. Le seuil de définition du risque de MCV peut être fixé à des niveaux inférieurs pour permettre à un plus grand nombre de personnes de recevoir un traitement lorsque les ressources le permettent (voir la section ci-dessous sur l'approche du risque total et l'évaluation du risque de MCV). D'autres chapitres décrivent les interventions visant à réduire les facteurs de risque individuels de MCV, par exemple l'hypertension (Chapitre 8), le diabète (Chapitre 9) et la dyslipidémie (Chapitre 20).

2. Interventions efficaces de l'OMS contre les MCV

- Traitement des nouveaux cas de crise cardiaque aiguë par traitement antiplaquettaire (aspirine et/ou clopidogrel à faible dose), thrombolyse ou interventions coronariennes percutanées primaires - l'approche adoptée dépendra de la capacité du système de santé.

- Traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par traitement thrombolytique intraveineux lorsque la capacité de diagnostiquer l'accident AVC ischémique est disponible. Un certain nombre de centres spécialisés utilisent la thrombectomie mécanique pour éliminer le caillot sanguin obstruant.
3. *Autres interventions recommandées par l'OMS*
- Traitement de l'insuffisance cardiaque congestive par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bêtabloquant et diurétique.
 - Réadaptation cardiologique après un infarctus du myocarde.
 - Traitement antiplaquettaire (par exemple aspirine à faible dose) en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique.
 - Soins de l'AVC aigu et réadaptation dans les services de traitement des AVC.

Des conseils détaillés pour la mise en œuvre des interventions susmentionnées ont été élaborés par l'OMS et des organismes professionnels faisant autorité.

Les questions clés que les décideurs et les gestionnaires de programmes doivent connaître sont présentées ci-dessous.

Approche du risque absolu total et évaluation du risque de MCV

L'approche du risque total est un principe important dans la prise en charge des MCV, car elle reconnaît que le risque de développer une MCV est déterminé par l'effet combiné des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, qui coexistent souvent et agissent de manière multiplicatrice. Une personne présentant plusieurs facteurs de risque légèrement élevés peut être exposée à un risque total de MCV plus élevé qu'une personne présentant un seul facteur de risque élevé. Inversement, le risque total de MCV peut être réduit de manière équivalente en réduisant n'importe lequel des facteurs de risque modifiables, indépendamment de leurs valeurs de référence. Plusieurs tableaux de stratification des risques de maladies cardiovasculaires (calculateurs de risque) sont disponibles pour déterminer le risque d'occurrence d'un événement cardiovasculaire sur dix ans (par exemple, Framingham, SCORE, QRISK, AHA/ACC et OMS).^{4,5} Les éléments à prendre en considération importants concernant les tableaux de risques de MCV sont les suivants :

- Les calculateurs de risque devraient viser à obtenir le rapport optimal entre la taille de la population nécessitant un traitement pour avoir le plus grand impact sur la réduction des événements cardiovasculaires ultérieurs, et minimiser le nombre de patients éligibles nécessitant un traitement (NNT) pour prévenir un événement cardiovasculaire, compte tenu des ressources limitées disponibles dans un pays donné (c'est-à-dire identifier ceux qui bénéficieront le plus d'une thérapie en termes de réduction absolue du risque de MCV).⁶

- L'âge à lui seul représente jusqu'à 80 % de la valeur prédictive d'une évaluation de risque de MCV donnée.⁷ Les scores de risque sur des périodes de plus de dix ans, par exemple 30 ans, peuvent être utiles pour évaluer avec plus de précision le risque de MCV à long terme ou au cours de la vie chez les individus plus jeunes (par exemple les personnes âgées de moins de 40 ans).^{8,9}
- Les scores de risque de MCV sont précis pour prédire le risque moyen de MCV sous-jacent dans la population, mais ils sont moins performants au niveau individuel, car tous les facteurs de risque ne sont pas inclus dans un score de prédiction de risque donné, les associations entre les facteurs de risque et les MCV sont relativement faibles, et les résultats des scores de risque sont simplifiés en seulement deux catégories (« à risque » ou « pas à risque ») alors que la relation entre les facteurs de risque et les MCV est graduée. Cela souligne la nécessité d'une évaluation toujours plus précise du risque de MCV au niveau individuel, lorsque cela est pertinent et possible, qui tienne compte d'autres facteurs de risque, états de santé et mesures (par exemple, les antécédents familiaux, le bien-être psychosocial, la fonction rénale, le calcium dans les artères coronaires).
- Dans la mesure où le risque total de MCV varie considérablement d'une population à l'autre et au fil du temps (souvent jusqu'à une diminution annuelle de 3 % dans certains pays), les scores de prédiction du risque doivent être développés ou validés, et régulièrement recalibrés, pour la population concernée.

Personnes ayant déjà souffert d'une MCV grave (« prévention secondaire »)

Les personnes qui ont déjà développé une cardiopathie ischémique ou un AVC sont à très haut risque de nouveaux événements cardiovasculaires et de décès. Ces personnes sont prioritaires pour recevoir un traitement et des conseils sur leur mode de vie afin de réduire leur risque : les tableaux de stratification du risque ne sont pas nécessaires. Cependant, malgré le risque encouru, de nombreuses études, y compris dans les pays à revenu élevé, ont montré que ces personnes ne recevaient pas un traitement adéquat, notamment un traitement antiplaquettaire, des bêtabloquants et des médicaments hypotenseurs ou hypocholestérolémiants, en dépit de leur grande efficacité pour réduire les MCV récurrentes et la possibilité de prescrire ces thérapies relativement simples et sûres dans le cadre des soins de santé primaires.¹⁰

Combinaison médicamenteuse à dose fixe (polypill). Les traitements simples qui peuvent être largement utilisés pour réduire le risque d'événements de maladies cardiovasculaires chez les individus à haut risque ont suscité un intérêt significatif.¹¹ Les régimes de combinaison médicamenteuse à dose fixe, également appelés polypills, sont des options qui peuvent être utilisées à la fois pour la prévention primaire et secondaire en association avec des approches non pharmacologiques.¹² Les polypills contiennent généralement trois à cinq

médicaments différents combinés dans une seule pilule quotidienne (par exemple, deux à trois médicaments différents pour abaisser la pression artérielle, de la statine et – dans certains cas – de l’aspirine, à pleine dose ou à demi dose). Des essais cliniques dans plusieurs pays ont montré que les poly-pills améliorent l’observance du traitement, réduisent les niveaux de facteurs de risque et diminuent la mortalité due aux MCV.¹³ Les poly-pills sont également un moyen rentable de fournir un traitement et sont plus simples pour le prescripteur, en particulier dans le cadre des soins de santé primaires et parmi les professionnels de la santé qui ne sont pas des professionnels de la santé.

Ensembles de soins de santé pour les MCV

L’OMS a mis au point le module technique HEARTS¹⁴ pour aider les pays à renforcer la prise en charge des MCV au niveau des soins de santé primaires. Le module HEARTS comprend six modules : (i) conseils pour un mode de vie sain ; (ii) protocoles de traitement fondés sur des données probantes ; (iii) accès aux médicaments et technologies essentiels ; (iv) prise en charge des MCV fondée sur le risque ; (v) soins en équipe ; et (vi) systèmes de suivi. Le module technique HEARTS fait partie de l’initiative plus large Global Hearts Initiative, qui comprend le module MPOWER pour la lutte antitabac, conformément à la convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, le module ACTIVE pour l’augmentation de l’activité physique, le module SHAKE pour la réduction de la consommation de sel et le module REPLACE pour l’élimination des graisses trans produites industriellement de l’approvisionnement alimentaire mondial. L’OMS a également mis au point un ensemble d’interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (PEN) à l’intention des pays à revenu faible et intermédiaire afin d’aider les pays à améliorer la couverture des services appropriés pour les personnes atteintes de MNT dans le cadre des soins de santé primaires.¹⁵

Des directives détaillées sur la prévention et la prise en charge des MCV sont également publiées régulièrement par d’autres organismes de santé publique reconnus (par exemple, l’American Heart Association, la Société européenne de cardiologie ainsi que de nombreuses autorités sanitaires nationales).

Surveillance

La réalisation des neuf objectifs du Plan d’action mondial de l’OMS pour la lutte contre les MNT aura un impact sur les MCV. La majorité des 25 indicateurs du Cadre mondial de surveillance de l’OMS (Chapitre 35 sur la responsabilité) sont donc essentiels au suivi et à l’évaluation des processus visant à réduire les MCV. Les enquêtes de population sur les facteurs de risque chez les adultes (par exemple les enquêtes STEPS) et les enfants (par exemple les enquêtes GSHS) sont essentielles à la surveillance des facteurs de risque des MCV (c’est-à-dire leurs niveaux de prévalence et de sensibilisation/traitement/contrôle). Il est également important d’évaluer régulièrement les services

de soins de santé, y compris la manière dont les patients atteints de MCV sont pris en charge, à l'aide d'outils tels que SARA. Ceux-ci sont décrits plus en détail dans le Chapitre 5 sur les outils de surveillance. Les statistiques de l'état civil sont importantes pour évaluer les décès dus aux MCV au niveau de la population, mais elles nécessitent beaucoup de ressources.

Remarques

- 1 Ford ES et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *NEJM* 2007;356:2388–98.
- 2 Camacho X et al. Relative contribution of trends in myocardial infarction event rates and case fatality to declines in mortality: an international comparative study of 1.95 million events in 80.4 million people in four countries. *Lancet Public Health* 2022;7:e229–39.
- 3 Jamison D et al. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press, 2006. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7242>.
- 4 The WHO CVD Risk Chart Working Group. WHO cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Global Health* 2019;7:e1332–45.
- 5 Damen JAAG et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *BMJ* 2016;353:i2416.
- 6 Ndindjock R et al. Potential impact of single-risk-factor versus total risk management for the prevention of cardiovascular events in Seychelles. *Bull WHO* 2011;89:286–95.
- 7 Pencina MJ et al. Quantifying importance of major risk factors for coronary heart disease. *Circulation* 2019;139:1603–11.
- 8 Pencina MJ et al. The expected 30-year benefits of early versus delayed primary prevention of cardiovascular disease by lipid lowering. *Circulation* 2020;142:827–37.
- 9 Leening MJ et al. Lifetime perspectives on primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *JAMA* 2016;315:1449.
- 10 Yusuf S et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011;378:1231–43.
- 11 Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326:1419.
- 12 Selak V et al. Reaching cardiovascular prevention guideline targets with a polypill-based approach: a meta-analysis of randomised clinical trials. *Heart* 2019;105:42–8.
- 13 Joseph P et al. Fixed-dose combination therapies with and without aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: an individual participant data meta-analysis. *Lancet* 2021;398:1133–46.
- 14 <https://www.who.int/publications/i/item/hearts-technical-package>.
- 15 [https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care).

8 Hypertension

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Alta E Schutte, Nick Banatvala,
Michel Burnier*

L'hyperpression artérielle est la principale cause de mortalité dans le monde et le principal facteur de risque de maladie cardiovasculaire (MCV). La plupart des personnes souffrant d'hypertension artérielle ne présentent aucun symptôme et ne sont diagnostiquées que par le biais d'un dépistage, d'un bilan de santé ou lorsqu'elles sont victimes d'un événement lié aux MCV, tel qu'un accident vasculaire cérébral, une crise cardiaque ou une insuffisance cardiaque. La réduction de la prévalence de l'hyperpression artérielle est l'un des neuf objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Un certain nombre d'interventions efficaces au niveau de la population et des individus sont disponibles pour prévenir et lutter contre l'hyperpression artérielle. Le diagnostic et le traitement de l'hypertension devraient constituer une intervention de santé publique prioritaire dans tous les pays, ainsi que la principale composante de tout programme visant à réduire les MCV.

Définitions

La tension artérielle « optimale » est le plus souvent définie comme une tension <120/80 mmHg. L'hypertension est généralement définie comme une TA ≥ 140 et/ou 90 mmHg^{1,2}, mais elle est réduite à une TA $\geq 130/80$ mmHg par exemple dans les directives américaines.³ L'augmentation de la TA entraîne celle du risque de MCV. La mesure précise de la TA est d'une importance cruciale, car une fois qu'un patient commence un traitement, il doit souvent le suivre à vie. Par conséquent, pour confirmer le diagnostic de l'hypertension, il est nécessaire d'obtenir plusieurs mesures de la tension artérielle sur une période donnée. L'augmentation temporaire de la TA qui résulte de la réponse physiologique normale au stress ou à l'activité physique n'est pas de l'hypertension.

Prévalence et charge de morbidité

Prévalence de l'hypertension artérielle

Le nombre de personnes souffrant d'hypertension artérielle dans le monde a doublé au cours des 30 dernières années, touchant environ 1,3 milliard de

Tableau 8.1 Nombre et pourcentage de décès et mortalité normalisés selon l'âge attribuables à une hypertension artérielle (IHME)

	<i>Global</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990
Nombre de décès (millions)	10,9	6,8	1,9	2,1	4,6	2,6	3,8	1,8	0,5	0,3
% de l'ensemble des décès	19,2	14,5	17,5	24,9	23,8	17,4	18,1	9,8	9,8	5,2
Taux de mortalité normalisé selon l'âge (pour 100 000 habitants)	139	198	73	166	153	214	187	215	183	203

personnes en 2019,⁴ et les chiffres continueront d'augmenter en raison de la croissance et du vieillissement de la population. Dans la plupart des pays, la prévalence de l'hypertension varie de 2 à 10 % entre l'âge de 5 et 30 ans à 15 à 40 % (30 à 60 ans) et 30 à 60 % (60 ans et plus). Il est donc important de normaliser l'âge au moment de comparer la prévalence de l'hypertension artérielle au sein de différentes populations ou au fil du temps. La tension artérielle moyenne normalisée selon l'âge semble avoir diminué entre 1975 et 2015 dans les pays à revenu élevé (PRE), mais avec des tendances variables dans les autres pays, reflétant les différences en termes de prévention, de traitement et de progression de l'épidémie d'obésité dans les pays.⁵

Charge de morbidité attribuable à l'hypertension

L'hypertension artérielle a causé 10,9 millions de décès dans le monde (19,2 % de l'ensemble des décès) en 2019 (Tableau 8.1), dont 92 % étaient attribuables aux MCV (principalement crise cardiaque, insuffisance cardiaque et accident vasculaire cérébral) et 8 % aux maladies rénales (IHME). La charge de morbidité globale attribuable à une TA élevée a augmenté entre 1990 et 2019 dans la plupart des régions (à l'exception des PRE), en grande partie à cause de l'augmentation et du vieillissement des populations. Toutefois, les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables à une TA élevée ont diminué dans la plupart des pays entre 1990 et 2019, de manière plus marquée dans les PRE que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui reflète en partie une meilleure prévention et un meilleur contrôle dans les premiers que dans les seconds.

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque modifiables d'hypertension sont le surpoids/l'obésité, une alimentation malsaine (riche en sel et pauvre en légumes et

en fruits), la consommation nocive d'alcool et l'inactivité physique. Le surpoids ou l'obésité peuvent à eux seuls être à l'origine de 20 à 50 % des cas d'hypertension,⁶ en particulier chez les enfants. La majorité des personnes obèses souffrant d'hypertension artérielle élevée verront leur tension artérielle revenir à la normale si elles retrouvent un poids normal. Les régimes riches en fruits et légumes, qui sont riches en potassium (ce qui peut inclure le remplacement du chlorure de sodium par le chlorure de potassium), réduisent la TA et donc le risque de MCV.⁷ De même, l'hypertension est moins fréquente chez les populations sveltes et physiquement actives.

Interventions au niveau de la population

Les interventions au niveau de la population visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque décrits ci-dessus peuvent avoir un impact important sur la charge de morbidité liée à l'hypertension, car elles font baisser la tension dans l'ensemble de la population - et même si cela n'est que minime, cela peut avoir un impact important au niveau de la population (voir Chapitre 36).⁸ Ces interventions (qui incluent plusieurs meilleurs choix de l'OMS) sont décrites en détail dans d'autres chapitres du compendium.

Interventions au niveau individuel

Diagnostic de l'hypertension

La mesure de la tension artérielle doit être envisagée lors de toute consultation en personne avec un professionnel de la santé et les bilans de santé en sont l'occasion (Chapitre 43 sur les bilans de santé). En ce qui concerne les jeunes adultes, il est raisonnable de mesurer la TA tous les 3 à 5 ans. Pour les personnes âgées, cela devrait être plus fréquent.⁹

Lorsqu'une première mesure est élevée, au moins une ou deux mesures supplémentaires doivent être effectuées lors de la même visite, et les mesures doivent être répétées lors d'au moins deux visites supplémentaires à plusieurs jours ou semaines d'intervalle. Chez près de 20 % des patients, la TA peut être systématiquement plus élevée (et parfois considérablement plus élevée) lorsqu'elle est mesurée dans un établissement de soins de santé que lorsqu'elle est mesurée à domicile. La mesure par soi-même de la TA à domicile à l'aide d'un tensiomètre artériel personnel devrait donc être encouragée pour étayer les mesures effectuées en clinique.¹⁰ Des directives sont disponibles sur la manière de mesurer la TA avec précision (par exemple, la largeur du brassard par rapport à la circonférence du bras, la durée de repos avant la prise de la mesure, les intervalles entre les mesures de TA).

Lorsque la TA est dangereusement élevée ($\geq 180/120$ mmHg), qu'il s'est déjà produit un événement cardiovasculaire aigu ou que des lésions sont constatées

au niveau du cœur, des reins ou d'autres organes en raison de l'hypertension, un traitement immédiat doit être mis en place.

Prise en charge de l'hypertension

Réduire les facteurs de risque comportementaux

Avant d'entamer un traitement médical, il convient d'encourager les individus à adopter un mode de vie plus sain, notamment en adoptant une alimentation saine (réduction de la consommation de sel à moins de 5 g par jour, consommation accrue de fruits et de légumes, limitation de la consommation d'aliments riches en graisses saturées et réduction/élimination des graisses trans), en pratiquant une activité physique, en contrôlant leur poids et en réduisant leur consommation d'alcool. Ensemble, ces interventions peuvent réduire la tension artérielle d'environ 5 à 10 mmHg en moyenne dans un contexte clinique standard. Tous les patients devraient également être fortement encouragés à arrêter de fumer pour réduire leur risque de MCV.

Médicaments

Un traitement médicamenteux doit être mis en place si la TA reste élevée après quelques semaines ou quelques mois de changement de mode de vie – le délai dépend du niveau de la TA et du risque de MCV. Un certain nombre d'autorités nationales et internationales ont publié des directives sur le moment approprié pour commencer le traitement, y compris l'OMS. Les critères ci-dessous sont ceux de l'OMS :

- La tension systolique est ≥ 140 mmHg et/ou la tension diastolique est ≥ 90 mmHg.
- La TA systolique est ≥ 130 mmHg chez les personnes atteintes de MCV et chez les personnes non atteintes de MCV, mais présentant un risque élevé de MCV, un diabète ou une maladie rénale chronique.

Les médicaments antihypertenseurs génériques sont couramment disponibles et généralement peu coûteux. La plupart ont relativement peu d'effets secondaires. Il est aujourd'hui reconnu que l'association de plusieurs médicaments en un seul comprimé peut être plus bénéfique.^{11,12}

Un certain nombre d'autorités ont publié des directives sur les schémas thérapeutiques. Les recommandations de l'OMS stipulent que le traitement initial devrait être administré sous forme d'une combinaison de médicaments en un seul comprimé (pour améliorer l'observance et la continuité), comprenant ≥ 2 médicaments parmi les classes suivantes : diurétiques (thiazidiques ou de type thiazidiques), inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou bloqueur des récepteurs de l'angiotensine et bloqueurs des canaux

calciques. L'objectif doit être de réduire la TA à <140/90 mmHg (<130 pour les personnes ayant des antécédents de MCV, de diabète ou de maladie rénale chronique). Les bêtabloquants sont recommandés pour les patients souffrant d'hypertension et de maladies cardiaques.

D'autres classes de médicaments peuvent être utiles dans des situations particulières (par exemple, le labétalol [un bêtabloquant] ou la méthildopa pour l'hypertension pendant la grossesse ou l'hypertension résistante). Le traitement antihypertenseur réduit généralement la TA en cabinet d'environ 10 à 30 mmHg en moyenne, ce qui se traduit par une réduction relative de 20 à 60 % du risque de MCV. Les médicaments sont normalement nécessaires à vie, mais l'un des principaux défis consiste à s'assurer que les patients continuent à prendre le traitement à long terme pour maintenir le contrôle de la tension artérielle.

Après le début du traitement ou en cas de changement de traitement, les patients doivent être examinés tous les mois jusqu'à ce que la TA cible soit atteinte, puis tous les 3 à 6 mois. Une évaluation du risque de MCV (voir ci-dessous) et un dépistage des comorbidités doivent être entrepris dans la mesure du possible et à condition que cela ne retarde pas le traitement.

Dans la mesure où l'hypertension est asymptomatique et que, dans de nombreux contextes, les coûts sont importants et/ou la disponibilité des médicaments est limitée, l'observance du traitement diminue rapidement avec le temps et ne dépasse pas 50 % à l'échelle mondiale.^{13,14} Dans les PRE, moins de 10 à 20 % des personnes souffrant d'hypertension artérielle font l'objet d'un contrôle efficace de leur tension.¹⁵ Les outils et les interventions susceptibles de favoriser l'observance du traitement, par exemple l'utilisation de polypills, de piluliers ou de technologies mobiles, suscitent donc un intérêt constant.¹⁶

Hypertension résistante et hypertension secondaire

Lorsque la TA ne diminue pas avec le traitement et que rien n'indique que cela soit dû au non-respect du traitement (qui est la cause la plus fréquente, bien que souvent difficile à déterminer), une cause sous-jacente (« hypertension secondaire ») peut être recherchée (comme des affections rénales ou endocriniennes, telles que l'aldostéronisme primaire)¹⁷, avec parfois une réponse de l'hypertension à un traitement approprié.

Chirurgie

En cas d'obésité morbide, la chirurgie gastrique est pratiquée dans certains établissements. Cette procédure permet souvent de réduire la tension artérielle de manière significative et, dans de nombreux cas, à des niveaux qui ne nécessitent plus de traitement.¹⁸

Soins continus

Ils sont nécessaires pour surveiller la tension artérielle, assurer un traitement optimal et évaluer le risque ou l'émergence de MCV, de maladies rénales et/ou d'autres maladies et les gérer de manière appropriée. Tout cela peut être géré au niveau des soins primaires, dans le cadre d'un partenariat entre le personnel de santé local et le patient. Des tensiomètres électroniques bon marché sont désormais largement disponibles pour les patients et peuvent améliorer l'observance du traitement et l'adoption d'un mode de vie plus sain. Il est important de s'assurer que cet équipement est fiable et précis.^{19,20}

L'hypertension dans le cadre de l'évaluation du risque global de MCV et du traitement

Le dépistage et le traitement de l'hypertension doivent faire partie d'une évaluation plus large du risque de MCV et d'un programme de prise en charge. L'évaluation du risque de MCV prend en compte des facteurs de risque supplémentaires tels que l'âge, l'IMC, les lipides sanguins, la glycémie, le tabagisme, la consommation d'alcool et les antécédents de MCV. Il existe toute une série de tableaux et de calculateurs permettant d'évaluer le risque de MCV d'un individu.^{21,22} En principe, les scores de risque devraient être étayés par des données obtenues auprès de la population locale et mis à jour régulièrement pour tenir compte de l'évolution du risque (car le risque de MCV diminue dans la plupart des populations). Lorsque cela n'est pas possible, des scores de risque sont disponibles, par exemple les scores de risque spécifiques aux régions de l'OMS.²³

L'importance de services et de systèmes de santé solides

Le très grand nombre de personnes qui ont besoin d'une prise en charge individuelle de leur hypertension, qui dure souvent toute la vie, souligne l'importance de services et de systèmes de santé efficaces et efficaces (Chapitre 42). Cela comprend :

- Des services centrés sur le patient qui réduisent les obstacles à l'utilisation et à l'accès, notamment des visites médicales et des médicaments peu coûteux ou gratuits, des horaires pratiques pour les consultations et les prescriptions répétées (et plurimensuelles pour les patients stables), des schémas thérapeutiques combinés à prise unique ou une combinaison de médicaments une fois par jour, un accès facile à la surveillance gratuite de la tension artérielle (y compris des dispositifs d'auto-mesure) et des opportunités d'accroître les connaissances en matière de santé concernant le contrôle de la tension artérielle et les MCV.
- Équipes pluridisciplinaires communautaires, avec partage des tâches afin que les professionnels de la santé les plus accessibles aux patients puissent fournir des soins, y compris l'adaptation des régimes. Le traitement

pharmacologique de l'hypertension peut être assuré par des professionnels non-médecins, tels que les pharmaciens et les infirmières, sous réserve que les conditions suivantes soient réunies : formation adéquate, pouvoir de prescription, protocoles de gestion spécifiques et supervision par un médecin.

- Approvisionnement ininterrompu en médicaments dont la qualité est garantie.
- Registres de patients permettant de retrouver facilement les mesures des facteurs de risque et le traitement au fil du temps. Les dossiers médicaux électroniques sont particulièrement utiles.
- Formation régulière du personnel de santé sur le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension et des MNT.
- Protocoles de traitement. Ils doivent être simples et pratiques, tout en fournissant suffisamment de détails sur le diagnostic et la prise en charge, y compris les régimes de traitement, ainsi que les critères d'orientation.

Le module technique HEARTS de l'OMS est un exemple d'approche stratégique visant à améliorer la santé cardiovasculaire par le biais d'un ensemble de six modules (conseils pour un mode de vie sain, protocoles de traitement fondés sur des données probantes, accès aux médicaments et technologies essentiels, prise en charge des MCV fondée sur le risque, soins en équipe, systèmes de surveillance).²⁴

Objectifs pertinents du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT relatifs à l'hypertension artérielle

Une réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou le maintien de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction des circonstances nationales.	Prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension chez les personnes âgées de plus de 18 ans (définie comme une TA systolique/diastolique $\geq 140/90$ mmHg) et une TA systolique moyenne.
Au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.	Proportion des personnes admissibles (définies comme étant âgées de 40 ans ou plus et présentant un risque de MCV sur dix ans ≥ 30 %, y compris celles ayant des antécédents de MCV) recevant un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.
Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.

Les objectifs mondiaux visant à réduire (i) la consommation nocive d'alcool ; (ii) la consommation de sel/sodium ; et (iii) l'inactivité physique, ainsi que l'objectif visant à enrayer la progression du diabète et de l'obésité sont des objectifs connexes importants.

Surveillance

Des enquêtes de population telles que les enquêtes STEPS (Chapitre 5) sont nécessaires pour estimer la prévalence de l'hyperpression artérielle, ainsi que les tendances dans les proportions de personnes recevant un traitement/accompagnement et étant contrôlées. En principe, les enquêtes devraient permettre de mesurer la pression artérielle chez les individus ayant présenté une hypertension artérielle à plusieurs reprises, car les enquêtes basées sur des mesures en une seule journée ont tendance à surestimer la prévalence réelle de l'hypertension.²⁵ La disponibilité de l'équipement, des médicaments et des protocoles de traitement de l'hypertension artérielle peut être évaluée grâce à des enquêtes telles que l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services de santé (SARA), utilisées pour surveiller la prestation des services de lutte contre les MNT.

Remarques

- 1 Unger T et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice. *J Hypertens* 2020;38:982–1004.
- 2 Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. WHO, 2021.
- 3 Whelton PK et al. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the ACA/ AHA Task Force on clinical practice guidelines. *Hypertension* 2018;71:e13–115.
- 4 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021;398:957–80.
- 5 Zhou B et al. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol* 2021;18:785–802.
- 6 Mills KT et al. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* 2020;16:223–37.
- 7 Neal B et al. Effect of salt substitution on cardiovascular events and death. *NEJM* 2021;385:1067–77.
- 8 Olsen MH et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet* 2016;388:2665–712.
- 9 Krist AH et al. Screening for hypertension in adults: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *JAMA* 2021;325:1650–56.
- 10 Stergiou GS et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens* 2021;39:1293–302.
- 11 Chow CK et al. Initial treatment with a single pill containing quadruple combination of quarter doses of blood pressure medicines versus standard dose monotherapy in patients with hypertension (QUARTET). *Lancet* 2021;398:1043–52.
- 12 Webster R et al. Fixed low-dose triple combination antihypertensive medication vs usual care for blood pressure control in patients with mild to moderate hypertension in Sri Lanka: a randomized clinical trial. *JAMA* 2018;320:566–79.

- 13 Bovet P et al. Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bull WHO* 2002;80:33–9.
- 14 Burnier M et al. Adherence in hypertension. *Circ Res* 2019;124:1124–40.
- 15 Geldsetzer P et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet* 2019;394:652–62.
- 16 Gazit T et al. Assessment of hypertension control among adults participating in a mobile technology blood pressure self-management program. *JAMA Network Open* 2021;4:e2127008.
- 17 Funder JW, Carey RM. Primary aldosteronism: where are we now? Where to from here? *Hypertension* 2022;79:726–35.
- 18 Reynolds K et al. Comparative effectiveness of gastric bypass and vertical sleeve gastrectomy for hypertension remission and relapse: the ENGAGE CVD Study. *Hypertension* 2021;78:1116–25.
- 19 Picone DS et al. How to check whether a blood pressure monitor has been properly validated for accuracy. *Clin Hypertens* 2020;22:2167–74.
- 20 Stride BP <https://www.stridebp.org/>.
- 21 Examples include: WHO CVD Risk Charts, Framingham Risk Score, Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Algorithm (AHA/ACC-ASCVD), European Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), etc.
- 22 Sudharsanan N et al. Variation in the proportion of adults in need of BP-lowering medications by hypertension care guideline in low- and middle-income countries: A cross-sectional study of 1,037,215 individuals from 50 nationally representative surveys. *Circulation* 2021;143:991–1001.
- 23 WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2020.
- 24 HEARTS Technical Package. WHO, 2018.
- 25 Bovet P et al. Assessing the prevalence of hypertension in populations: are we doing it right? *J Hypertens* 2003;21:509–17.

9 Diabète

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Isabelle Hagon-Traub, Jean Claude N Mbanya,
Nicholas J Wareham*

Le diabète est l'un des plus grands défis auxquels la société est confrontée au XXI^e siècle. Au cours des trois dernières décennies, la prévalence du diabète de type 2 (DT2), qui est étroitement lié à l'obésité, a augmenté de façon spectaculaire dans presque tous les pays.¹ Un certain nombre d'interventions sont disponibles pour lutter contre toutes les formes de diabète et pour prévenir le DT2.

Définitions

Le diabète sucré est une maladie métabolique chronique caractérisée par des niveaux élevés de glucose dans le sang. Au fil du temps, l'hyperglycémie et les troubles métaboliques associés peuvent entraîner de graves lésions au niveau du cœur, des vaisseaux sanguins, des yeux, des reins et des nerfs. Les différents types de diabète et leurs caractéristiques sont présentés dans l'Encadré 9.1. Environ 95 % des cas sont des cas de DT2.

ENCADRÉ 9.1 TYPES DE DIABÈTE (ADAPTÉ ET SIMPLIFIÉ DE LA CLASSIFICATION DE L'OMS)²

Le diabète de type 1 (DT1). Le système immunitaire attaque et détruit les cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Les personnes atteintes de DT1 doivent prendre de l'insuline tous les jours pour rester en vie. Bien que le DT1 se développe souvent à un âge précoce, il peut apparaître à tout âge. Il n'existe aucune mesure connue pour prévenir cette forme de diabète. En l'absence d'un diagnostic et d'un traitement rapides, le DT1 est rapidement mortel. L'incidence du DT1 peut être sous-estimée dans les régions où les services de santé sont déficients et où les décès dus au DT1 peuvent passer inaperçus.

Le diabète de type 2 (DT2). L'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline pour maintenir un taux de glucose normal. Dans la

quasi-totalité des cas de DT2, une « résistance à l'insuline » est observée, ce qui signifie que le pancréas doit produire des quantités de plus en plus élevées d'insuline pour « forcer » le glucose sanguin à pénétrer dans les cellules de l'organisme. Le DT2 et la résistance à l'insuline surviennent en grande partie en réponse à l'augmentation du tissu adipeux. Le DT2 se développe le plus souvent chez les personnes d'âge moyen et les personnes plus âgées, mais aussi de plus en plus chez les jeunes adultes et les adolescents qui sont en surpoids ou obèses.

Diabète gestationnel. Cette forme de diabète se développe pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement. Elle apparaît au deuxième ou au troisième trimestre et est plus fréquente chez les femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) élevé. Le diabète gestationnel peut avoir des répercussions sur la grossesse, tant pour le fœtus que pour la mère. Les femmes atteintes de diabète gestationnel ont un risque plus élevé de développer un DT2 plus tard dans leur vie. Le DT1 et le DT2 peuvent également être diagnostiqués pendant la grossesse.

Autres causes de diabète. Parmi les causes moins fréquentes de diabète, figure le diabète monogénique inhérent et les maladies du pancréas (diabète lié à la mucoviscidose, pancréatite). Des niveaux élevés de glucose sanguin peuvent également être observés dans le cadre de maladies graves ou chroniques.

Le diagnostic de diabète est basé sur l'un des éléments suivants :

- Glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l.
- Glycémie plasmatique deux heures après la charge en glucose $\geq 11,1$ mmol/l après un test de tolérance au glucose par voie orale de 75 g (des variantes sont souvent utilisées pour le diabète gestationnel).
- HbA1c ≥ 48 mmol/mol ($\geq 6,5$ %).
- Une glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/l en présence de signes et de symptômes.

Le terme « prédiabète » est un terme souvent utilisé pour décrire des niveaux modérément élevés de glucose dans le sang (bien que le niveau d'insuline dans le sang soit généralement déjà considérablement élevé), qui sont associés à des complications métaboliques et à un risque plus élevé d'évolution vers le DT2. Sa prévalence au sein de la population peut être deux ou trois fois plus élevée que celle du diabète. Il n'existe pas de définition universellement acceptée du « prédiabète », car l'attribution de l'étiquette diagnostique a des implications différentes pour l'action préventive dans les différents pays. En général, elle est basée sur l'un des critères suivants :

- Glycémie plasmatique à jeun $\geq 6,1$ à $< 7,0$ mmol/l selon l'OMS ou $\geq 5,5$ à $< 7,0$ mmol/l selon l'American Diabetic Association (AD).

Tableau 9.1 Mortalité attribuable au diabète et à l'hyperglycémie à jeun (HGJ)

	Global		PRE		PRI, tranche supérieure		PRI, tranche inférieure		PRF	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Le diabète comme cause directe de décès										
Proportion de l'ensemble des décès (%)	1,4	2,7	2,1	2,3	1,4	2,6	1,2	3,3	1,0	1,9
Taux de mortalité (pour 100 000 habitants)	18	20	14	10	15	16	36	34	24	33
L'hyperglycémie comme risque pour d'autres maladies										
Proportion de l'ensemble des décès (%)	6,2	11,5	11,3	12,8	6,7	11,9	4,3	11,8	2,6	5,7
Taux de mortalité normalisé selon l'âge (pour 100 000 habitants)	84	83	75	54	83	76	93	123	101	107

- Glycémie plasmatique deux heures après la charge $\geq 7,8$ à $< 11,1$ mmol/l après un test de tolérance au glucose par voie orale de 75 g.
- HbA1c ≥ 42 à < 48 mmol/mol (6,0– $< 6,5$ %) dans la plupart des pays ou 5,7 à 6,4 % selon l'ADA.

Charge de morbidité

Plus de 500 millions d'adultes sont atteints de diabète, dont 80 % vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui correspond à la plus grande proportion de personnes vivant dans ces pays.³

Le diabète a été la cause directe (immédiate) (par exemple, maladie rénale diabétique, coma diabétique) de 0,7 million de décès (1,4 %) en 1990 et de 1,5 million de décès au niveau mondial en 2019 (2,7 %) (Tableau 9.1, estimations de l'IHME). En tant que facteur de risque (par exemple, l'hyperglycémie multiplie par deux ou quatre⁴), le risque de MCV), l'hyperglycémie (y compris l'hyperglycémie modérée définissant le « prédiabète ») a été à l'origine de 6,5 millions de décès (11,5 % de l'ensemble des décès dans le monde en 2019), contre 2,9 millions en 1990. Le pourcentage de décès attribuables à l'hyperglycémie a augmenté dans toutes les régions entre 1990 et 2019, avec une augmentation plus forte dans les pays à revenu faible et intermédiaire (multiplication par deux) que dans les pays à revenu élevé (PRE), en partie à cause du vieillissement de la population. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables à l'hyperglycémie (qui ne sont pas influencés par la répartition par âge des populations comparées) étaient plus faibles dans les pays à revenu élevé et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (où les taux ont

diminué au fil du temps) que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (où les taux ont augmenté), ce qui reflète en partie une augmentation plus rapide de la prévalence du DT2 et un contrôle moins efficace de la glycémie dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.⁵

Selon l'IHME, les proportions suivantes de la mortalité due au DT2 étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables au niveau mondial en 2019 : augmentation de l'indice de masse corporelle (42 %), risques alimentaires (faible consommation de fruits et de céréales complètes ; forte consommation de viande rouge/transformée et de boissons sucrées) (26 %), pollution de l'air ambiant et domestique (20 %), tabagisme (16 %), faible activité physique (8 %).

Conséquences du diabète

Une concentration très élevée de glucose dans le sang entraîne des symptômes aigus de polyurie (miction excessive), de soif, de perte de poids, de faim et de fatigue, ce qui est classiquement le cas chez les personnes atteintes de DT1. Si le DT1 n'est pas traité, l'acidocétose diabétique, le coma et la mort s'ensuivent.

Au fil des années, une glycémie élevée dans le DT1 et le DT2 affecte les revêtements internes des artères de grande taille (dommages macrovasculaires) et des petites artères (dommages microvasculaires). Les lésions microvasculaires peuvent entraîner la cécité et l'insuffisance rénale et détruisent les nerfs sensoriels, en particulier dans les membres inférieurs, ce qui constitue un risque majeur de blessure. La cicatrisation des blessures et des plaies est moins efficace chez les patients diabétiques, ce qui, associé à une déficience vasculaire, peut entraîner des ulcères et une infection persistante pouvant nécessiter une amputation. Les complications macrovasculaires du diabète comprennent les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies artérielles périphériques. Le diabète est également associé à une susceptibilité accrue aux infections et à des complications plus graves dues aux infections.⁶

Environnement diabétogène

Ce concept d'environnement diabétogène est essentiellement le même que celui de l'environnement obésogène décrit dans le Chapitre 10 sur l'obésité. C'est ce qui explique les niveaux élevés et croissants de « diabésité », « l'épidémie » combinée d'obésité et de DT2, que l'on observe actuellement dans presque tous les pays.

Interventions au niveau de la population

La lutte contre l'environnement diabétogène nécessite le même type d'interventions macro-politiques dans de multiples secteurs que celles décrites pour l'environnement obésogène (Chapitre 10, Encadré 3). La lutte contre l'environnement diabétogène nécessite également un changement de comportement à grande échelle, ainsi que des actions à l'échelle pangouvernementale (par

exemple, des politiques juridiques, fiscales et réglementaires pour s'attaquer aux déterminants commerciaux des MNT) et pansociétale (par exemple, la société civile et le secteur privé). Ces questions sont examinées plus en détail dans d'autres chapitres.

Dépistage

Bien qu'il ne soit pas certain que l'analyse systématique de la glycémie dans l'ensemble de la population soit rentable,⁷ l'analyse opportuniste des personnes à haut risque s'est avérée rentable dans certains contextes pour détecter le diabète et le prédiabète et réduire la charge de morbidité qui leur est associée,⁸ et, par exemple, le groupe d travail sur les services préventifs des États-Unis recommande que les adultes en surpoids ou obèses âgés de 35 à 70 ans fassent l'objet d'un dépistage du diabète et du prédiabète.⁹

Interventions au niveau individuel

Réduction des facteurs de risque. Le contrôle du poids est au cœur de la prise en charge du DT2 et du prédiabète.¹⁰ En ce qui concerne les patients diabétiques en surpoids ou obèses, une gestion intensive du poids (par ex. une perte de plus de 10 kg) améliore nettement la glycémie et les facteurs de risque métaboliques associés¹¹ et peut même entraîner une rémission vers un état non-diabétique chez une proportion significative de patients.¹² Les interventions ciblant le contrôle du poids au niveau individuel sont décrites dans le Chapitre 10 sur l'obésité, y compris l'extrême, mais très efficace « chirurgie bariatrique ». ¹³ Il est également important d'encourager l'activité physique, d'arrêter de fumer et de réduire la consommation d'alcool. Les meilleurs choix de l'OMS comprennent des conseils sur les modes de vie sains et le traitement médical des facteurs de risque chez les personnes présentant un risque élevé de MCV.

Traitement pharmacologique du DT1. L'insuline est la pierre angulaire du traitement. Cependant, l'insuline n'est pas suffisamment disponible ou abordable dans de nombreux contextes, ce qui augmente le risque de décès. Un bon contrôle de la glycémie peut être obtenu en respectant scrupuleusement les doses d'insuline et en surveillant étroitement la glycémie (y compris l'autosurveillance). Les nouveaux produits biosimilaires (analogues de l'insuline, tels que la glargine, qui figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS) peuvent contribuer à un contrôle plus strict de la glycémie, mais à un coût beaucoup plus élevé.^{14,15} De nouveaux dispositifs, allant de stylos relativement bon marché facilitant les injections à des systèmes automatisés d'administration d'insuline complexes et très coûteux, sont de plus en plus disponibles pour aider les patients à renforcer leur capacité à surveiller et à contrôler plus efficacement leur glycémie.¹⁶

Traitement pharmacologique du DT2. Peu coûteuse, la métformine est le médicament de premier choix. Les sulfonylurées, du moins les premières générations, ne sont plus recommandées en première intention, car elles peuvent

entraîner une prise de poids. L'insuline est souvent nécessaire lorsque les médicaments hypoglycémisants oraux ne parviennent pas à réduire suffisamment la glycémie. Cependant, l'insuline augmente souvent le poids corporel, ce qui accroît encore la résistance à l'insuline. Cela met en évidence les possibilités offertes par les nouveaux traitements qui, comme la métformine, réduisent la glycémie, mais ont également un impact favorable sur le poids corporel et préviennent les complications du diabète. Les analogues du GLP-1 (agonistes des récepteurs du peptide-1 de type glucagon, par exemple le sémaglutide, l'exénatide) réduisent la satiété (et donc le poids corporel) et réduisent également le risque de MCV. Les inhibiteurs du SGLT-2 (inhibiteur du sodium-glucose cotransporteur-2, par exemple les gliflozines) ralentissent la progression de la maladie rénale chronique et réduisent le risque d'insuffisance cardiaque et de MCV.^{17,18} Ces traitements peuvent être encore plus efficaces que l'insuline, et certains d'entre eux ont également l'avantage de nécessiter une administration moins fréquente.¹⁹ Bien qu'ils soient chers, leurs coûts diminuent, ce qui les rend de plus en plus rentables, même dans les pays à revenu faible et intermédiaire.²⁰ Comme de nombreux patients atteints de DT2 présentent des comorbidités et que le diabète est un facteur de risque important de MCV, des médicaments supplémentaires, par exemple pour contrôler la tension artérielle et abaisser le taux de cholestérol sanguin, sont le plus souvent nécessaires²¹ (voir les chapitres 6 sur les MCV, 36 sur les approches à haut risque et 20 sur le cholestérol). Des directives et des protocoles pour la prise en charge du DT2 sont largement disponibles.^{22,23,24}

Suivi

Les patients atteints de diabète doivent pouvoir accéder aux soins pour prévenir et gérer les complications aiguës et à long terme. L'hypoglycémie (qui résulte souvent d'un traitement) et l'hyperglycémie (qui peut résulter d'un traitement insuffisant, d'une modification du régime alimentaire ou du niveau d'activité physique ou d'une infection aiguë) peuvent mettre la vie en danger. Les patients et leur entourage doivent donc être en mesure de reconnaître les situations d'urgence liées à l'hypoglycémie ou à l'hyperglycémie et de savoir comment gérer ces situations.

Les patients doivent être encouragés à surveiller assidûment leur glycémie (y compris à s'auto-contrôler), à examiner régulièrement leur peau et leurs pieds, et à utiliser des chaussures et une literie adaptées. Le suivi implique également une surveillance diligente et rigoureuse à long terme pour : (i) les maladies oculaires (rétinopathie, cataracte et glaucome), qui doivent être suivies au moins tous les deux ans ; (ii) les maladies rénales (par une évaluation annuelle, y compris la mesure de la créatinine sérique et de l'albuminurie) ; (iii) la neuropathie diabétique (par une évaluation annuelle) ; et (iv) les complications macrovasculaires à long terme (cardiopathies ischémiques, maladie cérébrovasculaire et maladie vasculaire périphérique), qui comprennent une évaluation et un traitement réguliers de la tension artérielle, des lipides sanguins, l'arrêt du

tabac et la prise quotidienne d'acide acétylsalicylique pour les patients qui ont eu un événement cardiovasculaire et qui n'ont pas d'antécédents d'hémorragie majeure. Les groupes de soutien aux patients sont une source importante de conseils et de soutien.

L'importance de services et de systèmes de santé solides

Pour que les soins de longue durée soient efficaces, des partenariats entre les patients et les professionnels de la santé sont nécessaires, les uns et les autres assumant la responsabilité de la prise en charge de la maladie. Comme pour toutes les MNT, des soins optimaux à long terme pour les patients atteints de diabète nécessitent des services et des systèmes de santé solides (Chapitre 42). Cependant, les soins fondés sur des données probantes pour les personnes atteintes de diabète ne sont pas optimaux dans tous les pays, même les plus riches.²⁵ En outre, la moitié des adultes atteints de DT2 dans le monde n'ont pas été diagnostiqués, et une grande partie de ceux qui l'ont été ne sont pas traités ou le sont de manière insuffisante,²⁶ et ces proportions sont beaucoup plus élevées dans les pays à revenu faible et intermédiaire.²⁷ Le manque persistant d'accès à des soins efficaces, en particulier l'accès à l'insuline, met en évidence une série de problèmes systémiques profonds, dont les suivants : (i) trois multinationales contrôlent plus de 95 % de l'offre mondiale d'insuline, bien que l'inclusion de l'insuline dans le programme de préqualification des médicaments de l'OMS soit l'occasion de faciliter l'entrée de nouvelles entreprises sur le marché ; (ii) de nombreux gouvernements n'ont pas de politique de sélection, d'achat, d'approvisionnement, de tarification et de remboursement de l'insuline ; (iii) les marges bénéficiaires brutes dans la chaîne d'approvisionnement affectent le prix final pour le consommateur ; (iv) les dépenses liées au diabète nécessitent souvent des paiements directs ; et (v) l'organisation de la prise en charge du diabète au sein du système de santé affecte souvent l'accès des patients à l'insuline.²⁸

Objectifs et indicateurs du plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT

Objectif	Enrayer la progression du diabète et de l'obésité entre 2010 et 2025. (La combinaison du diabète et de l'obésité en un seul objectif met l'accent sur la forte relation entre les deux).
Indicateurs	Prévalence normalisée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de plus de 18 ans (respectivement IMC ≥ 25 kg et ≥ 30 kg/m ²). Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (définie selon la référence de croissance de l'OMS pour les enfants et les adolescents).

Surveillance

Les enquêtes de population par examen sont utiles pour estimer la proportion de la population atteinte de diabète/prédiabète et la proportion des individus qui sont traités et contrôlés de manière adéquate. Les indicateurs au niveau des soins de santé sont également utiles, notamment la proportion de patients traités/contrôlés pour la glycémie, la tension artérielle et les lipides sanguins, la fréquence des examens pour évaluer les complications (par exemple, les yeux, les reins ou les pieds), et des indicateurs plus larges, tels que la présence et l'utilisation de protocoles de traitement du diabète, les systèmes de surveillance et la disponibilité des médicaments.

En 2021, l'OMS a lancé le Pacte mondial contre le diabète,²⁹ une initiative visant à rassembler les partenaires pour améliorer l'accès à des traitements et à des soins équitables, complets, abordables et de qualité, ainsi que pour soutenir la prévention du DT2. L'initiative définit également des mesures et des cibles prioritaires qui serviront d'objectifs de santé liés au diabète pour tous les pays du monde d'ici à 2030.³⁰

Remarques

- 1 Zimmet P et al. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001;414:782–87.
- 2 Classification of diabetes mellitus. WHO, 2019.
- 3 NCD-RisC. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* 2016;387:1513–30.
- 4 Dal Canto E et al. Diabetes as a cardiovascular risk factor: an overview of global trends of macro and micro vascular complications. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26(Suppl 2):25–32.
- 5 Magliano DJ et al. Trends in all-cause mortality among people with diagnosed diabetes in high-income settings: a multicountry analysis of aggregate data. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:112–19.
- 6 Casqueiro J et al. Infections in patients with diabetes mellitus: a review of pathogenesis. *Indian J Endocrinol Metab* 2012;16:S27–S36.
- 7 Herman WH et al. Early detection and treatment of type 2 diabetes reduce cardiovascular morbidity and mortality: a simulation of the results of the Anglo-Danish-Dutch study of intensive treatment in people with screen-detected diabetes in primary care (ADDITION-Europe). *Diabetes Care* 2015;38:1449–55.
- 8 Zhou X et al. Cost-effectiveness of diabetes prevention interventions targeting high-risk individuals and whole populations: a systematic review. *Diabetes Care* 2020;43:1593–16.
- 9 Screening for prediabetes and type 2 diabetes: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2021;326:736–43.
- 10 Lingvay I et al. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *Lancet* 2022;399:394–405.
- 11 The Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *NEJM* 2013;369:145–54.
- 12 Lean MEJ et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:344–55.
- 13 Kirwan JP et al. Diabetes remission in the alliance of randomized trials of medicine versus metabolic surgery in type 2 diabetes (ARMMS-T2D). *Diabetes Care*;45:1574–83).

- 14 Unnikrishnan R et al. Newer antidiabetic agents: at what price will they be cost effective? *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021;9:801–03.
- 15 Dafny LS. Radical treatment for insulin pricing. *NEJM* 2022;386:2157–59.
- 16 Braune K et al. Open-source automated insulin delivery: international consensus statement and practical guidance for health-care professionals. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:58–74.
- 17 Drucker DJ et al. The incretin system: glucagon-like peptide-1 receptor agonists and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in type 2 diabetes. *Lancet* 2006;368:1696–705.
- 18 Marx N et al. Guideline recommendations and the positioning of newer drugs in type 2 diabetes care. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021;9:46–52.
- 19 Battelino T et al. Efficacy of once-weekly tirzepatide versus once-daily insulin degludec on glycaemic control measured by continuous glucose monitoring in adults with type 2 diabetes (SURPASS-3 CGM): a substudy of the randomised, open-label, parallel-group, phase 3 SURPASS-3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:407–17.
- 20 Global Health & Population Project on Access to Care for Cardiometabolic Diseases (HPACC). Expanding access to newer medicines for people with type 2 diabetes in low-income and middle-income countries: a cost-effectiveness and price target analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021;9:825–36.
- 21 Joseph JJ et al. Comprehensive management of cardiovascular risk factors for adults with type 2 diabetes: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2022;145:e722–59.
- 22 Chatterjee S et al. Type 2 diabetes. *Lancet* 2017;389:2239–51.
- 23 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2021. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl 1):1–225.
- 24 Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D). WHO, 2020.
- 25 Fang M et al. Trends in diabetes treatment and control in U.S. adults, 1999–2018. *NEJM* 2021;384:2219–28.
- 26 Manne-Goehler J et al. Health system performance for people with diabetes in 28 low- and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative surveys. *PLoS Med* 2019;16:e1002751.
- 27 Basu S et al. Estimation of global insulin use for type 2 diabetes, 2018–30: a microsimulation analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;7:25–33.
- 28 Beran D et al. A global perspective on the issue of access to insulin. *Diabetologia* 2021;64:954–62.
- 29 The Global Diabetes Compact. WHO, 2021.
- 30 Reducing the burden of noncommunicable diseases through strengthen in prevention and control of diabetes. WHO, 2021.

10 Obésité

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Nathalie Farpour-Lambert,
Nick Banatvala, Louise Baur*

L'épidémie d'obésité est l'un des plus grands défis auxquels la société est confrontée au XXI^e siècle. Outre ses multiples effets sur la santé physique et mentale, l'obésité a des répercussions socio-économiques considérables, ainsi que des implications plus larges sur le développement, dans un ensemble qui comprend la santé et l'éducation, l'agriculture et l'industrie, l'action pour le climat et l'environnement.¹ L'incapacité à atteindre l'objectif du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, à savoir une augmentation nulle des taux d'obésité et de diabète entre 2010 et 2025, souligne que de nouvelles approches audacieuses sont nécessaires si le monde veut s'attaquer au problème de la surcharge pondérale et de l'obésité.

Définition du surpoids et de l'obésité

Le surpoids est un état caractérisé par une adiposité excessive, et l'obésité est définie comme une maladie chronique complexe caractérisée par une adiposité excessive qui peut nuire à la santé. L'obésité est dans la plupart des cas une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, des facteurs psychosociaux et des variantes génétiques. Dans un sous-groupe de patients, des facteurs étiologiques majeurs uniques peuvent être identifiés (maladies, immobilisation, procédures iatrogènes, maladie monogénique/syndrome génétique). L'indice de masse corporelle (IMC) est un repère de substitution de l'adiposité, calculé comme le poids divisé par la taille au carré (kg/m^2). Chez l'adulte, il existe trois niveaux de gravité de l'obésité pour la reconnaissance des différentes options de prise en charge, et les catégories d'IMC pour définir l'obésité varient en fonction de l'âge et du sexe chez les nourrissons, les enfants et les adolescents (Encadré 10.1).

ENCADRÉ 10.1 DÉFINITION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT²

Adultes

- Surcharge pondérale : BMI ≥ 25
- Obésité : BMI ≥ 30

- Obésité de classe I : BMI 30,0–34,9
- Obésité de classe II : BMI 35,0–39,9
- Obésité de classe III : BMI ≥ 40

Enfants âgés de 5 à 19 ans

- Surcharge pondérale : Écart-type de l'IMC au-delà de 1 an d'âge au-dessus de la médiane de référence de croissance de l'OMS.
- Obésité : Écart-type de l'IMC au-delà de 2 ans d'âge au-dessus de la médiane de référence de croissance de l'OMS.

Enfants de moins de 5 ans

- Surcharge pondérale : poids par rapport à la taille ou écart-type de l'IMC au-delà de 2 ans d'âge au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- Obésité : poids par rapport à la taille ou écart-type de l'IMC au-delà de 3 ans d'âge au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Des tableaux internationaux pour les enfants âgés de 5 à 19 ans et ceux de moins de 5 ans sont disponibles auprès de l'OMS et ailleurs.³ Certains pays ont élaboré des tableaux pour leur population.

Si l'IMC constitue la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité au niveau de la population en tant que seuils ne dépendant pas du genre et de l'âge chez les adultes, il reste un repère assez grossier de l'adiposité chez différents individus.⁴ L'IMC ne permet pas de faire correctement la distinction entre la masse musculaire et la masse grasse, et certains individus ayant un IMC normal peuvent avoir un tissu adipeux plus épais et un risque cardiométabolique accru, tandis que certains individus musclés peuvent avoir un IMC élevé avec un tissu adipeux normal et sans risque accru.

Le tour de taille (ou rapport taille-hanches, Tableau 10.1) est également une mesure utile de l'adiposité, en particulier du tissu adipeux abdominal.

Tableau 10.1 Seuils de l'OMS pour le tour de taille et le rapport taille-hanches et risque de complications métaboliques chez l'adulte

<i>Indicateur</i>	<i>Seuils (hommes/femmes)</i>	<i>Risque de complications métaboliques</i>
Tour de taille	>94/80 cm	Accru
	>102/88 cm	Très accru
Rapport taille-hanches	$\geq 0,90/0,85$	Très accru

Tableau 10.2 Mortalité attribuable à un IMC élevé (IHME)

	Mondial		PRE		PRI, TS		PRI, TS		PRF	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Nombre de décès (millions)	2,2	5,0	0,8	1,1	0,9	2,0	0,5	1,7	0,06	0,2
Proportion de l'ensemble des décès (%)	4,7	8,9	9,5	10,4	5,9	10,4	2,5	7,9	1,4	3,8
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	60	63	64	47	63	63	47	72	44	60

Comme l'IMC, il est un assez bon prédicteur du risque cardiométabolique (par exemple, augmentation de la glycémie, des triglycérides, de la résistance à l'insuline et réduction du cholestérol HDL) et peut être utilisé seul ou en conjonction avec l'IMC.⁵

Globalement, l'IMC et le tour de taille (ou le rapport taille-hanche) ne sont pas à la hauteur des normes de référence (telles que l'absorptiométrie biénergétique à rayons X, l'IRM ou les méthodes de dilution de l'isotope), avec une corrélation d'environ 0,8 pour prédire l'adiposité, mais ils sont adéquats comme outils de dépistage pour une utilisation clinique et au sein de la population. Les normes de référence sont cliniquement peu pratiques et trop coûteuses pour être couramment utilisées.⁶

Charge de morbidité

Selon l'IHME, l'augmentation de l'IMC élevé (≥ 25 kg/m²) représentait 8,9 % de l'ensemble des décès (5 millions) en 2019 dans le monde, contre 2,2 millions en 1990, en raison de l'effet conjugué de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de la croissance et du vieillissement des populations au fil du temps (Tableau 10.2). La mortalité attribuable à un IMC élevé, en pourcentage de l'ensemble des décès, a augmenté dans toutes les régions. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables à un IMC élevé ont augmenté dans la plupart des régions, mais ont diminué dans les pays à revenu élevé (PRE), peut-être en raison d'un meilleur contrôle des complications de l'obésité dans les PRE que dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La mortalité attribuable à un IMC élevé était la suivante au niveau mondial en 2019 (IHME) : 64 % était attribuable aux MCV, 20 % au diabète et 9 % au cancer. L'augmentation de l'IMC représentait globalement 4,9 % des années vécues avec une maladie liée à l'obésité, principalement attribuable au diabète (64 %).

Prévalence du surpoids et de l'obésité^{7,8,9}

En 2016, environ 2 milliards d'adultes étaient en surpoids et 650 millions d'entre eux souffraient d'obésité (soit respectivement 39 % et 13 % de la population mondiale). En 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses, et en 2020, 39 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids ou obèses. La prévalence mondiale de l'obésité a presque triplé entre 1975 et 2016, tant chez les adultes que chez les enfants.

Les taux de surpoids et/ou d'obésité chez les adultes sont les plus élevés (jusqu'à 50-70 %) dans les îles du Pacifique et des Caraïbes, au Moyen-Orient, au Mexique et aux États-Unis. En Afrique, le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surpoids a augmenté de près de 24 % depuis 2000. Alors que la prévalence du surpoids/de l'obésité était généralement plus élevée parmi les populations riches que parmi les plus pauvres il y a quelques décennies (en partie parce que la nourriture était moins accessible aux pauvres qu'aux riches), cette tendance s'est inversée dans de nombreux pays (en partie en raison de la disponibilité accrue d'aliments peu coûteux à forte densité énergétique).

Conséquences de la surcharge pondérale et de l'obésité sur la santé

L'augmentation de l'IMC est associée à une détérioration des taux de glucose et de lipides sanguins, à une augmentation de la pression artérielle, aux maladies cardiovasculaires (MCV), à de nombreux types de cancer (par exemple, endométrial, œsophagien, stomacal, hépatique et rénal, du sein et colorectal) et à une mortalité prématurée.^{10,11,12} L'obésité est également associée à d'autres pathologies, notamment respiratoires (par exemple, apnée obstructive du sommeil), gastro-intestinales (par exemple, stéatose hépatique non alcoolique, œsophagite par reflux), musculo-squelettiques (par exemple, désalignement des membres inférieurs, douleurs lombaires, arthrose), des tissus mous (par exemple, cellulite), reproductives (par exemple, puberté précoce, syndrome des ovaires polykystiques) et à une plus grande probabilité de complications postopératoires. Les conséquences psychosociales ne sont pas moindres : stigmatisation du poids, discrimination, salaires inférieurs, qualité de vie moindre et prédisposition à la dépression. La combinaison de plusieurs indicateurs cardiométaboliques (augmentation de l'IMC et/ou du tour de taille, de la glycémie, des triglycérides et de la pression artérielle, et diminution du cholestérol HDL) est appelée syndrome métabolique et est associée à un risque accru de MCV.¹³

Environnements obésogènes

La plupart des populations mondiales vivent aujourd'hui dans des environnements qui favorisent la prise de poids et l'augmentation des taux d'obésité. Des facteurs commerciaux, sociétaux et culturels contribuent au développement d'environnements obésogènes. Les facteurs commerciaux comprennent

la publicité et la promotion massives d'aliments ultra-transformés et de boissons sucrées, ainsi que l'offre et l'accès omniprésents à des aliments transformés à haute teneur énergétique et à faible coût, qui ont une durée de conservation élevée et des marges bénéficiaires importantes.¹⁴ La disparition d'espaces de loisirs et d'environnements propices à la marche, ainsi que l'utilisation toujours croissante de moyens de transport motorisés et d'appareils électriques ou électroniques ont réduit les possibilités d'activité physique au travail et à la maison. Dans certaines sociétés, le surpoids est perçu comme un signe de richesse, de bonne santé et de fertilité. Les pressions domestiques et professionnelles contribuent également à l'environnement obésogène, avec un apport calorique compensatoire, notamment par le biais de repas énergétiques « pratiques », rapides et faciles à préparer, basés en grande partie sur des aliments transformés.

L'importance des systèmes neuroendocriniens et de la génétique

La satiété et la faim sont régulées par des boucles complexes et étroites qui impliquent des hormones et des peptides libérés par le tissu adipeux (leptine, etc.), l'estomac et l'intestin (ghréline, peptide-1 de type glucagon, etc.), le pancréas (insuline, glucagon, etc.) et le cerveau/hypothalamus (système de la mélanocortine, dopamine, etc.) en réponse à l'équilibre énergétique. Ce système neuroendocrinien complexe tend à défendre l'accumulation adipeuse en stimulant l'apport énergétique (la faim) par rapport à la dépense énergétique (y compris en ajustant le taux métabolique de base au repos).¹⁵ Ces effets sont renforcés par les aliments transformés, et en particulier les aliments ultra-transformés (qui nécessitent peu de mastication avant d'être avalés puis rapidement absorbés par l'intestin), qui contournent en partie les boucles régulatrices de l'appétit et de la satiété et peuvent entraîner une surconsommation alimentaire.¹⁶ Ces mécanismes physiologiques ont favorisé la conservation de l'énergie et la survie de l'homme pendant des milliers d'années, lorsque la nourriture était rare, mais, dans les environnements obésogènes actuels, ils favorisent la prise de poids.¹⁷ L'obésité est un trait influencé par l'interaction complexe entre la transformation des aliments, la composition et la fonction du microbiote intestinal, les variantes génétiques, la métagénomique et l'environnement^{18,19} et les schémas au niveau individuel peuvent expliquer en partie les raisons pour lesquelles certaines personnes sont plus enclines que d'autres à souffrir d'obésité.

Interventions au niveau de la population

La nature multifactorielle de l'obésité souligne la nécessité d'interventions macro-politiques dans de multiples secteurs pour modifier les environnements obésogènes afin de prévenir la prise de poids et d'augmenter les chances des personnes souffrant d'obésité de réduire leur poids.²⁰ Un certain nombre d'interventions figurent parmi les meilleurs choix ou interventions recommandées par l'OMS (Encadré 10.2). La lutte contre les environnements obésogènes nécessite également un changement de comportement à grande échelle ainsi

qu'une action au niveau pangouvernemental (par exemple, des politiques juridiques, fiscales et réglementaires pour s'attaquer aux déterminants commerciaux des MNT) et requiert le soutien du secteur privé. Ces questions sont examinées plus en détail dans d'autres chapitres.

**ENCADRÉ 10.2 RÉSUMÉ DES MEILLEURS CHOIX,
DES INTERVENTIONS EFFICACES,
DES AUTRES INTERVENTIONS
RECOMMANDÉES ET
DES INTERVENTIONS FAVORABLES
AYANT UN IMPACT SUR L'OBÉSITÉ**

Meilleurs choix

- Mettre en œuvre des campagnes d'éducation et de sensibilisation à l'activité physique à l'échelle de la communauté.

Interventions efficaces

- Réduire la consommation de sucre en taxant efficacement les boissons édulcorées au sucre.

Autres interventions recommandées

- Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie.
- Mettre en place des subventions pour augmenter la consommation de fruits et légumes.
- Limiter la taille des portions et des emballages.
- Mettre en place une éducation et des conseils en matière de nutrition dans les écoles maternelles, les écoles, les lieux de travail, les hôpitaux, etc. afin d'augmenter la consommation de fruits, de légumes et d'aliments à base de céréales complètes.
- Mettre en place un étiquetage nutritionnel.
- Mettre en œuvre des campagnes médiatiques sur les régimes alimentaires sains, y compris le marketing social pour réduire la consommation de graisses totales, de graisses saturées, de sucres libres et de sel, et promouvoir la consommation de fruits, de légumes et d'aliments à base de céréales complètes.
- Veiller à ce que l'aménagement urbain au niveau macro-économique tienne compte de la densité résidentielle, des réseaux de rues connectées, y compris les trottoirs, des pistes cyclables et de l'accès aux transports publics.

- Mettre en œuvre un programme scolaire complet comprenant une éducation physique de qualité et la mise à disposition d'installations et de programmes adéquats.
- Fournir un accès pratique et sûr à des espaces publics de qualité et à des infrastructures adéquates pour favoriser les déplacements à pied et à vélo.
- Mettre en œuvre des programmes d'activité physique à composantes multiples sur le lieu de travail.
- Promouvoir l'activité physique par le biais de groupes et de clubs sportifs organisés, de programmes et d'événements.

Interventions propices

- Mettre en œuvre la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé.
- Mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants.

Interventions au niveau individuel

La fourniture d'un accès équitable à des services de santé intégrés pour la prise en charge de l'obésité devrait faire partie de la couverture sanitaire universelle. Après une évaluation médicale minutieuse, les personnes souffrant d'obésité devraient bénéficier de régimes de soins individualisés qui s'attaquent aux causes de l'obésité et les aident à modifier leur comportement (par exemple, la nutrition, les habitudes alimentaires, l'activité physique, les comportements sédentaires) et de thérapies complémentaires, qui peuvent inclure des interventions psychologiques, pharmacologiques et chirurgicales.²¹ Perdre le maximum de poids dans le délai le plus court possible n'est *pas* la clé d'un traitement réussi ; les données probantes suggèrent qu'une perte de poids de 5 à 10 % chez les adultes est souvent suffisante pour obtenir des avantages substantiels en termes de santé en réduisant les comorbidités liées à l'obésité. Pendant l'enfance et l'adolescence, les objectifs du traitement sont de ralentir la prise de poids tout en assurant une croissance normale, de prévenir les complications prématurées et d'améliorer la qualité de vie. Des recherches supplémentaires sont actuellement nécessaires pour réorienter la prise en charge de l'obésité vers des résultats sanitaires et psychosociaux plutôt que vers le seul poids.

Les services de soins de santé primaires de routine devraient comporter des conseils sur une alimentation saine, notamment en privilégiant la consommation d'eau plutôt que de boissons gazeuses sucrées,²² et sur la pratique d'une activité physique régulière. Bien que cela puisse conduire à une perte de poids significative (ou à un contrôle du poids chez les jeunes) chez certains patients souffrant d'obésité, en particulier s'il s'agit de soins spécialisés et d'un long suivi, les avis et conseils sur une alimentation saine et l'activité physique ne donnent souvent lieu qu'à des

changements de poids modestes.²³ Les régimes hypocaloriques peuvent entraîner une perte de poids à court terme, mais la majorité des personnes reprennent le poids qu'elles ont perdu.²⁴ Les chapitres 19 sur la nutrition et 25 sur l'activité physique décrivent des modèles et des interventions favorables à la santé.

La pharmacothérapie est généralement recommandée pour la perte de poids et le maintien de la perte de poids chez les personnes ayant un IMC ≥ 30 ou un IMC ≥ 27 avec des complications liées à l'adiposité, afin de soutenir les interventions comportementales et psychologiques. Un rapport récent suggère que, par rapport au mode de vie seul (qui réduit le poids corporel de 3,4 %), la phentermine-topiramate, l'orlistat ou le naltrexone-bupropion réduisent davantage le poids corporel (3-8 %).²⁵ De nouveaux médicaments agissant sur des mécanismes spécifiques de régulation de l'appétit entraînent une réduction du poids plus importante et plus durable. Par exemple, l'agoniste du GLP-1, le sémaglutide, a réduit le poids corporel de 12,7 % (ainsi que la glycémie et le risque de MCV) chez des personnes souffrant d'obésité.²⁶ Les nausées et les diarrhées ont été les effets indésirables les plus fréquents avec le sémaglutide ; elles étaient généralement passagères et de gravité légère ou modérée et s'atténuaient avec le temps. D'autres médicaments, qui agissent sur les mécanismes sous-jacents entre les adipocytes, l'intestin et le cerveau, sont en cours de développement et pourraient avoir des effets encore plus importants.²⁷

La chirurgie bariatrique, y compris l'anneau gastrique, le pontage gastrique et la gastrectomie longitudinale, est de plus en plus utilisée chez les adultes et les adolescents lorsque les ressources sont disponibles. La chirurgie entraîne une perte de poids importante²⁸ et induit une amélioration, voire une rémission, des pathologies liées à l'obésité telles que l'hypertension et le diabète de type 2, et augmente l'espérance de vie.²⁹ La chirurgie peut s'avérer rentable si l'on tient compte des coûts élevés de l'obésité pour l'individu et la société.³⁰

Objectifs et indicateurs du plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT

Objectif	Enrayer la progression du diabète et de l'obésité entre 2010 et 2025. (La combinaison du diabète et de l'obésité en un seul objectif met l'accent sur la forte relation entre les deux qui a été décrite dans ce chapitre)
Indicateurs	Prévalence normalisée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de plus de 18 ans (IMC ≥ 25 pour le surpoids et IMC ≥ 30 pour l'obésité). Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (définie selon la référence de croissance de l'OMS pour les enfants et les adolescents).

Surveillance

La prévalence et les tendances en matière de surpoids et d'obésité, ainsi que l'activité physique et l'alimentation, peuvent être évaluées au moyen d'enquêtes de population parmi les adultes et les enfants/adolescents (voir les chapitres 5, 19

et 25 sur les outils de surveillance, l'alimentation et l'activité physique). Il est également important de surveiller les soins de santé pour les individus souffrant d'obésité.

Remarques

- 1 Swinburn BA et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet* 2019;393:791–846.
- 2 Key facts. Obesity and overweight. WHO, 2021.
- 3 Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240–3.
- 4 Adab P et al. Is BMI the best measure of obesity? It works for most people most of the time. *BMJ* 2018;360:k1274.
- 5 Waist circumference and waist-hip ratio report of a WHO expert consultation. WHO, 2008.
- 6 Batsis JA et al. Diagnostic accuracy of body mass index to identify obesity in older adults: NHANES 1999–2004. *Int J Obes* 2016;40:761–67.
- 7 NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 2016;387:1377–96.
- 8 NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390:2627–42.
- 9 Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. WHO, 2021.
- 10 Haslam DW, James PT. Obesity. *Lancet* 2005;366:1197–209.
- 11 Bhaskaran K et al. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:944–53.
- 12 Jayedi A et al. Central fatness and risk of all cause mortality: systematic review and dose response meta-analysis of 72 prospective cohort studies. *BMJ* 2020;370:m3324.
- 13 Ritchie SA, Connell JCM. The link between abdominal obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2007;17:319–26.
- 14 Popkin BM et al. Towards unified and impactful policies to reduce ultra-processed food consumption and promote healthier eating. *Lancet Diab Endocrinol* 2021;9:462–70.
- 15 Schwartz MW et al. Obesity pathogenesis: an endocrine society scientific statement. *Endocr Rev* 2017;38:267–96.
- 16 Koenen M et al. The high incidence of overweight/obesity is closely related to overconsumption of inexpensive and palatable high fat and high refined carbohydrate diets. *Circ Res* 2021;128:951–68.
- 17 Fildes A et al. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. *Am J Public Health* 2015;105:e54–9.
- 18 Loos RJF et al. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet* 2022;23:120–33.
- 19 Mozaffarian D. Obesity – an unexplained epidemic. *Am J Clin Nutr* 2022;115:1445–1450.
- 20 Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. *Implementation plan: Executive summary*. WHO, 2017.
- 21 Schutz D et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts* 2019;12:40–66.

- 22 Lichtenstein AH et al. 2021 dietary guidance to improve cardiovascular death: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;144:e472–87.
- 23 Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults. National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
- 24 Hartmann-Boyce J et al. Association between characteristics of behavioural weight loss programmes and weight change after programme end: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2021;374:n1840.
- 25 Shi Q et al. Pharmacotherapy for adults with overweight and obesity: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2022;399:259–69.
- 26 Wilding J. et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *NEJM* 2021;384:989–1002.
- 27 Müller TD et al. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. *Nat Rev Drug Discov* 2022;21:201–23.
- 28 Adams TD et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *NEJM* 2017;377:1143–55.
- 29 Syn NL et al. Association of metabolic–bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174'772 participants. *Lancet* 2021;397:1830–41.
- 30 Harrison S et al. Long-term cost-effectiveness of interventions for obesity: a Mendelian randomisation study. *PLoS Med* 2021;18:e1003725.

11 Cancer

Charge de morbidité, épidémiologie et principes relatifs aux interventions prioritaires

*Hesham Gaafar, May Abdel-Wahab,
Pascal Bovet, André Ilbawi*

Ce chapitre donne un bref aperçu de la charge de morbidité, de l'épidémiologie, de l'impact sur la santé publique et des grands principes de prévention et de traitement du cancer, l'une des quatre maladies visées par le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Le cancer a un impact socio-économique important sur les individus et leurs familles. Une proportion importante des cas de cancer est attribuable aux principaux facteurs de risque modifiables des MNT (tabagisme, alimentation malsaine, alcool, inactivité physique). Quelques-uns des cancers connus (par exemple le cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon et de la prostate), qui représentent ensemble 30 % de tous les cas de cancer, sont décrits plus en détail dans d'autres chapitres.

Charge de morbidité

Les données épidémiologiques sur le cancer sont largement disponibles.^{1,2,3,4} Le cancer est à l'origine d'un décès sur six dans le monde. Les cancers du poumon, de la prostate, colorectal, de l'estomac et du foie sont les types de cancer les plus fréquents chez les hommes, tandis que les cancers du sein, colorectal, du poumon, du col de l'utérus et de la thyroïde sont les plus fréquents chez les femmes. Dans la mesure où l'incidence du cancer augmente fortement avec l'âge, le risque de développer un cancer au cours de la vie est important, par exemple, de 40 à 50 % chez les hommes et de 35 à 45 % chez les femmes lorsque l'espérance de vie à la naissance dépasse l'âge de 75 à 80 ans. Le Tableau 11.1 fournit des données sur les principales causes de décès par cancer.⁵ Dans l'ensemble, le nombre total de personnes, ou la proportion de la population, atteintes d'un cancer a augmenté entre 1990 et 2019 dans toutes les catégories de revenu des pays. Toutefois, les taux de mortalité ajustés selon l'âge pour le cancer dans son ensemble (qui expriment le risque de développer un cancer indépendamment de la croissance démographique et de la répartition par âge) ont diminué dans toutes les catégories de revenu des pays, bien qu'il y ait eu une augmentation pour quelques cancers spécifiques (par exemple, le cancer du côlon dans toutes les catégories de revenu des pays, à l'exception des pays à revenu élevé).

Fractions attribuables (% de la mortalité due au cancer attribuable à un facteur de risque modifiable)

Tabagisme	26	66	13	17	5	41	6	16	8
Risque alimentaire	7	4	34	7	3	13			
Alcool	5		9		5	22		19	
Faible activité physique	1		5		1				
IMC élevé	5		8		6	17		12	
Consommation de drogues								14	
Rapports sexuels non protégés	2								98
Particules (pollution)	4	19							
Risque professionnel	3	14							
Autres environnement	1	4							

La couleur rouge indique une augmentation entre 1990 et 2019 ; la couleur verte, une diminution.

Tendances du cancer

Le nombre prévu de personnes souffrant ou mourant d'un cancer dépend de l'évolution de plusieurs variables : l'espérance de vie et la croissance démographique, l'exposition aux facteurs de risque, le dépistage et le traitement. Par conséquent, le nombre total de cas de cancer augmentera dans les années à venir dans la plupart des populations, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, l'évolution de l'incidence des différents cancers, ajustée en fonction de l'âge, dépend de l'évolution de la prévalence des facteurs de risque au sein des populations. Quelques exemples :

- La diminution du tabagisme observée dans de nombreux pays entraînera une réduction des taux de cancers de la bouche, de la gorge et du poumon ajustés en fonction de l'âge.
- L'augmentation des niveaux d'obésité, associée à la consommation croissante d'aliments ultra-transformés, entraînera une augmentation des taux de cancer du côlon ajustés en fonction de l'âge au sein de nombreuses populations.
- L'augmentation de la couverture vaccinale contre le virus du papillome humain (VPH) et le virus de l'hépatite B (VHB) entraînera une diminution de l'incidence normalisée selon l'âge des cancers du col de l'utérus et du foie, respectivement.

Le rôle des programmes de dépistage est également important. Le dépistage, associé à un diagnostic et à un traitement précoces, a permis de réduire de 20 % la mortalité prématurée due au cancer entre 2000 et 2015 dans les pays à revenu élevé, et de 5 % dans les pays à revenu faible.

Interventions au niveau de la population

Le Tableau 11.1 montre qu'environ la moitié des décès par cancer pourraient être évités si les facteurs de risque modifiables étaient éliminés dans l'ensemble de la population (36 % des décès par cancer étant attribuables au tabagisme et 7 % à une mauvaise alimentation). En ce qui concerne le cancer du poumon, 66 % des décès sont attribuables au tabagisme et 19 % à la pollution atmosphérique. En ce qui concerne le cancer du col utérin, 98 % de la mortalité est attribuable à des rapports sexuels non protégés (par le biais d'une infection par le VPH). Ces relations soulignent l'importance des interventions de prévention au niveau de la population, qui peuvent aller de la taxation des produits malsains tels que le tabac ou l'alcool à la vaccination contre le VPH et le VHB. Au moins 5 à 10 % de tous les cancers ont une forte composante génétique.⁴ Une meilleure compréhension des causes génétiques du cancer ouvre de nouvelles perspectives en matière de prévention (par exemple, prédiction du risque, conseils aux familles) et de traitement (par exemple, traitements différents en fonction des marqueurs génétiques) et continuera à le faire à l'avenir (Chapitre 29).

Programmes de lutte contre le cancer

La lutte globale contre le cancer fait référence à la mise en œuvre à grande échelle de mesures éthiques et éprouvées pour lutter activement contre la charge de morbidité du cancer. Les approches devraient aller de la prévention à la détection précoce (y compris le diagnostic précoce et le dépistage), en passant par le traitement, les soins palliatifs et la réadaptation. En principe, cela inclut également un registre du cancer et une surveillance pour renforcer la fourniture de services et suivre les programmes de lutte contre le cancer. Les programmes globaux de lutte contre le cancer visent à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité dues au cancer et à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Ces programmes devraient impliquer tous les niveaux du système national de santé et toucher l'ensemble de la population, des personnes en bonne santé à celles qui présentent un risque élevé (par exemple, celles qui ont des antécédents familiaux) sans oublier les patients qui ne présentent pas encore de symptômes, qui ont été diagnostiqués, qui sont guéris ou qui sont en phase terminale de la maladie.⁶

Avec l'accès au bon traitement, de nombreuses personnes atteintes d'un cancer peuvent être guéries et/ou traitées efficacement. Il est donc important que les pays s'efforcent d'augmenter les ressources disponibles pour les programmes de lutte contre le cancer. Ces programmes devraient donner la priorité à la détection précoce des cancers qui peuvent être guéris grâce à un traitement précoce disponible dans un contexte particulier et fournir des soins palliatifs ou de survie pour les cancers moins curables.

Détection précoce

La détection précoce du cancer (par le biais d'une présentation clinique ou d'un dépistage systématique ou opportuniste) est importante, de même qu'un traitement rapide après la détection du cancer, afin de maximiser le pronostic pour le patient. Cette approche est d'autant plus importante qu'il n'existe pas de programmes organisés de dépistage systématique dans la population générale.

Les programmes organisés de dépistage systématique du cancer visent à détecter les signes précancéreux ou cancéreux chez les personnes asymptomatiques afin de réduire l'incidence du cancer et/ou ses conséquences (par exemple, les taux de létalité et la mortalité globale). Ces programmes ciblent généralement l'ensemble de la population d'un certain âge (par exemple, le dépistage de toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans par un examen visuel, un frottis ou un test de dépistage du VPH ; il s'agit d'une intervention recommandée par l'OMS). Ces programmes nécessitent des ressources importantes et, même dans les pays où les programmes sont bien gérés, seuls 5 % de tous les cancers sont détectés grâce au dépistage (l'impact le plus important concerne les cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal).⁴ Pour être efficaces, les programmes de dépistage nécessitent des taux de participation élevés et une assurance de la qualité. La disponibilité d'un test n'est pas suffisante

pour mettre en place un programme de dépistage (voir le Chapitre 43 sur le dépistage et les bilans de santé). Il est également important de reconnaître que les programmes de dépistage, une fois lancés, sont souvent très difficiles à arrêter. Par conséquent, de nombreux pays testent leurs programmes avant leur déploiement complet.

Traitement

Dans des conditions optimales, de nombreux cancers peuvent aujourd'hui être guéris ou traités de manière efficace, ce qui permet de prolonger la vie productive de nombreuses années. Les traitements locaux et systémiques (comprenant un ou plusieurs éléments de chirurgie, de radiothérapie, de chimiothérapie, d'hormonothérapie et/ou d'immunothérapie) peuvent tous être efficaces, mais les contraintes de ressources peuvent empêcher leur utilisation dans de nombreux pays. Des progrès rapides continuent d'être réalisés, avec jusqu'à 40 % de tous les essais cliniques en 2020 en oncologie.⁴ Des processus et des mécanismes solides doivent être mis en place pour décider si, quand et comment les nouveaux traitements doivent être introduits et maintenus (Chapitre 45 sur les technologies médicales), et pour s'assurer qu'une fois introduits, les traitements sont accessibles et abordables pour tout le monde.⁷

Soins palliatifs et de soutien

Les soins palliatifs et de soutien répondent aux besoins psychologiques, sociaux et spirituels des patients et de leurs familles, ainsi qu'au soulagement de la douleur (y compris l'accès à l'analgésie opiacée), de la fatigue, du manque de sommeil, des troubles cognitifs, des préoccupations concernant les relations et la fertilité, le travail et les finances, et la peur des problèmes de récurrence.^{8,9} Les groupes de soutien aux patients peuvent jouer un rôle important dans le soutien aux personnes atteintes d'un cancer (Chapitre 55).

Une approche intégrée des services de cancérologie

Les programmes nationaux de lutte contre le cancer, en particulier dans les régions disposant de ressources limitées, devraient mettre l'accent sur le rapport qualité-prix (c'est-à-dire le rapport coût-efficacité et l'abordabilité, et pas seulement l'efficacité) avec la sélection appropriée et le maintien de technologies innovantes et abordables (Chapitre 44 et Chapitre 45 sur l'accès aux médicaments et aux technologies médicales). Un ensemble essentiel de services de cancérologie ne coûte que 2 à 9 dollars américains par habitant dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais seulement 40 % des programmes nationaux de ces pays incluent le cancer dans leur couverture sanitaire universelle.¹⁰ Le diagnostic, le traitement et la prise en charge des personnes atteintes d'un

cancer nécessitent d'investir dans un personnel multidisciplinaire bien formé (y compris les protocoles à mettre en place et à utiliser), ainsi que dans l'équipement et les consommables nécessaires. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont des capacités techniques insuffisantes et manquent de personnel formé pour mettre en œuvre un programme fonctionnel de lutte contre le cancer.¹¹

Les intervenants-pivots auprès des patients sont un élément important d'un programme complet de lutte contre le cancer, fournissant une assistance aux patients tout au long du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi. Il s'agit notamment d'aider les patients à : (i) communiquer avec les fournisseurs de soins de santé ; (ii) prendre des rendez-vous pour des visites médicales ; (iii) obtenir un soutien financier, juridique et social ; (iv) assurer la liaison avec les compagnies d'assurance et les employeurs ; et (v) entamer et/ou achever un traitement.

Registres du cancer

Moins de la moitié des pays communiquent sur les décès par cause et seul un nombre réduit de personnes atteintes d'un cancer sont incluses dans des registres du cancer de haute qualité basés sur la population. Les registres du cancer collectent, stockent et gèrent systématiquement les données sur les personnes souffrant du cancer, qu'il ait été diagnostiqué et/ou traité.¹² S'ils sont mis en œuvre efficacement, les registres du cancer peuvent être des institutions permettant de réaliser des économies.¹³ Pourtant, seul un pays sur trois dispose de données d'incidence de haute qualité.

Les registres peuvent être classés en deux catégories : les registres du cancer basés sur la population (PBCR) et les registres du cancer basés sur les hôpitaux (HBCR). Les PBCR mettent l'accent sur une zone géographique spécifique et génèrent des données à des fins épidémiologiques et de santé publique, y compris le suivi des tendances, la répartition et l'établissement des priorités. Les HBCR collectent des données au sein d'un établissement particulier (ou de plusieurs ou de tous les hôpitaux d'une région), et les utilisent souvent à des fins administratives, de recherche et d'enseignement. Les résultats des PBCR peuvent être plus largement généralisables à l'ensemble de la population, mais avec des données moins détaillées, tandis que les résultats des HBCR peuvent être moins généralisables à l'ensemble de la population (car tous les patients atteints de cancer n'ont pas accès à l'hôpital), mais ils peuvent fournir des informations plus détaillées (par exemple, des informations détaillées sur le traitement, le suivi, etc.).

Il est nécessaire de développer des cadres qui encouragent les services de diagnostic et de traitement (à la fois publics et privés) à partager des données pertinentes (par exemple, résultats de biopsie, stadification, résultats) tout en garantissant l'existence de niveaux adéquats de protection des données. Il est essentiel que les données soient conservées en toute sécurité afin que les agents

de santé puissent encourager en toute confiance les patients à donner leur consentement éclairé au partage des données personnelles, de sorte que les registres puissent maximiser leur potentiel en tant que ressource pour le suivi et l'évaluation des services de santé et pour la recherche.

Les données sur les PBCR et les HBCR devraient être reliées à des systèmes d'enregistrement de la mortalité civile fonctionnels dans l'ensemble de la population (par exemple, les statistiques de l'état civil) afin d'obtenir des informations fiables sur les décès et les causes de décès, mais moins de la moitié de la population mondiale en profite. Les données de l'état civil pour l'ensemble de la population (y compris la répartition par âge) sont également nécessaires pour produire des estimations de la fréquence du cancer au niveau de la population. En outre, les registres du cancer devraient être reliés, entre autres, aux registres de vaccination et de dépistage du cancer pour une utilité maximale.

Deux des indicateurs du cadre mondial de surveillance des MNT de l'OMS dépendent de registres du cancer fonctionnels, ce qui permet d'établir des rapports aux niveaux national, régional et mondial (Chapitre 35).

Surveillance

Cible 3.4.1 de l'ODD

Une réduction relative d'un tiers de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (MCV), au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques d'ici à 2030 par rapport au niveau de référence de 2015.

Autres cibles et indicateurs pertinents du cadre mondial de surveillance des MNT de l'OMS

<i>Cible</i>	<i>Indicateur</i>
Conformément à la cible 3.4.1 de l'ODD	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilité inconditionnelle de décéder entre les âges de 30 à 70 ans de MCV, de cancers, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques.
Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.

(suite)

Cible	Indicateur
Indicateurs supplémentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins palliatifs évalué par la consommation équivalente en morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone) par décès dû au cancer. • Disponibilité de vaccins rentables et abordables contre le VPH. • Nombre de troisièmes doses de vaccin contre le VHB administrées aux nourrissons. • Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant été dépistées au moins une fois pour le cancer du col utérin, pour les groupes d'âge inférieurs ou supérieurs, conformément aux programmes ou politiques nationaux.

Des exemples d'objectifs et d'indicateurs spécifiques à la maladie figurent dans les autres chapitres consacrés au cancer.

Remarques

- 1 Lifetime risk of developing or dying from cancer. *Cancer Org*, 2020.
- 2 Global cancer observatory. IARC, 2022.
- 3 Global health observatory. WHO, 2020.
- 4 WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. WHO, 2020.
- 5 Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 29 cancer groups from 2010 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncol* 2022;8:420–24.
- 6 Comprehensive cancer control. International Atomic Energy Agency. <https://www.iaea.org/topics/comprehensive-cancer-control>.
- 7 Jan S et al. Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. *Lancet* 2018;391:2047–58.
- 8 Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. WHO, 2021.
- 9 Cancer care: beyond survival. *Lancet* 2022;399:1441.
- 10 Health benefit packages survey 2020/2021: main findings. WHO. <https://www.who.int/data/stories/health-benefit-packages-a-visual-summary>.
- 11 Trapani D et al. Distribution of the workforce involved in cancer care: a systematic review of the literature. *ESMO Open* 2021;6:100292.
- 12 Cancer surveillance. The Cancer Atlas, <https://canceratlas.cancer.org/the-burden/the-burden-of-cancer/>.
- 13 Cancer registries: the core of cancer control fundamentals of population-based registries. IARC, 2021. https://gicr.iarc.fr/about-the-gicr/the-value-of-cancer-data/Brochure_HD.pdf.

12 Cancer du sein

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Miriam Mutebi, Karla Unger-Saldaña,
Ophira Ginsburg*

D'après les estimations, en 2020, 2,3 millions de personnes ont été diagnostiquées comme souffrant d'un cancer du sein, ce qui en fait le cancer le plus répandu dans le monde (11,7 % de tous les nouveaux cas de cancer,¹ le risque pour les femmes d'être diagnostiquées comme souffrant d'un cancer du sein au cours de leur vie pouvant atteindre 13 % dans certains pays).² Des services et des systèmes de santé solides sont nécessaires pour garantir que les femmes atteintes d'un cancer du sein soient diagnostiquées à un stade précoce et reçoivent un traitement efficace, notamment la chirurgie, la radiothérapie et la thérapie systémique.

Charge de morbidité

Le cancer du sein a entraîné 700 000 décès dans le monde en 2019 (contre 381 000 en 1990) (IHME). La proportion de décès causés par le cancer du sein a augmenté au cours des 30 dernières années dans toutes les régions, à l'exception des pays à revenu élevé (PRE), en partie en raison de l'évolution de la structure d'âge de ces populations. La mortalité due au cancer du sein, normalisée selon l'âge, a nettement diminué dans les pays à revenu élevé, modérément dans les pays à revenu intermédiaire (PRI), mais a augmenté dans les pays à revenu faible (PRF), ce qui reflète en partie le dépistage, le diagnostic et les soins du cancer dans différentes parties du monde (Tableau 12.1).

Les décès dus au cancer du sein étaient attribuables, en 2019, à un indice de masse corporelle élevé (6,5 % des cas), à l'alcool (5,4 %), au tabagisme (5,1 %), aux risques alimentaires (3,2 %) et à une faible activité physique (1,2 %) (IHME).

Facteurs de risque

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des cancers du sein touchent les femmes et leur incidence augmente avec l'âge. Dans les PRE, la plupart des cas de cancer du sein surviennent chez des femmes ménopausées, bien qu'une plus grande proportion de l'ensemble des décès dus au cancer soit observée à des âges plus jeunes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, lorsque les femmes sont préménopausées ou ont moins de 50 ans, ce qui reflète en grande partie les

Tableau 12.1 Mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	1,7	2,7	4,1	3,9	1,5	2,5	1,1	2,4	0,6	1,4
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	18	16	24	17	13	12	16	12	15	18

jeunes populations de ces pays. Il n'existe aucun lien connu entre les infections virales ou bactériennes et le développement du cancer du sein.

Les antécédents reproductifs modifient le risque de cancer du sein, avec un risque accru chez les femmes dont les règles sont précoces (<12 ans), dont l'âge de la première grossesse est élevé (>30 ans), dont la ménopause est tardive et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, ou qui n'ont pas allaité.³ L'allaitement maternel exclusif pendant six mois est associé à un risque de cancer du sein inférieur de 20 % chez la mère, et pour chaque période de 12 mois d'allaitement, le risque relatif de cancer du sein est réduit de 4,3 %.⁴ L'hormonothérapie substitutive orale est également associée à un risque accru, bien que le degré de risque dépende du fait qu'elle soit associée à des œstrogènes et à de la progestérone ou à des œstrogènes seuls, et que le risque diminue après l'arrêt du traitement.⁵ L'utilisation de contraceptifs oraux est également associée à une légère augmentation du risque de cancer du sein.⁶ D'autres facteurs de risque comprennent la consommation d'alcool, un indice de masse corporelle élevé et une faible activité physique, en particulier chez les femmes ménopausées.⁷ Il est important de reconnaître que même si tous les facteurs de risque modifiables ci-dessus étaient éliminés, le risque de développer un cancer du sein ne serait réduit que d'environ un tiers.

Si les antécédents familiaux de cancer du sein augmentent le risque de développer un cancer du sein, la majorité des cas de cancer du sein ne sont pas liés à des antécédents familiaux connus de la maladie.⁸ Les mutations héréditaires (par exemple des gènes BRCA1, BRCA2 et PALB-2) peuvent multiplier par 60 le risque de cancer du sein.⁹ Les lésions prolifératives bénignes du sein telles que l'hyperplasie canalaire atypique et le carcinome lobulaire in situ ne sont pas des cancers du sein invasifs, mais augmentent le risque de cancer du sein invasif.¹⁰

Le cancer du sein chez l'homme est souvent associé à un certain nombre de maladies héréditaires rares.¹¹ Dans la mesure où 99 % des cas de cancer du sein concernent des femmes, ce chapitre utilise le terme « femmes » pour décrire les personnes touchées.

Interventions au niveau de la population

Les interventions visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque communs aux quatre principales MNT sont également applicables au cancer du sein (à savoir, le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation malsaine et une faible activité physique). Ces interventions sont décrites dans d'autres chapitres.

Dépistage et diagnostic précoce

L'OMS a défini deux stratégies distinctes, mais liées pour la détection précoce du cancer : le dépistage des femmes asymptomatiques au moyen de programmes à l'échelle de la population et le diagnostic précoce des patients symptomatiques.

Dépistage

Les programmes de dépistage assortis d'un accès à un traitement de qualité entraînent une diminution d'environ 20 % de la mortalité liée au cancer du sein.¹² La mammographie est utilisée pour identifier les lésions précancéreuses et le cancer du sein préclinique chez les personnes asymptomatiques.¹³ Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT identifie comme une intervention efficace le dépistage effectué une fois tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, associé à un diagnostic et à un traitement en temps opportun. L'OMS recommande que les programmes de dépistage destinés à la population pour les femmes âgées de 40 à 49 ans ne soient mis en œuvre que lorsque les systèmes de santé disposent de ressources suffisantes,¹⁴ les femmes étant pleinement impliquées dans la décision de se soumettre ou non au dépistage après une discussion sur les avantages et les inconvénients. Les pays doivent finaliser leurs recommandations concernant la tranche d'âge optimale pour le dépistage en fonction des directives internationales, des ressources disponibles, de l'incidence du cancer du sein ajustée à l'âge et d'autres facteurs. Comme dans tous les programmes de dépistage, un nombre substantiel de cas de faux positifs sera constaté, nécessitant des examens diagnostiques inutiles, ainsi que le traitement de cancers du sein qui n'auraient pas causé de problèmes cliniques à l'avenir (voir le Chapitre 43 sur le dépistage).

Diagnostic précoce

Un diagnostic précoce du cancer consiste à identifier, diagnostiquer, orienter et traiter rapidement les patients qui présentent des symptômes.¹⁵ La mise en place de programmes organisés de dépistage du cancer pour les femmes asymptomatiques n'exclut pas l'existence de systèmes solides permettant un diagnostic précoce des femmes symptomatiques, puisque 60 à 70 % des femmes atteintes d'un cancer du sein présentent des symptômes, même dans les pays qui ont mis en place des programmes de mammographie bien structurés. Le projet Breast Health Global Initiative recommande que dans les pays à revenu faible et

intermédiaire, où la majorité des femmes commencent le traitement à un stade avancé, les efforts visant à renforcer le diagnostic précoce soient privilégiés par rapport au dépistage jusqu'à ce qu'un accès rapide à des services de diagnostic et à un traitement de qualité soit en place.¹⁶ Il repose sur des systèmes de santé efficaces où le personnel de soins primaires peut suspecter de manière adéquate un cancer chez les patientes présentant des symptômes mammaires, où il y a un accès rapide à des tests de diagnostic de qualité (études d'imagerie mammaire et biopsie) et où les patientes sont rapidement orientées vers des centres de cancérologie pour être traitées. Les stratégies de diagnostic précoce du cancer comprennent la formation des médecins de premier contact à suspecter le cancer, les parcours de soins rapides et, d'une manière générale, le renforcement des systèmes de santé.¹⁷

Diagnostic du cancer du sein

Le diagnostic du cancer du sein nécessite l'examen des tissus prélevés par biopsie et l'évaluation de la propagation locale et distante (métastases). Le cancer du sein n'est pas une entité unique, mais un spectre de conditions ou de sous-types qui répondent au traitement de différentes manières. Outre l'évaluation histologique du grade de la tumeur (lorsque les ressources le permettent), l'immunohistochimie et les techniques moléculaires permettent d'identifier le sous-type moléculaire ainsi que d'autres marqueurs et indicateurs pour guider le traitement. Ces enquêtes nécessitent une expertise et un contrôle de la qualité considérables.

La stadification est importante pour déterminer le traitement optimal pour chaque femme et donner une indication de son pronostic. La stadification du cancer du sein comprend les éléments suivants : (i) la taille de la tumeur invasive ; (ii) l'implication des ganglions lymphatiques (pour déterminer la présence, l'absence et le degré de dissémination locorégionale) ; et (iii) des évaluations cliniques, de laboratoire et/ou d'imagerie pour déterminer la présence ou l'absence de maladie distante (par exemple, os, poumon, foie).

Les récepteurs hormonaux et d'autres marqueurs associés à chaque cancer définissent quatre sous-types principaux,¹⁸ déterminés par les récepteurs d'œstrogènes ou de progestérone (HR+ ou HR-), environ deux tiers des cancers du sein étant HR+, et la protéine HER2 (HER2+ ou HER2-), environ 20 % étant HER2+. Les médicaments qui réduisent les niveaux de ces hormones, bloquent les récepteurs d'œstrogènes ou réduisent la quantité d'œstrogènes produits peuvent donc être utilisés pour traiter ces cancers.

Traitement

Le traitement peut être local (chirurgie et/ou radiothérapie) et/ou systémique (chimiothérapie, hormonothérapie ou thérapie ciblée). Le traitement est guidé par le stade du cancer et les autres caractéristiques de la tumeur mentionnées ci-dessus, le fait que la femme soit pré ou post-ménopausée, son état de santé

général et son opinion sur le traitement qu'elle souhaite recevoir (c'est-à-dire la « préférence de la patiente »).

Le traitement nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale pour (i) retirer le cancer (par chirurgie conservatrice du sein ou mastectomie) ; (ii) déterminer si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques sous le bras ; (iii) reconstruire la forme du sein après l'ablation du cancer ; et/ou (iv) soulager les symptômes d'un cancer avancé. Cela peut parfois impliquer l'ablation des ovaires pour les tumeurs HR+ chez les femmes préménopausées. Dans de rares cas, la mastectomie bilatérale et l'ovariectomie sont envisagées pour prévenir plutôt que pour traiter le cancer du sein (par exemple, pour les femmes présentant des mutations BRCA1/BRCA2).

La radiothérapie est utilisée : (i) après une chirurgie conservatrice du sein pour réduire la probabilité de récurrence du cancer ; (ii) après une mastectomie, en particulier si le cancer était important ou s'il s'est propagé localement aux ganglions axillaires ; et/ou (iii) en présence de métastases.¹⁹

La chimiothérapie (par exemple la doxorubicine) peut être utilisée avant ou après la chirurgie et/ou lorsque la tumeur s'est propagée à d'autres organes.

L'hormonothérapie pour les cancers HR+ comprend des médicaments qui bloquent les récepteurs d'œstrogènes (par exemple le tamoxifène, qui coûte environ 100 dollars par an) ou qui réduisent les niveaux d'œstrogènes dans l'organisme (par exemple l'anastrozole, qui coûte environ 1 000 dollars par an).

Des agents ciblés tels que le trastuzumab, un anticorps monoclonal, sont utilisés pour traiter le cancer du sein HER2+, mais leur coût élevé (environ 20 000 à 50 000 dollars par an) empêche leur utilisation dans de nombreux contextes. D'autres agents ciblés tels que ceux qui modulent le système immunitaire (par exemple, le pembrolizumab) peuvent renforcer la réponse immunitaire pour les cancers du sein triple négatifs (ceux qui ne possèdent pas de récepteurs d'œstrogènes et de progestérone, et qui sont HER2-), mais le coût peut dépasser les 50 000 à 100 000 dollars américains pour un an de traitement.

Le soulagement de la douleur et la prise de médicaments pour réduire les effets secondaires du cancer et de son traitement sont primordiaux. Le soutien psychologique est également essentiel et de nombreux patients bénéficient de groupes d'entraide et de soutien. Il est important de permettre à chaque femme d'adopter sa propre approche pour gérer sa maladie. Comme pour tous les cancers, le traitement est un partenariat entre des professionnels de diverses disciplines et le patient, avec une prise de décision partagée.

La réadaptation est importante, y compris, par exemple, la physiothérapie pour restaurer la fonction du bras, l'ergothérapie et/ou la reconstruction mammaire après une mastectomie.

Suivi

Il dépendra du type de cancer, du traitement proposé et de la réponse au traitement. Toutefois, les patients doivent généralement être surveillés tous les 3 à 6 mois pendant les 2 ou 3 premières années, puis tous les 6 mois pendant

5 ans, et ensuite tous les ans. Le suivi doit comprendre un examen clinique, des mammographies (y compris de l'autre sein) et d'autres examens si nécessaire.

Pronostic

Le stade du cancer du sein détermine le pronostic. Dans l'ensemble, la survie sans maladie pendant cinq ans dans les meilleurs contextes peut atteindre 99 % pour les femmes atteintes d'un cancer localisé et 86 % pour un cancer régional, mais chute de manière significative à 29 % en cas de propagation à distance.²⁰ Les taux de survie sur cinq ans spécifiques au cancer du sein sont plus faibles dans les pays à revenu intermédiaire (par exemple 68 % en Thaïlande, 66 % en Inde et 40 % en Afrique du Sud),²¹ ce qui s'explique en grande partie par un diagnostic tardif et un accès limité à des soins de qualité.²²

Soins palliatifs

Les traitements décrits ci-dessus jouent tous un rôle plus ou moins important dans les soins palliatifs. Cependant, le soulagement de la douleur et le traitement des autres symptômes, ainsi que le soutien psychologique, doivent être la pierre angulaire. Les spécialistes des soins palliatifs et les soins terminaux sont des ressources essentielles pour les soins de fin de vie. Le soutien de la famille et des amis est bien sûr essentiel.²³

Réponse du système de santé

Le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein nécessitent un système de santé solide. Cela inclut un personnel bien formé dans un éventail de disciplines, la disponibilité des différents traitements décrits ci-dessus et l'accès aux dispositifs médicaux nécessaires.²⁴ Dans la mesure où les femmes atteintes d'un cancer du sein ont besoin de soins primaires, secondaires et tertiaires, les pays doivent développer des réseaux de soins, avec des centres d'excellence capables de fournir des soins multidisciplinaires de haute qualité,²⁵ et veiller à ce que le traitement soit inclus dans les programmes de soins de santé universels sans frais (ou à des frais minimes) pour la femme.

Le projet Global Breast Cancer Initiative de l'OMS

Le projet Global Breast Cancer Initiative de l'OMS vise à réduire la mortalité due au cancer du sein de 2,5 % par an, ce qui permettrait d'éviter 2,5 millions de décès dus au cancer du sein dans le monde entre 2020 et 2040. L'initiative privilégie le renforcement du diagnostic précoce et à l'accès à un traitement de qualité, en mettant l'accent sur trois éléments : (i) la promotion de la santé en vue d'une présentation précoce des femmes et d'une suspicion précoce par les agents de santé primaire, l'objectif étant de diagnostiquer >60 % des cancers du sein invasifs au stade I ou II ; (ii) un diagnostic rapide, l'objectif étant de veiller à ce que l'évaluation, l'imagerie, le prélèvement de tissus et la pathologie

soient réalisés dans les 60 jours ; et (iii) une prise en charge complète, l'objectif étant que >80 % des femmes atteintes d'un cancer du sein bénéficient d'un traitement multimodal.

Surveillance

Lorsque des registres du cancer basés sur la population sont disponibles, des données sur la fréquence, le stade, le type de cancer et les taux de survie doivent être collectées pour évaluer l'efficacité des soins prodigués aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Lorsque les registres ne sont pas disponibles, la mortalité due au cancer du sein et les données provenant des hôpitaux (par exemple, le nombre d'admissions, les rapports de pathologie, les taux de survie) fournissent des informations qui peuvent être utiles. Il est essentiel de surveiller la réalisation du bilan diagnostique après un dépistage anormal et d'encourager l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des programmes de dépistage.

Remarques

- 1 Breast cancer overtakes lung cancer in terms of number of new cancer cases. International Agency for Research on Cancer and WHO, worldwide press release 294, 4 February 2021.
- 2 Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. National Cancer Institute, <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>.
- 3 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol* 2012;13:1141–51.
- 4 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breast-feeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187–95.
- 5 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet* 2019;394:1159–68.
- 6 Mørch LS et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *NEJM* 2018;378:1265–6.
- 7 Arthur S et al. The combined association of modifiable risk factors with breast cancer risk in the women's health initiative. *Cancer Prev Res* 2018;11:317–26.
- 8 Colditz GA et al. Family history and risk of breast cancer: nurses' health study. *Breast Cancer Res Treat* 2012;133(3):1097–104.
- 9 Hu C et al. A population-based study of genes previously implicated in breast cancer. *NEJM* 2021;384:440–51.
- 10 Hartmann LC et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *NEJM* 2005;353:229–37.
- 11 Giordano SH. Breast cancer in men. *NEJM* 2018;378:2311–20.
- 12 Trapani D et al. Global challenges and policy solutions in breast cancer control. *Cancer Treat Rev* 2022;104:102339.
- 13 Guide to early cancer diagnosis. WHO, 2017.
- 14 Position paper on mammography screening. WHO, 2014.
- 15 Guide to cancer early diagnosis. WHO, 2017.

- 16 Ginsburg O et al. Breast cancer early detection: a phased approach to implementation. *Cancer* 2020;126:2379–93.
- 17 Harrison CJ et al. Transforming cancer outcomes in England: earlier and faster diagnoses, pathways to success, and empowering alliances. *J Health Leadersh* 2019;11:1–11.
- 18 Cancer stat facts: female breast cancer subtypes. National Cancer Institute. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast-subtypes.html>.
- 19 Cancer treatment: brachytherapy. IAEA. <https://www.iaea.org/topics/cancer-treatment-brachytherapy>.
- 20 Survival rates for breast cancer. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html>.
- 21 Allemani C et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018;391:1023–75.
- 22 Anderson BO et al. The global breast cancer initiative: a strategic collaboration to strengthen health care for non-communicable diseases. *Lancet Oncol* 2021;22:578–81.
- 23 Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. WHO, 2016.
- 24 WHO list of priority medical devices for cancer management. WHO, 2017.
- 25 Setting up a cancer centre: a WHO-IAEA framework. IAEA & WHO, 2022.

13 Cancer du col utérin

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Nick Banatvala, Neerja Bhatla, Silvina Arrossi
and Nathalie Broutet*

Le cancer du col utérin est un cancer fréquent chez les femmes dans le monde, avec environ 604 000 nouveaux cas,¹ et un risque de diagnostic de cancer du col utérin tout au long de la vie de 3 % dans certains pays à revenu élevé.² L'incidence est fortement liée à l'infection par le virus du papillome humain (VPH). Les différences de couverture vaccinale, de dépistage et de traitement du VPH expliquent les écarts importants d'incidence et de mortalité observés entre les pays. Des services de santé solides sont nécessaires pour garantir une couverture vaccinale élevée contre le VPH et pour que les femmes soient régulièrement dépistées pour des anomalies du col de l'utérus et reçoivent un traitement adéquat et efficace, y compris un traitement précancéreux, une intervention chirurgicale, une radiothérapie et un traitement systémique si nécessaire.

Charge de morbidité

Selon l'IHME, le cancer du col utérin représentait 0,48 % de l'ensemble des décès (soit 281 000) dans le monde en 2019, contre 0,28 % en 1990 (Tableau 13.1). Le Tableau 13.1 montre que la mortalité attribuable au cancer du col utérin, en proportion de l'ensemble des décès, a augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais a diminué dans les pays à revenu élevé. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) étaient : (i) beaucoup plus bas dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et (ii) ont diminué entre 1990 et 2019, bien que moins fortement dans ces pays que dans les pays à revenu élevé, reflétant les améliorations dans la prévention et la prise en charge du cancer du col utérin ainsi que dans les conditions socio-économiques.³ L'incidence du cancer du col utérin normalisée selon l'âge dans le monde est de 13 pour 100 000 femmes, avec une variation multipliée par dix entre les régions (4 pour 100 000 femmes en Asie occidentale et 40 pour 100 000 en Afrique de l'Est).¹

Facteurs de risque

L'infection persistante par des virus du papillome humain papillomavirus (VPH) oncogènes, l'infection sexuellement transmissible la plus courante, est

Tableau 13.1 Mortalité attribuable au cancer du col utérin (IHME)

	<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	0,38	0,31	0,46	0,56	0,34	0,47	0,44	0,75
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	2,7	1,6	4,4	3,3	5,4	3,9	12	10,4

la principale cause du cancer du col utérin. Pour les femmes comme pour les hommes, le moment le plus propice à la contraction d'une infection par le VPH se situe dans la deuxième décennie de la vie, peu de temps après être devenu sexuellement actif. Il existe plus de 100 types de VPH, dont au moins 14 sont des génotypes à haut risque pour le cancer du col utérin et 2 (génotypes 16 et 18) sont à l'origine de 70 % des cancers du col utérin.

Bien que la plupart des infections du col de l'utérus par le VPH se résolvent spontanément et ne provoquent aucun symptôme, une infection persistante peut entraîner un cancer du col utérin. Le cancer du col utérin met 15 à 20 ans à se développer chez les femmes dont le système immunitaire est normal, mais seulement 5 à 10 ans chez les femmes dont le système immunitaire est affaibli, comme celles qui souffrent d'une infection par le VIH non traitée ou auxquelles sont administrés des médicaments immunosuppresseurs. Parmi les autres facteurs de risque persistance du HPV et de développement du cancer du col utérin, il est possible de citer la co-infection par d'autres agents sexuellement transmissibles, tels que l'herpès simplex, la chlamydia et la gonorrhée, ainsi que le tabagisme. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plusieurs fois supérieur d'infection persistante par le VPH. Elles sont six fois plus susceptibles de développer un cancer du col utérin et sont plus susceptibles de le développer à un âge plus jeune que les femmes de la population générale.⁴

La prévention primaire (vaccination contre le VPH) et la prévention secondaire efficaces (dépistage et traitement des lésions précancéreuses) peuvent prévenir la plupart des cas de cancer du col utérin.⁵ En outre, le cancer du col utérin est largement curable, en particulier s'il est détecté à un stade précoce et traité de manière adéquate.

Prévention et lutte

La compréhension de l'histoire naturelle du cancer du col utérin met en évidence l'importance de la prévention et de la lutte dans le cadre d'une approche globale tout au long de la vie.

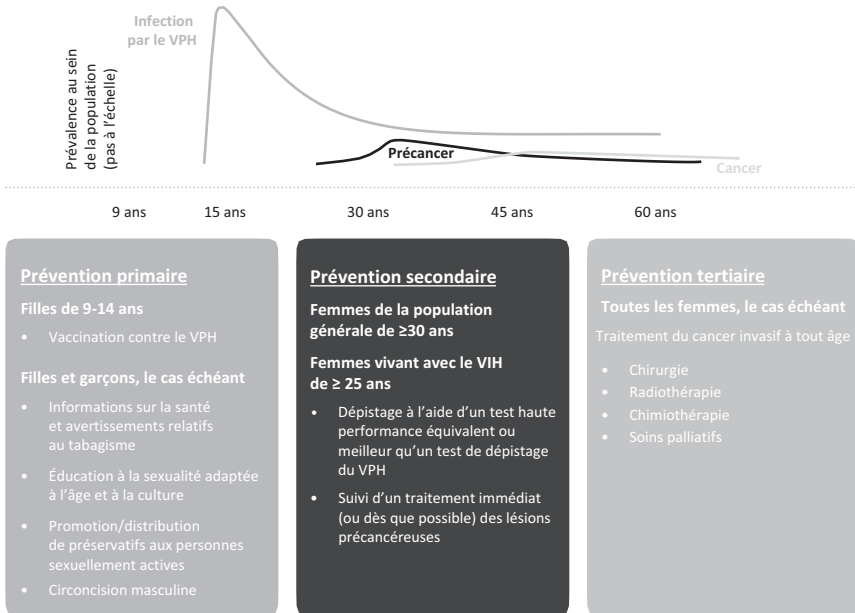


Figure 13.1 L'approche de la prévention et de la lutte contre le cancer du col utérin tout au long de la vie. (Adaptée de OMS, 2020, introduction et intensification du dépistage du VPH dans le cadre d'un programme global de prévention et de lutte contre le cancer du col utérin : un guide étape par étape).

Vaccination contre le VPH et autres mesures de prévention primaire

La vaccination contre le VPH est recommandée par l'OMS. Selon les estimations, une couverture vaccinale contre le VPH de 90 % chez les filles de moins de 15 ans à l'horizon 2030 permettrait d'éviter plus de 45 millions de décès dus au cancer du col utérin au cours des cent prochaines années.⁶

Depuis de nombreuses années, il est recommandé d'administrer deux doses à toutes les filles âgées de 9 à 14 ans, c'est-à-dire avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives. La vaccination contre le VPH est actuellement incluse dans les calendriers nationaux de vaccination de près de 60 % des pays, avec de grandes différences entre les pays à revenu élevé (plus de 80 %) et les pays à revenu faible et intermédiaire (environ 30 %), et encore moins dans les pays à revenu faible. Des vaccins bivalents, quadrivalents et nonavalents contre le VPH (contre deux, quatre et neuf souches) sont actuellement disponibles. Le Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS sur la vaccination (SAGE) a toutefois récemment conclu que les calendriers à dose unique offraient une efficacité comparable avec les recommandations suivantes : (i) calendrier à une ou deux doses pour les filles âgées de 9 à 14 ans ; (ii) calendrier à une ou deux doses pour les jeunes femmes âgées de 15 à 20 ans ; (iii) deux doses à six mois

d'intervalle pour les femmes âgées de plus de 21 ans. Les personnes immuno-déprimées (y compris celles atteintes du VIH) doivent recevoir trois doses si possible, et sinon au moins deux doses, car les preuves de l'efficacité d'une dose unique dans ce groupe sont limitées.⁷

Outre la vaccination contre le VPH, une stratégie de prévention globale devrait comprendre des informations sur la santé sexuelle et reproductive adaptées à l'âge, des pratiques sexuelles plus sûres (retarder l'âge de l'activité sexuelle, minimiser le nombre de partenaires sexuels, utiliser des préservatifs, pratiquer la circoncision masculine, le cas échéant) et l'absence de tabagisme.⁸

Dépistage et traitement des lésions précancéreuses

Tous les pays devraient mettre en place un dépistage du cancer du col utérin au sein de la population. Les pays dotés de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus varient de près de 100 % dans la région de l'Asie du Sud-Est à environ 21 % dans la région africaine.⁹ Cependant, avant de se lancer dans un programme de dépistage du cancer du col utérin (ou de tout autre cancer), un traitement doit être en place et disponible pour tous ceux qui en ont besoin. Il est contraire à l'éthique de dépister le cancer du col utérin et les lésions précancéreuses en l'absence de traitement et de soins.

Trois méthodes de dépistage des lésions précancéreuses chez les femmes âgées de 30 à 49 ans (et de 25 à 49 ans pour les femmes ayant contracté le VIH) sont également recommandées par l'OMS.¹⁰ Il s'agit des méthodes suivantes :

- Le dépistage du VPH avec un traitement opportun des lésions précancéreuses. Les principaux atouts du dépistage du VPH sont sa simplicité (notamment le fait que les échantillons peuvent être prélevés par le patient lui-même), la reproductibilité des résultats (c'est-à-dire qu'ils ne dépendent pas de l'évaluateur) et la nécessité de répéter les tests tous les 5 à 10 ans seulement (en raison de la spécificité élevée et de la forte valeur prédictive négative). Dans de nombreux pays, le dépistage du VPH est suivi d'un triage, puis d'une confirmation histologique et d'un traitement si nécessaire..
- La cytologie cervicale par frottis de Papanicolaou (Pap) tous les 3 à 5 ans, associée à un traitement opportun des lésions précancéreuses. Lorsque les résultats de la cytologie sont évocateurs d'un précancer, le diagnostic de précancer (également connu sous le nom de néoplasie cervicale intra-épithéliale ou CIN) est basé sur une colposcopie ultérieure et sur les résultats histologiques d'une biopsie. Un traitement est ensuite proposé aux femmes présentant des résultats histologiques CIN2+.
- Inspection visuelle du col de l'utérus avec de l'acide acétique (IVA) couplée à un traitement en temps opportun des lésions précancéreuses. Cette approche alternative est envisageable dans les contextes où les ressources sont limitées. Bien qu'elle soit abordable, relativement facile à mettre en place et qu'elle fournisse des résultats au point de service (ce qui signifie que les décisions de traitement ou d'orientation peuvent être prises au cours de la même visite), ses

limites comprennent une grande variabilité entre les opérateurs, une sensibilité problématique et la nécessité d'efforts d'assurance de la qualité de haute intensité. Sa sensibilité peut être encore plus variable chez les femmes âgées.

La plupart des pays utilisent encore la cytologie ou l'IVA ; cependant, moins de 40 % des pays ont une couverture suffisante pour atteindre l'objectif de 70 % de la stratégie mondiale (voir ci-dessous) et, dans de nombreux pays, cette couverture reste de l'ordre de 5 %. Les récentes directives de l'OMS recommandent que les programmes de dépistage abandonnent l'IVA et la cytologie au profit du dépistage du VPH par analyse de l'ADN, car cela offre une sensibilité et une spécificité plus élevées.¹¹ La forte valeur prédictive négative constitue la base des recommandations récentes pour seulement deux dépistages dans la vie, à l'âge de 35 et 45 ans, pour les femmes vivant dans des situations de ressources limitées. Les femmes dont le test est négatif à ces deux moments ont peu de chances de développer un cancer du col utérin. Un certain nombre de pays à revenu faible et intermédiaire négocient les tests de dépistage du VPH par analyse de l'ADN (à environ 8 \$ US), ce qui les rend potentiellement plus rentables que l'IVA ou la cytologie. L'option de l'autoprélèvement pour la collecte de tests de VPH améliore la possibilité d'atteindre l'objectif de couverture de 70 % dans les communautés les plus éloignées.¹²

La positivité au VPH peut avoir un impact psychosocial en raison du potentiel de stigmatisation, de l'impact sur la vie sexuelle, de la peur du cancer et de l'incertitude quant à la signification des résultats.¹³ Il est très important de fournir aux femmes des informations claires et adaptées sur le plan culturel, ainsi que des conseils concernant le dépistage du VPH et la signification des résultats. Les technologies mobiles pourraient être utilisées pour communiquer avec les femmes, sensibiliser au dépistage du cancer du col utérin, fournir des conseils et réduire l'impact psychosocial de l'infection par le VPH.¹⁴

L'OMS recommande de donner la priorité au dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans (25 à 49 ans pour les femmes vivant avec le VIH) et chez les femmes de plus de 50 ans si elles n'ont jamais été dépistées, en utilisant des tests de dépistage du VPH avec un intervalle de dépistage de cinq à dix ans dans la population générale des femmes et de trois à cinq ans chez les femmes vivant avec le VIH.^{15,16} Cependant, l'American Cancer Society recommande que le dépistage du VPH soit effectué tous les cinq ans entre 25 et 64 ans, politique également adoptée par le programme de dépistage du cancer du col utérin en Angleterre. Au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données sur les populations vaccinées, l'intervalle de dépistage pourrait également être allongé dans ces programmes. En outre, les seuils d'âge supérieurs peuvent changer à l'avenir.

Les options de traitement des lésions précancéreuses CIN comprennent le traitement ablatif par ablation thermique ou cryothérapie ou l'excision à l'anse large de la zone de transformation (LEEP/LLETZ) lorsque la personne malade n'est pas éligible pour un traitement ablatif. La disponibilité d'appareils portables alimentés par batterie pour l'ablation thermique, et plus récemment pour le LLETZ, modifie le contexte des programmes de dépistage et de traitement.

De même, la mise au point de colposcopes portables peut permettre de mettre en œuvre des programmes de dépistage, de triage et de traitement, même dans les établissements les plus éloignés, où les travailleurs de la santé peuvent être formés à prendre des photos et à les télécharger pour qu'elles soient évaluées par un spécialiste. L'ajout de l'intelligence artificielle est la prochaine frontière qui permettra une prise de décision instantanée sur la nécessité d'une orientation ou d'un traitement.

Traitement du cancer invasif

Grâce à des soins de qualité, la chirurgie et/ou la radiothérapie permettent d'obtenir une survie à long terme et/ou une guérison chez environ 90 % des femmes atteintes d'un cancer du col utérin à un stade précoce. Si le cancer du col utérin s'est propagé aux tissus ou organes environnants et/ou aux ganglions lymphatiques régionaux, une combinaison de radiothérapie et de chimiothérapie est utilisée, bien que la survie à long terme soit considérablement réduite. Lorsqu'une guérison n'est pas possible, des soins palliatifs doivent être fournis.

L'importance d'un système de santé efficace

Les programmes nationaux de lutte contre le cancer du col utérin devraient être pleinement intégrés à la couverture sanitaire universelle, les soins primaires étant le principal point d'entrée pour garantir l'accès à une couverture élevée. En 2019, seuls 30 % des pays à revenu faible ont déclaré disposer de l'infrastructure de diagnostic et de traitement nécessaire (imagerie avancée, pathologie, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) dans le système de santé publique, contre 90 % dans les pays à revenu élevé.¹⁷ Il est important d'assurer une maintenance adéquate des équipements et des chaînes d'approvisionnement ininterrompues.

La stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col utérin en tant que problème de santé publique

En 2020, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une stratégie mondiale pour l'élimination du cancer du col utérin en tant que problème de santé publique prioritaire, avec l'élimination du cancer du col utérin (définie comme un seuil de quatre cas de cancer du col utérin pour 100 000 femmes-années) d'ici la fin de ce siècle. Les éléments clés de la stratégie mondiale sont les suivants : la vaccination contre le VPH ; le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ; et le diagnostic et le traitement du cancer du col utérin invasif, y compris les soins palliatifs.¹⁸ L'impact des programmes nationaux de vaccination, du dépistage du cancer du col utérin au sein de la population et de l'accès à un traitement de qualité exige que la couverture et la qualité des services soient améliorées et étendues dans de nombreux pays.¹⁹

La stratégie globale comprend des actions et des objectifs pour : (i) la vaccination contre le VPH ; (ii) le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ; (iii) le diagnostic et le traitement du cancer invasif du col utérin, ainsi que les soins palliatifs.

La réalisation des objectifs décrits ci-dessous dans les pays à revenu faible et intermédiaire à l'horizon 2030 se traduirait par :

- Une baisse du taux médian d'incidence du cancer du col utérin de 42 % d'ici 2045 et de 97 % d'ici 2120, ce qui permettra d'éviter plus de 74 millions de nouveaux cas de cancer du col utérin.
- Le nombre cumulé médian de décès dus au cancer du col utérin évités sera de 300 000 d'ici 2030, plus de 14 millions d'ici 2070, et plus de 62 millions d'ici 2120.
- Selon les estimations, environ 3,2 \$ US retournent à l'économie pour chaque dollar investi jusqu'en 2050, grâce à l'augmentation de la participation des femmes à la population active, ce chiffre passant à 26 \$ US si les avantages pour la société sont pris en compte.

Suivi des progrès

Objectifs mondiaux pertinents pour le cancer du col utérin

<p>Vaccination complète de 90 % des filles contre le VPH avant l'âge de 15 ans d'ici 2030. (Stratégie mondiale d'élimination).^a</p> <p>D'ici 2030, 70 % des femmes dépistées à l'aide d'un test haute performance avant 35 ans et de nouveau à 45 ans. (Stratégie mondiale d'élimination).^a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture vaccinale contre le virus du papillome humain, ventilée selon l'âge au moment de la vaccination et le nombre de doses. • Taux de dépistage de la population cible (femmes âgées de 30 à 49 ans ou de 25 à 49 ans pour les femmes vivant avec le VIH) : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans (de 25 à 49 ans pour les femmes vivant avec le VIH) qui ont été dépistées pour la première fois au cours des 12 derniers mois. • Taux de positivité : pourcentage de femmes dépistées âgées de 30 à 49 ans (25-49 ans pour les femmes vivant avec le VIH) avec un résultat positif au test de dépistage au cours des 12 derniers mois. • Taux de couverture : pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans (25 à 49 ans pour les femmes vivant avec le VIH) qui ont été dépistées avec un test haute performance au moins une fois entre 30 et 49 ans (25-49 ans pour les femmes vivant avec le VIH), et pourcentage de femmes dépistées au moins deux fois.
---	--

D'ici 2030, traitement de 90 % des femmes identifiées comme ayant une maladie du col de l'utérus.

D'ici 2030, traitement de 90 % des femmes atteintes d'une infection par le VPH ou d'un précancer.

D'ici 2030, prise en charge de 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif.

(Stratégie mondiale d'élimination).

Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.

(Objectif 9 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT).

- Taux de traitement : pourcentage de femmes dont le test de dépistage est positif et qui ont reçu un traitement au cours des 12 mois précédents.

Remarque : les pays qui ne traitent pas les résultats positifs du dépistage peuvent envisager d'utiliser comme indicateur le pourcentage de femmes atteintes d'une maladie du col de l'utérus qui reçoivent un traitement 12 mois après avoir été dépistées positives.

- Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.

a Également reflété dans les indicateurs de réponse des systèmes nationaux dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.

La recommandation d'un calendrier de vaccination à une dose décrit plus haut permettra d'atteindre plus rapidement l'objectif vaccinal décrit plus haut également.

Outre les indicateurs répertoriés ci-dessus, les programmes nationaux de lutte contre le cancer du col utérin doivent mettre en place des registres du cancer basés sur la population afin de mesurer l'incidence et la mortalité du cancer du col utérin en fonction de l'âge. Les registres du cancer basés sur la population sont importants pour suivre les objectifs susmentionnés et pour contrôler et évaluer la fourniture de services, y compris dans les différents groupes socio-économiques et ethniques.

Remarques

- 1 Cervix uteri fact sheet. IARC/WHO, 2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>.
- 2 Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. National Cancer Institute. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>.

- 3 Sathishkumar K et al. Trends in breast and cervical cancer in India under National Cancer Registry Programme: an age-period-cohort analysis. *Cancer Epidemiol* 2021;74:101982.
- 4 Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO, 2020.
- 5 Brisson M et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet* 2020;395:575–90.
- 6 Canell K et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet* 2020; 395: 591–603.
- 7 One-dose human papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer. WHO, 2022.
- 8 Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. WHO, 2020.
- 9 Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. WHO, 2020.
- 10 Bouvard et al. The IARC perspective on cervical cancer screening. *NEJM* 385;20:1908–18.
- 11 WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed, WHO, 2021.
- 12 Gupta S. Self-sampling for human papillomavirus testing: increased cervical cancer screening participation and incorporation in international screening programs. *Front Public Health* 2018;6:77.
- 13 Arrossi S et al. Psycho-social impact of positive human papillomavirus testing in Jujuy, Argentina results from the Psycho-Estampa study. *Prev Med Rep* 2020;18:101070.
- 14 Sanchez Antelo V et al. A counseling mobile app to reduce the psychosocial impact of human papillomavirus testing: formative research using a user-centered design approach in a low-middle-income setting in Argentina. *JMIR Form Res* 2022;6:e32610.
- 15 WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). WHO, 2021.
- 16 Human papillomavirus (HPV) nucleic acid amplification tests (NAATs) to screen for cervical pre-cancer lesions and prevent cervical cancer: policy brief. WHO, 2022.
- 17 Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs: report of the 2019 global survey. WHO, 2020.
- 18 Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO, 2020.
- 19 Ginsburg O et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet* 2017;389:847–60.

14 Cancer colorectal

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Jean-Luc Bulliard, Samar Alhomoud,
Dieter Hahnloser*

Le cancer colorectal est un cancer du côlon et du rectum et représente environ 10 % des nouveaux cancers dans le monde.¹ Le risque de développer un cancer colorectal au cours de la vie est de 4,3 % chez les hommes et de 4,0 % chez les femmes.² Le cancer colorectal étant fortement associé à plusieurs des facteurs de risque de MNT décrits dans cet ouvrage, il existe un potentiel de prévention important. En outre, plusieurs tests de dépistage sont disponibles et un traitement précoce a un taux de réussite élevé.

Charge de morbidité

Selon l'IHME, le cancer colorectal représentait 1,9 % (environ 1,1 million) de l'ensemble des décès dans le monde en 2019 (contre 1,1 % [0,52 million] en 1990), en partie à cause de l'augmentation et du vieillissement de la population. Le Tableau 14.1 montre que les taux de mortalité du cancer colorectal ajustés selon l'âge ont diminué entre 1990 et 2019 dans les pays à revenu élevé (PRE), mais qu'ils ont par ailleurs légèrement augmenté.

Au niveau mondial, le nombre total de personnes développant un cancer colorectal devrait augmenter dans les décennies à venir et le cancer colorectal devrait devenir le cancer le plus courant d'ici 2070, avec 4,7 millions de nouveaux cas par an.³ L'augmentation de l'incidence sera largement due à l'augmentation et au vieillissement des populations, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et à la prévalence croissante de certains des facteurs de risque modifiables décrits ci-dessous. En revanche, l'incidence du cancer colorectal devrait se stabiliser ou même continuer à diminuer dans les PRE, compte tenu de la stabilité de la structure d'âge de la population, des efforts de santé publique visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables, des programmes de dépistage et de l'accès au traitement. Cela doit toutefois être nuancé par des preuves récentes d'une augmentation des taux de cancer colorectal chez les jeunes adultes, peut-être due à des changements dans (ou des interactions entre) l'alimentation, les modes de vie sédentaires et la prévalence croissante de l'obésité.⁴

Tableau 14.1 Mortalité attribuable au cancer colorectal (IHME)

	Mondial		PRE		Tranche supérieure PRI		Tranche inférieure PRI		PRF	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	1,1	1,9	3,2	3,8	1,1	2,3	0,4	1,0	0,2	0,5
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	14	14	21	17	12	14	8	10	7	8

Facteurs de risque et de prévention

L'étiologie du cancer colorectal est multifactorielle. Environ 70 à 75 % des cas de cancer colorectal surviennent de manière sporadique et sont associés à des facteurs de risque modifiables.⁵ Les principaux facteurs de risque non modifiables comprennent le sexe masculin, le vieillissement et l'hérédité.⁶ Les deux formes les plus courantes de cancer colorectal héréditaire (le cancer du côlon sans polyposé et la polyposé colique adénomateuse familiale) ne représentent que <5 % de tous les cancers colorectaux. Il reste donc beaucoup à comprendre sur l'interaction entre la génétique et les facteurs de risque modifiables décrits ci-dessous.⁷

Les facteurs de risque modifiables comprennent la consommation élevée d'aliments transformés (par exemple, la viande transformée, une alimentation pauvre en céréales complètes), l'alcool, le manque d'activité physique, le tabagisme et l'obésité. Les facteurs de protection comprennent une alimentation riche en céréales complètes, en fibres alimentaires et en calcium (provenant par exemple de produits laitiers ou de suppléments de calcium), ainsi qu'une activité physique régulière.⁴ Il existe des preuves raisonnables que les légumes et les fruits non féculents, ainsi que les aliments contenant des vitamines C et D, ont un effet protecteur. Selon les estimations de l'IHME en 2019, 51 % des décès par cancer colorectal étaient attribuables à des facteurs de risque comportementaux, dont 33 % à une mauvaise alimentation, 13 % au tabagisme, 9 % à l'alcool, 8 % à un indice de masse corporelle (IMC) élevé et 5 % à une faible activité physique (remarque : la somme des fractions attribuables estimées séparément pour chaque facteur de risque dépasse la fraction attribuable pour l'ensemble, car les effets des facteurs de risque ne sont pas indépendants les uns des autres). La relation entre le cancer colorectal et la composition des microorganismes dans l'intestin (microbiote) est un domaine de recherche considérable, qui pourrait avoir des implications préventives et thérapeutiques à l'avenir.⁸ Les différences dans la prévalence des facteurs de risque et la fourniture de soins de

santé entre les pays et au fil du temps signifient que les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal normalisés selon l'âge peuvent varier jusqu'à dix fois d'un pays à l'autre.⁹

L'utilisation à long terme d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à faible dose, y compris l'aspirine ou l'ibuprofène (qui inhibent l'enzyme COX-2), est également associée à une réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal et des adénomes prémalins (risque relatif de 0,6 à 0,8), probablement en réduisant le risque de cancer colorectal surexprimant la COX-2, mais pas le risque de cancer colorectal avec une expression faible ou absente de la COX-2.¹⁰

Interventions au niveau de la population

Le lien fort entre le cancer colorectal et les facteurs de risque modifiables décrits ci-dessus souligne l'importance de bon nombre des meilleurs choix de l'OMS ou des interventions recommandées qui ont un impact sur l'ensemble des MNT décrites dans plusieurs chapitres de cet ouvrage.

Dépistage

Le cancer colorectal est précédé de lésions précancéreuses (polypes), qui peuvent être identifiées lors d'une coloscopie, faire l'objet d'une biopsie et, pour les lésions plus petites, être enlevées en même temps. Cela a des conséquences importantes sur la conception des services/programmes de dépistage et sur le choix des tests à utiliser dans le cadre de ces programmes. Pour être efficaces, les programmes de dépistage destinés à la population doivent être mis en œuvre de manière progressive (y compris en commençant par une phase pilote), viser une couverture élevée de la population cible et reposer sur des tests de dépistage et des services de traitement de qualité.¹¹ La plupart des programmes de dépistage ont été mis en œuvre dans les PRE.¹²

Tests de dépistage. La plupart des programmes de dépistage utilisent des tests sur les selles basés sur une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou un test immunochimique fécal (TIF), les programmes passant de plus en plus de la RSOS, peu coûteuse, mais moins précise, au TIF, plus sensible et plus fiable. Un test de dépistage positif nécessite un suivi par coloscopie ou sigmoïdoscopie flexible. Un nombre réduit de programmes de dépistage utilisent la sigmoïdoscopie flexible ou la coloscopie comme outil de dépistage plutôt que de diagnostic. Cela présente l'avantage de permettre de prélever, au moment du dépistage, des biopsies de lésions suspectées d'être malignes ou potentiellement malignes (par exemple, des polypes qui ont évolué ou sont susceptibles d'évoluer vers un cancer). Parmi les autres outils de dépistage figurent les tests de visualisation directe (par exemple, la coloscopie par tomographie par ordinateur), les tests d'ADN multicibles dans les selles, les tests d'ADN dans le sérum (par exemple, les gènes septine 9 méthylés) et les tests urinaires (métabolomiques), mais ils

ne sont actuellement pas utilisés pour le dépistage systématique au sein de la population. Malgré les opportunités offertes par le dépistage, l'adoption est souvent sous-optimale.¹³ Les programmes de dépistage permettent d'améliorer les connaissances des participants en matière de santé en ce qui concerne les options de prévention et de lutte contre le cancer du côlon et d'autres cancers.

Âge et fréquence du dépistage. La tranche d'âge optimale visée par un programme de dépistage maximise le rapport coût-efficacité et variera donc d'un pays à l'autre en fonction de l'incidence de la maladie, de la capacité de soins de santé et des priorités concurrentes. La plupart des programmes de dépistage ciblent les personnes âgées de 50 à 74 ans, mais le groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis a récemment recommandé que l'âge de début du dépistage soit ramené de 50 à 45 ans. D'autres programmes, comme celui du Royaume-Uni, commencent le dépistage à l'âge de 60 ans.¹⁴ La RSOS et le TIF sont généralement effectués tous les ans ou tous les deux ans. La coloscopie par tomographie par ordinateur et la sigmoïdoscopie flexible sont effectuées moins fréquemment, généralement tous les cinq ans et tous les dix ans pour la coloscopie. Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, la décision de se soumettre à un dépistage doit être prise en fonction des ressources disponibles, des préférences de l'individu, de son espérance de vie, de son état de santé général et de ses antécédents en matière de dépistage.

Un examen récent des recommandations en matière de dépistage du cancer colorectal dans le monde a permis l'identification de 15 directives (six publiées en Amérique du Nord, six en Europe, quatre en Asie et une de l'Organisation mondiale de gastroentérologie). La majorité des directives recommandent le dépistage des personnes à risque moyen âgées de 50 à 75 ans, par coloscopie (tous les 10 ans), sigmoïdoscopie flexible (tous les 5 ans) ou FOBT, et principalement par FIT (tous les ans ou tous les deux ans). Les différentes directives présentent des disparités en ce qui concerne l'utilisation de la coloscopie, le classement des tests, les intervalles de dépistage et les tranches d'âge optimales pour le dépistage.¹⁵ Le dépistage du cancer colorectal basé sur la population, à partir de 50 ans, associé à un traitement opportun est une intervention recommandée par le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.

Ressources pour les programmes de dépistage de la population. Les programmes de dépistage du cancer colorectal nécessitent des ressources importantes pour dépister un grand nombre de personnes et assurer un suivi adéquat et opportun des personnes dont le test est positif, en particulier dans le cadre d'une comparaison avec la fréquence plus élevée d'autres maladies (y compris les MNT) qui pourraient être prévenues et traitées de manière plus rentable et/ou plus abordable.¹⁶ Les programmes de dépistage nécessitent une disponibilité durable des procédures de diagnostic (y compris des services cliniques de qualité pour la réalisation d'une coloscopie ou d'une sigmoïdoscopie flexible et des services d'histopathologie) et la disponibilité d'un traitement opportun [c'est-à-dire la chirurgie et/ou la chimiothérapie pour les cas de cancer ainsi que la chirurgie pour les complications (peu fréquentes) de la coloscopie]. Par conséquent, des programmes de dépistage bien organisés et destinés à la population, même

s'ils sont rentables, peuvent ne pas être abordables et/ou ne pas constituer une priorité suffisante dans un certain nombre de pays. Néanmoins, l'augmentation de l'incidence du cancer colorectal dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire signifie que les programmes de dépistage de la population sont susceptibles de se généraliser dans les années à venir.¹⁷ Comme pour d'autres programmes de dépistage de la population, il est souvent très difficile d'interrompre un programme une fois qu'il a été mis en place.

Dépistage opportuniste des personnes à haut risque. La priorité ici est de dépister les parents au premier degré des individus ayant des antécédents familiaux marqués de cancer colorectal, y compris, si possible, la détermination d'une cause génétique. Cela devrait être effectué à partir de l'âge de 18 ans et à intervalles réguliers, à condition que des ressources soient disponibles pour le diagnostic, le traitement et le suivi.

Traitement

Traitement préventif. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à faible dose et/ou d'aspirine peut être envisagée chez les personnes présentant des syndromes héréditaires de cancer colorectal, car cela réduit le risque global de cancer colorectal.¹⁸

Le cancer colorectal à un stade précoce (appelé « polypes cancéreux ») peut être enlevé par coloscopie et ne nécessite généralement pas d'autre traitement.

Cancer du côlon. Les patients atteints d'un cancer du côlon qui ne s'est pas propagé à des sites distants (le plus souvent les poumons et le foie) subissent généralement une intervention chirurgicale. En cas d'atteinte des ganglions lymphatiques ou de propagation à distance, une chimiothérapie (appelée chimiothérapie adjuvante) est réalisée pendant 3 à 6 mois environ après l'intervention chirurgicale. Le type et la durée de la chimiothérapie dépendent du type histologique du cancer, de l'âge et des comorbidités du patient. Lorsque les ressources le permettent, l'instabilité des microsatellites (MSI) dans les cellules tumorales devrait être déterminée pour orienter le traitement et le pronostic.

Cancer du rectum. Les patients atteints d'un cancer du rectum ont souvent besoin d'une approche multidisciplinaire comprenant une chimiothérapie et/ou une radiothérapie néoadjuvante (avant l'opération) pour réduire la taille de la tumeur (ce qui facilite l'opération, notamment en réduisant le risque d'avoir à opérer le sphincter anal, qui est une procédure à haut risque) et pour réduire la probabilité de récurrence locale. Le traitement du cancer du rectum est cependant centralisé, dans de nombreux pays, dans des centres expérimentés à haut volume. Les discussions au sein des comités multidisciplinaires de lutte contre les tumeurs sont essentielles pour personnaliser le traitement du cancer du rectum. Si un patient présente une excellente réponse au traitement néoadjuvant ainsi qu'une réponse clinique complète sans cancer visible, une approche d'attente sans chirurgie est possible chez les patients sélectionnés.

Suivi. Les patients doivent être suivis pendant cinq ans pour surveiller les récurrences (qui peuvent survenir chez 50 % des patients) afin de permettre une réintervention précoce. Il n'y a pas suffisamment de preuves pour administrer de l'aspirine aux patients après une intervention chirurgicale.

Survie. Dans des conditions optimales, la survie à cinq ans après le traitement du cancer colorectal peut atteindre 95 % pour le stade I, 85 % pour le stade II, mais seulement 70 % pour le stade III et moins de 20 % pour le stade IV.¹⁹ La MSI est un facteur prédictif d'un meilleur résultat.²⁰ Le traitement du cancer colorectal des stades I et II par chirurgie avec ou sans chimiothérapie et radiothérapie est donc considéré comme une intervention efficace dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.

Soins palliatifs. Les soins palliatifs de base du cancer sont une intervention efficace de l'OMS, comprenant des soins à domicile et à l'hôpital avec des équipes multidisciplinaires et l'accès aux opiacés et aux médicaments de soutien essentiels.

Surveillance

Il est important de disposer d'un système d'information sanitaire complet capable de fournir en permanence des données de qualité pour élaborer et évaluer des programmes de prévention et de traitement du cancer colorectal adaptés aux conditions locales, suivre les objectifs fixés et évaluer la prestation de services, y compris dans les sous-groupes socio-économiques et les autres sous-groupes de population concernés.

Lorsque les ressources le permettent, les registres du cancer basés sur la population permettent de collecter des données normalisées (par exemple, stadification du cancer, précision du diagnostic et de l'histologie, durée de survie à partir du diagnostic) qui sont nécessaires pour suivre l'incidence et la mortalité par âge ainsi que l'impact des programmes de prévention et de dépistage.

Remarques

- 1 Sung HS et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209–49.
- 2 How common is colorectal cancer? American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html>.
- 3 Soerjomataram I, Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. *Nat Rev Clin Oncol* 2021;18:663–72.
- 4 Loomans-Kropp HA, Umar A. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults. *J Cancer Epidemiol* 2019;9841295.
- 5 GBD 2019 Colorectal Cancer Collaborators. Global, regional and national burden of colorectal cancer and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022;7:627–47.
- 6 International Agency for Research on Cancer. Colorectal cancer screening. Lauby-Secrétan B et al, editors. *IARC Handb Cancer Prev* 2019, 17:1–300. Lyon: IARC Press.

- 7 Gunter MJ et al. Meeting report from the joint IARC–NCI international cancer seminar series: a focus on colorectal cancer. *Ann Oncol* 2019;30:510–19.
- 8 Wong SH, Yu J. Gut microbiota in colorectal cancer: mechanisms of action and clinical applications. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019;16:690–704.
- 9 Arnold M et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* 2017;66:683–91.
- 10 Rothwell PM et al. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials. *Lancet* 2010;376:1741–50.
- 11 WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. WHO, 2020.
- 12 Basu P et al. Status of implementation and organization of cancer screening in the European Union Member States—Summary results from the second European screening report. *Int J Cancer* 2018;142:44–56.
- 13 Kanth P, Iandomi JP. Screening and prevention of colorectal cancer. *BMJ* 2021;374:n1855.
- 14 Lin S et al. Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:1978–97.
- 15 Bénard F et al. Systematic review of colorectal cancer screening guidelines for average-risk adults: Summarizing the current global recommendations. *World J Gastroenterol* 2018;24:124–38.
- 16 Lambert RC et al. Mass screening for colorectal cancer is not justified in most developing countries. *Int J Cancer* 2009;125:253–56.
- 17 Khuhaprema T et al. Organised colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: preliminary results from a pilot implementation programme. *BMJ Open* 2014;4:e003671.
- 18 Burn J et al. Cancer prevention with aspirin in hereditary colorectal cancer (Lynch syndrome), 10-year follow-up and registry-based 20-year data in the CAPP2 study: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2020;395:1855–63.
- 19 Araghi M et al. Colon and rectal cancer survival in seven high-income countries 2010–2014: variation by age and stage at diagnosis (the ICBP SURVMARK-2 project). *Gut* 2021;70:114–26.
- 20 Li K et al. Microsatellite instability: a review of what the oncologist should know. *Cancer Cell Int* 2020;20:16.

15 Cancer de la prostate

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Dario Trapani, Mariana Siqueira, Manju Sengar,
Dorothy C Lombe*

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes, avec près de 1,5 million de nouveaux cas dans le monde en 2019.¹ Le risque pour les hommes de se voir diagnostiquer un cancer de la prostate au cours de leur vie peut atteindre 13 % dans certains pays.² Peu de facteurs préventifs sont identifiés, ce qui limite la prévention primaire. Lorsque des services de santé solides sont disponibles, le taux de survie est élevé si le cancer est diagnostiqué à un stade précoce. Le traitement peut aller de la surveillance active à la chirurgie, en passant par la radiothérapie et la thérapie systémique.

Charge de morbidité

Le Tableau 15.1 montre que 1,6 % de l'ensemble des décès chez les hommes (486 000 décès) a été attribué au cancer de la prostate dans le monde en 2019, sans différences marquées entre les régions. En 2019, les taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient les plus élevés dans les pays à revenu faible (PRF), où les taux ont augmenté entre 1990 et 2019, peut-être en raison d'un retard de diagnostic et de traitement, et dans les pays à revenu élevé (PRE), où les taux ont diminué, peut-être en raison d'une amélioration du traitement et du diagnostic, en particulier grâce à l'utilisation généralisée du test d'antigène prostatique spécifique (APS) utilisé pour le dépistage.

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 66 ans, le cancer de la prostate étant inhabituel chez les hommes de moins de 40 ans. La charge de morbidité du cancer de la prostate semble varier selon les groupes raciaux. Par exemple, aux États-Unis, les Afro-Américains sont deux fois plus susceptibles que les Blancs de développer un cancer de la prostate ou d'en mourir. En revanche, les hommes Américains d'origine asiatique présentent les taux d'incidence et de mortalité les plus faibles pour le cancer de la prostate.³ Les différences de résultats entre les groupes ethniques s'expliquent probablement par des variations dans l'accès aux soins.⁴

Tableau 15.1 Mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes (IHME)

	<i>Mon-dial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Pourcentage de l'ensemble des décès (%)	0,9	1,6	0,9	1,6	0,7	1,5	0,4	0,9	0,4	0,9
Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)	18	15	25	18	13	13	12	12	21	24

Facteurs de risque

L'âge est le principal facteur de risque du cancer de la prostate. L'IHME estime que 6 % des décès dus à la prostate sont attribuables au tabagisme. Environ 1,5 % à 3,5 % de tous les cancers de la prostate sont associés à des mutations des gènes BRCA1 et BRCA2 (et dans des proportions plus importantes chez certains individus de certaines populations avec une fréquence élevée de porteurs de gènes mutés).⁵ Les mutations du gène BRCA2 augmentent le risque de cancer de la prostate jusqu'à huit fois.⁶

Interventions au niveau de la population

Il n'existe pas d'interventions fondées sur des données probantes au niveau de la population pour réduire l'incidence du cancer de la prostate, à l'exception de la lutte contre le tabagisme.

Programmes de dépistage systématique

L'utilisation de l'APS comme outil de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques a fait l'objet de nombreux débats au fil des ans.⁷ L'antigène prostatique spécifique est une protéine produite par les cellules normales et malignes de la prostate qui est détectée dans le sang des hommes. Il est prouvé que les programmes de dépistage systématique des hommes asymptomatiques basés sur l'APS n'entraînent que peu ou pas de réduction globale de la mortalité due au cancer de la prostate.⁶ En outre, de nombreuses études ont montré que le dépistage de l'APS chez les hommes asymptomatiques conduit à un surdiagnostic important en raison du nombre élevé de « faux positifs », ce qui entraîne des procédures diagnostiques invasives (par exemple, la biopsie) et des traitements (par exemple, la chirurgie) inutiles, ainsi que des effets secondaires aigus et à plus long terme (par exemple, l'incontinence et le dysfonctionnement érectile).

Après examen des avantages du dépistage chez les hommes asymptomatiques, il est important de savoir que jusqu'à un cinquième des hommes atteints d'un cancer de la prostate ont un taux de PSA normal,⁹ et que les rapports d'autopsie d'hommes décédés d'autres causes font état d'un cancer de la prostate non diagnostiqué, cliniquement non pertinent, indolent et localisé chez un tiers des hommes âgés de moins de 50 ans et chez plus de deux tiers des hommes âgés de 70 ans et plus. Cela souligne le fait que l'évolution du cancer de la prostate peut être lente, en particulier chez les hommes âgés. De même, il est important de savoir qu'un diagnostic tardif est un facteur déterminant de moins bons résultats chez les hommes qui présentent plus tard un cancer avancé. Le groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis ne recommande pas un dépistage universel de l'APS au sein de la population, mais suggère d'individualiser la discussion chez les hommes âgés de 50 à 69 ans.⁸

Selon les estimations, le dépistage de l'APS chez les hommes non symptomatiques permettrait d'éviter moins d'un décès par cancer de la prostate pour 1 000 hommes dépistés sur une période de dix ans.⁷ Le dépistage systématique de l'APS n'est donc pas recommandé d'un point de vue de santé publique. D'autres tests de dépistage de l'APS, notamment les marqueurs biochimiques ont été proposés, mais aucun n'a démontré une sensibilité et une spécificité suffisantes, ni un rapport coût-efficacité satisfaisant.

Dépistage des personnes à haut risque

Lorsque les ressources sont disponibles, les personnes ayant des antécédents familiaux importants de cancer de la prostate ou d'autres cancers associés aux mutations BRCA et similaires, comme le cancer du sein et de l'ovaire, peuvent être orientées vers une consultation génétique afin d'évaluer si un dépistage régulier de l'APS est approprié, compte tenu des problèmes décrits ci-dessus.⁹ La question de savoir si le dutastéride, utilisé pour traiter l'hypertrophie bénigne de la prostate, réduisait l'incidence du cancer de la prostate chez les hommes présentant un risque accru de cette maladie a été étudiée, mais les données actuelles indiquent que ce n'est pas le cas.¹⁰

Interventions au niveau individuel

Diagnostic

Le cancer de la prostate ne provoque généralement pas de symptômes tant que le cancer n'a pas atteint une taille suffisante pour entraîner des symptômes urinaires (y compris, mais sans s'y limiter, la difficulté à commencer à uriner ou des mictions fréquentes, un jet urinaire faible ou lent et des traces de sang dans les urines). Il s'agit en grande partie des mêmes symptômes que ceux provoqués par l'hypertrophie bénigne de la prostate, une affection qui n'évolue pas vers le cancer et qui est présente chez un grand nombre d'hommes âgés.

Le diagnostic du cancer de la prostate et l'évaluation de la propagation locale sont établis sur la base d'un examen physique (y compris le toucher rectal), de l'APS, d'une échographie et/ou d'une IRM et confirmés par les résultats histologiques d'une ou plusieurs biopsies. Le cancer de la prostate peut être détecté par le toucher rectal dans 20 % des cas.⁹

L'imagerie diagnostique (radiographie, scintigraphie, scanners CT/PET) est importante pour déterminer la taille et la propagation de la tumeur, ainsi que la présence éventuelle de métastases, qui se situent le plus souvent dans les os. Dans les situations où les ressources sont limitées, les algorithmes d'imagerie basés sur le risque peuvent aider à optimiser les ressources, par exemple en ne soumettant aux examens par imagerie que les personnes présentant des symptômes qui suggèrent une propagation.¹¹

L'histologie, qui utilise le score de Gleason (c'est-à-dire un modèle histologique spécifique), ainsi que la taille de la tumeur, la propagation du cancer et le taux d'APS permettent de déterminer le traitement optimal, l'issue probable et l'approche du suivi.

Traitement et prise en charge

Le cancer de la prostate est une maladie présentant des taux de guérison élevés si elle est diagnostiquée à temps. Le traitement du cancer de la prostate comprend la chirurgie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, ainsi qu'un certain nombre de traitements de soutien. Presque tous les patients diagnostiqués avec une maladie localisée (c'est-à-dire les stades 1 et 2) sont en vie après 5 à 10 ans. Lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade avancé (par exemple, stade 4), les taux de survie chutent de manière notable, avec un taux de survie d'un tiers ou moins des patients diagnostiqués après cinq ans. Les comorbidités, un diagnostic tardif et un traitement inadéquat entraînent des taux de survie plus faibles.¹² Le cancer de la prostate évoluant souvent lentement, il peut être judicieux, chez les hommes plus âgés ou ceux souffrant d'autres maladies graves, de surveiller étroitement la maladie (cliniquement, radiologiquement et biochimiquement) plutôt que d'entreprendre un traitement. Les différences de résultats du cancer de la prostate s'expliquent probablement en partie par des variations dans l'accès aux soins.

Le suivi actif des cas permet aux patients dont le score de Gleason est faible et dont les tumeurs sont plus petites d'être inscrits dans des programmes de surveillance active afin d'éviter le surtraitement. Le suivi actif nécessite la mise en place des ressources, des systèmes et des services nécessaires, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux contextes.¹³ Le report du traitement initial peut également être envisagé pour les patients, quel que soit le stade du cancer, lorsqu'il existe de multiples comorbidités, afin d'éviter un traitement peu susceptible d'améliorer le pronostic global. Cette approche « d'attente vigilante » nécessite une surveillance étroite, par exemple en effectuant un test de l'APS tous les

trimestres la première année, puis tous les six mois, et en procédant à un examen radiologique si nécessaire.

La chirurgie (prostatectomie radicale par chirurgie ouverte ou laparoscopie) est généralement indiquée chez les hommes dont la maladie est localisée, c'est-à-dire lorsqu'elle ne s'est pas propagée en dehors de la prostate elle-même. La chirurgie assistée par robot est de plus en plus utilisée. Les approches laparoscopiques peuvent accélérer le temps de récupération et réduire les pertes de sang.⁹ L'approche assistée par robot utilisée dans certains centres semble donner des résultats similaires à ceux de la chirurgie standard, mais à un coût généralement plus élevé, et les preuves solides sur les résultats, ainsi que sur les dysfonctionnements urinaires et sexuels postopératoires, sont encore limitées.¹⁴ La prostatectomie radicale est une chirurgie majeure qui nécessite des installations appropriées et des niveaux élevés de compétence. Les complications comprennent celles qui peuvent résulter de toute intervention majeure ainsi que celles qui sont spécifiques à la chirurgie de la prostate, notamment l'ablation ou la lésion des nerfs locaux qui peut entraîner des complications supplémentaires et souvent permanentes, des troubles urinaires ou des troubles sexuels.

La radiothérapie peut être utilisée dans les cas suivants :

- Traitement du cancer de la prostate localisé. Les taux de guérison de ces types de cancer peuvent être similaires à ceux des hommes traités par prostatectomie radicale.
- Dans le cadre du traitement initial (parfois en association avec une thérapie hormonale) pour les cancers qui se sont propagés au-delà de la prostate vers les tissus locaux.
- Lorsque le cancer n'est pas complètement enlevé ou qu'il réapparaît après une intervention chirurgicale.
- Lorsque le cancer est avancé, afin d'aider à prévenir ou à soulager les symptômes, y compris dans le cadre des soins palliatifs.

L'hormonothérapie est utilisée pour réduire les niveaux d'androgènes, tels que la testostérone, qui stimule la croissance des cellules cancéreuses de la prostate. Bien que l'hormonothérapie ne guérisse pas le cancer de la prostate, elle peut, chez certains patients, prévenir la progression de la maladie, réduire les symptômes liés au cancer et améliorer la survie et la qualité de vie. Elle est utilisée dans les circonstances suivantes :

- Lorsque le cancer s'est trop propagé pour être guéri par la chirurgie ou la radiothérapie.
- En cas de récurrence de la maladie après une intervention chirurgicale ou une radiothérapie.
- En tant que traitement complémentaire au traitement initial, en complément de la radiothérapie (pour réduire le risque de récurrence en cas de maladie agressive et/ou étendue).
- Avant la radiothérapie pour tenter de réduire la taille de la tumeur.

La chimiothérapie est parfois utilisée lorsque le cancer de la prostate s'est propagé et que le cancer ne répond pas à l'hormonothérapie. Bien qu'elle ne guérisse pas le cancer de la prostate, la chimiothérapie peut être utile lorsqu'elle est administrée en même temps que l'hormonothérapie, lorsque des installations sont disponibles.

L'immunothérapie et d'autres nouveaux traitements qui ciblent spécifiquement les cellules cancéreuses de la prostate sont utilisés pour traiter les stades avancés du cancer de la prostate qui ne répondent plus à l'hormonothérapie et/ou à la chimiothérapie. Bien qu'ils ne guérissent pas le cancer de la prostate, ils peuvent prolonger la survie de quelques mois et améliorer le contrôle de la maladie. Il peut s'agir, par exemple, d'immunothérapie, de radionucléides et d'agents ciblant l'ADN pour les hommes présentant des mutations du gène BRCA. Ces médicaments sont coûteux, mais, lorsque les ressources sont disponibles, ils peuvent être utilisés pour traiter la maladie à un stade avancé qui est devenue résistante aux autres formes de traitement.

Des traitements localisés tels que la cryothérapie et les ultrasons focalisés de haute intensité sont parfois utilisés chez certains patients à la place des traitements chirurgicaux.

Les soins palliatifs sont un élément essentiel du parcours du patient et nécessitent l'accès à un contrôle efficace de la douleur, y compris aux opiacés, à la radiothérapie pour les douleurs osseuses et à un personnel qualifié dans l'accompagnement et les soins de fin de vie.

Les interventions et le traitement du cancer de la prostate sont inclus dans une série de directives de l'OMS sur la prise en charge du cancer.^{15,16} Comme pour la prise en charge de toutes les MNT, un système de santé efficace est essentiel et l'accès aux soins doit être abordable pour les patients.

Surveillance

Lorsque les ressources le permettent, les registres du cancer basés sur la population permettent de collecter des données normalisées (par exemple, stadification du cancer, précision du diagnostic et de l'histologie, durée de survie à partir du diagnostic) qui sont nécessaires pour suivre l'incidence et la mortalité par âge ainsi que l'impact des programmes de prévention et de dépistage.

Remarques

- 1 Fitzmaurice C et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol* 2018;4:1553–68.
- 2 Surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program. National Cancer Institute. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>.
- 3 Hur J, Giovannucci E. Racial differences in prostate cancer: does timing of puberty play a role? *Br J Cancer* 2020;123:349–54.

- 4 Dess RT et al. Association of Black race with prostate cancer-specific and other-cause mortality. *JAMA Oncol* 2019;5:975–83.
- 5 Pilarski R. The role of BRCA testing in hereditary pancreatic and prostate cancer families. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2019;39:79–86.
- 6 Etzioni R et al. Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:981–90.
- 7 Ilic D et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2018;362:k3519.
- 8 Grossman DC et al. Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2018;319:1901–13.
- 9 EAU Guidelines Office, Arnhem, the Netherlands. <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>.
- 10 Andriole GL et al; REDUCE Study Group. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *NEJM* 2010;362:1192–202.
- 11 Cotait Maluf F, Gillessen S. Consensus on the screening, staging, treatment, and surveillance of localized, recurrent, and metastatic prostate cancer: the first global prostate cancer consensus conference for developing countries. *JCO Glob Oncol* 2021;7:512–15.
- 12 Allemani C et al; CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018;391:1023–75.
- 13 Kang SK et al. Active surveillance strategies for low-grade prostate cancer: comparative benefits and cost-effectiveness. *Radiology* 2021;300:594–604.
- 14 Ploussard G et al. A 5-year contemporary nationwide evolution of the radical prostatectomy landscape. *Eur Urol Open Sci* 2021;34:1–4.
- 15 WHO model list of essential medicines, 22nd list, WHO, 2021.
- 16 WHO list of priority medical devices for cancer management. WHO, 2017.

16 Maladies respiratoires chroniques

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Nils E. Billo, Nick Banatvala, Pascal Bovet,
Asma El Sony*

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) sont des maladies des voies respiratoires et d'autres structures des poumons. Les MRC comprennent la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, les bronchectasies, les pneumoconioses (maladies pulmonaires liées à des expositions professionnelles, par exemple la silicose et l'asbestose) et d'autres maladies pulmonaires plus rares (par exemple la maladie pulmonaire interstitielle et la sarcoïdose pulmonaire), ainsi que d'autres maladies respiratoires chroniques telles que l'hypertension pulmonaire et la rhinite allergique.^{1,2} Plus de 500 millions de personnes sont touchées par ces affections dans le monde.

Définitions

La BPCO est une maladie pulmonaire inflammatoire chronique qui entraîne une obstruction de la circulation de l'air dans les poumons.³ Les symptômes comprennent la difficulté à respirer, la toux, la production de mucus (expectorations) et une respiration sifflante (stridor). La BPCO est principalement causée par une exposition à long terme à des particules et à des produits chimiques irritants, notamment la fumée de tabac et la pollution de l'air (fumée de combustibles solides ambiante ou intérieure) et la poussière.⁴ Les personnes atteintes de BPCO présentent un risque accru de développer des maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension pulmonaire, le cancer du poumon et d'autres affections (dont l'apnée du sommeil). L'emphysème (caractérisé par des cavités/espaces remplis d'air dans les poumons, ce qui réduit le nombre d'alvéoles nécessaires à l'échange d'oxygène et de dioxyde de carbone) et la bronchite chronique (caractérisée par une inflammation des parois des bronches qui provoque la production d'expectorations et la toux) sont les affections sous-jacentes les plus courantes de la BPCO, et se manifestent souvent simultanément. La BPCO est une maladie progressive qui peut conduire à une insuffisance respiratoire fatale. Avec une prise en charge adéquate (suppression de l'exposition à la fumée de tabac et aux particules en plus du traitement médical, par exemple des antibiotiques pour traiter la pneumonie et l'oxygénothérapie, dans les cas graves), les symptômes de la BPCO peuvent être contrôlés pendant de

nombreuses années chez la majorité des personnes, permettant une qualité de vie raisonnable et un risque réduit de complications.

L'*asthme* est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires pulmonaires qui affecte les personnes de tous âges, avec une prévalence d'environ 10 % chez les enfants [plus élevée dans les pays à revenu élevé (PRE), moins élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire].⁵ L'asthme se caractérise par des épisodes récurrents d'obstruction des voies respiratoires avec des bronchospasmes, un épaissement de la paroi des voies respiratoires et une production accrue de mucus. Les symptômes comprennent des épisodes de respiration sifflante, de toux, d'oppression thoracique et d'essoufflement, qui peuvent survenir de quelques fois par jour à quelques fois par mois. Les causes exactes de l'asthme ne sont pas claires, mais l'asthme est souvent associé à des facteurs environnementaux (par exemple, les particules extérieures/intérieures, les allergènes) et à une variété de déclencheurs (acariens détriticoles, animaux de ferme, infections virales, fumée de tabac, cuisson au feu, certains aliments, exercice physique, etc.).⁶ Il n'existe pas de remède connu pour l'asthme, mais les épisodes peuvent être évités ou, lorsqu'ils surviennent, assez facilement contrôlés par un traitement médical.

La *pneumoconiose* désigne un groupe de maladies pulmonaires causées par l'inhalation, la rétention et la réaction du tissu pulmonaire à des poussières liées à l'exposition sur le lieu de travail et dans l'environnement. La pneumoconiose comprend l'asbestose, la silicose et la pneumoconiose des mineurs. Il s'écoule généralement un long délai (jusqu'à dix ans ou plus) entre l'exposition et l'apparition de la maladie, de sorte que la plupart des nouveaux cas ou des décès dus à la pneumoconiose (y compris le cancer du poumon associé) reflètent les conditions de travail du passé et surviennent souvent à un stade ultérieur de la vie, souvent lorsque les personnes ont pris leur retraite.

Charge de morbidité

Le Tableau 16.1 présente les estimations de la mortalité liée aux MRC en 1990 et 2019 (IHME).

Au niveau mondial, les MRC ont été à l'origine de 7 % des décès (près de 4 millions). La BPCO a contribué à 83 % de tous les décès dus aux MRC en 2019 et l'asthme à 13 % d'entre eux. Dans de nombreux pays, la proportion de décès dus aux MRC peut augmenter au fil du temps en raison de la croissance et du vieillissement de la population. La diminution des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la BPCO et l'asthme est en grande partie due à la réduction de l'exposition aux facteurs de risque grâce à des interventions de santé publique (par exemple, la lutte contre le tabagisme, les mesures visant à atténuer la pollution de l'air ambiant et de l'air intérieur) et à une meilleure prise en charge des cas (par exemple, l'asthme). Bien que le nombre global de décès dus à la pneumoconiose soit relativement faible, il est tout à fait possible de les prévenir.

Tableau 16.1 Mortalité attribuable aux maladies respiratoires chroniques (MRC), y compris la BPCO, l'asthme et la pneumoconiose (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)										
Toutes les MRC	6,6	7,0	4,6	5,8	10,4	7,5	5,6	8,1	2,4	3,7
BPCO	3,7	5,8	3,7	4,9	9,7	6,9	3,8	6,0	1,5	2,6
Asthme	1,0	0,8	0,5	0,2	0,6	0,3	1,6	1,6	0,9	1,0
Pneumoconiose	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)										
Toutes les MRC	88	51	30	24	132	50	122	89	95	72
BPCO	73	42	24	20	123	46	87	68	65	53
Asthme	12	6	4	1	7	2	31	16	27	16
Pneumoconiose	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1

Facteurs de risque

En 2019, 40 % des décès dus à la BPCO étaient attribuables au tabagisme, 18 % aux particules ambiantes, 13 % aux particules en milieu professionnel, 10 % à la pollution de l'air domestique, 9 % aux basses températures, 9 % à l'ozone et 7 % au tabagisme passif (IHME). Ces fractions attribuables élevées liées à quelques facteurs de risque modifiables soulignent l'impact potentiel élevé des mesures de prévention visant à réduire la survenue des MRC, et principalement de la BPCO. En ce qui concerne l'asthme, l'IMC élevé a contribué à 16 % des décès dus à l'asthme dans le monde, le tabagisme à 12 % et les asthmagènes en milieu professionnel à 7 % (IHME). Compte tenu de leurs facteurs de risque (notamment le tabagisme et la pollution de l'air intérieur et ambiant), les MRC sont souvent associées à la pauvreté. Les MRC résultant d'une exposition professionnelle constituent également un problème de santé publique important dans certains groupes (mineurs, ouvriers du bâtiment, etc.) et, bien qu'elles aient diminué au fil des années, elles sont toujours présentes, en particulier dans les communautés marginalisées et vulnérables.

Interventions au niveau de la population

Les meilleurs choix de l'OMS et autres interventions recommandées pour lutter contre le tabagisme sont décrits dans les chapitres 18 et 33. Les recommandations suivantes de l'OMS sont spécifiques aux MRC :

- Accès à des poêles améliorés et à des combustibles plus propres pour réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

- Interventions visant à prévenir les maladies pulmonaires professionnelles, par exemple l'exposition à la silice et à l'amiante.
- La vaccination antigrippale des patients atteints de BPCO est également considérée comme une intervention recommandée.

Les interventions visant à réduire la pollution de l'air au-delà de celles mentionnées ci-dessus ne sont pas actuellement incluses dans les meilleurs choix de l'OMS ni dans les autres interventions recommandées, mais elles seront examinées lors de la prochaine mise à jour des meilleurs choix. Le Manuel de l'OMS pour des solutions énergétiques propres dans les habitations (CHEST) de l'OMS a été publiée en 2018⁷ et propose des outils que les pays peuvent utiliser pour mettre en œuvre les recommandations sur la combustion de combustibles dans les ménages.⁸ De plus amples détails sur la pollution de l'air sont fournis au Chapitre 27.

Interventions au niveau des individus

Le fardeau des MRC sur le système de santé est très important dans la mesure où jusqu'à un tiers des patients qui se rendent dans un centre de soins de santé primaires présentent une toux comme symptôme principal et qu'un grand nombre d'entre eux souffrent d'une MRC. Les séquelles à long terme de l'infection par la COVID-19 peuvent alourdir ce fardeau. L'accès à des examens appropriés est important pour diagnostiquer la BPCO, l'asthme ou toute autre MRC, ainsi que d'autres causes de toux telles que les maladies cardiaques et le cancer, et pour garantir un traitement approprié. Ceci est important en raison de la gravité de ces affections (y compris le risque de mort subite) et le fait que le traitement est souvent de longue durée. En dépit de cela, les systèmes de santé manquent souvent de ressources lorsqu'il s'agit de gérer efficacement les MRC, c'est-à-dire de doter les services d'équipements de diagnostic, de médicaments, de protocoles et de personnel qualifié, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Par exemple, les inhalateurs de salbutamol et de corticoïdes ne sont généralement disponibles dans les établissements de soins primaires que dans la moitié environ des pays à revenu faible.⁹

Le diagnostic de la BPCO et de l'asthme repose généralement sur les symptômes, les tests de la fonction pulmonaire tels que la spirométrie et le débitmètre pour débit de pointe (tests utilisés pour aider à diagnostiquer et à surveiller certaines affections pulmonaires en mesurant la quantité d'air pouvant être expirée en une seule inspiration forcée), et la réponse au traitement au fil du temps. Le fait de fonder le diagnostic sur les seuls symptômes cliniques peut conduire à un surdiagnostic ou à un sous-diagnostic de ces affections. La spirométrie n'est souvent pas disponible dans les pays disposant de ressources limitées (bien que de simples débitmètres pour débit de pointe soient plus susceptibles d'être disponibles) et le diagnostic peut donc être manqué ou, du moins, ne pas être

documenté de manière appropriée. La pneumoconiose est principalement diagnostiquée sur la base des antécédents d'exposition, de l'imagerie radiologique, des tests de la fonction pulmonaire et de la biopsie.

La BPCO est incurable, mais un diagnostic et un traitement précoces sont importants pour ralentir la progression des symptômes et réduire le risque de poussées actives.

Le traitement de l'asthme et le soulagement des symptômes de l'asthme et de la BPCO sont inclus dans les meilleurs choix de l'OMS et d'autres interventions recommandées, à savoir :

- Le soulagement des symptômes des patients asthmatiques grâce au salbutamol en inhalation (qui détend rapidement les muscles des voies respiratoires).
- Le soulagement des symptômes chez les patients atteints de BPCO grâce au salbutamol en inhalation.
- Le traitement de l'asthme à l'aide de béclo méthasone en inhalation à faible dose (un stéroïde) et d'un bêta-agoniste à courte durée d'action (par exemple, le salbutamol).

En outre, les patients souffrant d'asthme ou de BPCO doivent être fortement invités à :

- Arrêter de fumer (lorsqu'ils fument).
- Réduire leur exposition aux particules, notamment en améliorant les poêles et en utilisant des combustibles plus propres.
- Se faire vacciner contre la pneumonie, la grippe et le coronavirus (en plus de la vaccination contre les maladies qui peuvent entraîner des complications pulmonaires et qui font partie des calendriers de vaccination).

Les interventions supplémentaires pour la prise en charge de la BPCO comprennent la réadaptation pulmonaire et le traitement des comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, l'ostéoporose, la faiblesse musculaire et la dépression. Les personnes souffrant d'asthme et de BPCO ont besoin d'aide pour comprendre les déclencheurs à éviter, la manière de gérer leurs symptômes et leurs signes, et quand et comment obtenir une aide d'urgence, car une crise d'asthme non traitée peut être rapidement fatale.

Il est important que les MRC soient prises en charge de manière intégrée dans les programmes de santé publique et les soins primaires et secondaires. L'accès à des médicaments essentiels de bonne qualité à un prix abordable pour le traitement de l'asthme et de la BPCO est essentiel. Les progrès réalisés pour atteindre cet objectif important dans le cadre de la politique de couverture sanitaire universelle de l'OMS ont été très limités dans de nombreux pays à revenu faible. Les systèmes de santé et leur personnel, les sociétés professionnelles nationales et les organisations de défense des patients doivent redoubler d'efforts pour améliorer l'accès aux médicaments et veiller à ce

que les patients utilisent leurs médicaments et leurs inhalateurs correctement et conformément à la prescription. Les questions pertinentes relatives à la couverture sanitaire universelle et au renforcement des systèmes de santé sont abordées dans les chapitres 38 et 42.

D'autres directives sur les MRC sont disponibles dans un certain nombre de publications faisant autorité, notamment :

- L'ensemble des interventions essentielles de l'OMS en matière de lutte contre les MNT pour les soins de santé primaires, qui fournit des conseils sur le diagnostic et le traitement de l'asthme et de la BPCO.¹⁰
- L'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) de l'OMS, qui propose une approche syndromique de la prise en charge des patients qui fréquentent les services de soins de santé primaires pour des symptômes respiratoires.¹¹ Elle met largement l'accent sur la tuberculose, mais s'intéresse également à d'autres maladies respiratoires. Il s'agit d'un processus en plusieurs étapes reposant sur l'élaboration et la mise en œuvre de directives pour la pratique clinique des maladies respiratoires, avec une coordination clairement définie entre les différents niveaux du système de santé.
- La Global Initiative for Asthma (GINA) est une collaboration lancée par l'OMS et le National Heart, Lung, and Blood Institute des États-Unis qui vise à sensibiliser les professionnels de la santé, les autorités sanitaires et le grand public à l'asthme, à améliorer le diagnostic, la prise en charge et la prévention, et à stimuler la recherche. Elle publie chaque année des stratégies de prise en charge et de prévention de l'asthme fondées sur des données probantes et actualisées, qui peuvent être adaptées à un usage local.¹²
- L'Initiative mondiale pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (GOLD), qui fournit des directives pour la prise en charge de la BPCO.¹³
- La Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, qui comprend des options de traitement de l'asthme et de la BPCO.¹⁴

Surveillance

Plusieurs indicateurs sont utiles pour évaluer la capacité à étudier et à traiter les MRC, notamment la disponibilité d'appareils de diagnostic (spirométrie, débitmètre pour débit de pointe) et de médicaments, dont le salbutamol et les inhalateurs de corticostéroïdes ; la proportion de patients atteints de BPCO ou d'asthme sous traitement, la proportion « sous contrôle » ; et les proportions de patients présentant des exacerbations, sans suivi, traités par les services d'urgence, hospitalisés pour des maladies respiratoires chroniques et décédés.¹⁵ Les statistiques vitales, lorsqu'elles sont disponibles, peuvent fournir des informations sur la mortalité due aux MRC. Les enquêtes sont utiles pour évaluer la fourniture de services et comprendre les tendances (par exemple, l'évaluation SARA, Chapitre 5 sur la surveillance) ; ces enquêtes devraient inclure tant les prestataires publics que les prestataires privés.

Tableau 16.2 Exemples d'objectifs et d'indicateurs mondiaux de l'OMS pertinents pour les maladies respiratoires chroniques

Domaine	Élément	Objectif d'ici 2025 (par rapport à la référence de 2010)	Indicateur
Réponse des systèmes nationaux.	Médicaments essentiels contre les MNT et technologies de base pour traiter les principales MNT.	Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.
Facteurs de risque compor- tementaux.	Lutte contre le tabagisme.	Une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de plus de 15 ans.	Prévalence du tabagisme actuel chez les adolescents. Prévalence du tabagisme actuel, normalisée selon l'âge, chez les personnes âgées de plus de 18 ans.

Le Plan d'action mondial de l'OMS contre les MNT comprend des objectifs et des indicateurs pertinents pour toutes les principales MNT, y compris les MRC (Tableau 16.2). Ces indicateurs et d'autres, par exemple la pollution de l'air, sont décrits plus en détail dans d'autres chapitres.

Remarques

- 1 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204–22.
- 2 Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. WHO, 2007.
- 3 Christenson SA et al. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2022;399:2227–42.
- 4 Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2021.
- 5 García-Marcos L et al. The burden of asthma, hay fever and eczema in children in 25 countries: GAN phase I study. *Eur Respir J* 2022;60:2102866.
- 6 Global strategy for asthma management and prevention. Global Initiative for Asthma, 2021.
- 7 Clean household energy solutions toolkit (CHEST). WHO, 2018.

- 8 WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO, 2021.
- 9 Bissell K et al. Access to essential medicines to treat chronic respiratory disease in low-income countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016;20:717–28.
- 10 Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2020.
- 11 Practical approach to lung health – Manual on initiating PAL implementation. WHO, 2008.
- 12 Reddel HK et al. Global initiative for asthma (GINA) strategy 2021 – Executive summary and rationale for key changes. *Am J Respir Crit Care Med* 2022;1:17–35.
- 13 Global initiative for chronic obstructive lung disease. <https://goldcopd.org/>.
- 14 Halpin DMG et al. Global initiative for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. The 2020 GOLD science committee report on COVID-19 and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2021;203:24–36.
- 15 Billo NE. Role of the global alliance against respiratory diseases in scaling up management of chronic respiratory diseases-summary meeting report. *J Thorac Dis* 2017;9:2337–38.

Partie 3

**Déterminants sociaux et
facteurs de risque des MNT
et interventions prioritaires**

17 Déterminants sociaux de la santé et des MNT

*Ruth Bell, J Jaime Miranda, Jean Woo,
Michael Marmot*

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources qui déterminent ces conditions. Les exemples de DSS comprennent la nutrition, l'éducation, le logement, l'environnement bâti et naturel, l'emploi et les conditions de travail, le revenu/la richesse, les soins de santé et les systèmes et politiques qui influencent ces conditions de la vie quotidienne. En résumé, ce sont les causes de la mauvaise santé – et, en ce qui concerne les MNT, cela inclut les facteurs en amont qui sous-tendent les principaux facteurs de risque environnementaux, comportementaux, biologiques et psychosociaux.

La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé¹ a fourni un cadre (Figure 17.1) qui a été largement utilisé et adapté pour identifier les possibilités d'interventions visant à améliorer la santé globale de la population et à réduire les inégalités en matière de santé dans de nombreux contextes différents.^{2,3,4,5}

DSS et inégalités en matière de santé

Les inégalités relatives aux DSS sont à l'origine des inégalités en matière de santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables en matière de santé observées au sein d'un même pays et entre les pays. Les inégalités en matière de santé au sein des pays résultent d'expériences et d'expositions différentes entre les groupes de la société, notamment en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation socio-économique et de la zone géographique de résidence. Le désavantage socio-économique est associé à un risque plus élevé de mortalité prématurée, de MNT et de facteurs de risque de MNT, en fonction des DSS sous-jacents dans les pays à différents stades de développement.^{6,7} Par exemple, il fut constaté que le niveau d'éducation modifiait l'association entre la richesse du ménage et l'obésité, ce qui suggère que l'éducation peut rompre le lien entre l'augmentation de la richesse et l'augmentation de l'obésité au fur et à mesure que les pays se développent.⁸ Il est essentiel de comprendre la répartition socio-économique de l'obésité dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour élaborer des interventions appropriées et adaptées au contexte aux MNT liées à l'obésité.⁹ De même, le risque de diabète de

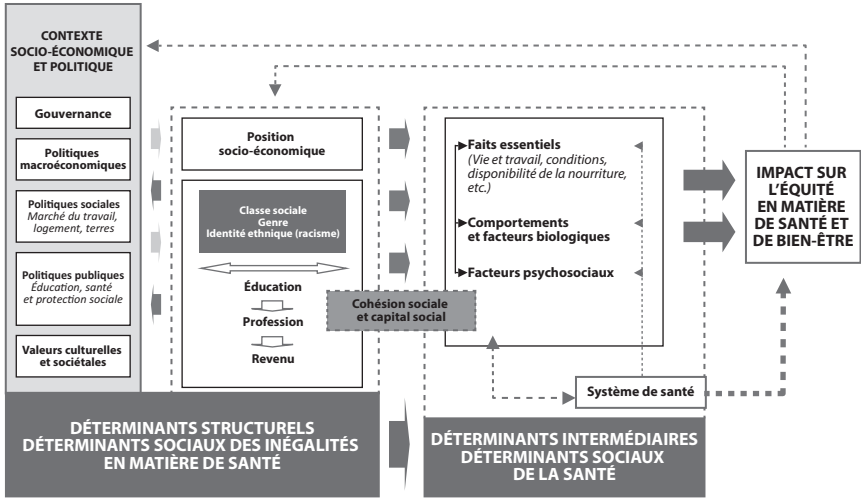


Figure 17.1 Cadre conceptuel de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. (De : Solar O, Irwin A. Un cadre conceptuel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Document de discussion sur les déterminants sociaux de la santé 2 (politique et pratique). OMS, 2010).

type 2 est systématiquement plus élevé chez les personnes dont les niveaux d'éducation, de profession et de revenu sont les plus faibles par rapport aux niveaux les plus élevés.¹⁰ Il est également bien établi qu'une faible position socio-économique est associée à une réduction substantielle de l'espérance de vie.¹¹

Les DSS constituent un thème récurrent du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Les objectifs 3 et 4 font explicitement référence aux déterminants sociaux sous-jacents.

L'impact des DSS sur les MNT

Les inégalités en matière de santé dans les résultats des MNT sont liées à des expositions différentielles aux déterminants sociaux, qui structurent également la répartition sociale des comportements à risque liés à la santé (tels qu'une alimentation malsaine, le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et une activité physique insuffisante). Le stress psychosocial, tel que le stress associé à la pauvreté, est lié aux maladies cardiovasculaires, à la fois directement par des voies biologiques et indirectement par des voies comportementales. L'inégalité en matière d'accès aux soins de santé préventifs est une autre cause importante d'inégalités dans les résultats des MNT.

Les MNT et le parcours de vie

Les DSS interviennent à tous les stades de la vie, de la conception à l'enfance et jusqu'à un âge avancé. En outre, les expériences vécues au début de la vie se répercutent tout au long de la vie et affectent la santé à un âge plus avancé. Cela signifie qu'à tout âge, la santé est le reflet des conditions de vie passées et présentes. C'est pourquoi il est important d'adopter une approche fondée sur le parcours de vie pour comprendre les risques à court et à long terme des MNT et pour élaborer des politiques et des interventions de prévention des MNT (Chapitre 37).

Par exemple, une mauvaise nutrition maternelle avant et pendant la grossesse affecte le développement fœtal d'une manière qui se répercute sur la santé à l'âge adulte, notamment en augmentant le risque métabolique de MNT.¹² La nutrition de la mère et de l'enfant et l'accès aux ressources pour une vie saine ont un impact sur le développement physique, cognitif, émotionnel et comportemental du jeune enfant. Une mauvaise alimentation et des soins et une stimulation inadéquats dans les premières années de la vie créent des conditions qui limitent les possibilités pour les enfants de réaliser pleinement leur potentiel de développement.¹³ Les désavantages liés au développement dans les premières années de la vie peuvent se traduire par des désavantages sociaux et sanitaires à un âge plus avancé, notamment des désavantages en matière de résultats scolaires, de capacité de raisonnement, d'opportunités d'emploi, de revenus et d'accès aux ressources pour une vie saine, de troubles mentaux et de risques comportementaux associés aux MNT. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de nombreuses MNT se déclarent à un âge précoce, avec, en parallèle, une maladie qui s'installe dans le temps et un taux plus élevé de complications, y compris de multimorbidité. Cette situation est aggravée par l'accès limité aux soins préventifs et thérapeutiques et par la dépendance à l'égard des soins à domicile, ce qui entraîne des difficultés émotionnelles et financières. C'est pourquoi la petite enfance est considérée comme un domaine prioritaire pour les interventions visant à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités en matière de santé,^{13,14} y compris les MNT.

S'attaquer aux DSS

Les multiples dimensions de la pauvreté (qui comprennent le manque d'argent, mais aussi les privations liées aux soins de santé, à l'éducation, au niveau de vie, aux conditions de travail, au logement et à l'environnement, entre autres) doivent être prises en compte pour améliorer la santé et prévenir les maladies non transmissibles dans l'ensemble de la population. Il en va de même pour le gradient social, puisque ce ne sont pas seulement les plus pauvres de la société qui souffrent de maladies évitables dues aux MNT et de mortalité prématurée, mais aussi ceux qui se situent plus haut dans le gradient social.

Tableau 17.1 Les six domaines d'action du rapport Marmot avec des exemples d'action pour la prévention et la lutte contre les MNT

<i>Domaines d'action</i>	<i>Domaines pertinents pour les MNT</i>	<i>Exemples d'actions</i>
Donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie.	Une bonne alimentation pour tous les enfants.	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation en face à face et accompagnement en faveur de l'allaitement. • Transferts conditionnels d'argent. • Des aliments sains dans les repas scolaires. • Cultiver des légumes dans les jardins scolaires.
Permettre à tous les enfants, jeunes et adultes de maximiser leurs capacités et de contrôler leur vie.	Réduire les comportements à risque liés au stress (par exemple, le tabagisme, la toxicomanie et la malbouffée).	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans l'éducation et la formation tout au long de la vie, en particulier dans les zones et les communautés les plus défavorisées. • Investir dans la réduction de l'accès des adolescents aux substances dangereuses, y compris le tabac et l'alcool.
Créer des emplois équitables et un bon travail pour tous.	Réduire le stress au travail et les risques professionnels. Réduire la pauvreté chez les travailleurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les normes de gestion et de santé au travail dans tous les lieux de travail. • Introduire une législation sur le salaire minimum décent. • Politiques économiques et politiques actives du marché du travail visant à accroître les possibilités d'emploi.
Garantir un niveau de vie sain pour tous.	Réduire la pauvreté et l'inégalité.	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un revenu minimum pour permettre aux personnes de tous âges d'adopter un mode de vie sain. • Des politiques sociales universelles et généreuses. • Réduire l'impact de l'inflation sur les pauvres. Les subventions et les politiques de protection sociale (y compris les filets de sécurité ciblés tels que les transferts en espèces, les transferts alimentaires et en nature, et les programmes d'alimentation scolaire) peuvent être utilisés pour protéger les plus pauvres de la hausse des prix.

(suite)

Tableau 17.1 (suite)

<i>Domaines d'action</i>	<i>Domaines pertinents pour les MNT</i>	<i>Exemples d'actions</i>
Créer et développer des lieux et des communautés sains et durables.	Améliorer la disponibilité d'aliments sains. Diversifier les possibilités d'activité physique en plein air. Réduire la pollution de l'air extérieur. Réduire la pollution de l'air intérieur.	<ul style="list-style-type: none"> • L'urbanisme pour réguler le nombre d'établissements de restauration rapide à proximité des écoles et dans les zones défavorisées. • Des taxes sur la politique alimentaire pour les produits à valeur nutritionnelle limitée ou nulle. • Améliorer la qualité et la quantité d'espaces verts dans les zones urbaines où les espaces verts accessibles sont moins nombreux et de moindre qualité. • Politiques de transport et de planification pour encourager le transfert modal vers le transport actif. • Réglementer les émissions des véhicules. • Gestion des déchets municipaux, par exemple interdiction de brûler les déchets organiques au profit de leur recyclage. • Encourager le remplacement de l'utilisation traditionnelle du bois ou du charbon de bois pour la cuisine domestique par des alternatives moins polluantes (par exemple, le biogaz). • Investir dans des systèmes de chauffage et de ventilation à haut rendement énergétique dans les maisons et les bâtiments, et les encourager.
Renforcer le rôle et l'impact de la prévention des maladies.	Garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des soins de santé préventifs pour tous.	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de sensibilisation visant à élargir l'accès aux soins de santé préventifs.

Pour relever les défis complexes que sont l'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités en matière de santé, des interventions doivent être déployées aux niveaux national, régional et local. Les politiques nationales devraient donc prendre en compte les DSS pour lutter contre les inégalités en matière de santé liées aux maladies non transmissibles. Le système de santé, ou tout autre système agissant seul, ne peut aborder l'ensemble des

DSS, et un système complet est nécessaire avec des actions sur les DSS dans de multiples secteurs tout au long de la vie.

« L'universalisme proportionné » est une réponse clé au gradient social des maladies non transmissibles et des comportements de santé connexes. Cela signifie que les politiques doivent être universelles (c'est-à-dire cibler l'ensemble de la population), mais déployées à une échelle et une intensité proportionnelles aux besoins des différents sous-groupes de la population.¹³ Par exemple, les politiques visant à interdire de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics fermés profitent à toutes les personnes exposées dans ces lieux, tandis que des initiatives plus ciblées sont nécessaires pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes et aider les fumeurs à cesser de fumer.

Plus généralement, les politiques de protection sociale constituent un filet de sécurité pour les personnes en situation de pauvreté, tandis que les interventions ciblées peuvent inclure des politiques actives de l'emploi dans les zones à faible taux d'activité. Un examen général des déterminants macroéconomiques de la santé et des inégalités en matière de santé a montré que des politiques d'aide sociale plus généreuses sont associées à de meilleurs résultats en matière de santé.¹⁵

Six domaines d'action ont été identifiés par le rapport Marmot 2010 en Angleterre pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé en ce qui concerne les MNT (Tableau 17.1).

Les autorités régionales et locales ou les municipalités sont bien placées pour adopter une approche systémique de la prise en charge des DSS, car les partenaires locaux peuvent organiser des réunions pour rassembler tous les secteurs et acteurs locaux concernés, y compris les services publics, le secteur de la santé, les organisations bénévoles, le secteur des affaires et les organisations communautaires. En outre, les partenaires locaux, qui comprennent des organisations locales dignes de confiance, sont plus proches de la population, et sont de ce fait à même de comprendre les besoins locaux et de donner des conseils à ce sujet. Ce faisant, ils sont des acteurs clés et des facilitateurs de la cohésion sociale et du renforcement du capital social.

Une composante essentielle des efforts de lutte contre les MNT et les inégalités en la matière au niveau local est l'autonomisation des communautés pour leur permettre de participer aux changements dans les localités. Une étude de contrôle randomisée menée dans des villages du Bangladesh, où un tiers des adultes souffrent de diabète de type 2 ou d'hyperglycémie intermédiaire, a révélé que la mobilisation de la communauté par le biais d'un processus d'apprentissage et d'action participatifs a permis de réduire de manière significative la prévalence combinée du diabète de type 2 et de l'hyperglycémie intermédiaire.¹⁶ Les interventions ont aussi renforcé les connaissances en matière de santé, permettant également de développer un sentiment d'efficacité personnelle chez les individus et les communautés, et de réduire les obstacles à l'activité physique liés au genre.¹⁷ Au Pérou, une stratégie de substitution du sel à l'échelle de la communauté, élaborée avec l'aide des acteurs locaux et utilisant une stratégie de marketing social, a permis de réduire la pression artérielle à l'échelle de la population.¹⁸

Il est important de tirer des avantages multiples des interventions pour renforcer les communautés et pérenniser les bénéfices des interventions. Il est essentiel que les partenaires qui travaillent ensemble puissent progresser vers leurs propres objectifs sectoriels et contribuer à ceux de leurs partenaires. Comprendre le langage de l'autre, reconnaître les programmes communs, rechercher des gains multiples et s'accorder sur les indicateurs de progrès sont des éléments importants dans la prise en charge des DSS.

Le pacte de Milan sur la politique alimentaire urbaine a démontré que les villes et les zones urbaines peuvent être à l'origine de changements aux avantages multiples. Ce pacte est un engagement international pris par des villes du monde entier pour développer des politiques alimentaires urbaines durables ; il comporte des objectifs spécifiques, notamment l'alimentation durable, saine et sûre pour tous, ainsi qu'un cadre de suivi. À titre d'exemple, les autorités municipales de Curitiba, au Brésil, ont développé des programmes qui ont permis aux familles à faibles revenus d'accéder à des aliments sains à des prix abordables, tout en renforçant les activités des producteurs agricoles locaux, par le biais de coopératives, pour accéder aux marchés locaux, offrant des avantages économiques ainsi que des aliments plus sains à la région locale.¹⁹

Surveillance

Le suivi et l'évaluation sont importants pour orienter les politiques et les programmes visant à réduire les inégalités en matière de maladies non transmissibles par le biais d'une action sur les DSS. Un ensemble d'indicateurs portant sur les déterminants sociaux peut inclure des indicateurs relatifs au développement de la petite enfance, à l'éducation, à l'emploi, au revenu, au logement, au transport, à l'environnement, au renforcement de la communauté, à l'accès aux soins de santé, aux comportements en matière de santé, à la santé et au bien-être. Plus généralement, la ventilation des données en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation socio-économique, du handicap et de la géographie fournit des informations sur l'ampleur et la gravité des inégalités.

De fortes disparités, en matière de disponibilité et de qualité des données, existent d'un pays à l'autre. Le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030, qui met l'accent sur la promotion de l'équité en matière de santé, a donné un élan supplémentaire à la mise en place de systèmes de données nationaux pour suivre les progrès accomplis dans le cadre de ses 17 objectifs. En réponse, l'OMS a mis au point une approche progressive du suivi de l'équité en matière de santé et des DSS, assortie de directives en la matière.²⁰ Pour autant, le manque de données ne doit pas constituer un obstacle à l'adoption de mesures visant à promouvoir l'équité en matière de santé. Lorsque les données ne sont pas disponibles au niveau national, les informations collectées au niveau local peuvent servir de base à l'élaboration d'initiatives locales et au suivi des progrès.

Remarques

- 1 WHO commission on social determinants of health, final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. WHO, 2008.
- 2 Just societies: health equity and dignified lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. PAHO, Washington, 2019.
- 3 Build back fairer: achieving health equity in the Eastern Mediterranean Region. WHO EMRO Commission on Social Determinants of Health in the Eastern Mediterranean Region, 2021.
- 4 Health inequalities in Taiwan. Health Institute of Health Equity, Ministry of Health, Taiwan, 2016.
- 5 Build back fairer: reducing socioeconomic inequalities in health in Hong Kong. Chinese University of Hong Kong and UCL Institute of Health Equity, 2020.
- 6 Sommer I et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC Public Health* 2015;15:914.
- 7 Miranda JJ et al. Understanding the rise of cardiometabolic diseases in low- and middle-income countries. *Nat Med* 2019;25:1667–79.
- 8 Aitsi-Selmi A et al. Education modifies the association of wealth with obesity in women in middle-income but not low-income countries: an interaction study using seven national datasets, 2005–2010. *PlosOne* 2014;9:e90403.
- 9 Jiwani SS et al. The shift of obesity burden by socioeconomic status between 1998 and 2017 in Latin America and the Caribbean: a cross-sectional series study. *Lancet Glob Health* 2019;7:e1644–54.
- 10 Agardh E et al. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:804–18.
- 11 Stringhini S et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017;389:1229–37.
- 12 Wilkins E et al. Maternal nutrition and its intergenerational links to non-communicable disease metabolic risk factors: a systematic review and narrative synthesis. *J Health Popul Nutr* 2021;40:20.
- 13 Strategic review of health inequalities in England post-2010. *Fair society, healthy lives: (the Marmot review)*. London, 2010; Institute of Health Equity.
- 14 Hurley KM et al. Early child development and nutrition: a review of the benefits and challenges of implementing integrated interventions. *Adv Nutr* 2016;7:357–63.
- 15 Naik Y et al. Going upstream – an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BMC Public Health* 2019;19:1678.
- 16 Fotrell E et al. Community groups or mobile phone messaging to prevent and control type 2 diabetes and intermediate hyperglycaemia in Bangladesh (DMagic): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Diab Endocrinol* 2019;7:200–12.
- 17 Morrison J et al. Participatory learning and action to address type 2 diabetes in rural Bangladesh: a qualitative process evaluation. *BMC Endocr Disord* 2019;19:118.
- 18 Bernabe-Ortiz A et al. Effect of salt substitution on community-wide blood pressure and hypertension incidence. *Nat Med* 2020;26:374–78.
- 19 Forster T et al (editors). *Milan urban food policy pact. Selected good practices from cities*. Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milan, 2015.
- 20 Hosseinpoor AR et al. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. *Bull WHO* 2018;96:654–59.

18 Le tabagisme

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Nick Banatvala, Jude Gedeon,
Armando Peruga*

Le tabagisme est la première cause de mortalité entièrement évitable dans le monde. Un certain nombre d'interventions sont très efficaces pour réduire le tabagisme, mais dans la plupart des pays, elles ne sont pas pleinement mises en œuvre.

Charge de morbidité

Le Tableau 18.1 montre que le tabagisme a été à l'origine de 15,4 % des décès dans le monde (8,7 millions) en 2019, contre 14,5 % (6,8 millions) en 1990 (IHME). Le tabagisme passif a été à l'origine de 1,3 million de décès liés au tabac en 2019. L'augmentation de la mortalité proportionnelle a diminué entre 1990 et 2019 dans les pays à revenu élevé (PRE), mais a augmenté dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, en partie en raison de mesures de contrôle plus strictes dans les premiers que dans les seconds. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables au tabagisme ont nettement diminué dans les pays de toutes les catégories de revenu, ce qui reflète la baisse de la prévalence du tabagisme dans toutes les populations entre 1990 et 2019 (en grande partie grâce à la politique de lutte contre le tabagisme).

Au niveau mondial, les décès liés au tabac en 2019 étaient principalement attribuables aux maladies cardiovasculaires (MCV) (36,7 %), au cancer (29,9 %), aux maladies respiratoires chroniques (20,6 %) et aux infections respiratoires (7,0 %) (IHME).

Prévalence du tabagisme

La prévalence du tabagisme normalisée selon l'âge variait entre 7 % et 65 % chez les hommes et entre 1 % et 40 % chez les femmes dans tous les pays, ce qui correspond à 1,14 milliard de fumeurs actuels fumant l'équivalent de 7,41 billions de cigarettes en 2019.¹ À l'échelle mondiale, 15 % et 8 % des garçons et des filles âgés de 15 ans avaient fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, avec de grandes différences entre les pays.² La prévalence globale du tabagisme a considérablement diminué entre 1990 et 2019 (de 28 % chez les hommes et de 38 % chez les femmes). Toutefois, le nombre total de fumeurs

Tableau 18.1 Mortalité attribuable au tabagisme (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>Tranche supérieure PRI</i>		<i>Tranche inférieure PRI</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Nombre de décès (millions)	6,8	8,7	2,0	1,8	2,9	4,9	1,7	2,6	0,18	0,26
Proportion de l'ensemble des décès (%)	14,5	15,4	23,0	18,9	19,4	20,4	9,5	12,5	3,7	5,2
Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)	178	109	152	78	209	123	176	122	121	87

dans le monde a légèrement augmenté au cours des 30 dernières années (de 0,99 milliard en 1990 à 1,14 milliard en 2019), en grande partie en raison de la croissance démographique. Les baisses les plus importantes de la prévalence du tabagisme ont été observées chez les hommes et les femmes d'Amérique latine et des Caraïbes. En revanche, les baisses les plus faibles ont été observées chez les femmes d'Asie centrale et chez les hommes et les femmes d'Afrique du Nord et de la Méditerranée orientale. Pourtant, la prévalence du tabagisme a augmenté, entre 1990 et 2019, dans une minorité de pays de toutes les régions, en particulier en Europe de l'Est, en Asie centrale et dans les pays du Moyen-Orient, et généralement plus souvent chez les femmes que chez les hommes. De même, la prévalence du tabagisme chez les adolescents a diminué dans une majorité de pays entre 2010 et 2018, mais a augmenté dans quelques pays de différentes régions.²

Impact socio-économique

Le tabagisme n'est pas seulement source de souffrances, de maladies et de décès, il appauvrit également les familles et les économies nationales. Le coût économique mondial du tabagisme (dépenses de santé et pertes de productivité) a été estimé à 1,4 billion de dollars en 2012, soit environ 2 % du produit intérieur brut annuel mondial.³ En outre, le tabagisme entraîne des dépenses substantielles pour le traitement des maladies liées au tabagisme et des pertes de revenus, ce qui fait du tabagisme une cause importante d'appauvrissement pour de nombreux fumeurs.

Interventions visant à réduire le tabagisme au sein de la population

La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT OMS) et le protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac (Chapitre 33) visent à protéger les générations actuelles et futures du tabac en établissant un ensemble minimal de dispositions juridiques fondées sur des données probantes en matière de réduction de la demande et de l'offre, que les parties (pays) s'engagent à mettre en œuvre. Il est essentiel que les pays disposent de mécanismes nationaux performants pour coordonner la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS.

Pour aider les pays à mettre en œuvre les mesures de réduction de la demande prévues par la CCLAT, l'OMS a élaboré le programme MPOWER (surveiller la consommation de tabac, protéger les personnes de la fumée du tabac, proposer une aide pour arrêter de fumer, mettre en garde contre les dangers du tabac, faire respecter les interdictions de publicité, de promotion et de parrainage du tabac, augmenter les taxes sur le tabac).

Interventions au niveau de la population

(* indique un meilleur choix, + indique des interventions efficaces ou recommandées telles que définies dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, tant au niveau de la population qu'au niveau individuel).

Mesures visant à réduire la demande de produits du tabac

- *L'augmentation des taxes sur le tabac** en vue d'accroître les prix réels du tabac est la mesure la plus efficace pour réduire la demande de produits du tabac. Toute augmentation ou diminution du prix des cigarettes est rapidement associée à un changement proportionnel de la prévalence de la consommation de cigarettes. L'OMS conseille que la proportion de la taxe totale soit supérieure à 70 % du prix de vente au détail d'un produit du tabac. Malheureusement, les taxes sur le tabac restent relativement faibles dans la majorité des pays du monde. En 2020, seulement 13 % de la population mondiale vivaient dans des pays protégés par des taxes représentant au moins 75 % du prix de vente de la marque de cigarettes la plus populaire. Lors de la mise en œuvre de la taxation du tabac, les principes clés sont les suivants : (i) rendre la taxation aussi simple que possible, par exemple en appliquant une taxe d'accise spécifique aux produits du tabac, en plus des autres taxes habituelles sur la vente et le commerce ; (ii) veiller à ce que la taxe d'accise augmente régulièrement pour réduire l'accessibilité des produits du tabac, et soit au moins ajustée à l'inflation ; (iii) appliquer la taxe d'une manière qui minimise les incitations pour les consommateurs de tabac à passer à des marques moins chères, par exemple en appliquant la même taxe d'accise à toutes les cigarettes. Des conseils détaillés sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de la taxation du tabac sont disponibles.⁴

- Élaborer une législation globale visant à interdire ou à restreindre la publicité, la promotion et le parrainage (TAPS)* du tabac dans tous les médias, y compris l'emballage simple, et à interdire le parrainage insidieux sous le couvert de la responsabilité sociale de l'entreprise.
- Protéger par la loi contre l'exposition au tabagisme passif dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics*. Cette mesure devrait être étendue au plus grand nombre possible de lieux publics et privés, en particulier ceux fréquentés par des mineurs (par exemple, les installations sportives, les lieux culturels et sociaux, les voitures).
- Mise en œuvre d'emballages neutres/standardisés et/ou des avertissements sanitaires graphiques de grande taille sur tous les paquets de tabac.* La CCLAT de l'OMS stipule que les avertissements illustrés doivent couvrir ≥ 50 % des faces principales des paquets de produits du tabac.
- Mettre en œuvre régulièrement des campagnes médiatiques efficaces pour éduquer le public sur les méfaits du tabagisme et du tabagisme passif.*

Mesures visant à réduire l'offre de produits du tabac

- Mettre en œuvre des mesures visant à réduire au minimum le commerce illicite des produits du tabac+ (par exemple, traçage et suivi des paquets de cigarettes sur la base d'identifiants uniques pour les paquets).
- Interdire la publicité transfrontalière, y compris l'utilisation des moyens de communication modernes.+
- Interdire la vente de produits du tabac aux mineurs.
- Interdire les arômes ajoutés (qui peuvent rendre la consommation de tabac plus attrayante, en particulier pour les jeunes).
- Limiter la vente au détail et l'exposition des produits du tabac grâce aux mesures suivantes :
 - Veiller à ce que les produits du tabac mis en vente ne soient pas accessibles directement par les clients, mais uniquement par l'intermédiaire des vendeurs (qui peuvent vérifier l'âge du client).
 - Interdire la vente de cigarettes individuelles. Les ventes de cigarettes vendues à l'unité facilitent le tabagisme chez les jeunes non fortunés et ceux qui commencent à fumer.
 - Interdire les distributeurs automatiques de tabac (car ils constituent des points de publicité et sont généralement accessibles aux mineurs).
- Promouvoir des moyens de subsistance alternatifs économiquement viables pour les travailleurs et les cultivateurs de tabac dans le cadre de l'abandon de la culture du tabac. La culture du tabac est souvent associée au travail des enfants, à des risques pour la santé des agriculteurs et à la déforestation, contribuant ainsi au changement climatique et mettant en péril la sécurité alimentaire.

Les mesures relatives à la demande et à l'offre mentionnées ci-dessus sont abordées plus en détail dans le Chapitre 33 sur la CCLAT de l'OMS.

Interventions au niveau individuel

- Fournir à tous ceux qui souhaitent arrêter de fumer un soutien efficace, couvrant les coûts et couvrant l'ensemble de la population (y compris des conseils brefs, des services nationaux d'assistance téléphonique gratuits d'aide à l'arrêt du tabac).⁴

Les interventions de sevrage tabagique au niveau individuel sont essentielles pour réduire rapidement la charge de morbidité liée au tabac, dans la mesure où les interventions de santé publique peuvent prendre des années pour réduire la prévalence du tabagisme au sein des populations. Le simple conseil d'arrêter de fumer donné par les professionnels de la santé entraîne le sevrage tabagique chez une faible proportion de fumeurs, pourtant cette mesure est très rentable compte tenu de son faible coût ; ce conseil devrait faire partie des soins de santé habituels pour tous les patients fumeurs.⁵ Les thérapies de remplacement de la nicotine (par exemple, gommes ou patchs à la nicotine) et d'autres interventions pharmacologiques (par exemple, bupropion ou varenicline) réduisent les symptômes de sevrage de la nicotine chez les fumeurs qui veulent arrêter de fumer et peuvent doubler les chances d'un fumeur d'arrêter avec succès, en particulier lorsqu'ils sont utilisés en complément d'un accompagnement.⁶ Toutefois, les interventions comportementales et pharmacologiques aboutissent au mieux à un arrêt d'un an chez <20 % des fumeurs de cigarettes traités. Cela souligne l'importance de programmes de sevrage tabagique bien organisés et dotés d'un personnel qualifié capable de fournir des soins de qualité aux fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. L'échec fréquent des tentatives de sevrage tabagique souligne la nécessité de répéter ces tentatives.

Les cigarettes électroniques

Les systèmes électroniques d'administration de nicotine et de non-nicotine (EN&NNDS), également connus sous le nom de cigarettes électroniques, fournissent un aérosol à inhaler par l'utilisateur, qui contient certains produits toxiques. Ils ne sont donc pas inoffensifs. Toutefois, dans des conditions d'utilisation typiques, la quantité totale de substances potentiellement toxiques émises par les EN&NNDS non falsifiés est généralement inférieure à celle de la fumée de cigarette, à l'exception de certains métaux. Bien que les effets à long terme sur la morbidité et la mortalité n'aient pas encore été suffisamment étudiés, les EN&NNDS ne sont pas sans danger pour les jeunes, les femmes enceintes et les adultes qui n'ont jamais fumé. Bien que les EN&NNDS augmentent les risques pour la santé, les personnes fumeuses adultes non enceintes peuvent réduire leur risque global si elles passent entièrement des cigarettes combustibles à l'utilisation de EN&NNDS non altérés et réglementés de manière appropriée, en particulier s'il s'agit d'une étape vers l'abstinence totale du tabac et des EN&NNDS. Des preuves modérées montrent que certains fumeurs peuvent réussir à arrêter de fumer en utilisant certains types d'ENDS, tandis que d'autres

ne ressentent aucune différence ou que ces dispositifs empêchent même certains d'entre eux d'arrêter de fumer. Bien que certains types d'ENDS puissent aider certains fumeurs à arrêter les cigarettes combustibles dans certaines circonstances,⁷ les données probantes sont insuffisantes pour émettre une recommandation générale visant à utiliser tout type d'ENDS comme aide à l'arrêt du tabac pour tous les fumeurs.⁸

Les efforts de lutte antitabac sapés par l'industrie

Le Chapitre 56 sur le secteur privé décrit les problèmes liés aux industries qui ne sont pas alignées sur les objectifs de santé publique et les politiques et lois qui influencent les comportements et peuvent réduire le fardeau des MNT. La CCLAT de l'OMS définit l'industrie du tabac comme les fabricants de tabac, les distributeurs grossistes et les importateurs de produits du tabac. L'industrie du tabac utilise toute une série de tactiques pour saper les mesures de lutte antitabac, en se servant de son pouvoir économique, de ses manœuvres de couloirs et de marketing, et de la manipulation des médias pour discréditer la recherche scientifique et influencer les gouvernements afin de promouvoir la vente et la distribution de ses produits.⁹ Dans ce contexte, l'industrie du tabac continue de financer une série de groupes de façade et d'injecter d'importantes contributions philanthropiques dans les programmes sociaux du monde entier afin de créer une image publique positive sous le couvert de la responsabilité sociale d'entreprise.¹⁰ Plus récemment, l'OMS a décrit un ensemble de tactiques SCARE pour influencer l'économie politique du tabac, notamment : la contrebande et le commerce illicite, les contestations judiciaires et légales, la rhétorique anti-pauvre, la réduction des revenus et l'impact sur l'emploi. Un certain nombre d'organisations disposent de sites Web fournissant des informations actualisées sur les activités et les tactiques de l'industrie du tabac.^{11,12,13}

Surveillance

Le suivi du tabagisme et des habitudes (par exemple, quels produits du tabac ou e-cigarettes sont utilisés, à quelle fréquence, les tentatives d'arrêt) et des variables associées (par exemple, les co-variables individuelles, familiales et sociales) repose sur des enquêtes basées sur la population d'enfants et d'adultes. Les enquêtes peuvent également être réalisées par téléphone ou par d'autres moyens électroniques. Des enquêtes devraient être menées régulièrement (par exemple, tous les 5 à 10 ans) afin de suivre les tendances au fil du temps. Une méthodologie d'enquête simple et standardisée a été mise au point pour fournir des informations sur le tabagisme, par exemple l'enquête STEPS de l'OMS (adultes), l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (13-15 ans) et l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur le tabagisme chez les jeunes (13-15 ans). Ces instruments d'enquête sont décrits plus en détail dans le Chapitre 5 sur les outils de surveillance. Des informations utiles et

des tendances dans le temps peuvent également être tirées des données relatives aux ventes et aux taxes (en reconnaissant que les données relatives aux ventes ne tiennent pas compte des cigarettes de contrebande ou de contrefaçon).

Objectifs et indicateurs mondiaux pertinents pour la lutte antitabac

Une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de plus de 15 ans (objectif du GDB relatif aux MNT).	Prévalence du tabagisme actuel chez les adolescents. Prévalence du tabagisme actuel, normalisée selon l'âge, chez les personnes âgées de plus de 18 ans.
Renforcer la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS dans tous les pays (cible 3.a de l'ODD).	Prévalence normalisée selon l'âge du tabagisme actuel chez les personnes âgées de plus de 15 ans (cible 3.a.1 de l'ODD).

Prochaines étapes

Bien que de nombreux pays aient mis en œuvre plusieurs mesures de lutte antitabac et que la prévalence du tabagisme (au moins la consommation de cigarettes) diminue dans de nombreux pays, mais pas dans tous, les estimations indiquent que 100 millions de décès auraient été évités entre 2009 et 2017 si l'augmentation des taxes, l'interdiction des TAPS et l'interdiction de fumer dans les lieux clos avaient été strictement appliquées dans le monde entier depuis 2009.¹⁴ Une augmentation d'une unité du score composite MPOWER réduit la prévalence du tabagisme de 0,2 pour cent et la consommation de cigarettes de 23 cigarettes par habitant et par an.¹⁵ Parmi les 41 pays ayant adopté au moins une politique MPOWER de niveau supérieur entre 2007 et 2010, le nombre de fumeurs a diminué de 14,8 millions, et 7,4 millions de décès dus au tabagisme ont été évités au cours de cette période.¹⁶ Il reste absolument nécessaire d'accélérer la mise en œuvre complète des mesures de lutte antitabac dans le monde entier.

Remarques

- 1 GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021;397:2337–60.
- 2 Ma C et al. Prevalence and trends in tobacco use among adolescents aged 13–15 years in 143 countries, 1999–2018: findings from the Global Youth Tobacco Surveys. *Lancet Child Adolesc Health* 2021;5:245–55.
- 3 Goodchild et al. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control* 2018;27:58–64.
- 4 WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. WHO, 2021.
- 5 Stead LF et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.

- 6 Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD000146.
- 7 Balfour DJK et al. Balancing consideration of the risks and benefits of E-cigarettes. *Am J Public Health* 2021;111:1661–72.
- 8 WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. WHO, 2021.
- 9 Big tobacco: exposing its deadly tactics. Campaign for Tobacco-Free Kids, 2010.
- 10 Tobacco Industry Front Group: the International Tobacco Growers' Association. Campaign for Tobacco-Free Kids, 2011.
- 11 Tobacco Industry Interference. The Global Centre for Good Governance in Tobacco Control and WHO FCTC Secretariat (web site).
- 12 Tobacco Tactics. University of Bath, United Kingdom (web site).
- 13 Truth Tobacco Industry Documents. University of California San Francisco (web site).
- 14 Flor LS et al. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med* 2021;27:239–43.
- 15 Ngo A et al. The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption. *Prev Med* 2017;105S:S10–14.
- 16 Levy DT et al. Smoking-related deaths averted due to three years of policy progress. *Bull WHO* 2013;91:509–18.

19 Régimes alimentaires malsains

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

*Francesco Branca, Pascal Bovet, Namukolo Covic,
Elisabetta Recine*

L'alimentation malsaine est l'une des principales causes modifiables des maladies non transmissibles (MNT), en particulier des maladies cardiovasculaires (MCV). Un certain nombre d'interventions auprès de la population dans de nombreux secteurs peuvent encourager l'adoption d'un régime alimentaire sain par les individus.

Charge de morbidité

Selon l'IHME (Tableau 19.1), 14,1 % (7,9 millions) des décès en 2019 sont attribuables à des risques alimentaires (les risques alimentaires spécifiques pris en compte par l'IHME dans ces estimations sont répertoriés dans le paragraphe suivant), 86 % de ces décès liés à l'alimentation étant attribuables aux maladies cardiovasculaires (MCV), 8 % au cancer et 6 % au diabète. Les proportions de décès attribuables aux risques alimentaires ont augmenté entre 1990 et 2019 dans tous les pays, à l'exception des pays à revenu élevé (PRE), ce qui reflète en partie le vieillissement des populations. Cependant, les taux de mortalité *normalisés selon l'âge* attribuables aux risques alimentaires ont diminué dans toutes les régions (les plus fortes diminutions étant constatées dans les PRE et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure [PRI]), reflétant en partie les améliorations de certains composants du régime alimentaire au fil du temps¹ et l'amélioration de la prévention et du contrôle des résultats dus aux risques alimentaires (par exemple, les MCV), en particulier dans les PRE. Il convient de noter que ces estimations ne tiennent pas compte de la malnutrition, de l'insuffisance pondérale, des carences en minéraux et de la masse corporelle élevée (IMC) (voir le Chapitre 10 sur l'obésité).

Le risque alimentaire global décrit dans le Tableau 19.1 combine plusieurs risques spécifiques à l'alimentation. L'IHME a estimé que les proportions de tous les décès en 2019 qui auraient pu être évités pour différents risques alimentaires étaient les suivantes (les proportions de l'ensemble des décès dus aux MCV qui auraient été évités sont mentionnées entre parenthèses) : forte consommation de sodium 3,3 % (9,2 %) ; faible consommation de céréales complètes 3,3 % (8,6 %) ; faible consommation de légumineuses 2,0 % (6,0 %) ; faible consommation de fruits 1,9 % (4,5 %) ; forte consommation de viande

Tableau 19.1 Mortalité attribuable aux risques alimentaires (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	11,6	14,1	18,8	13,4	14,9	17,5	7,7	13,0	3,6	6,2
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	154	101	126	58	175	111	162	132	136	114

rouge 1,6 % (4,0 %) ; forte consommation de graisses trans 1,1 % (3,5 %) ; faible consommation de fibres 1,1 % (2,9 %) ; faible consommation de noix et graines 1,0 % (3,0 %) ; faible consommation de légumes 0,94 % (2,8 %) ; faible consommation de graisses polyinsaturées (PUFA) 0,61 % (1,9 %) ; faible consommation d'acides gras oméga 3 issus des fruits de mer 0,60 % (1,8 %) ; forte consommation de viande transformée 0,54 % (1,1 %) ; forte consommation de boissons sucrées 0,43 % (1,1 %), faible consommation de lait 0,29 % et faible consommation de calcium 0,24 %. Nonobstant l'objectif premier d'améliorer la qualité globale du régime alimentaire pour une meilleure santé, ces estimations montrent les impacts potentiels qui pourraient résulter d'interventions sur ces risques alimentaires spécifiques.

Principaux éléments d'un régime alimentaire sain

En résumé, un régime alimentaire sain comprend les éléments suivants : ^{2,3}

- Allaitement des nourrissons et des jeunes enfants.
- Équilibre entre l'apport et la dépense énergétiques afin d'atteindre et de maintenir un poids corporel sain.
- Consommation (i) d'au moins cinq fruits et légumes par jour, de céréales complètes (plutôt que raffinées) et de légumineuses ; (ii) de protéines d'origine végétale (légumineuses), de poisson/fruits de mer, de viande et de volaille, tout en limitant la viande rouge et la viande transformée ; et (iii) d'huiles végétales liquides (par ex., huile d'olive, de tournesol, de soja) plutôt que des huiles tropicales (noix de coco, noix palme et palmiste), de graisses animales (beurre et saindoux) et d'huiles partiellement hydrogénées, et consommation de produits laitiers pauvres en graisses plutôt que de produits riches en graisses, compte tenu de la teneur élevée en graisses saturées de ces derniers par rapport aux premiers.

- Réduction au minimum de la consommation (i) de boissons et aliments contenant des sucres libres (sodas et jus de fruits) afin de maintenir la consommation quotidienne de sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total, ou éventuellement à moins de 5 % pour un maximum d'effets bénéfiques sur la santé, et d'aliments à forte teneur en sel ajouté afin de maintenir la consommation quotidienne à moins de 5 g (environ 2 g de sodium) par jour.
- Régime pauvre en aliments hautement transformés (car ils ont tendance à être riches en énergie, en sucre, en graisses et en sel) et éviter ou limiter la consommation d'alcool.

Déterminants généraux

D'après les estimations, un régime alimentaire sain, qui serait basé principalement sur des produits frais et non raffinés, n'est pas abordable pour environ 3 milliards de personnes, ce qui représente un défi dans toutes les régions du monde.⁴

Il existe des relations complexes et importantes entre la mondialisation, le commerce, la situation géographique d'un pays, l'accès aux marchés mondiaux et nationaux (y compris la volatilité des prix), et les chaînes de production, de distribution et d'approvisionnement qui peuvent avoir un impact majeur sur la capacité des personnes à accéder à des aliments pour un régime alimentaire sain.^{5,6} Par exemple, se procurer des fruits et légumes frais, congelés ou conditionnés de manière adéquate à un prix abordable et de manière régulière tout au long de l'année est évidemment plus difficile dans certains endroits que dans d'autres. En outre, les changements dans l'environnement alimentaire ont entraîné une augmentation de la consommation d'aliments transformés industriellement dans de nombreux pays.

En outre, un certain nombre de facteurs déterminants influencent le choix de la population et des individus en matière d'alimentation. Ces déterminants sont les suivants : (i) les déterminants biologiques tels que la faim, l'appétit et le goût ; (ii) les déterminants économiques tels que le coût et le revenu ; (iii) les déterminants physiques tels que l'accès, la disponibilité, l'éducation, les connaissances, les compétences et le temps ; (iv) les déterminants sociaux tels que la classe, la culture et le contexte social ; (v) les déterminants psychologiques tels que l'humeur, le stress et la culpabilité ; et (vi) les attitudes, les croyances et les connaissances en matière d'alimentation.⁷

Directives diététiques nationales basées sur l'alimentation

Les directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation (FBDG) fournissent des directives spécifiques au contexte sur les régimes alimentaires et les modes de vie sains, fondées sur des preuves scientifiques solides et répondant aux priorités d'un pays en matière de santé publique et de nutrition, aux modes

de production et de consommation alimentaires, aux influences socioculturelles et à l'accessibilité, parmi d'autres facteurs. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture a collecté et analysé les directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation de plus de 100 pays dans le monde, adaptées à leur situation nutritionnelle, à la disponibilité des aliments, aux cultures culinaires et aux habitudes alimentaires.⁸

Les directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation peuvent également être utilisées pour mettre en évidence les éléments à prendre en considération en termes de durabilité par les décideurs politiques, les producteurs de denrées alimentaires et les consommateurs pour promouvoir l'alignement d'un régime alimentaire sain sur ce que devrait être un régime alimentaire durable, c'est-à-dire un régime qui favorise toutes les dimensions de la santé et du bien-être des individus, avec une pression et un impact sur l'environnement faibles, tout en étant accessible, abordable, sûr, équitable et acceptable sur le plan culturel.⁹

Interventions au niveau de la population

L'amélioration des régimes alimentaires nécessite une action sur l'ensemble des composantes des systèmes alimentaires. Les systèmes alimentaires comprennent tous les éléments (environnement, personnes, intrants, processus, infrastructures, institutions, etc.) et activités liées à la production, à la transformation, à la distribution, à la préparation et à la consommation de denrées alimentaires, ainsi que les résultats de ces activités, tels que les résultats socio-économiques et environnementaux.

Pour modifier les régimes alimentaires, il convient d'agir sur : (i) les chaînes d'approvisionnement (y compris les systèmes de production, le stockage et la distribution, la transformation et le conditionnement, la vente au détail et les marchés) ; (ii) l'environnement alimentaire (la disponibilité et l'accès aux aliments, la promotion, la publicité et l'information, la qualité et la sécurité des aliments) ; et (iii) les comportements des consommateurs (préférences en matière d'aliments à acquérir, à préparer, à cuisiner, à stocker et à manger).^{10,11}

Bien qu'un certain nombre d'aliments transformés (par exemple, les céréales pour le petit-déjeuner, le pain fabriqué industriellement, etc.) puissent être enrichis/complétés avec un certain nombre de nutriments potentiellement sains (vitamines, minéraux) et puissent être pratiques pour les consommateurs (par exemple, temps de préparation plus court), beaucoup ont une teneur élevée en graisses, en sucres et en sel, ce qui peut entraîner une prise de poids, de l'hypertension, des cancers, des maladies cardiovasculaires et d'autres affections.

Un certain nombre d'interventions clés du système alimentaire pour une alimentation saine sont décrites ci-dessous ainsi que dans d'autres chapitres (par ex. le Chapitre 10 sur l'obésité, le Chapitre 20 sur le cholestérol, les graisses et les graisses trans, le Chapitre 21 sur le sel, le Chapitre 22 sur les boissons sucrées, et le Chapitre 26 sur l'alcool), qui comprennent également des détails

sur les modules techniques de l’OMS tels que SHAKE (réduction du sel), SAFER (alcool) et REPLACE (graisses trans).

Reformulation des aliments transformés

Il s’agit d’un moyen efficace de réduire la consommation d’énergie, de graisses saturées, de graisses trans, de sucres et de sel dans les aliments transformés. La reformulation des aliments transformés par l’industrie permet aux individus d’éviter de faire des efforts particuliers pour changer leurs habitudes alimentaires. Les approches de la reformulation des aliments sélectionnés peuvent être obligatoires ou volontaires. Le Chapitre 23 sur la reformulation des aliments fournit de plus amples détails.

Étiquetage nutritionnel

L’étiquetage nutritionnel permet aux consommateurs de mieux choisir les produits qu’ils achètent. Outre les informations factuelles (p. ex. quantités de macro ou micronutriments, calories, sucre, graisses saturées, sel, etc.), des étiquettes interprétatives (étiquettes d’avertissement sur le devant de l’emballage avec un classement par étoiles ou des systèmes de code couleur) peuvent être utilisées pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés. Le Chapitre 24 sur l’étiquetage nutritionnel fournit de plus amples détails.

Politiques fiscales

Les politiques fiscales et de tarification, y compris les taxes et les subventions, sont des outils précieux pour promouvoir une alimentation saine. Il est de plus en plus évident qu’une augmentation de 10 à 20 % des taxes sur le prix de détail des boissons sucrées peut en réduire la consommation (Chapitre 22 sur les boissons sucrées). Il existe des preuves similaires que les subventions à la production de fruits et légumes frais qui réduisent les prix de 10 à 30 % sont efficaces pour augmenter leur consommation.¹² Bien que les taxes sur les aliments malsains aient été contestées pour leur effet régressif, elles sont fortement susceptibles de réduire les inégalités en matière de santé.¹³ Le Chapitre 41 sur les mesures fiscales fournit plus de détails.

Marketing

Le marketing omniprésent des aliments transformés et des boissons riches en énergie, en sucres libres ou en sel influence les préférences alimentaires, les achats et les habitudes de consommation, en particulier chez les enfants. Les techniques de marketing ont évolué, passant des médias traditionnels, tels que la télévision, la radio et les panneaux d’affichage, aux médias numériques, y compris les réseaux sociaux, le parrainage, le placement de produits, la promotion des ventes, les promotions croisées faisant appel à des célébrités, des

mascottes de marque ou des personnages populaires auprès des enfants, les sites Web, l'emballage, l'étiquetage nutritionnel, la publicité sur le lieu de vente, les courriers électroniques et les messages au format texte. Des instruments volontaires et juridiques ont été utilisés pour restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons auprès des enfants, avec des champs d'application variés (par exemple, l'âge des enfants, les aliments et boissons ciblés, les approches de commercialisation ciblées).

À la suite de l'adoption de l'ensemble de recommandations 2010 de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants,¹⁴ plusieurs engagements volontaires ont été pris et quelques réglementations obligatoires ont été mises en place. Néanmoins, le marketing destiné aux enfants reste très répandu, y compris dans les zones où les enfants se rassemblent. Il convient donc d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des mesures réglementaires, car il est prouvé qu'elles sont efficaces pour limiter la commercialisation d'aliments malsains auprès des enfants.¹⁵

Approvisionnement public en denrées alimentaires

La réglementation est importante pour encourager le secteur public à fournir des aliments et des boissons dans les lieux publics (hôpitaux, écoles, lieux de travail, maisons de retraite et établissements pénitentiaires) qui contribuent à une alimentation saine.¹⁶ Les chaînes d'approvisionnement doivent être développées ou adaptées pour garantir la fourniture régulière d'aliments frais et les opérateurs du secteur alimentaire doivent être formés de manière adéquate. Ces milieux jouent un rôle important dans la promotion de la littératie nutritionnelle.

Campagnes de communication

Des messages simples doivent être élaborés, en ciblant soigneusement les comportements qui requièrent le plus d'attention. Les directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation peuvent être utilisées pour élaborer des messages de communication à l'intention de la population, par exemple par le biais de guides alimentaires, souvent sous forme d'images telles que des pyramides alimentaires et des assiettes de nourriture, et pour fournir des points d'entrée aux différents acteurs des systèmes alimentaires afin qu'ils contribuent à l'adoption de régimes alimentaires plus sains. L'élaboration des directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation devrait être encouragée dans tous les pays (à l'heure actuelle, seuls neuf pays africains disposent de directives diététiques nationales fondées sur l'alimentation). Des outils pratiques en ligne, tels que le programme My Plate de l'USDA, peuvent également s'avérer utiles.

Les campagnes de communication sont toutefois coûteuses à mettre en œuvre et doivent rivaliser avec les investissements beaucoup plus importants consentis par l'industrie alimentaire dans le domaine du marketing alimentaire (Chapitre 50 sur la communication). Bien que leur impact soit généralement

modeste,¹⁷ elles sont importantes en tant qu'interventions complémentaires aux stratégies décrites ci-dessus.

Interventions au niveau individuel

La consultation en diététique au niveau des soins de santé est un élément important du protocole de prise en charge de plusieurs maladies chroniques, principalement les MCV, l'hypertension, l'obésité et le diabète (ce point est abordé dans d'autres chapitres du compendium).^{18,19}

Des analyses du rapport coût-efficacité ont été réalisées pour un certain nombre d'interventions individuelles et de populations, et elles font partie des meilleurs choix et des interventions recommandées par l'OMS (Encadré 19.1).

L'Encadré 19.1 présente un menu d'interventions efficaces recommandées par l'OMS pour modifier les régimes alimentaires au niveau de la population et de l'individu.²⁰

ENCADRÉ 19.1 MEILLEURS CHOIX, INTERVENTIONS EFFICACES ET AUTRES INTERVENTIONS VISANT À MODIFIER LES RÉGIMES ALIMENTAIRES AU NIVEAU DE LA POPULATION ET DE L'INDIVIDU

Meilleurs choix

- Réduire la consommation de sel en reformulant les produits alimentaires pour qu'ils contiennent moins de sel et fixer des objectifs en ce qui concerne les quantités maximales de sel dans les aliments et les repas.
- Réduire la consommation de sel en créant un environnement favorable dans les institutions publiques telles que les hôpitaux, les écoles, les lieux de travail et les maisons de retraite, afin de permettre la mise en place d'options à faible teneur en sodium.
- Réduire la consommation de sel grâce à des campagnes de communication sur les changements de comportement et aux médias de masse.
- Réduire la consommation de sel grâce à la mise en place d'un étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages.

Interventions efficaces

- Éliminer les graisses trans industrielles en élaborant une législation interdisant leur utilisation dans la chaîne alimentaire.
- Réduire la consommation de sucre en taxant efficacement les boissons édulcorées au sucre.

Autres interventions recommandées

- Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, y compris la promotion de l'allaitement maternel.
- Mettre en place des subventions pour augmenter la consommation de fruits et légumes (en fonction des ressources disponibles).
- Remplacer les graisses trans et les graisses saturées par des graisses insaturées par le biais de la reformulation des aliments, de l'étiquetage nutritionnel, des politiques fiscales ou des politiques agricoles.
- Limiter la taille des portions et des emballages afin de réduire l'apport énergétique et le risque de surpoids ou d'obésité.
- Mettre en œuvre une éducation et des conseils nutritionnels dans différents contextes (par exemple, dans les écoles maternelles, les écoles, les lieux de travail et les hôpitaux) afin d'augmenter la consommation de fruits et de légumes.
- Mettre en place un étiquetage nutritionnel pour encourager les consommateurs à réduire l'apport énergétique total, les sucres, le sodium et les graisses.
- Mettre en œuvre des campagnes médiatiques de masse sur les régimes alimentaires sains, y compris le marketing social pour réduire l'apport en matières grasses totales, en matières grasses saturées, en sucres et en sel, et promouvoir la consommation de fruits et légumes, ainsi que la consommation d'eau plutôt que de boissons sucrées.

En plus d'être une cause importante des maladies non transmissibles, les systèmes alimentaires malsains, inéquitables et non durables sont à l'origine de bon nombre des menaces les plus pressantes pour la santé humaine, animale et planétaire, y compris les impacts négatifs sur l'environnement avec la dégradation des terres arables, de l'eau et des océans, la réduction de la biodiversité, le changement climatique et la qualité de l'air.²¹ L'engagement et l'action politiques au niveau du gouvernement et de la société sont essentiels pour relever les défis et ont le potentiel de produire des avantages connexes significatifs pour la santé et le développement durable au sens large (chapitres 53 et 54 sur les mesures pangouvernementales et pansociétales).

Surveillance

Le suivi de la nutrition et de l'impact des politiques est essentiel. Les enquêtes de population (par exemple l'enquête STEPS de l'OMS, Chapitre 5) sont utiles pour évaluer les habitudes alimentaires de la population à l'aide de questionnaires sur l'alimentation et/ou de marqueurs biologiques (par exemple, le sel dans l'urine, les taux de carotène dans le sang). La plate-forme GIFT de l'OMS

et de la FAO est utilisée pour diffuser des informations sur les apports alimentaires individuels.²² Le suivi des politiques des pays est effectué, par exemple, par le biais de l'enquête de l'OMS sur les capacités des pays, des examens de la politique nutritionnelle mondiale de l'OMS et de la base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition.

Il convient également d'évaluer régulièrement la teneur des aliments transformés courants (sucre, sel, graisses saturées et graisses trans, par exemple), en gardant à l'esprit qu'il existe souvent des différences entre les mêmes marques de produits d'un pays à l'autre et au fil du temps.²³

Remarques

- 1 Imamura F et al. Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment. *Lancet Glob Health* 2015;3:e132–42.
- 2 <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-diet-keys-to-eating-well>.
- 3 Lichtenstein AH et al. Dietary guidance to improve cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;144:e472–87.
- 4 The state of food security and nutrition in the world 2021 – Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2021.
- 5 *Managing food price volatility: policy options to support healthy diets and nutrition in the context of uncertainty*. London: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, Policy brief, 2016.
- 6 Greb F, Rapsomanikis G. Food price volatility in landlocked developing countries. Ferdi Policy Brief B139, 2015.
- 7 Pheasant H et al. Health and social behaviour. Chapter 2e Public Health Textbook. UK Faculty of Public Health.
- 8 What are food-based dietary guidelines? FAO. <https://www.fao.org/nutrition/education/food-based-dietary-guidelines>.
- 9 Sustainable healthy diets – guiding principles. FAO & WHO, 2019.
- 10 This includes several reports by the high level panel of experts on food security and nutrition. UN Committee on World Food Security.
- 11 Food systems for health: information brief. WHO, 2021.
- 12 Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5–6 May 2015, Geneva, Switzerland. WHO, 2016.
- 13 Implementing fiscal and pricing policies to promote healthy diets: a review of contextual factors. WHO, 2021.
- 14 Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. WHO, 2010.
- 15 Boyland E et al. Systematic review of the effect of policies to restrict the marketing of foods and non-alcoholic beverages to which children are exposed. *Obes Rev* 2022;23:e13447.
- 16 Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet. WHO, 2021.
- 17 Snyder LB. Health communication campaigns and their impact on behavior. *J Nutr Educ Behav* 2007;39(2 Suppl):S32–40.
- 18 Evert AB et al. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: a consensus report. *Diabetes Care* 2019;42:731–54.
- 19 Canuto R et al. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: a systematic review with meta-analysis. *Obes Rev* 2021;22:e13143.

- 20 Effective interventions with cost effectiveness analysis \leq I\$ 100 per DALY averted in low- and middle-income countries.
- 21 Food systems for health. WHO. www.who.int/initiatives/food-systems-for-health.
- 22 Global individual food consumption data tool. FAO, WHO. <https://www.fao.org/gift-individual-food-consumption/en/>.
- 23 Arcand JA et al. Sodium levels in packaged foods sold in 14 Latin American and Caribbean countries: a food label analysis. *Nutrients* 2019;11:369.

20 Cholestérol, graisses saturées et graisses trans

Charge de morbidité,
épidémiologie et interventions prioritaires

*Roger Darioli, Pascal Bovet, Nick Banatvala,
Kay-Tee Khaw*

Des niveaux malsains de lipides sanguins, largement associés à une alimentation malsaine (en particulier les graisses saturées et les graisses trans), sont une cause importante d'athérosclérose et un taux élevé de cholestérol sanguin est un facteur de risque métabolique principal et modifiable de maladie cardiovasculaire (MCV), en particulier de cardiopathie ischémique. Les interventions visant à promouvoir une alimentation saine dans l'ensemble de la population peuvent améliorer les niveaux de lipides sanguins, tandis que plusieurs médicaments hypocholestérolémians sont très efficaces chez les personnes présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire.

Les graisses alimentaires fournissent de l'énergie ainsi que des acides gras essentiels et des vitamines liposolubles. Du point de vue de la santé, deux grands types de graisses présentes dans les aliments sont particulièrement importants : les *graisses saturées* et les *graisses insaturées* (mono-insaturées ou polyinsaturées). Un apport global élevé en graisses peut être associé à un apport énergétique total excessif, car chaque gramme de graisse contient neuf calories, quel que soit le type de graisse (c'est-à-dire plus de deux fois la quantité de calories par gramme de glucides ou de protéines).

ENCADRÉ 20.1 LES GRAISSES ALIMENTAIRES ET LE CHOLESTÉROL ET LEURS RELATIONS AVEC LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Graisses saturées : de fortes concentrations sont présentes dans les produits d'origine animale tels que la viande et les produits laitiers, ainsi que dans certaines huiles végétales (par exemple, l'huile de palme, qui représente un tiers des huiles consommées dans le monde, et l'huile de noix de coco). Les graisses saturées sont généralement préjudiciables à la santé lorsqu'elles sont consommées en grandes quantités (par ex. >10 % de l'apport alimentaire total), principalement parce qu'elles augmentent le

taux de cholestérol sanguin. Cependant, les relations entre les niveaux, les types et les sources de graisses saturées sur la santé, et leur interaction avec les habitudes alimentaires plus larges, constituent un domaine complexe de la science et de la santé publique¹ et ne sont pas décrites de manière détaillée dans ce chapitre.

Graisses insaturées : les aliments qui en contiennent le plus sont pour la plupart les huiles végétales, ainsi que les noix, les graines et les poissons gras. Les graisses insaturées (mono-insaturées ou polyinsaturées) ne sont généralement pas préjudiciables à la santé cardiovasculaire (à l'exception des graisses trans).²

Graisses trans (également appelées acides gras trans) : un type particulier de graisses non saturées. Les graisses trans naturelles sont présentes en faibles quantités (<5 %) dans la viande et les produits laitiers des ruminants. Cependant, la plupart des apports alimentaires en graisses trans proviennent de la transformation industrielle des graisses insaturées afin de prolonger la durée de conservation des aliments et de rendre les graisses plus résistantes à la chaleur (par exemple, pour permettre à l'huile d'être utilisée à plusieurs reprises pour la friture). Les graisses trans produites industriellement sont présentes dans des proportions importantes (par exemple, de 5 à 30 %) dans les aliments frits et cuits au four (beignets, gâteaux, croûtes de tarte, biscuits, pizzas surgelées, biscuits, crackers) et dans les margarines. Les graisses trans sont une cause majeure d'athérosclérose, avec un risque accru de 23 % de cardiopathies ischémiques pour chaque augmentation de 2 % des calories provenant des graisses trans.

Cholestérol : c'est un lipide essentiel à la construction de cellules saines et un précurseur de plusieurs hormones et stéroïdes. La consommation de graisses saturées augmente *de novo* la production de cholestérol par l'organisme (en particulier dans le foie) et accroît le taux de cholestérol dans le sang. L'apport alimentaire en cholestérol (par exemple, dans les œufs) joue un rôle relativement faible dans le taux de cholestérol sanguin et le risque de MCV.³ L'hypercholestérolémie est la principale cause de l'athérosclérose et des MCV.⁴

Triglycérides : la plupart des graisses que nous consommons se présentent sous la forme de triglycérides (TG), qui sont transportés dans le sang et utilisés pour fournir et stocker de l'énergie. Les TG se forment également dans l'organisme à partir d'un excès de calories, d'alcool et de sucre. Des taux élevés de TG dans le sang sont souvent le signe d'autres pathologies qui augmentent le risque de cardiopathies ischémiques,⁵ notamment l'obésité et le syndrome métabolique – un ensemble de pathologies comprenant un excès de graisse autour de la taille, de l'hypertension artérielle, un taux élevé de TG dans le sang, un faible taux de cholestérol HDL dans le sang et un taux élevé de glucose dans le sang.

Les lipides sanguins et leurs relations avec le risque cardiovasculaire

Le cholestérol n'est pas soluble dans l'eau et est donc transporté dans le sang « attaché » à de grandes lipoprotéines solubles dans l'eau. Environ 80 % du cholestérol présent dans le sang est « attaché » aux lipoprotéines de basse densité (LDL) : il s'agit du « cholestérol LDL » (LDL-C). Un taux élevé de LDL-C dans le sang est fortement associé à l'athérosclérose et à un risque *plus élevé* de maladie cardiovasculaire, c'est pourquoi il est considéré comme le « mauvais cholestérol ». Des essais d'interventions avec des statines ont montré qu'une réduction de 1 mmol/L (38,7 mg/dL) du LDL-C (conformément à l'effet moyen d'un traitement par statine à faible dose) réduit le risque de cardiopathies ischémiques de 33 %.⁶ Le taux sanguin de « cholestérol total » (CT) est un bon indicateur du LDL-C puisqu'environ 60-80 % de tout le cholestérol présent dans le sang est lié au LDL.

Tableau 20.1 Mortalité attribuable à un taux élevé de cholestérol LDL dans le sang et à une alimentation riche en graisses trans (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>Tranche supérieure PRI</i>		<i>Tranche inférieure PRI</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Risque métabolique : LDL-C élevé										
Proportion de l'ensemble des décès (%)	6,4	7,8	14,0	8,0	6,9	9,6	3,9	7,2	1,3	2,7
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	89	56	95	34	86	63	85	73	50	49
Alimentation riche en graisses trans										
Proportion de l'ensemble des décès (%)	1,0	1,1	2,2	1,3	0,9	1,1	0,75	1,27	0,2	0,3
Mortalité normalisée selon l'âge (pour 100 000 habitants)	13,5	8,2	14,5	5,6	10,8	7,3	15,2	12,6	7,4	6,2

Une proportion importante du cholestérol dans le sang (par exemple, ~10-30 %) circule dans les lipoprotéines de haute densité (HDL), qui éliminent le cholestérol des parois artérielles. Un taux sanguin élevé de HDL-C est associé à un risque *plus faible* de maladie cardiovasculaire et est donc appelé « bon cholestérol ». Cependant, les essais de médicaments qui augmentent les taux sanguins de HDL-C n'ont pas montré de réduction significative des cardiopathies ischémiques.⁷

Facteurs associés à des taux de lipides sanguins malsains (dyslipidémie)

Outre une alimentation malsaine, des taux anormaux de lipides sanguins (en particulier une augmentation des TG et une diminution des HDL-C) sont associés à l'obésité, au tabagisme, à l'inactivité physique, au diabète, à l'hypothyroïdie et aux maladies rénales chroniques. L'hypercholestérolémie familiale est une maladie génétique qui affecte ~0,3 % de la population et qui est fortement associée à une crise cardiaque prématurée.⁸

Charge de morbidité (LDL-C et graisses trans)

D'après les estimations, environ 4,4 millions (7,8 %) des décès dans le monde étaient attribuables à un taux élevé de *LDL-C* en 2019, soit une augmentation par rapport aux 3,0 millions (6,4 %) enregistrés en 1990 (Tableau 20.1). Ces proportions ont diminué entre 1990 et 2019 dans les pays à revenu élevé (PRE) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRI), mais ont augmenté dans les PRI de la tranche inférieure et les pays à revenu faible (PFR), en partie à cause du vieillissement de la population. Toutefois, les taux de mortalité ajustés selon l'âge (pour 100 000 habitants) attribuables à un taux élevé de *LDL-C* ont diminué dans toutes les régions entre 1990 et 2019, et cette diminution a été beaucoup plus importante dans les pays à revenu élevé (trois fois plus) que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (seulement une diminution d'environ 20 à 30 %). Cela reflète en partie une diminution plus importante de l'apport alimentaire en graisses saturées (par exemple, passage du lait entier au lait écrémé, ou de la viande à la volaille) et une meilleure prévention et un meilleur contrôle des résultats de santé (par exemple, les cardiopathies ischémiques) dans les PRE que dans les PRF. En conséquence, la prévalence d'un taux élevé de *LDL-C* (ou d'un taux élevé de cholestérol total), souvent de l'ordre de 10 à 30 % chez les adultes des pays à revenu élevé, a diminué dans de nombreux pays, mais pas dans tous.⁹ Environ 85 % des décès liés à une augmentation du taux de *LDL-C* sont dus à des cardiopathies ischémiques et 15 % à des accidents vasculaires cérébraux (IHME).

Une alimentation riche en graisses trans est à l'origine d'environ 645 000 décès (1,1 %) dans le monde entier en 2019 (IHME). Les taux de mortalité ajustés selon l'âge attribuables aux graisses trans ont diminué dans toutes les régions entre 1990 et 2019 et étaient les plus bas en 2019 dans les PRE, où les politiques

visant à interdire ou à limiter les graisses trans produites industriellement ont été de plus en plus largement mises en œuvre¹⁰ et où la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires ont été développées. La quasi-totalité de ces décès sont dus à des cardiopathies ischémiques (IHME).

Interventions au niveau de la population

Les interventions concernant l'alimentation, l'activité physique, l'obésité, le tabac et l'alcool sont décrites dans d'autres chapitres. Les interventions efficaces et recommandées par l'OMS qui réduisent les régimes alimentaires malsains et peuvent réduire les taux sanguins de LDL-C et de TG sont les suivantes :

- Éliminer les graisses trans industrielles en élaborant une législation interdisant leur utilisation dans la chaîne alimentaire.
- Réduire la consommation de sucre en taxant efficacement les boissons sucrées.
- Mettre en place des politiques telles que des subventions pour augmenter la consommation de fruits et légumes.
- Remplacer les graisses trans et les graisses saturées par des graisses insaturées par le biais de la reformulation, d'un étiquetage, de politiques fiscales ou de politiques agricoles.
- Limiter la taille des portions et des emballages afin de réduire l'apport énergétique et le risque de surpoids ou d'obésité.
- Mettre en place un étiquetage nutritionnel visant à réduire l'apport énergétique total, les sucres, le sodium et les graisses, y compris en affichant les proportions de graisses totales et de graisses saturées, de préférence avec des informations interprétatives (par exemple, des feux tricolores ou des systèmes équivalents).
- Mettre en œuvre des actions d'éducation et de conseil en matière de nutrition dans différents contextes (écoles, lieux de travail, hôpitaux, etc.) afin d'augmenter la consommation de fruits et de légumes dans le cadre d'un régime alimentaire sain.
- Mettre en œuvre des campagnes médiatiques sur les régimes alimentaires sains, y compris le marketing social pour réduire la consommation de graisses totales, de graisses saturées, de sucres et de sel, et promouvoir la consommation de fruits et de légumes.

Le programme REPLACE de l'OMS propose une approche stratégique pour aider les pays à réduire les graisses trans dans les aliments industriels, dans le but de les éliminer à l'échelle mondiale d'ici 2023.¹¹ Le programme comprend six actions :

- Examiner les sources alimentaires des graisses trans produites industriellement et les possibilités de changement de politique ;
- Promouvoir le remplacement des graisses trans produites industriellement par des graisses et des huiles plus saines ;

Tableau 20.2 Catégories de risque de MCV associées à des taux anormaux de lipides sanguins en mmol/l (mg/dl entre parenthèses)

Catégorie de risque de MCV	CT	LDL-C	HDL-C	TG
Souhaitable/optimale	<5,2 (<200)	<2,6 (100)	Élevée >1,6 (60)	<1,7 (150)
Proche ou supérieure à la valeur optimale		2,6–3,3 (100–129)		
Limite supérieure	5,2–6,2 (200–239)	3,3–4,1 (130–159)		1,7–5,7 (150–499)
Élevée	≥6,2 (240)	4,1–4,9 (60–190)		5,7–11,4 (500–999)
Très élevée	≥7,5 (290)	>4,9 (190)	Faible <1,0 (40)	≥11,4 (1000)

Grundy SM et al. Directive de 2019 sur la prise en charge du cholestérol sanguin : un rapport du groupe de travail sur les directives de pratique clinique de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association. *Circulation* 2019;139:e1082–143.

Visseren FLJ et al. Directives 2021 ESC sur la prévention des maladies cardiovasculaires dans la pratique clinique. *Eur Heart J* 2021;42:3227–37.

- Légiférer ou adopter des mesures réglementaires pour éliminer les graisses trans produites industriellement ;
- Évaluer et surveiller la consommation de graisses trans dans l'approvisionnement alimentaire et l'évolution de la consommation de graisses trans dans la population ;
- Sensibiliser les décideurs, les producteurs, les fournisseurs et le public à l'impact négatif des graisses trans sur la santé ; et
- Veiller au respect des politiques et des règlements.

Interventions au niveau individuel

Dépistage. Les recommandations varient quant aux personnes qui devraient subir un dépistage de l'hypercholestérolémie et à la fréquence de ce dépistage. Par exemple, le groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis recommande le dépistage pour toutes les personnes âgées de 40 à 75 ans.¹² La plupart des directives recommandent que le dépistage soit proposé aux personnes présentant un risque élevé de MCV (par exemple, celles qui souffrent de diabète ou qui ont des antécédents familiaux de MCV ou d'hypercholestérolémie, y compris l'hypercholestérolémie familiale).

Évaluation des lipides sanguins. Le LDL-C est le principal marqueur d'intérêt pour le risque de MCV et peut être mesuré directement ou calculé à l'aide de la formule de Friedewald = CT moins HDL-C moins TG/2,2 (en mmol/l). En principe, un « bilan lipidique » complet (CT, LDL-C, HDL-C et TG) devrait être évalué pour guider la prise en charge personnalisée des patients atteints de dyslipidémies. La mesure du CT seul est une mesure de substitution utile

du LDL-C lorsqu'un profil lipidique complet ne peut être réalisé. La plupart des calculateurs de score de risque de MCV exigent des informations sur au moins un marqueur de cholestérol sanguin, par exemple le cholestérol total, le cholestérol LDL ou le rapport LDL-C/HDL-C). Le Tableau 20.2 présente les catégories de taux de lipides sanguins communément admises par les principales sociétés de cardiologie.

Conseils

Toutes les personnes qui présentent des taux anormaux de lipides sanguins devraient être invitées à adopter un régime alimentaire sain, à pratiquer une activité physique régulière, à s'abstenir de fumer et à maintenir un poids normal. De plus amples détails sont fournis dans les chapitres consacrés à ces facteurs de risque.

Évaluation du risque de maladie cardiovasculaire

Il est important de déterminer le risque total (absolu) de MCV d'un individu (à l'aide de calculateurs de score de risque de MCV) afin d'identifier les individus qui bénéficieraient le plus d'un traitement hypocholestérolémiant (c'est-à-dire celles dont le risque absolu de maladie cardiovasculaire diminuerait fortement). Les directives nationales doivent prendre en compte la disponibilité des ressources lorsqu'elles recommandent un traitement pharmacologique.

Traitement pharmacologique

Un traitement visant à réduire le LDL-C (ou le CT) devrait être proposé aux personnes de tout âge qui présentent un risque élevé de MCV, y compris les personnes dont le taux de LDL-C est très élevé ou qui ont subi un événement de MCV, ainsi qu'à la plupart des personnes atteintes de diabète. Le Chapitre 7 sur les MCV fournit plus de détails. Les médicaments hypocholestérolémiants sont très efficaces pour réduire les taux sanguins de CT, de LDL-C et la mortalité cardiovasculaire.¹³ Les statines (inhibiteurs de la HMG-CoA réductase) peuvent réduire en toute sécurité le LDL-C jusqu'à 50-60 % et constituent le médicament de première intention pour traiter les taux sanguins élevés de CT/ LDL-C. Les statines génériques peuvent être relativement peu coûteuses (par exemple, moins de 0,1 \$ US par jour). D'autres médicaments hypolipidémiants comprennent les fibrates et les séquestrants d'acides biliaires (par exemple la cholestyramine, le questran), mais ils sont moins efficaces que les statines et ont plus d'effets secondaires que ces dernières. Les médicaments hypolipidémiants sont généralement sûrs, mais des myalgies peuvent survenir chez 1 à 5 % des personnes prenant des statines.¹⁴ Lorsque les taux sanguins de CT/LDL-C ne peuvent être suffisamment abaissés avec une statine seule à la dose maximale, il est possible, lorsque les ressources le permettent, d'utiliser, en plus d'une

statine, un autre médicament hypocholestérolémiant, tel que des inhibiteurs de l'absorption du cholestérol (ex.g. ézetimibe) ou des inhibiteurs d'anticorps monoclonaux injectables hebdomadaires/mensuels de la proprotéine convertase subtilisine/kexine 9 (inhibiteurs de la PCSK9, par exemple, l'évolocumab, l'alirocumab), qui sont très efficaces, mais coûteux. De nouveaux médicaments hypocholestérolémiants continuent d'être mis au point, y compris des thérapies qui peuvent être prises moins fréquemment (par exemple une fois par mois) et qui pourraient améliorer l'observance.¹⁵

Bien que ce chapitre n'aborde pas la prise en charge de l'hyperglycémie, l'hypertriglycéridémie est souvent sensible au régime alimentaire (par exemple, un régime pauvre en sucre et en alcool) et répond assez bien à certains médicaments (y compris les statines et les fibrates). Les directives sur le traitement des lipides sanguins fournissent plus de détails à ce sujet.

L'objectif du traitement des lipides sanguins doit être de réduire le LDL-C de plus de 30 % chez les patients présentant un risque intermédiaire de MCV et de plus de 50 % chez les patients présentant un risque élevé ou très élevé de MCV, en fonction des ressources disponibles. Dans le cadre de la prévention secondaire, un nombre croissant de directives, par exemple celles de l'American Heart Association et de la Société européenne de cardiologie, recommandent un objectif très bas pour le LDL-C (par exemple 1,8 mmol/l [<70 mg/dl]), ce qui nécessite souvent l'utilisation de plusieurs médicaments hypocholestérolémiants (là encore, en fonction des ressources disponibles).

L'observance et la réponse au traitement doivent être évaluées à des intervalles de 1 à 3 mois après le début du traitement hypocholestérolémiant. Une fois que des niveaux acceptables de LDL-C (ou CT) sont atteints, la surveillance peut être réduite à des intervalles de 6 à 12 mois. De nombreuses études révèlent d'importantes lacunes en matière de traitement dans tous les pays, de nombreux patients ne recevant pas le traitement dont ils ont besoin parce qu'il n'est pas disponible, qu'il n'est pas inclus dans les directives locales, qu'il n'est pas abordable ou qu'il n'est pas prioritaire, et parce que, trop souvent, l'observance du traitement à long terme n'est pas optimale (par exemple, elle est inférieure à 40 %).^{16,17} L'association de médicaments hypolipidémiants et hypotenseurs (et d'aspirine en prévention secondaire) sous la forme d'une polypill quotidienne suscite un intérêt croissant, car elle peut simplifier le traitement, améliorer l'observance et réduire le risque de maladie cardiovasculaire au moins aussi bien que les soins habituels.¹⁸

Surveillance

Les indicateurs du cadre mondial de surveillance de l'OMS directement liés aux lipides sanguins sont les suivants :

Facteurs de risque biologiques.	Prévalence normalisée selon l'âge d'une élévation du taux de CT chez les personnes âgées de 18 ans et plus (CT $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) ; et concentration moyenne de CT.
Intervention nationale en matière de santé.	Proportion de personnes éligibles (âgées de plus de 40 ans et présentant un risque de maladie cardiovasculaire sur dix ans ≥ 30 %, y compris celles ayant des antécédents de MCV) bénéficiant d'un traitement médicamenteux et d'un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.
Intervention nationale en matière de santé.	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.
Indicateurs supplémentaires.	Adoption de politiques nationales limitant les acides gras saturés et éliminant pratiquement les acides gras trans de l'approvisionnement alimentaire.

Les enquêtes sur la qualité des soins de santé sont utiles pour améliorer l'adhésion des professionnels de la santé aux recommandations des directives et l'évaluation comparative des fournisseurs de soins.¹⁹

Remarques

- 1 Forouhi NG et al. Dietary fat and cardiometabolic health: evidence, controversies, and consensus for guidance. *BMJ* 2018;361:k2139.
- 2 Saturated fats and health. Scientific Advisory Committee on Nutrition, Public Health England, 2019.
- 3 Tobias DK. What eggsactly are we asking here? Unscrambling the epidemiology of eggs, cholesterol, and mortality. *Circulation* 2022;145:1521–23.
- 4 Libby P et al. Atherosclerosis. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5:56.
- 5 Burgess S et al. Mendelian randomization to assess causal effects of blood lipids on coronary heart disease: lessons from the past and applications to the future. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016;23:124–30.
- 6 Silverman MG et al. Association between lowering LDL-C and cardiovascular risk reduction among different therapeutic interventions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:1289–97.
- 7 Woudberg NJ et al. Pharmacological Intervention to modulate HDL: what do we target? *Front Pharmacol* 2018;8:989.
- 8 Akioyamen LE et al. Estimating the prevalence of heterozygous familial hypercholesterolaemia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017;7:e016461.
- 9 NCD Risk Factor Collaborators (NCD-RisC). Repositioning of the global epicentre of non-optimal cholesterol. *Nature* 2020;582:73–7.
- 10 Nagpal T et al. Trans fatty acids in food: a review on dietary intake, health impact, regulations and alternatives. *J Food Sci* 2021;86:5159–74.
- 11 REPLACE trans fat: an action package to eliminate industrially produced trans-fatty acids. WHO, 2019.
- 12 Mangione CM et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2022;328:746–53.

- 13 Silverman MG et al. Association between lowering LDL-C and cardiovascular risk reduction among different therapeutic interventions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:1289–97.
- 14 Alonso R et al. Diagnosis and management of statin intolerance. *J Atheroscler Thromb* 2019;26:207–15.
- 15 Wilkins JT et al. Novel lipid-lowering therapies to reduce cardiovascular risk. *JAMA* 2021;326:266–67.
- 16 Chowdhury R et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013;34:2940–48.
- 17 Marcus ME et al. Unmet need for hypercholesterolemia care in 35 low- and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative surveys. *PLoS Med* 2021;18:e1003841.
- 18 Yusuf S et al. Polypill with or without aspirin in persons without cardiovascular disease. *NEJM* 2021;384:216–28.
- 19 Aktaa S et al. European society of cardiology methodology for the development of quality indicators for the quantification of cardiovascular care and outcomes. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2020;26:qcaa069.

21 Sel alimentaire et maladies non transmissibles

Charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires

Pascal Bovet, Michel Burnier, Nick Banatvala, Leo Nederveen

L'augmentation de la consommation de sodium est associée de manière graduelle à plusieurs problèmes de santé, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux. Un certain nombre d'interventions de santé publique peuvent réduire efficacement la consommation de sel alimentaire au sein des populations et faire diminuer de manière significative la charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles.

Charge de morbidité

À l'échelle mondiale, l'IHME a estimé que 3,3 % de l'ensemble des décès (environ 1,9 million) étaient attribuables à une forte consommation de sodium en 2019, contre 2,8 % en 1990 (Tableau 21.1). Ces proportions ont augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais ont diminué dans les pays à revenu élevé (PRE). Les taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient les plus élevés dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (PRI) et les plus bas dans les pays à revenu élevé (PRE), et ils étaient en baisse dans tous les groupes de revenus entre 1990 et 2019. Ces différences reflètent des schémas variés en termes de consommation de sel alimentaire, ainsi que de prévention et de lutte contre les maladies liées à la consommation de sel, d'un pays à l'autre et au fil du temps.

Sur l'ensemble des décès en 2019 imputables à un apport alimentaire élevé en sodium, 41 % pourraient être attribués à des accidents vasculaires cérébraux, 37 % à des cardiopathies ischémiques, 9 % à des cardiopathies hypertensives, 5 % à des maladies rénales et au diabète, et 4 % à des néoplasmes. Il convient de noter que les estimations de la charge de morbidité liée au sel peuvent varier considérablement en fonction des hypothèses formulées lors de la modélisation des relations entre la consommation de sodium, la tension artérielle et la morbidité et la mortalité liées aux maladies.

Définition de la consommation élevée de sel

L'OMS définit la consommation élevée de sodium comme une consommation >2 grammes de sodium/jour, ce qui équivaut à >5 g de sel (NaCl) par jour

Tableau 21.1 Mortalité attribuable à une alimentation riche en sodium (sel)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Pourcentage de tous les décès (%)	2,8	3,3	3,0	2,1	5,2	5,7	1,4	2,2	0,9	1,4
Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)	36	24	19	9	55	35	28	22	36	27

pour un régime alimentaire de 2000 kcal. Dans de nombreuses populations, la consommation moyenne de sel est de 9 à 12 g par jour, voire de 15 g dans plusieurs pays à revenu élevé ou moyennement élevé,¹ moins de <10 à 20 % des individus respectant les recommandations de l'OMS qui fixent une limite supérieure de <5 g par jour.

Évaluation de la consommation de sel alimentaire

Il est difficile de déterminer la consommation de sel d'un individu. La méthode de référence est basée sur des collectes d'urine sur 24 heures effectuées une seule fois. Les récentes recommandations suggèrent que les collectes sur 24 heures soient de préférence répétées au moins trois fois pour obtenir une évaluation valable de la consommation de sodium d'un individu donné. Cependant, les collectes d'urine sont fastidieuses, nécessitent beaucoup de ressources et ne sont pas pratiques en dehors du cadre de la recherche. Les rappels alimentaires et les questionnaires sur la fréquence de consommation des aliments sont particulièrement imprécis et sujets à des biais. Les spots urinaires du matin sont faciles à réaliser, mais ils reposent sur des calculs qui prennent en compte plusieurs autres variables. Les spots urinaires sont utiles pour évaluer la consommation moyenne de sodium au niveau de la population, mais manquent de précision au niveau individuel, en particulier lorsque la consommation de sel est faible. La consommation de sel est généralement plus importante chez les personnes en surpoids et correspond à leur apport calorique plus élevé pour l'équilibre énergétique (lorsqu'elles ne suivent pas un régime hypocalorique pour perdre du poids).

Relation entre la consommation de sel, la pression artérielle et les maladies cardiovasculaires

Plusieurs revues récentes décrivent les connaissances actuelles.^{2,3} De nombreuses données observationnelles et expérimentales montrent sans ambiguïté une relation linéaire directe entre la consommation de sodium et la PA, avec une association plus marquée dans la fourchette supérieure de la consommation de sodium.^{4,5} De même, les données observationnelles et expérimentales montrent qu'une réduction de la consommation de sel est associée à une baisse de la PA et

à une diminution de l'incidence des MCV et de la mortalité globale.⁶ Cependant, certaines études n'ont constaté aucune réduction ni même augmentation des MCV et/ou de la mortalité totale avec une très faible consommation de sel, montrant des relations en J ou en U et une augmentation de la rénine et de l'aldostérone à des niveaux de consommation de sel peu élevés.⁷ Certaines de ces études ont été financées par l'industrie et/ou présentaient des limites méthodologiques susceptibles de modifier les associations entre la consommation de sodium et la maladie.^{8,9} Cela peut être en partie lié à une estimation biaisée de la consommation de sel dans la plage de faible consommation de sodium dans les études basées sur des spots urinaires et à une causalité inversée (c'est-à-dire que les personnes malades ont tendance à consommer moins de sel que les autres), mais l'activation du système rénine-angiotensine et l'augmentation des concentrations de lipides plasmatiques à des niveaux de consommation de sel très faibles ont également été suggérées. L'effet de la consommation de sodium sur les niveaux de pression artérielle et l'incidence des maladies cardiovasculaires s'accumule au fil du temps (effet cumulatif) et les estimations de la charge de morbidité liée au sel peuvent donc être sous-estimées lorsqu'elles sont basées sur des études à court terme.¹⁰ Cela sous-tend que les stratégies de réduction de la consommation de sel devraient commencer dès le plus jeune âge, y compris chez les enfants. Une consommation élevée de sel est également associée à des complications indépendantes de la tension artérielle, telles que la protéinurie, les calculs rénaux et le cancer gastrique. En outre, la consommation élevée de sodium diminue l'efficacité des médicaments antihypertenseurs tels que les diurétiques et les bloqueurs du système rénine-angiotensine.

Sources de sel alimentaire

La principale source alimentaire de sodium est le sel, sous forme de chlorure de sodium, mais aussi, dans de nombreuses régions du monde, sous forme de sauces et de condiments riches en sodium. Dans de nombreux pays à revenu élevé, et de plus en plus dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une proportion significative du sodium dans l'alimentation provient des aliments transformés, tels que le fromage, les viandes transformées, le pain, les soupes, les collations salées, le salami, ou les cubes de bouillon,¹¹ ce qui souligne le rôle crucial de la promotion de régimes alimentaires sains basés sur des aliments naturels et produits de manière durable, mais aussi celui de la reformulation des aliments transformés riches en sel en vue d'une consommation de sel plus faible. Le sel ajouté pendant la cuisson ou à table peut représenter une grande partie de la consommation totale de sel d'une personne, en particulier dans les milieux à faible revenu où les aliments transformés ou préemballés sont moins disponibles.¹²

Interventions visant à réduire la consommation de sel alimentaire par la population

Un certain nombre d'actions prioritaires sont disponibles pour réduire la consommation de sel par la population.^{13,14} Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles identifie quatre meilleurs choix visant à réduire la consommation de sel au niveau de la population. Il s'agit de :

- Reformuler les produits alimentaires pour qu'ils contiennent moins de sel et fixer des niveaux cibles en ce qui concerne la quantité de sel dans les aliments et les repas.
- Réduire la consommation de sel grâce à la mise en place d'un étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages.
- Réduire la consommation de sel grâce à des campagnes de communication sur les changements de comportement et des campagnes médiatiques.
- Créer un environnement favorable dans les institutions publiques telles que les hôpitaux, les écoles, les lieux de travail et les maisons de retraite, afin de permettre la mise en place d'options à faible teneur en sodium.

Reformuler les produits alimentaires pour qu'ils contiennent moins de sel et fixer des niveaux cibles en ce qui concerne la quantité maximale de sel dans les aliments et les repas

Si la meilleure façon de réduire la consommation de sel est de diminuer la consommation d'aliments transformés, souvent riches en graisses, en sucres et en sel, la reformulation par l'industrie de certains aliments transformés courants dont la teneur en sel est particulièrement élevée permet aux consommateurs de réduire leur consommation de sel sans avoir à faire des efforts particuliers pour modifier leurs habitudes alimentaires. La reformulation est plus efficace lorsqu'elle est mise en œuvre par le biais de réglementations qui fixent une teneur maximale en sel dans certains aliments. Toutefois, la réduction du sel dans les aliments ultra-transformés pourrait avoir un impact moindre que prévu si la consommation d'aliments ultra-transformés augmente, ce qui souligne la nécessité de fixer des objectifs ambitieux en matière de réduction du sel.

Les approches obligatoires fournissent les outils juridiques et les ressources financières et humaines nécessaires pour garantir une mise en œuvre et des mécanismes de surveillance appropriés.¹⁵ La reformulation obligatoire peut permettre des réductions de sel plus importantes que les accords volontaires et avoir des effets bénéfiques plus marqués sur la santé. La mise en œuvre d'un cadre réglementaire implique des conditions de concurrence équitables pour l'industrie alimentaire (grandes entreprises contre petites et moyennes entreprises) et les mesures législatives permettent l'introduction de sanctions financières en cas de non-conformité. Il est plus difficile d'abandonner une législation si un nouveau gouvernement arrive au pouvoir.¹⁶

Si l'industrie alimentaire doit être encouragée à réduire autant que possible la teneur en sel des aliments, elle doit veiller à ce que, le cas échéant, le sel contenu dans les paquets et le sel ajouté aux aliments soient enrichis en iode (une mesure de santé publique importante pour prévenir les troubles dus à une carence en iode). Le sel est ajouté aux aliments transformés et aux repas pour diverses raisons, mais surtout parce qu'il s'agit d'un moyen bon marché d'ajouter de la saveur à des aliments autrement fades. Lorsque des aliments à forte teneur en sel sont consommés régulièrement, les récepteurs du goût du sel sont supprimés, ce qui crée l'habitude de manger des aliments très salés et entraîne une plus grande demande de la part des consommateurs. Inversement, si la teneur en sel des aliments très salés couramment consommés est réduite progressivement sur plusieurs mois ou années (par exemple dans le pain), les consommateurs ont tendance à ne pas remarquer le changement, par exemple si la réduction est inférieure à 20 % en une seule étape. Avec le temps, les individus sont de plus en plus capables de redécouvrir et d'apprécier une variété de saveurs à partir des mêmes aliments.

En 2021, l'OMS a publié un ensemble de repères mondiaux pour les teneurs en sodium de plus de 60 aliments différents,¹⁷ et l'Organisation panaméricaine de la santé a publié des objectifs régionaux en 2015, qui ont été mis à jour en 2021. Ces repères peuvent aider les pays à réduire progressivement la teneur en sodium de différentes catégories d'aliments transformés (pain emballé, collations salées, produits à base de viande, fromage, etc.). Ces repères pourraient accélérer considérablement les progrès vers l'objectif de l'OMS, à savoir une réduction de 30 % de la consommation mondiale de sel/sodium d'ici 2025 (par rapport à 2010).

Au Royaume-Uni, où des objectifs volontaires ont été définis pour que l'industrie reformule ses produits, la consommation de sel des adultes a diminué d'environ 15 % entre 2003 et 2011, ce qui suggère que la détermination d'objectifs dans plusieurs catégories d'aliments peut entraîner des réductions importantes de la consommation de sodium au sein de la population. Cependant, aucun changement supplémentaire n'a été observé au Royaume-Uni entre 2011 et 2018, la consommation de sel chez les adultes restant supérieure de plus de 40 % à la limite supérieure de <5 g/jour. En outre, les données fournies par certains grands fabricants de produits alimentaires indiquent que la teneur en sel de leurs produits n'a pas diminué et que, dans certains cas, elle a même augmenté. Cela témoigne de l'énorme défi que représentent la mise en œuvre et le maintien de changements favorables et la réalisation des objectifs fixés, ainsi que la nécessité d'une législation appropriée.

Réduction de la consommation de sel grâce à la mise en place d'un étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages

L'étiquetage nutritionnel, y compris la teneur en sel, permet aux consommateurs de mieux choisir les produits qu'ils achètent. Les étiquettes sur le devant des emballages devraient être approuvées par le gouvernement et permettre aux consommateurs d'identifier correctement, rapidement et facilement les

produits qui contiennent des quantités excessives de nutriments essentiels, de préférence par le biais d'étiquettes d'avertissement interprétatives sur le devant des emballages (par exemple, comme le demande la loi au Chili et comme cela est mis en œuvre dans un nombre croissant de pays), car il a été prouvé qu'elles réduisent efficacement l'apport calorique d'une population et l'achat d'aliments malsains.¹⁸ D'autres systèmes courants d'étiquetage sur le devant des emballages comprennent les systèmes de feux tricolores ou le NutriScore.^{19,20} L'utilisation d'un smartphone pour scanner le code-barres d'un aliment (lorsque les codes-barres fournissent ces informations) est un moyen convivial d'informer les consommateurs sur la valeur nutritionnelle détaillée des aliments et des boissons (ainsi que, pour certains systèmes, sur leur impact sur l'environnement, y compris leur empreinte carbone).

Réduire la consommation de sel grâce à des campagnes de communication sur les changements de comportement et des campagnes médiatiques

Les campagnes d'éducation à la santé doivent informer le public sur la manière de choisir des aliments sains et le sensibiliser à la limitation de la consommation de sel. Il s'agit notamment de fournir des informations sur les teneurs en sel des aliments transformés et sur la manière de les interpréter, de transmettre des informations sur les effets du sel sur la santé et d'encourager les individus à réduire le sel lorsqu'ils cuisinent et lorsqu'ils sont à table. Les informations complètes et interprétatives qui peuvent être obtenues à partir des codes-barres apposés sur les aliments ont un grand potentiel pour aider les consommateurs à choisir des aliments sains. Le choix d'aliments pauvres en sel est particulièrement important pour les personnes souffrant d'hypertension et/ou présentant un risque accru de maladies cardiovasculaires. La substitution partielle de chlorure de sodium (NaCl) par du chlorure de potassium (KCl) peut être utile, mais le chlorure de potassium a tendance à avoir un goût désagréable si sa concentration est élevée (l'utilisation d'épices et d'herbes peut être utile). Un message pratique, simple et court, destiné à tous les individus peut être le suivant : « mangez beaucoup de fruits, de légumes, de céréales et de noix non salées, buvez de l'eau (au lieu de boissons sucrées), et consommez moins d'aliments transformés et de repas préemballés ». Ces messages de santé publique présentent de multiples avantages, car les fruits et légumes contiennent de faibles quantités de sel, mais aussi beaucoup de potassium (qui atténue l'effet néfaste du sel sur la tension artérielle) et d'autres nutriments également bénéfiques pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. En outre, une alimentation riche en fruits et légumes réduira la consommation de graisses saturées, de sel et de calories.

Créer un environnement favorable dans les institutions publiques telles que les hôpitaux, les écoles, les lieux de travail et les maisons de retraite, afin de permettre la mise en place d'options à faible teneur en sodium

Il existe un bon potentiel de réduction du sel dans l'alimentation dans les écoles, les lieux de travail et les hôpitaux, car l'équipe dirigeante contrôle

généralement les aliments servis. Les milieux communautaires constituent une plate-forme pour la mise en œuvre locale des politiques nationales de réduction du sel et des interventions spécifiques de réduction du sel. Il est utile d'établir des directives en matière d'aliments et de boissons sains (au niveau national ou pour certains établissements spécifiques), y compris des critères relatifs à la consommation de sel. Plusieurs pays ont élaboré des normes pour les fournisseurs de denrées alimentaires et défini les teneurs maximales en sel des aliments vendus dans les écoles et les hôpitaux.²¹

Le module technique SHAKE de l'OMS

Le module technique SHAKE de l'OMS pour la réduction du sel fournit des conseils sur l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies de réduction du sel, ainsi que sur la collaboration avec l'industrie pour réduire les teneurs en sel des produits alimentaires. Le module technique SHAKE²² est composé de cinq éléments :

- Surveillance : mesurer et surveiller la consommation de sel.
- Exploiter l'industrie : promouvoir la reformulation des aliments et des repas pour qu'ils contiennent moins de sel. L'industrie alimentaire devrait être encouragée à réduire autant que possible la teneur en sel des aliments tout en veillant à ce que, le cas échéant, le sel ajouté aux aliments soit iodé.
- Adopter et mettre en œuvre des normes pour un étiquetage et une commercialisation corrects des denrées alimentaires.
- Connaissance : éduquer et communiquer pour inciter les individus à manger moins de sel.
- Environnement : soutenir des environnements favorables à une alimentation saine.

Le module technique SHAKE comprend également un certain nombre d'études de cas nationales utiles.

Objectifs et indicateurs mondiaux pertinents pour la réduction du sel

Une réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou le maintien de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction des circonstances nationales.	Prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension chez les personnes âgées de plus de 18 ans (TA systolique/diastolique $\geq 140/90$ mmHg) et une TA systolique/diastolique moyenne.
--	---

Surveillance

Il s'agit notamment de surveiller la consommation de sel au sein de la population, par exemple par le biais de collectes d'urines sur 24 heures ou de spots

urinaires matinaux dans des sous-échantillons aléatoires d'enquêtes sur la population (par exemple, l'enquête STEPS). Il est également important d'évaluer régulièrement la teneur en sel de certains aliments transformés courants afin d'informer et de suivre les interventions visant à réduire la consommation de sel. Il est important de surveiller la teneur en sel des aliments dans chaque pays ou région, car les aliments d'une même marque ont souvent des teneurs en sel différentes d'un pays à l'autre.²³ Le programme d'information alimentaire FLIP a été utilisé avec succès au Canada, en Amérique latine et dans les Caraïbes pour surveiller les teneurs en sodium par le biais des étiquettes des produits alimentaires.

L'OMS a mis au point la fiche d'évaluation des pays en matière de sodium (*Sodium Country Score Card*) afin de suivre les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre de mesures législatives et autres visant à réduire la consommation de sodium alimentaire, y compris : une politique nationale de réduction du sodium ; des approches volontaires pour réduire le sodium dans l'approvisionnement alimentaire ; la déclaration obligatoire du sodium sur les aliments préemballés ; et la mise en œuvre d'un ou de plusieurs des meilleurs choix de l'OMS liés au sodium pour lutter contre les maladies non transmissibles.²⁴

Remarques

- 1 Salt reduction. WHO, 2020. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction.
- 2 Cook NR et al. Sodium and health—concordance and controversy. *BMJ* 2020;369:m2440.
- 3 Graudal NA et al. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;12:CD004022.
- 4 Filippini T et al. Blood pressure effects of sodium reduction: dose-response meta-analysis of experimental studies. *Circulation* 2021;143:1542–67.
- 5 Ma Y et al. 24-hour urinary sodium and potassium excretion and cardiovascular risk. *NEJM* 2022;386:252–63.
- 6 He GJ et al. Salt reduction to prevent hypertension and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *JACC* 2020;75:632–47.
- 7 O'Donnell M et al. Joint association of urinary sodium and potassium excretion with cardiovascular events and mortality: prospective cohort study. *BMJ* 2019;364:l772.
- 8 Tsirimiagkou C et al. Dietary sodium and cardiovascular morbidity/mortality: a brief commentary on the “J-shape hypothesis”. *J Hypertension* 2021;39:2335–43.
- 9 Cappuccio FP, Sever PS. The importance of a valid assessment of salt intake in individuals and populations. A scientific statement of the British and Irish Hypertension Society. *J Hum Hypertension* 2019;33:345–48.
- 10 Neal B, Wu J. Sodium, blood pressure, and the likely massive avoidable burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2021;143:1568–70.
- 11 Bhat S et al. A systematic review of the sources of dietary salt around the world. *Adv Nutr* 2020;11:677–86.
- 12 Campbell NRC et al. Sodium consumption: an individual's choice? *Int J Hypertens* 2012;2012:860954.
- 13 Ide N et al. Priority actions to advance population sodium reduction. *Nutrients* 2020;12:2543.

- 14 Santos JV et al. A systematic review of salt reduction Initiatives around the world: a midterm evaluation of progress towards the 2025 global non-communicable diseases salt reduction target. *Adv Nutr* 2021;12:1768–80.
- 15 Hyseni L et al. Systematic review of dietary salt reduction policies: evidence for an effectiveness hierarchy? *PLoS ONE* 2017;12:e0177535.
- 16 Updated PAHO regional sodium reduction targets. PAHO, 2021.
- 17 New WHO benchmarks help countries reduce salt intake and save lives. WHO, 2021.
- 18 Taillie LS et al. Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study. *Lancet Planet Health* 2021;5:e526–33.
- 19 Front-of-package labeling as a policy tool for the prevention of noncommunicable diseases in the Americas. PAHO, 2020.
- 20 Superior efficacy of front-of-package warning labels in Jamaica. PAHO, 2021.
- 21 Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet. WHO, 2021.
- 22 SHAKE the salt habit: the SHAKE technical package for salt reduction. WHO, 2016.
- 23 Arcand JA et al. Sodium levels in packaged foods sold in 14 Latin American and Caribbean countries: a food label analysis. *Nutrients* 2019;11:369s.
- 24 Sodium Country Score Card. *Global database on the implementation of nutrition action (GINA)*. WHO, 2022.

22 Sucres alimentaires et maladies non transmissibles

Charge de morbidité,
épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Nick Banatvala, Eric Ravussin,
Leo Nederveen*

Définition du sucre¹

Le sucre est le nom générique des glucides hydrosolubles au goût sucré. Les sucres (ou saccharides) peuvent se présenter sous forme d'unités de construction de glucides uniques (c'est-à-dire les monosaccharides, tels que le glucose $C_6H_{12}O_6$) ou de molécules composées de deux unités (c'est-à-dire disaccharides, tels que le saccharose). Le glucose (son isomère D étant également appelé dextrose), le fructose (sucre des fruits) et le galactose (sucre des produits laitiers) sont les principaux monosaccharides (sucres simples), tandis que les disaccharides courants comprennent le saccharose (« sucre de table », glucose + fructose), le lactose (glucose + galactose) et le maltose (glucose + glucose). Les sucres ont des pouvoirs sucrants différents. Par rapport au saccharose (référence = 1), le pouvoir sucrant du lactose est d'environ 0,16, celui du maltose est d'environ 0,4, celui du galactose est d'environ 0,65, celui du glucose est d'environ 0,8 et celui du fructose est d'environ 1,5. En comparaison, les substances non saccharidiques peuvent être beaucoup plus sucrées : aspartame (ester méthylique de dipeptide) 180-250, stévia (glycoside végétal naturel) 40-300, ou saccharine de sodium (sulfonyle) 300-700.

Plusieurs groupes d'aliments contiennent des concentrations importantes de sucre :

- Sucres intrinsèques incorporés dans la structure des fruits et légumes intacts (principalement le glucose et le fructose).
- Lait (lactose et galactose).
- Les sucres libres (principalement le glucose et le fructose), définis par l'OMS² comme « les sucres ajoutés aux aliments et aux boissons et ceux naturellement présents dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits ».

Le Manuel de l'OMS sur les boissons alimentaires et la taxation pour promouvoir une alimentation saine³ définit les boissons sucrées comme suit :

tous les types de boissons contenant des sucres libres, notamment les boissons gazeuses ou non gazeuses, les jus et boissons à base de fruits et/ou de légumes, les concentrés liquides et en poudre, l'eau aromatisée, les boissons énergétiques et sportives, le thé prêt à boire, le café prêt à boire et les boissons lactées aromatisées. Cette expression est parfois utilisée de manière interchangeable avec les boissons édulcorées au sucre (SSB), qui sont définies de manière identique.⁴

Production et consommation par habitant

Le sucre est présent dans les tissus de la plupart des plantes. Le miel et les fruits sont d'abondantes sources naturelles de monosaccharides (glucose et fructose). La canne à sucre et la betterave sucrière sont les principales sources de disaccharides à partir desquels le sucre raffiné, le saccharose, est extrait industriellement. Le glucose, à savoir le sucre extrait du maïs (sirop de maïs), est souvent transformé industriellement en fructose.

Une personne moyenne consomme actuellement environ 24 kg de sucre par an, allant de <20 kg en Afrique (bien qu'en augmentation) à >50 kg en Amérique du Nord.⁵ Une grande partie du sucre dans l'alimentation provient de boissons sucrées et d'aliments tels que les confiseries, les desserts, les gâteaux, les confitures et les céréales pour le petit-déjeuner. Chez les adolescents de plusieurs pays européens, le sucre représente environ un quart de l'apport énergétique total. Les sucres libres représentent 80 % de cet apport total en sucre, les boissons gazeuses et les jus de fruits contribuant dans des proportions similaires à l'apport total en sucre.⁶

Physiologie du sucre¹

Les disaccharides, tout comme les autres glucides comestibles (c'est-à-dire les polysaccharides présents dans les amidons), sont hydrolysés en monosaccharides par l'intestin (glucose, fructose ou galactose) pour : 1) fournir de l'énergie par la respiration aérobie cellulaire et la production concomitante d'ATP utilisé par les cellules comme source d'énergie ; 2) être convertis en glycogène dans le foie et les muscles squelettiques comme réserves d'énergie à court terme ; 3) être convertis en polysaccharides structurels (par exemple, la pectine pour les parois cellulaires) ou ; 4) être transformés en graisse corporelle par lipogenèse *de novo* comme réserves d'énergie à long terme.

Pendant, le sucre présente des caractéristiques différentes de celles des amidons en ce qui concerne la digestion.

- Tout d'abord, la digestion des sucres est plus rapide que celle de l'amidon et la consommation de sucre augmente rapidement la glycémie, ce qui stimule la production d'insuline par le pancréas pour faciliter le stockage du glucose sous forme de glycogène et sa transformation en graisse corporelle.

- Deuxièmement, l'absorption rapide des sucres par l'intestin permet de contourner partiellement les boucles de régulation endocrinienne (par exemple, la ghréline) de l'appétit et de la satiété, retardant ainsi la sensation de satiété, en particulier lorsque le produit est consommé sous forme liquide, ce qui peut conduire à une surconsommation de calories.
- Troisièmement, les sucres déclenchent des mécanismes neurophysiologiques de « récompense » liés à la dopamine qui stimulent davantage l'apport énergétique.⁷
- Quatrièmement, l'augmentation et la diminution plus rapides de l'insuline, après avoir mangé du sucre par rapport aux féculents, entraînent une baisse réactive du taux de glucose, ce qui stimule l'appétit.
- Par exemple, boire 500 ml de boisson gazeuse/jus de fruit et manger 100 g de pain (2 grandes tranches) apportent chacun environ 250 calories. Pourtant, la satiété sera beaucoup plus faible après une boisson sucrée, car elle est absorbée presque instantanément. En comparaison, le pain (ou les fruits) sera absorbé beaucoup plus lentement. Il en résulte que l'envie de manger et de boire est beaucoup plus forte après la consommation d'une boisson sucrée qu'après la consommation d'un aliment moins raffiné.

Effets sur la santé d'une consommation élevée de sucre et charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles

La consommation élevée de sucre, y compris les boissons gazeuses et les jus de fruits, est un facteur important d'obésité, de diabète, de maladies cardiovasculaires et de caries dentaires chez les enfants et les adultes.^{8,9,10} Les apports élevés en glucose et en fructose sont également des causes courantes d'hyper-triglycéridémie et de stéatose hépatique non alcoolique.

Charge de morbidité

Le Tableau 22.1 (données de l'IHME) montre que les proportions de tous les décès attribuables à une alimentation riche en boissons édulcorées au sucre ou SSB sont passées de faibles niveaux en 1990 à des niveaux plus élevés en 2019

Tableau 22.1 Mortalité attribuable à un apport alimentaire élevé en boissons édulcorées au sucre (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	<i>1990</i>	<i>2019</i>	<i>1990</i>	<i>2019</i>	<i>1990</i>	<i>2019</i>	<i>1990</i>	<i>2019</i>	<i>1990</i>	<i>2019</i>
Proportion de l'ensemble des décès (%)	0,32	0,43	0,60	0,50	0,38	0,51	0,20	0,37	0,12	0,19
Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)	4,3	3,1	4,1	2,2	4,7	3,3	4,7	3,9	4,7	3,7

dans les pays à revenu faible et intermédiaire, avec des tendances inverses dans les pays à revenu élevé. Cela reflète en partie la consommation relativement faible, mais en augmentation rapide de SSB dans les pays à revenu faible et intermédiaire, stimulée par l'offre importante et croissante de sucre bon marché sur le marché mondial.¹¹ Les taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables à une alimentation riche en SSB ont diminué dans toutes les régions, reflétant en partie l'amélioration de la prévention et du contrôle des conséquences des SSB sur la santé. Environ trois quarts des décès liés à la consommation de SSB étaient attribuables à des maladies cardiovasculaires (MCV) et un quart au diabète. Il convient de noter que les estimations du Tableau 22.1 n'incluent pas les sources de sucre autres que les SSB, telles que les boissons contenant du sucre naturel (par exemple les jus de fruits) et les nombreux aliments contenant des sucres ajoutés.

Recommandation concernant l'apport alimentaire en sucre

L'OMS recommande aux adultes et aux enfants de réduire leur consommation de sucres libres à moins de 10 % de leur apport énergétique total tout au long de leur vie et, de préférence, à moins de 5 %. Les interventions de santé publique devraient donc chercher à limiter l'apport alimentaire en sucres libres, en particulier les boissons sucrées qui ont peu de valeur nutritionnelle au-delà de l'apport énergétique. Par exemple, un verre ou une bouteille de 3 dl d'une boisson sucrée peut contenir jusqu'à 30-40 g de sucre environ (c'est-à-dire 120 à 160 calories environ), et la consommation régulière de boissons sucrées peut représenter jusqu'à 20-30 % de l'apport calorique journalier total, en particulier chez les enfants. La concentration en sucre est encore plus importante dans les jus de fruits (naturels ou reconstitués), par exemple environ 9-25 g/100 ml par rapport aux boissons non alcoolisées (9-12 g/100 ml), ce qui implique que la consommation de jus de fruits (mais pas celle de fruits frais) devrait également être limitée.

Les édulcorants non caloriques, également appelés édulcorants non sucrés

L'industrie alimentaire remplace de plus en plus souvent le sucre des boissons sucrées en intégralité ou en partie par des édulcorants naturels non ou peu caloriques (par exemple la stévia, qui fournit un apport très faible en calories) et/ou des édulcorants artificiels (par exemple l'aspartame, qui ne fournit pratiquement aucune calorie), en particulier dans les pays qui imposent une taxe sur les boissons sucrées. La consommation de boissons contenant des édulcorants non caloriques peut être associée à une prise de poids moindre que les boissons sucrées ordinaires et sans preuve actuelle d'effets néfastes sur la santé,^{12,13} mais d'autres essais sont nécessaires pour mieux évaluer cette question. Cependant, il semble que la consommation régulière de boissons au goût sucré (y compris celles contenant des édulcorants non caloriques) puisse entretenir une appétence continue pour les aliments sucrés (biscuits, etc.), ce qui peut contribuer à un apport calorique excessif et à une surcharge pondérale.¹⁴

Interventions de santé publique visant à réduire la consommation de sucre

Les politiques et les interventions visant à promouvoir une alimentation saine pour réduire les maladies non transmissibles sont abordées dans le Chapitre 19. Les mesures suivantes visent spécifiquement à réduire la consommation alimentaire de sucre et, en particulier, de sucres ajoutés. Un astérisque apparaît pour les interventions recommandées par l'OMS (Annexe 3 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles).

Favoriser une alimentation saine et pauvre en sucre*

- Les programmes d'éducation à la santé,* dont le marketing social*, et les directives en matière d'alimentation, aux niveaux national et infranational (y compris sur les lieux de travail, dans les écoles et dans les lieux publics), devraient promouvoir une alimentation saine, y compris une alimentation pauvre en sucre, et préconiser de boire de l'eau plutôt que des boissons sucrées. La mise à disposition de fontaines d'eau dans les lieux publics et les institutions est une mesure d'accompagnement pratique utile.
- Les politiques d'approvisionnement public, par exemple, établissent des normes nutritionnelles pour les aliments et les boissons dont l'approvisionnement et la vente sont autorisés au sein et à proximité des écoles.
- L'étiquetage nutritionnel*, y compris la teneur en sucre, permet aux consommateurs de mieux choisir les produits qu'ils achètent.¹⁵ Les étiquettes sur le devant de l'emballage (FOPL) devraient être approuvées par le gouvernement et permettre aux consommateurs d'identifier correctement, rapidement et facilement les produits qui contiennent des quantités excessives de nutriments essentiels, notamment par le biais d'étiquettes d'avertissement interprétatives obligatoires sur le devant de l'emballage (par ex. comme l'exige la loi chilienne et comme cela est mis en œuvre dans un nombre croissant de pays), car il a été prouvé qu'elles réduisent efficacement l'apport calorique et l'achat de nutriments dangereux par la population.¹⁶ D'autres systèmes courants d'étiquetage sur le devant des emballages incluent les systèmes de feux tricolores ou le NutriScore.^{17,18} L'utilisation d'un téléphone intelligent pour scanner le code-barres d'un aliment (lorsque les codes-barres fournissent ces informations) est un moyen convivial de déterminer la valeur nutritionnelle détaillée des aliments et des boissons (ainsi que l'impact environnemental et l'empreinte carbone pour certains de ces systèmes de codes-barres).

Réduire la commercialisation des boissons et des aliments sucrés*

- Il s'agit notamment d'interdire ou de restreindre la publicité et la commercialisation des aliments et des boissons malsains, y compris les boissons sucrées, en particulier lorsqu'ils sont destinés aux enfants. Cela peut se faire

par le biais d'une législation interdisant les publicités pour les aliments et les boissons malsains sur Internet, les réseaux sociaux, ou la télévision (par exemple, pendant les heures d'écoute des jeunes), interdisant la vente de boissons sucrées dans certains lieux (par exemple, les écoles) et limitant le placement de certains produits malsains dans les supermarchés.

***Reformulation des produits sucrés en vue
d'une réduction de la consommation de sucre****

- La réduction de la production et de la consommation d'aliments ultra-transformés et la reformulation du contenu alimentaire des aliments et boissons courants riches en sucre sont des stratégies fondamentales pour réduire la consommation de sucre au niveau de la population. Cela peut impliquer de fixer des objectifs de consommation de sucre pour certains aliments et de collaborer avec l'industrie pour atteindre ces objectifs par des moyens volontaires¹⁹ ou, de préférence, par la réglementation (par exemple, la loi sur le sucre en Afrique du Sud). Il convient de noter que plusieurs fabricants de produits alimentaires réduisent la teneur en sucre de certains produits ultra-transformés vendus dans certains pays, en partie sous la pression des politiques de santé publique (par exemple, la taxe sur le sucre) et à la demande des consommateurs, avec des différences substantielles dans la teneur en sucre des mêmes aliments d'un pays à l'autre.²⁰

Taxe d'accise sur les boissons édulcorées au sucre*

L'OMS et d'autres organismes de santé publique faisant autorité recommandent d'appliquer une taxe d'accise sur les boissons édulcorées au sucre (également appelées SSB, comme mentionné ci-dessus).^{21,22} Cette mesure s'est avérée rentable pour réduire la consommation de boissons sucrées et la charge de morbidité imputable à l'obésité, à la carie dentaire et aux MNT.^{23,24}

- La taxe doit être suffisamment importante pour augmenter le coût des boissons sucrées de ≥ 20 % (et si possible davantage²⁵) afin de freiner efficacement la vente de ces boissons (élasticité-prix de -1 : une augmentation de 10 % du prix entraîne une diminution de 10 % de la consommation).²⁶ Près de 50 pays ont mis en œuvre une taxe sur les boissons sucrées, mais seuls quelques-uns ont mis en œuvre une taxe qui a augmenté le coût des boissons de ≥ 20 % ou même de ≥ 10 %.
- Une taxe sur les boissons sucrées envoie un message fort à la population, à savoir que la consommation régulière de boissons sucrées doit être évitée.
- Une taxe incite l'industrie alimentaire à réduire la teneur en sucre de ses produits.
- Quelques pays imposent également une taxe sur les jus de fruits, dans la mesure où la concentration de sucre est au moins aussi élevée dans les jus de fruits que dans les boissons gazeuses. En outre, une taxe ciblant

uniquement les boissons gazeuses pourrait augmenter les ventes de jus de fruits. Lors de l'application d'une taxe sur les jus de fruits, il est important d'informer le public qu'il est plus sain de consommer des fruits frais (qui contiennent également des fibres et d'autres nutriments sains) que des jus de fruits.

- En ce qui concerne la structure fiscale, une taxe d'accise par volume permet d'augmenter considérablement le prix des boissons sucrées bon marché. La taxe doit être régulièrement ajustée à l'inflation et à la croissance économique nominale pour conserver son impact. La taxe peut s'appliquer uniquement aux boissons sucrées qui dépassent une certaine concentration de sucre, par exemple ≥ 5 g de sucre/100 ml, comme c'est le cas dans certains pays.
- Le galactose (dont la concentration est d'environ 4,5 g/100 ml dans le lait) n'est pas associé à des effets néfastes sur la santé et les produits laitiers non aromatisés devraient être exemptés de la taxe sur les boissons sucrées.
- L'étiquetage des aliments sur la teneur en macronutriments (y compris les glucides et les sucres libres/ajoutés) doit être obligatoire afin que les autorités fiscales et douanières puissent taxer les boissons sucrées en conséquence (alors qu'un étiquetage interprétatif supplémentaire, par exemple un système de feux tricolores, pourrait être plus utile pour informer les consommateurs, comme mentionné ci-dessus).
- Une partie des recettes fiscales peut être affectée au financement d'activités de promotion de la santé, par exemple l'installation de fontaines d'eau dans les écoles ou d'autres initiatives similaires en matière de santé. Cela améliore également l'acceptation de la taxe par le public.
- Il pourrait être utile de promouvoir d'autres incitations fiscales visant à réduire le prix de l'eau potable en bouteille dans le commerce afin de faciliter un changement de consommation par rapport aux boissons sucrées.

Surveillance

Les enquêtes nutritionnelles chez les adultes et les enfants (par exemple, les enquêtes STEPS et GSHS - Chapitres 4 et 5 sur la surveillance) peuvent fournir des informations sur la consommation de boissons sucrées et de certains aliments riches en sucres libres. Une évaluation précise de la consommation d'aliments et de macronutriments (y compris le sucre) nécessite de poser de nombreuses questions pour évaluer le volume et la fréquence de consommation de nombreux aliments (sur la base de questionnaires sur la fréquence de consommation des aliments et/ou de rappels alimentaires sur 24 heures).

Les études de marketing sur les ventes d'aliments et de boissons riches en sucres ainsi que les enquêtes sur la composition des aliments (basées sur l'étiquetage des aliments commerciaux ou sur une analyse indépendante du contenu des aliments) sont utiles pour évaluer les ventes d'aliments et les différences de composition dans le temps au sein d'un même pays ou entre les pays.

Remarques

- 1 Nelson DL, Cox MM (editors). *Lehninger principles of biochemistry*, 8th ed. New York, USA: Macmillan Learning, 2021.
- 2 Guideline: sugars intake for adults and children. WHO, 2015.
- 3 Implementation manual on food and drink taxation to promote healthy diets. WHO, 2018.
- 4 Technical briefing: dietary interventions for the Appendix 3 of the Global Action Plan for NCDs. WHO, 2017.
- 5 OECD-FAO Agricultural Outlook 2020–2029. FAO, 2019.
- 6 Mesana MI et al. Dietary sources of sugars in adolescents' diet: the HELENA study. *Eur J Nutr* 2018;57:629–41.
- 7 Berthoud HR et al. Learning of food preferences: mechanisms and implications for obesity and metabolic diseases. *Int J Obes* 2021;45:2156–68.
- 8 Afshin A et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019;393:1958–72.
- 9 Te Morenga L et al. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ* 2013;345:e7492.
- 10 Moynihan PJ et al. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res* 2014;93:8–18.
- 11 Curbing global sugar consumption. *Effective food policy actions to help promote healthy diets & tackle obesity*. World Cancer Research Fund International, 2015.
- 12 Toews I et al. Association between intake of non-sugar sweeteners and health outcomes: systematic review and meta-analyses of randomized and non-randomised controlled trials and observational studies. *BMJ* 2019;364:k4718.
- 13 McGlynn N et al. Association of low- and no-calorie sweetened beverages as a replacement for sugar-sweetened beverages with body weight and cardiometabolic risk: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2022;5:e222092.
- 14 Sylvetsky AC et al. Consumption of low-calorie sweetened beverages is associated with higher total energy and sugar intake among children, NHANES 2011–2016. *Pediatr Obes* 2019;14:e12535.
- 15 Song J et al. Impact of color-coded and warning nutrition labelling schemes: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med* 2021;18:e1003765.
- 16 Taillie LS et al. Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study. *Lancet Planet Health* 2021;5:e526–33.
- 17 Front-of-package labeling as a policy tool for the prevention of noncommunicable diseases in the Americas. PAHO, Washington, 2020.
- 18 Superior efficacy of front-of-package warning labels in Jamaica. PAHO, Washington, 2021.
- 19 Sugar reduction and wider reformulation programme: report on progress towards the first 5% reduction and next steps. Public Health England, London, 2018.
- 20 Lewis N et al. Differences in the sugar content of fast-food products across three countries. *Public Health Nutr* 2020;23:2857–63.
- 21 Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. WHO, 2012.
- 22 Fiscal Policies for Diet and Noncommunicable Diseases. WHO, 2015.
- 23 Itira A et al. Taxing sugar-sweetened beverages as a policy to reduce overweight and obesity in countries of different income classifications: a systematic review. *Public Health Nutr* 2021;24:5550–60.
- 24 Popkin B et al. Sugar-sweetened beverage taxes: lessons to date and the future of taxation. *PLOS Med* 2021;18:e1003412.
- 25 Alsukait R et al. Sugary drink excise tax policy process and implementation: case study from Saudi Arabia. *Food Policy* 2020;90:101789.
- 26 Teng AM et al. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2019;20:1187–204.

23 Reformulation des aliments pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Chizuru Nishida, Rain Yamamoto,
Eduardo AF Nilson, Alison Tedstone*

L'amélioration des produits par la reformulation est un outil important pour améliorer l'environnement alimentaire afin de promouvoir des régimes alimentaires sains et de réduire les risques de maladies non transmissibles. Ce chapitre présente les caractéristiques des programmes de reformulation couronnés de succès, ainsi que trois exemples : l'élimination des graisses trans produites industriellement de l'approvisionnement alimentaire, la réduction du sel/sodium dans les aliments manufacturés et la réduction de la consommation de sucres dans les aliments et les boissons.

La reformulation est le processus qui consiste à modifier les ingrédients ou la recette afin d'influer sur la composition nutritionnelle d'un produit alimentaire ou d'une boisson dans le but de le rendre plus sain, généralement en essayant de minimiser l'impact sur le goût et la saveur, ainsi que sur le caractère abordable du produit. Si les produits alimentaires malsains fréquemment consommés sont reformulés en produits plus sains (par exemple, réduction de la teneur en sel du pain), l'alimentation des individus peut s'améliorer sans qu'ils aient à faire un effort conscient pour rechercher des options plus saines ou pour acquérir des connaissances en matière de santé.

Un nombre croissant de pays adoptent une législation visant à éliminer les graisses trans produites industriellement,¹ et la mise en œuvre de politiques et de programmes de reformulation visant à réduire l'apport alimentaire en sel/sodium,² en sucres, en graisses saturées et en énergie, tant au niveau individuel qu'au niveau de la population, suscite un élan de plus en plus important. Une étude systématique récente a montré les effets positifs de la reformulation des aliments sur les choix alimentaires, l'apport en nutriments et l'état de santé dans le cas des politiques de reformulation sur le sel/sodium et les acides gras trans, et que les produits reformulés étaient généralement bien acceptés et achetés par les consommateurs.³ Par exemple, la consommation de sodium a été réduite de 0,57 g/jour et celle des acides gras trans a été réduite de 38 à 85 % après la reformulation.

Les programmes de reformulation réussis se caractérisent par :

- L'utilisation des données scientifiques sur la relation entre le régime alimentaire, la nutrition et les résultats en matière de santé.

- L'existence d'une forte volonté politique des gouvernements, avec un soutien et un plaidoyer forts de la part de la société civile, des organisations professionnelles et des universités.
- L'accent sur la reformulation des principales sources de nutriments ou d'énergie dans le régime alimentaire. Les enquêtes diététiques et les données sur les achats alimentaires peuvent fournir des informations sur ces sources d'aliments et de boissons.
- Fixer des objectifs ambitieux, mais réalisables dans le temps pour des nutriments spécifiques (par exemple, le sodium, les sucres, les graisses saturées) ou des réductions des niveaux d'énergie. Il est possible de se faire une idée de ce qui est réalisable en examinant l'éventail des valeurs nutritionnelles d'aliments similaires (ce qui nécessite des informations sur la composition des aliments) ou en comparant les teneurs de produits similaires sur le marché dans des pays ayant mis en place des programmes de reformulation (par exemple, les teneurs en sucre des biscuits). Un équilibre doit être trouvé entre :
 - L'impact socio-économique et sur la santé publique de l'amélioration de l'alimentation.
 - L'acceptabilité des changements de goût ou d'appétabilité pour les consommateurs. Par exemple, l'expérience montre qu'une réduction de 5 à 10 % des niveaux de sel ou de sucre n'est pas détectable. Lorsque des changements plus importants sont nécessaires, il peut s'avérer nécessaire de passer un cran au-dessus ou de procéder à d'autres changements, tels que l'amélioration de la recette par l'utilisation d'herbes ou d'épices.
 - Contraintes techniques liées à la fonctionnalité du nutriment dans l'aliment, par exemple l'utilisation du sel comme agent de conservation dans la viande transformée. L'industrie alimentaire fournira des conseils sur les contraintes fonctionnelles, mais son point de vue devrait toujours être vérifié par la participation de groupes de consommateurs et l'analyse des pays qui ont mis en œuvre des programmes de reformulation ainsi que, dans le cas de la réduction du sodium, par des repères régionaux et internationaux tels que ceux établis par l'OMS.⁴

Les pays ont utilisé des approches différentes pour fixer les objectifs, par exemple en utilisant des niveaux maximaux ou moyens de nutriments cibles pour 100 g ou 100 ml de produit. Les catégories de produits peuvent être définies de manière large ou étroite (par exemple, tous les plats cuisinés ou un type particulier de biscuits, ou toutes les boissons édulcorées au sucre [SSB] ou certaines d'entre elles). Certains pays ont fixé une teneur maximale par portion, ce qui peut être particulièrement utile pour les restaurants, les plats à emporter et les livraisons de nourriture.

Les expériences de mise en œuvre de politiques de reformulation dans différents pays indiquent également ce qui suit :

- Les programmes de reformulation volontaire ont peu de chances de réussir s'ils ne prévoient pas d'actions visant à mettre en œuvre la législation, la taxation ou d'autres mesures si les objectifs ne sont pas atteints.
- Lorsque les programmes de reformulation ne sont pas obligatoires, l'implication de toutes les entreprises du secteur alimentaire, y compris les détaillants, les fabricants, les restaurants, les chaînes de vente à emporter et de livraison de produits alimentaires devrait être recherchée. Il est peu probable que les petites entreprises disposent des ressources nécessaires à la reformulation et elles peuvent donc avoir besoin de mesures supplémentaires ou spécifiques. En outre, un marketing de soutien visant à promouvoir les produits reformulés peut contribuer à encourager les efforts de reformulation de l'industrie alimentaire.
- Une reformulation graduelle est souvent plus efficace qu'une approche abrupte, en particulier en ce qui concerne le sodium et le sucre, afin de garantir l'acceptabilité du produit par les consommateurs au cours de la reformulation.⁵ De même, les objectifs doivent être actualisés et revus à la baisse à intervalles réguliers de quelques années.
- Des directives claires devraient être disponibles sur ce qui pourrait et devrait être utilisé comme alternatives pour remplacer le nutriment cible, si nécessaire (par exemple, les graisses insaturées au lieu des graisses trans). Il est important de fournir une assistance technique à ceux qui disposent de ressources et d'une expérience limitées, comme les petites et moyennes entreprises.
- Il convient d'assurer un suivi et d'établir des rapports sur les progrès réalisés par les entreprises. Il est préférable de le faire de manière indépendante et transparente. De plus amples informations à ce sujet sont fournies à la fin de ce chapitre.

Les points de vigilance pour les politiques de reformulation sont les suivants :

- La reformulation peut avoir des effets néfastes sur le profil nutritionnel d'un produit, par exemple lorsque les graisses trans sont remplacées par des quantités excessives de graisses saturées. Il est possible de s'en prémunir en donnant des conseils à l'industrie alimentaire et en procédant à des contrôles. De même, il est important que la reformulation n'augmente pas la densité énergétique d'un produit, par exemple en remplaçant les sucres par des graisses, ce qui aurait pour conséquence une teneur calorique nette positive.
- Le gouvernement devrait établir des règles claires de collaboration avec les fabricants de produits alimentaires pour s'assurer que les décisions sont prises dans l'intérêt de la santé publique. La collaboration avec l'industrie alimentaire doit être transparente. Le Canada, par exemple, a mis en place un mécanisme visant à garantir la transparence de toutes les communications avec les parties prenantes concernant les initiatives en matière d'alimentation saine, y compris l'élimination des graisses trans et la réduction

du sel/sodium ; ce mécanisme comprend un registre de toutes les réunions et de la correspondance avec les fonctionnaires et un engagement à ce qu'aucune correspondance ne soit traitée de manière confidentielle. Des mécanismes permettant de rendre les entreprises alimentaires responsables de leurs engagements sont également essentiels. Par exemple, un accord entre les autorités sanitaires norvégiennes et l'industrie alimentaire est évalué par un organisme de recherche indépendant, dont les résultats sont rendus publics.

- D'autres interventions devraient être entreprises parallèlement à la reformulation pour contribuer à l'amélioration de l'environnement alimentaire. Il s'agit notamment des politiques fiscales (taxation, subventions), des politiques visant à restreindre la commercialisation et des politiques d'étiquetage nutritionnel (y compris l'étiquetage sur le devant des emballages). Un bon exemple de mise en œuvre d'un ensemble de mesures politiques globales peut être observé au Chili, où un programme combiné de restrictions commerciales, de logos d'avertissement sur le devant des emballages et d'achats publics de denrées alimentaires, par exemple dans les écoles, a été mis en œuvre.

L'enrichissement des aliments et la reformulation

L'enrichissement est un outil important pour réduire les carences en micronutriments. Par exemple, l'OMS recommande l'iodation du sel pour contribuer à éliminer les troubles dus à la carence en iode.^{6,7} Dans le même temps, l'OMS recommande de réduire la consommation de sodium (sel) pour réduire la pression artérielle et le risque de maladies cardiovasculaires (MCV), d'accidents vasculaires cérébraux et de cardiopathies ischémiques.⁸ Ces politiques contradictoires en apparence sont en réalité compatibles, à condition qu'il y ait une mise en œuvre complète de l'iodation universelle du sel et la mise en œuvre effective des politiques de réduction du sodium, y compris la reformulation et la capacité de contrôler et d'ajuster les concentrations d'iode dans le sel de table/cuisine en réponse à toute diminution de la consommation de sodium de la population.

Toutefois, les fabricants de produits alimentaires peuvent utiliser des aliments enrichis en micronutriments à des fins promotionnelles, ce qui peut contribuer à une consommation excessive de macronutriments, d'énergie et de sel/sodium, lorsque les aliments enrichis contiennent des niveaux élevés de sucres, de graisses et de sodium. L'enrichissement des aliments ne peut donc pas, à lui seul, se substituer aux actions politiques liées à l'alimentation et à la nutrition pour lutter contre les MNT, et les aliments enrichis devraient également être inclus dans les politiques de reformulation.

Exemples de politiques de reformulation

Éliminer les graisses trans produites industriellement de l'approvisionnement alimentaire

Les graisses trans produites industriellement sont des graisses insaturées partiellement hydrogénées qui résultent en grande partie de la transformation industrielle d'huiles insaturées afin de les durcir et d'augmenter leur durée de conservation. Les graisses trans produites industriellement sont fortement associées à un risque accru d'insuffisance coronaire (Chapitre 20 sur le cholestérol, les graisses et les graisses trans). L'élimination des graisses trans produites industriellement est faisable et réalisable et, au cours des 20 dernières années, les gouvernements ont utilisé avec succès des mesures obligatoires et volontaires pour encourager l'industrie à éliminer les graisses trans produites industriellement, afin de réduire la consommation de graisses trans des individus à <1 % de l'apport énergétique total, les graisses trans étant remplacées par des acides gras insaturés.⁹ L'OMS recommande aux pays d'introduire une limite nationale obligatoire de 2 g de graisses trans produites industriellement pour 100 g de graisses totales dans tous les aliments et une interdiction nationale obligatoire de la production ou de l'utilisation d'huiles partiellement hydrogénées en tant qu'ingrédient dans tous les aliments. Ces meilleures pratiques peuvent permettre d'éliminer de l'approvisionnement alimentaire la quasi-totalité des graisses trans produites industriellement.^{10,11,12}

En 2021, des politiques sur les bonnes pratiques en matière de graisses trans ont été mises en œuvre dans 40 pays (couvrant 1,4 milliard de personnes) et le seront aussi dans six pays supplémentaires (couvrant 1,7 milliard de personnes supplémentaires) au cours des deux prochaines années.¹³

REPLACE est un guide étape par étape de l'OMS pour l'élimination des acides gras trans d'origine industrielle de l'approvisionnement alimentaire mondial. Il prévoit six domaines d'action :

- Examiner les sources alimentaires de graisses trans produites par l'industrie et le paysage des changements politiques nécessaires.
- Promouvoir le remplacement des graisses produites industriellement par des graisses et des huiles plus saines.
- Légiférer ou adopter des mesures réglementaires pour éliminer les graisses trans produites industriellement.
- Évaluer et surveiller la consommation de graisses trans dans l'approvisionnement alimentaire et l'évolution de la consommation de graisses trans au sein de la population.
- Sensibiliser les décideurs, les producteurs, les fournisseurs et le public à l'impact négatif des graisses sur la santé.
- Veiller au respect des politiques et des règlements.

L'OMS a également élaboré un cadre technique et un ensemble de ressources de mise en œuvre en ligne¹⁴ ainsi qu'un protocole de laboratoire mondial pour mesurer la teneur en graisses trans des aliments.¹⁵ L'OMS fournit également un soutien technique aux pays afin d'accélérer l'élaboration, la mise en œuvre et l'application des meilleures pratiques, ainsi que le renforcement des capacités et la formation des laboratoires.

La reformulation pour réduire la quantité de sel/sodium dans les aliments transformés

La consommation excessive de sel/sodium augmente la pression artérielle et le risque de maladies cardiovasculaires et est à l'origine de 1,9 million de décès dans le monde en 2019 (IHME). L'OMS recommande de réduire la consommation de sodium à <2 g/jour (<5 g/jour de sel) chez les adultes. Une réduction de 30 % de la consommation moyenne de sel/sodium dans la population d'ici 2025 (par rapport à 2010) est un objectif mondial à atteindre d'ici 2030.

Dans de nombreux pays à revenu élevé, et de plus en plus dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une part importante du sel/sodium alimentaire provient d'aliments manufacturés tels que le pain, les viandes transformées, le fromage, les biscuits, les céréales pour le petit-déjeuner, les collations et les produits prêts à consommer. Pour réduire de manière rentable la consommation de sel/sodium par la population, il est donc possible de diminuer la teneur en sodium des produits alimentaires fréquemment consommés.¹⁶ De nombreux pays ont introduit des stratégies et des objectifs nationaux de reformulation pour réduire le sodium dans les aliments manufacturés.¹⁷ Les mesures adoptées, les produits alimentaires ciblés et les objectifs adoptés varient en fonction des aliments consommés et de la situation politique du pays. Cependant, l'un des éléments prioritaires d'un plan de reformulation réussi est la fixation par les pays de limites temporelles pour les niveaux de sel/sodium dans les aliments et les repas que l'industrie alimentaire doit mettre en œuvre. En 2021, l'OMS a publié les repères mondiaux de sodium pour diverses catégories d'aliments afin d'encourager les progrès dans la réduction de la teneur en sodium des aliments.

Au moins 17 pays ont signalé des réductions de la consommation de sel par la population depuis 2014, grâce à diverses interventions politiques visant à réduire la consommation de sel/sodium de leur population, y compris par la reformulation, 12 pays ayant signalé une réduction substantielle (>2 g/jour) ou modérée (1–2 g/jour).¹⁸

La reformulation pour réduire la teneur en sucre des aliments et des boissons

L'OMS recommande de limiter l'apport en sucres libres à <10 % de l'apport énergétique total, et suggère une réduction supplémentaire de l'apport en sucres libres à <5 % de l'apport énergétique total pour des avantages supplémentaires pour la santé (Chapitre 22). Un nombre croissant d'autorités nationales ont fixé des objectifs en matière de teneur en sucre dans différentes

catégories d'aliments et de boissons. Au Royaume-Uni, des rapports montrent des preuves de succès dans la réduction de la teneur en sucre de certains groupes d'aliments, notamment les céréales pour le petit-déjeuner, les yaourts et les glaces.¹⁹ Des études randomisées contrôlées chez les enfants suggèrent que les réductions de la teneur en sucre des boissons édulcorées au sucre sont associées à une diminution de l'apport énergétique total et à une réduction du poids corporel.²⁰ Le Chapitre 22 fournit plus de détails à ce sujet.

Il convient de garder à l'esprit que la réduction de la teneur en sucre des produits (par exemple, les boissons édulcorées au sucre) ne conduira à une réduction globale du sucre dans l'alimentation que si les ventes et la consommation des produits reformulés ne changent pas. Si les ventes de produits reformulés augmentent, la consommation de sucre risque d'augmenter. Par exemple, si les biscuits sont reformulés pour contenir moins de sucres, mais que davantage de biscuits sont vendus, ou si les individus consomment davantage d'autres produits (liquides ou solides) riches en sucre, la quantité totale de sucres alimentaires risque de ne pas diminuer, voire d'augmenter. D'autres politiques de soutien, telles que celles visant à restreindre la commercialisation et/ou la taxation des produits moins sains, peuvent servir de garde-fou.

La taxation a été utilisée pour soutenir la réduction de la quantité de sucre dans les aliments. Par exemple, à la suite de l'introduction d'une taxe sur les boissons gazeuses au Royaume-Uni, la proportion de boissons potentiellement taxables dont la teneur en sucre est supérieure au seuil d'imposition inférieur (5 g de sucre/100 ml) a diminué de 43,7 %, ce qui suggère que la taxe a incité les fabricants à reformuler leurs produits.²¹ Il est important de noter que tous les groupes socio-économiques sont susceptibles de bénéficier des avantages pour la santé liés à une réduction de la teneur en sucres de l'alimentation.

Surveillance

Il est important de suivre les progrès des programmes de reformulation pour démontrer leur impact et leur contribution aux efforts plus larges de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que pour encourager la poursuite et le renforcement de l'action. Des données sur les graisses, les sucres et les teneurs en sel/sodium des aliments sont nécessaires pour suivre les progrès réalisés. Elles peuvent être obtenues à partir des ventes, des enquêtes sur les apports alimentaires de la population, des enquêtes sur les niveaux déclarés dans les magasins et les restaurants (sur les étiquettes ou les menus) et de l'extraction des données nutritionnelles à partir des sites Web de vente au détail. Les informations nutritionnelles sur les produits sont particulièrement importantes.

Le contrôle a plus de chances d'être significatif s'il est effectué de manière indépendante. L'implication de la société civile (par exemple, les universités et les ONG) dans le suivi est un moyen d'encourager la transparence et de maintenir la pression sur l'industrie alimentaire. Les approches varient d'un pays à l'autre. Par exemple, au Royaume-Uni, Public Health England a fait état des progrès réalisés en matière de réduction des sucres en fonction de la catégorie

d'aliments, du secteur alimentaire, de l'entreprise et du produit, et a constaté des réductions de 13,3 % et de 12,9 % des niveaux de sucre dans les céréales pour le petit-déjeuner et le yaourt²³, mais aucun changement pour les confiseries. Le Brésil a également fait état de progrès dans la réduction du sodium au niveau des catégories d'aliments et des produits (réduction de 8 à 34 % de la teneur moyenne en sodium de plus de la moitié des catégories d'aliments).²²

L'évaluation de l'impact (par exemple, l'impact de la reformulation sur le régime alimentaire et les résultats en matière de santé) est importante et doit être prise en considération. L'impact de la réduction du sodium par la reformulation des aliments a été étudié directement et par le biais de méthodologies de modélisation dans des pays tels que le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Australie et le Brésil, par exemple, pour évaluer les changements dans la consommation de sodium, la pression artérielle, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires.^{23,24,25,26}

La diffusion de rapports décrivant les résultats de ce suivi et de cette évaluation est également importante. Le rapport d'étape de l'OMS sur l'élimination des graisses trans décrit les situations mondiales, régionales et nationales et les progrès réalisés au cours de l'année écoulée en ce qui concerne la reformulation des graisses trans dans les pays, et examine les défis et les possibilités d'action pour l'avenir. Le rapport est publié chaque année dans le cadre d'un compte à rebours pour l'objectif de 2023, à savoir l'élimination mondiale des graisses trans produites industriellement. L'OMS prévoit également de publier des rapports d'étape semestriels sur les progrès réalisés en matière de réduction du sodium à partir de 2022.¹³

Remarques

- 1 TFA Country Score Card. Global database on the implementation of nutrition actions (GINA). WHO, 2022.
- 2 Sodium Country Score Card. Global database on the implementation of nutrition actions (GINA). WHO, 2022.
- 3 Gressier M et al. What is the impact of food reformulation on individuals' behaviour, nutrient intakes and health status? A systematic review of empirical evidence. *Obes Rev* 2021;22:e13139.
- 4 WHO global sodium benchmarks for different food categories. WHO, 2021.
- 5 Bobowski N et al. A longitudinal comparison of two salt reduction strategies: acceptability of a low sodium food depends on the consumer. *Food Qual Prefer* 2015;40:270–78.
- 6 Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course. WHO, 2019.
- 7 Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. WHO, 2014.
- 8 Guideline: sodium intake for adults and children. WHO, 2012.
- 9 Guidelines on saturated fatty acid and trans-fatty acid intake in adults and children. WHO (under finalization).
- 10 Downs SM et al. The effectiveness of policies for reducing dietary trans fat: a systematic review of the evidence. *Bull WHO* 2013;91:262–69.

- 11 Hyseni L et al. Systematic review of dietary trans-fat reduction interventions. *Bull WHO* 2017;95:821–30.
- 12 Downs SM et al. The impact of policies to reduce trans fat consumption: a systematic review of the evidence. *Curr Dev Nutr* 2017;1(12):cdn.117.000778.
- 13 Countdown to 2023: WHO report on global trans-fat elimination. WHO, 2021.
- 14 REPLACE trans fat-free by 2023: an action package to eliminate industrially-produced trans-fat from the global food supply [website]. WHO, Geneva.
- 15 Global protocol for measuring fatty acid profiles of foods, with emphasis on monitoring trans-fatty acids originating from partially hydrogenated oils. WHO, 2020.
- 16 Van Vliet BN, Campbell NRC. Canadian hypertension education program. Efforts to reduce sodium intake in Canada: why, what, and when? *Can J Cardiol* 2011;27:437–45.
- 17 Rosewarne E et al. A global review of national strategies to reduce sodium levels in packaged foods. *Adv Nutr* 2022;13:1820–33.
- 18 Santos JA et al. A systematic review of salt reduction initiatives around the world: a midterm evaluation of progress towards the 2025 global non-communicable diseases salt reduction target. *Adv Nutr* 2021;12:1768–80.
- 19 Scarborough P et al. Impact of the announcement and implementation of the UK soft drinks industry levy on sugar content, price, product size and number of available soft drinks in the UK, 2015–19: a controlled interrupted time series analysis. *PLoS Med* 2020;17:e1003025.
- 20 Scientific Advisory Committee on Nutrition. Carbohydrates and health report. London TSO, 2015. <https://assets.publishing.service.gov.uk>.
- 21 Sugar reduction: report on progress between 2015 and 2019. Public Health England, 2020.
- 22 Nilson EAF et al. Sodium reduction in processed foods in Brazil: analysis of food categories and voluntary targets from 2011 to 2017. *Nutrients* 2017;9:742.
- 23 He FJ et al. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *J Hum Hypertens* 2014;28:345–52.
- 24 Pearson-Stuttard J et al. Estimating the health and economic effects of the proposed US Food and Drug Administration voluntary sodium reformulation: microsimulation cost-effectiveness analysis. *PLoS Med* 2018;15:e1002551.
- 25 Coyle D et al. Estimating the potential impact of Australia's reformulation programme on households' sodium purchases. *BMJ Nutr Prev Health* 2021;4:49–58.
- 26 Nilson EAF et al. Estimating the health and economic effects of the voluntary sodium reduction targets in Brazil: microsimulation analysis. *BMC Med* 2021;19:1–10.

24 **Étiquetage nutritionnel pour la prévention et la lutte contre les MNT**

*Katrin Engelhardt, Chizuru Nishida, Jenny Reid,
Bridget Kelly*

Les régimes alimentaires malsains sont l'une des principales causes de maladie et de mortalité et, en 2019, ils ont causé 7,9 millions de décès dans le monde.¹ L'environnement alimentaire joue un rôle essentiel dans l'élaboration des régimes alimentaires, notamment en ce qui concerne le type d'aliments et de boissons produits et transformés, la manière dont ils sont étiquetés, commercialisés et vendus, leur prix, ainsi que la manière dont ils sont consommés et l'endroit où ils sont consommés. L'environnement actuel de la vente au détail de produits alimentaires offre un choix sans précédent d'aliments emballés et non emballés. L'étiquetage nutritionnel fournit aux consommateurs des informations sur les propriétés nutritionnelles des aliments² et constitue un outil important pour guider les choix alimentaires sains et soutenir l'adoption de régimes alimentaires plus sains, qui contribuent à améliorer et à protéger la santé des personnes.^{3,4}

La Commission du Codex Alimentarius (Codex) est chargée de mettre en œuvre le programme conjoint FAO/OMS sur les normes alimentaires et de fournir des normes, des directives et des codes de pratique internationaux relatifs à l'alimentation, y compris des directives sur l'étiquetage nutritionnel. Les normes et directives du Codex servent de base à la législation nationale visant à protéger la santé des consommateurs et à garantir des pratiques loyales dans le commerce des denrées alimentaires. Elles sont, en outre, utilisées comme point de référence pour les accords commerciaux internationaux de l'Organisation mondiale du Commerce.

Ce chapitre met l'accent sur les éléments suivants de l'étiquetage nutritionnel : les listes d'ingrédients, les déclarations nutritionnelles et les informations nutritionnelles supplémentaires (qui comprennent l'étiquetage sur le devant des emballages). Ce chapitre décrit également les allégations nutritionnelles et de santé, qui sont utilisées pour promouvoir la vente, l'achat et la consommation de denrées alimentaires.

Liste des ingrédients

La liste des ingrédients est une exigence obligatoire en ce qui concerne l'étiquetage de tous les aliments préemballés (à l'exception des aliments à ingrédient

unique), comme décrit dans une norme générale du Codex. Tous les aliments préemballés doivent comporter une liste d'ingrédients, par ordre décroissant de poids.⁵ Par exemple, si le sucre figure en premier, c'est qu'il est le composant le plus important de l'aliment en termes de quantité au moment de sa fabrication. Il est important de noter qu'il existe différentes façons de définir les sucres. Les exigences générales en matière de dénomination et les autres détails des listes d'ingrédients sont définis par le Codex.

Déclarations nutritionnelles

Les déclarations nutritionnelles informent les consommateurs sur la teneur en énergie et en nutriments des aliments. Le Codex exige que la déclaration nutritionnelle apparaisse directement sur l'emballage (généralement à l'arrière ou sur le côté).² Les exigences réglementaires pour ces déclarations sont déterminées au niveau national ou régional. Les directives du Codex sur l'étiquetage nutritionnel stipulent que lorsqu'une déclaration nutritionnelle est appliquée, les déclarations suivantes devraient être obligatoires : valeur énergétique, protéines, glucides disponibles (à l'exclusion des fibres alimentaires), sucres totaux, graisses (y compris les graisses saturées) et sodium (ou sel). Les directives du Codex précisent également que la quantité de tout autre élément nutritif considéré comme important pour le maintien d'un bon état nutritionnel, conformément à la législation nationale ou aux directives diététiques, doit être déclarée. Certains aliments peuvent être exemptés de l'obligation d'afficher une déclaration nutritionnelle, par exemple en raison de leur insignifiance nutritionnelle ou diététique ou de leur faible taille (par exemple, les chewing-gums). Bien que les graisses trans ne soient pas un nutriment à inclure obligatoirement dans la liste des déclarations nutritionnelles, dans les pays où la consommation de graisses trans est un problème de santé publique, la déclaration des graisses trans devrait être envisagée.

Avant 2013, les graisses saturées, le sodium et les sucres totaux ne faisaient pas partie des nutriments dont la déclaration est obligatoire. Toutefois, dans le cadre des efforts déployés par le Codex pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé⁶ et pour faire face aux problèmes de santé publique croissants liés à l'obésité et aux maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation, le Codex a approuvé en 2013 l'inclusion des graisses saturées, du sodium et des sucres totaux comme éléments nutritifs à déclaration obligatoire dans les déclarations nutritionnelles. Le Codex a également élaboré des valeurs nutritionnelles de référence pertinentes pour la prévention des MNT (VNR-MNT) sur la base des directives de l'OMS.

Il est important de noter que si une denrée alimentaire fait l'objet d'une allégation nutritionnelle ou de santé (voir ci-dessous), par exemple une allégation selon laquelle une denrée alimentaire est pauvre ou riche en un nutriment particulier, la quantité du nutriment en question doit être déclarée.

Informations nutritionnelles complémentaires

Les informations nutritionnelles complémentaires ont pour but d'aider le consommateur à mieux comprendre la valeur nutritionnelle des aliments. Elles ne doivent pas être utilisées à la place de la déclaration nutritionnelle, sauf pour les populations cibles qui ont un taux d'analphabétisme élevé et/ou qui ont relativement peu de connaissances en matière de nutrition. L'étiquetage sur le devant des emballages est un exemple d'information nutritionnelle complémentaire et peut être volontaire ou obligatoire, conformément à la législation nationale.

Il existe deux types principaux de systèmes d'étiquetage sur le devant des emballages : les systèmes *interprétatifs* et les systèmes *non interprétatifs*. En outre, l'utilisation de l'étiquetage sur le devant des emballages varie considérablement d'une région à l'autre.

- Les systèmes interprétatifs fournissent des indications en un coup d'œil sur le caractère sain du produit. Ils peuvent fournir un indicateur sommaire du caractère sain ou malsain relatif de l'aliment (par exemple, des symboles, des figures ou un texte d'avertissement). Parmi les exemples, il est possible de citer le système Nutri-Score (par exemple en France)⁷ et le Health Star Rating System (par exemple en Australie et en Nouvelle-Zélande),⁸ ainsi que les multiples systèmes d'étiquetage par feux tricolores (par exemple au Royaume-Uni),⁹ qui fournissent une interprétation du nombre de nutriments différents dans l'aliment, et le système d'alerte (par exemple au Chili)¹⁰ qui fournit un indicateur des niveaux élevés de nutriments qui augmentent le risque de maladies non transmissibles liées à l'alimentation. En revanche, les logos d'approbation, tels que le trou de serrure vert (par exemple en Suède), fournissent un indicateur du caractère relativement sain d'un aliment, sans indiquer s'il est mauvais pour la santé.
- Les systèmes non interprétatifs, tels que les quantités journalières recommandées (GDA), communiquent le contenu nutritionnel sous forme de chiffres plutôt que de graphiques, de symboles ou de couleurs, ce qui permet aux consommateurs de juger par eux-mêmes du caractère sain des aliments.

Le choix du système d'étiquetage sur le devant des emballages dépend du contexte du pays. Certains pays créeront leur propre système, tandis que d'autres adopteront un système existant. Quel que soit le système utilisé, le système d'étiquetage sur le devant des emballages doit permettre des comparaisons appropriées entre les aliments et faciliter la compréhension par les consommateurs de la valeur nutritionnelle des aliments et leur choix d'aliments, conformément aux directives diététiques nationales ou à la politique de santé et de nutrition du pays ou de la région de mise en œuvre. Le Codex a publié des directives sur l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour aider les pays à développer des systèmes d'étiquetage sur le devant des emballages.²

Tableau 24.1 Exemples de conditions pour les allégations nutritionnelles¹⁷

Composant	Allégation	Condition
Graisse	Faible	3 g par 100 g (solides) ou 1,5 g par 100 ml (liquides)
	Sans	0,5 g par 100 g (solides) ou 0,5 g par 100 ml (liquides)
Sucres	Sans	0,5 g par 100 g (solides) ou 0,5 g par 100 ml (liquides)
Sodium	Faible	0,12 g par 100 g
	Très faible	0,04 g par 100 g
	Sans	0,005 g par 100 g

Le manuel de l'OMS sur les Principes directeurs et le cadre de l'étiquetage sur le devant des emballages¹¹ est un outil destiné à aider les pays à développer et à mettre en œuvre l'étiquetage sur le devant des emballages, soulignant l'importance de l'engagement multisectoriel et de l'application d'une approche collaborative au développement du système d'étiquetage sur le devant des emballages. Ils fournissent également des conseils sur la réalisation d'une analyse contextuelle, la définition des objectifs, du champ d'application et des principes du système d'étiquetage sur le devant des emballages, la sélection de la conception appropriée du système d'étiquetage sur le devant des emballages (y compris le format et le contenu), la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation.

Les informations nutritionnelles complémentaires figurant sur les étiquettes doivent être accompagnées de programmes d'éducation des consommateurs afin de les sensibiliser, et de les aider à comprendre et à utiliser efficacement les informations.

Allégations nutritionnelles et de santé

Les allégations nutritionnelles et de santé désignent toute représentation qui affirme, suggère ou implique qu'une denrée alimentaire possède des caractéristiques particulières liées à son origine, à ses propriétés nutritionnelles, à sa nature, à sa production, à sa transformation, à sa composition ou à toute autre qualité.¹² Les allégations peuvent être utilisées pour promouvoir la vente, l'achat et la consommation de denrées alimentaires. Parmi les exemples d'allégations nutritionnelles, il est possible de citer les produits à faible teneur ou exempts de matières grasses, de sucres ou de sodium. Toutes les allégations nutritionnelles et de santé doivent être étayées par un ensemble solide de preuves scientifiques. Les allégations *de santé* devraient être assorties de conditions d'éligibilité et/ou de conditions disqualifiantes. En outre, les allégations ne devraient pas porter sur des denrées alimentaires contenant des nutriments en quantités qui augmentent le risque de maladie ou de conditions défavorables liées à la santé. Le Codex a défini les termes « sans », « faible » ou « très faible » en ce qui concerne l'énergie, les graisses, les graisses saturées, le cholestérol, les sucres et le sodium.¹³ Certains exemples sont présentés dans le Tableau 24.1.

Des politiques devraient être mises en œuvre au niveau national ou régional, sur la base du Codex, pour réglementer l'utilisation des allégations

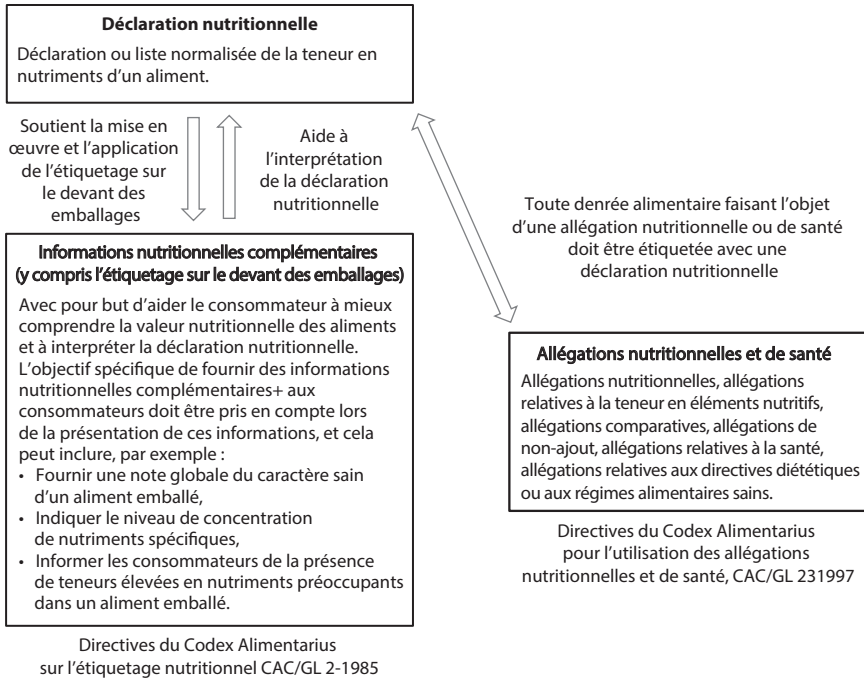


Figure 24.1 Intégration des déclarations nutritionnelles, des informations nutritionnelles complémentaires et des allégations nutritionnelles et de santé.

nutritionnelles et de santé afin d'éviter leur utilisation abusive et s'assurer que ces allégations fournissent des informations véridiques et non trompeuses, étayées par des preuves scientifiques.

Autre étiquetage nutritionnel pouvant aider à déterminer le caractère sain d'un aliment

Codes-barres sur les emballages d'aliments

La plupart des emballages d'aliments comportent des codes-barres, qui fournissent un code produit unique et constituent un outil important pour gérer la chaîne d'approvisionnement et la traçabilité des aliments et, le cas échéant, pour faciliter le rappel des lots contaminés d'un produit spécifique. L'utilisation de codes-barres sur les aliments a évolué et, lorsqu'ils sont disponibles, les consommateurs peuvent les scanner à l'aide de leur téléphone portable pour obtenir plus d'informations sur les produits alimentaires. Il peut s'agir de l'étiquetage nutritionnel complémentaire, de l'origine du produit et de son lieu de fabrication, ainsi que de l'empreinte carbone (pour sa production et son transport) dans certains cas.

Développer des politiques d'étiquetage nutritionnel

L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques d'étiquetage nutritionnel doivent être menés par le gouvernement et transparents. Les politiques d'étiquetage nutritionnel doivent avoir des objectifs clairs et des résultats mesurables. Bien que les détails de la politique d'étiquetage nutritionnel dépendent du contexte national, de nombreux pays ont adapté les dispositions d'étiquetage des textes du Codex, y compris les dispositions relatives à la déclaration nutritionnelle.

Les politiques d'étiquetage nutritionnel devront également tenir compte des réglementations et accords nationaux et régionaux pertinents et prendre en considération les besoins de la population en matière de nutrition et de santé. Les politiques nécessiteront une collaboration entre les départements/autorités gouvernementaux, y compris ceux de l'alimentation et des médicaments, des normes alimentaires, de la consommation, de la santé, du commerce et de l'économie.

Les étiquettes nutritionnelles décrites dans le présent chapitre ne sont pas destinées à être mises en œuvre indépendamment les unes des autres, mais plutôt de manière cohérente et intégrée (Figure 24.1).

La mise en œuvre de politiques d'étiquetage nutritionnel dans de nombreux pays indique leur faisabilité et leur priorité. Une étude récente des facteurs susceptibles d'influer sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques d'étiquetage nutritionnel a permis d'identifier les éléments qui soutiennent ou entravent l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance, l'évaluation et l'application de ces politiques.¹⁴ Les éléments favorables comprennent un leadership politique fort, des données probantes solides et indépendantes, une collaboration intersectorielle, des processus transparents et des essais pilotes de l'étiquetage sur le devant des emballages.^{15,16} Les obstacles comprennent les conflits d'intérêts, l'interférence de l'industrie et les difficultés à s'accorder sur le système optimal dans le pays concerné.¹⁷ Un certain nombre d'enquêtes indiquent que le public est favorable à des étiquettes claires et faciles à interpréter.¹⁷ L'industrie alimentaire préfère en général les systèmes numériques volontaires aux systèmes plus interprétatifs. Le Chapitre 56 sur le secteur privé décrit les défis plus larges liés à l'alignement de l'industrie des aliments et des boissons sur les politiques gouvernementales de promotion de la santé publique.

Efficacité de l'étiquetage nutritionnel

L'impact de l'étiquetage nutritionnel dépend des multiples facteurs du comportement nutritionnel et des décisions liées à l'alimentation, notamment le goût, le prix, la commodité, la marque, les préférences culturelles et/ou familiales. Ces facteurs, en plus des attributs de l'étiquette elle-même, y compris son contenu, son format et son contexte, influencent la mesure dans laquelle les informations figurant sur l'étiquette seront recherchées et utilisées par les consommateurs.

Les données disponibles sur l'impact de l'étiquetage nutritionnel proviennent principalement d'études qui ont évalué l'impact de certains éléments de conception et de contenu de l'étiquetage, susceptibles d'éclairer l'élaboration ou la révision des politiques d'étiquetage^{18,19,20,21} ou les performances de différents systèmes d'étiquetage sur le devant des emballages,^{22,23} plutôt que d'évaluations des politiques d'étiquetage nutritionnel en tant que telles. Toutefois, des évaluations politiques commencent à voir le jour, en particulier sur un large éventail de systèmes d'étiquetage sur le devant des emballages mis en œuvre à l'échelle nationale, comme en Australie²⁴ et au Chili.²⁵

L'étiquetage nutritionnel s'est avéré être un outil de mise en œuvre politique important pour améliorer la compréhension par les consommateurs du contenu nutritionnel et de la qualité de l'offre alimentaire, et pour guider les décisions en matière d'alimentation plus saine. Il est important que les décideurs reconnaissent que l'étiquetage nutritionnel n'est qu'un élément (certes important) d'une approche globale visant à promouvoir une alimentation saine.

Les auteurs reconnaissent avec gratitude les contributions précieuses et l'examen critique fournis par Philippa Hawthorne et Rebecca Doonan, du ministère de l'Industrie primaire du gouvernement de Nouvelle-Zélande.

Remarques

- 1 GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1223–49.
- 2 Codex Guidelines on Nutrition Labelling. CAC/GL 2-1985 (last revised in 2021).
- 3 Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. WHO, 2012.
- 4 Report of the commission on ending childhood obesity. WHO, 2016.
- 5 Codex Alimentarius. General Standard for the Labelling of Prepackaged Foods. FAO & WHO. CXS 1-1985 (revised in 2018).
- 6 Global strategy on diet, physical activity and health. WHO, 2004.
- 7 Ducrot P et al. Objective understanding of front-of-package nutrition labels among nutritionally at-risk individuals. *Nutrients* 2015;7:7106–25.
- 8 Department of Health, Australia. Health Star Rating System. <http://www.healthstarrating.gov.au/internet/healthstarrating/publishing.nsf/Content/Home>.
- 9 Guide to creating a front of pack (FoP) nutrition label for pre-packed products sold through retail outlets. Department of Health, 2016.
- 10 Colchero MA et al. The impacts on food purchases and tax revenues of a tax based on Chile's nutrient profiling model. *PLoS One* 2021;16:e026069.
- 11 Guiding principles and framework manual for front-of-pack labelling for promoting healthy diets. WHO, 2019.
- 12 Guidelines for Use of Nutrition and Health Claims. Nutrition and Health Claims, CAC/GL 23-1997 (revised in 2004, amended last in 2013).
- 13 Guidelines for Use of Nutrition and Health Claims, CAC/GL 23-1997.
- 14 Implementing nutrition labelling policies: a review of contextual factors. WHO, 2021.
- 15 Corvalan C et al. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean law of food labelling and advertising. *Obes Rev* 2013;14:79–87.

- 16 Edalti S et al. Development and implementation of nutrition labelling in Iran: a retrospective policy analysis. *Int J Health Plann Manage* 2020;35:e28–44.
- 17 Signal L et al. Front-of-pack nutrition labelling in New Zealand: an exploration of stakeholder views about research and implementation. *Health Promot J Aus* 2012;23:48–51.
- 18 Antúnez L et al. How do design features influence consumer attention when looking for nutritional information on food labels? Results from an eye-tracking study on pan bread labels. *Int J Food Sci Nutr* 2013;64:515–27.
- 19 Arrúa A et al. Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: comparison with the guideline daily amount and traffic-light systems. *Public Health Nutr* 2017;20:2308–17.
- 20 Feunekes GJ et al. Front-of-pack nutrition labelling: testing effectiveness of different nutrition labelling formats front-of-pack in four European countries. *Appetite* 2008;50:57–70.
- 21 Tórtora G et al. Influence of nutritional warnings and other label features on consumers' choice: results from an eye-tracking study. *Food Res Int* 2019;119:605–11.
- 22 Croker H et al. Front of pack nutritional labelling schemes: a systematic review and meta-analysis of recent evidence relating to objectively measured consumption and purchasing. *J Hum Nutr Diet* 2020;33:518–37.
- 23 Ares G et al. Comparative performance of three interpretative front-of-pack nutrition labelling schemes: insights for policy making. *Food Qual Prefer* 2018:215–25.
- 24 Health Star Rating system (2020). Formal review of the system after five years of implementation (June 2014 to June 2019). <http://www.healthstarrating.gov.au/internet/healthstarrating/publishing.nsf/Content/formal-review-of-the-system-after-five-years>.
- 25 Taillie L et al. Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study. *Lancet Planet Health* 2021;5:e526–33.

25 L'inactivité physique et les maladies non transmissibles

Charge de morbidité,
épidémiologie et interventions prioritaires

Estelle Victoria Lambert, Fiona Bull

L'activité physique régulière améliore la santé physique et mentale.^{1,2} En ce qui concerne les maladies non transmissibles, l'activité physique est associée à des risques moindres de maladies cardiovasculaires (MCV), à un certain nombre de cancers (dont celui du sein et du côlon), au diabète, ainsi qu'au maintien d'un poids sain.³ Outre les avantages liés à la santé, l'activité physique offre une série d'avantages sociaux et économiques supplémentaires et contribue donc à la réalisation d'un grand nombre d'objectifs de développement durable.⁴

ENCADRÉ 25.1 DÉFINITIONS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DES EXPRESSIONS CONNEXES¹

Activité physique Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et entraînant une dépense d'énergie. Elle peut s'inscrire dans le cadre du travail, des tâches ménagères, du transport ou des loisirs, y compris l'exercice ou les activités sportives.

Inactivité physique Fait référence à la participation à de faibles niveaux d'activité physique et plus particulièrement à des niveaux qui ne satisfont pas aux directives de l'OMS. L'expression « inactivité physique » est utilisée à la place de celle d'activité physique insuffisante.

Exercice Activité physique planifiée et structurée effectuée pendant le temps libre dans le but principal d'améliorer ou de maintenir la condition physique, la performance physique ou la santé.

Condition physique Mesure de la capacité du corps à fonctionner de manière efficace et efficiente dans le cadre d'activités professionnelles et de loisirs, y compris, par exemple, la force musculaire et la capacité cardio-respiratoire.

Comportement sédentaire Tout comportement en éveil entraînant une très faible dépense d'énergie en position assise, allongée ou couchée, par exemple la plupart des travaux de bureau, la conduite d'une voiture et le fait de regarder la télévision.

L'activité physique peut être d'**intensité légère**, comme la marche lente (pas d'augmentation substantielle du rythme cardiaque ou respiratoire), d'**intensité modérée**, comme la marche rapide (le rythme cardiaque augmente, mais il est encore possible de parler) ou d'**intensité vigoureuse**, comme la course (une conversation n'est plus envisageable).

Équivalent métabolique d'une tâche (MET), ou simplement équivalent métabolique - une mesure physiologique exprimant l'intensité des activités physiques. Un MET est l'équivalent énergétique dépensé par un individu assis au repos. Les activités physiques d'intensité légère, modérée et vigoureuse correspondent respectivement à une activité physique de 1,5 à 3, de 3 à 6 et de plus de 6 MET.

Niveaux d'activité physique recommandés

Le Tableau 25.1 présente les niveaux d'activité physique recommandés par l'OMS pour les enfants et les adolescents, les adultes et les personnes âgées, ainsi que pour les femmes enceintes et les femmes en post-partum, sans oublier les personnes souffrant de maladies chroniques et de handicap.

Des directives sur les niveaux recommandés de mouvement, de sédentarité et de sommeil pour les enfants de moins de cinq ans sont également disponibles.⁵

Données aux niveaux mondial et national

À l'échelle mondiale, un adulte sur quatre et quatre adolescents sur cinq ne satisfont pas aux recommandations mondiales de l'OMS en matière d'activité physique pour la santé.^{6,7} Cela se traduit par 1,4 milliard d'adultes ne bénéficiant pas d'une amélioration de leur santé grâce à une activité physique régulière suffisante et il est particulièrement inquiétant de constater que les niveaux mondiaux d'activité physique insuffisante (ou « faible ») déclarés par les intéressés n'ont guère évolué depuis 2001 (28,5 %).⁸

Les niveaux d'inactivité physique varient considérablement d'un pays à l'autre (par exemple, 5,5 % en Ouganda, 67,0 % au Koweït) et d'une catégorie de revenu à l'autre selon les critères de la Banque mondiale. En 2016, la prévalence de l'inactivité physique était plus de deux fois plus élevée dans les pays à revenu élevé (PRE) (36,8 %) que dans les pays à revenu faible (PRF) (16,2 %). Dans tous les groupes de revenus, les femmes étaient moins actives que les hommes.⁶

Tableau 25.1 Recommandations de l'OMS sur l'activité physique des enfants, des adolescents et des adultes²³

Groupe de population	Niveaux d'activité physique suffisante et recommandations connexes
Enfants et adolescents de 5 à 17 ans.	<p>Au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique d'intensité modérée ou vigoureuse, principalement d'aérobie, réparties sur la semaine.</p> <p>Des activités d'aérobie d'intensité vigoureuse, ainsi que celles qui renforcent les muscles et les os, devraient être intégrées au moins 3 jours par semaine.</p>
Adultes de 18 à 64 ans.	<p>Pour des bénéfices substantiels pour la santé, il est recommandé de pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité modérée ; ou ≥ 75 à 150 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité vigoureuse ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et vigoureuse réparties sur la semaine.</p> <p>Des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure, impliquant tous les principaux groupes musculaires, doivent être pratiquées au moins 2 jours par semaine, car elles apportent des bénéfices supplémentaires pour la santé.</p> <p>Les adultes peuvent augmenter leur activité physique d'aérobie d'intensité modérée à plus de 300 minutes ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité vigoureuse ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et vigoureuse réparties sur la semaine pour obtenir des bénéfices supplémentaires pour la santé.</p>
Adultes de 65 ans et plus.	<p>Au moins 150 à 300 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité modérée ; ou ≥ 75 à 150 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité vigoureuse ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et vigoureuse réparties sur la semaine pour obtenir des bénéfices supplémentaires pour la santé.</p> <p>Des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure, impliquant tous les principaux groupes musculaires, doivent être pratiquées au moins 2 jours par semaine, car elles apportent des bénéfices supplémentaires pour la santé.</p> <p>Une activité physique variée et multicomposante mettant l'accent sur l'équilibre fonctionnel et l'entraînement en force d'intensité modérée ou supérieure doit être pratiquée au moins 3 jours par semaine pour améliorer la capacité fonctionnelle et prévenir les chutes.</p> <p>Les adultes peuvent augmenter leur activité physique d'aérobie d'intensité modérée à plus de 300 minutes ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité physique d'aérobie d'intensité vigoureuse ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et vigoureuse réparties sur la semaine pour obtenir des bénéfices supplémentaires pour la santé.</p>

Les niveaux d'activité physique diminuent avec le développement socio-économique et les modèles changeants d'urbanisation, y compris les loisirs, le transport et la profession.⁹ Cependant, ces relations ne sont pas

Tableau 25.2 Mortalité attribuable à une faible activité physique (IHME)

	Mondial		PRE		PRI, tranche supérieure		PRI, tranche inférieure		PRF	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	1,0	1,5	2,3	1,9	1,0	1,8	0,5	1,2	0,2	0,3
Taux de mortalité (pour 100 000 habitants)	15	11	15	8	15	13	15	14	9	9

simples. Les différences de niveau d'activité physique s'expliquent également par d'importantes inégalités dans les possibilités d'activité physique. Par exemple, les filles, les femmes, les personnes âgées, les personnes à faible statut socio-économique, les personnes handicapées et atteintes de maladies chroniques, et les populations marginalisées, ont souvent moins accès à des espaces et des lieux sûrs, accessibles, abordables et appropriés pour pratiquer une activité physique.¹⁰

Charge de morbidité

La proportion de l'ensemble des décès attribuables à l'inactivité physique a augmenté au cours des 30 dernières années dans tous les groupes de la Banque mondiale, à l'exception des pays à revenu élevé, bien que les taux de mortalité normalisés selon l'âge aient diminué au cours de la même période, en particulier dans les pays à revenu élevé (Tableau 25.2, IHME). En 2019, l'IHME a estimé que parmi tous les décès dus à une faible activité physique, 77 % étaient imputables aux maladies cardiovasculaires, 15 % au diabète sucré et 8 % au cancer. Comme pour tous les facteurs de risque modifiables, le risque attribuable dépend des seuils définis pour les niveaux optimaux d'un facteur de risque et de la forme de la relation entre un facteur de risque (c'est-à-dire l'activité physique) et les résultats (par exemple, si la relation entre l'activité physique et les résultats de santé est linéaire ou présente un plateau).¹¹ Globalement, 3 à 5 millions de décès pourraient être évités chaque année dans le monde en réduisant les niveaux d'inactivité physique.^{12,13}

Impact socio-économique

D'après les estimations, l'inactivité physique a coûté aux systèmes de santé internationaux (INT\$) 53,8 milliards de dollars dans le monde en 2013 (31,2 milliards de dollars ont été payés par le secteur public, 12,9 milliards de dollars par le secteur privé et 9,7 milliards de dollars par les ménages).¹⁴ Les estimations des pays à revenu élevé et des pays à revenu faible et intermédiaire indiquent

qu'entre 1 % et 3 % des dépenses nationales de santé sont imputables à l'inactivité physique.¹⁵ Ces chiffres sont toutefois considérés comme sous-estimés, car ils n'incluent pas les coûts imputables aux lésions musculo-squelettiques, aux chutes, à la dépression, à l'anxiété et à d'autres affections. Ces coûts sont répartis de manière inégale et disproportionnée dans le monde : les pays à revenu élevé supportent une part plus importante de la charge économique, tandis que les pays à revenu faible et intermédiaire supportent une part plus importante de la charge de morbidité.

Recommandations au niveau de la population

Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique 2018–2030 (GAPPA)⁸ fixent l'objectif mondial d'une réduction relative de 15 % de la prévalence de l'inactivité physique chez les adultes et les adolescents à l'horizon 2030 (par rapport à la situation de référence de 2010). Le GAPPA propose 20 actions politiques recommandées, pertinentes pour tous les pays et alignées sur les meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS (voir Encadré 25.2 et Chapitre 34 sur les meilleurs choix et les interventions recommandées de l'OMS).

Pour mettre en œuvre ces actions, des approches intégrées de l'ensemble du système sont nécessaires, avec l'engagement et le partenariat entre les gouvernements (santé, transport, éducation, sports, information et communication, jeunesse, urbanisme, environnement, tourisme, finances et travail, y compris les dirigeants municipaux et les autorités locales [Chapitre 53]) ainsi que le secteur privé et la société civile (y compris les médias, les organismes professionnels, les ONG et les communautés elles-mêmes). Un exemple d'approche intégrée de l'ensemble du système est représenté par les mesures structurelles prises par de nombreux pays pour améliorer la mobilité active (par exemple, en établissant des réseaux de pistes cyclables hautement connectés et des programmes dans les villes)^{16,17,18} qui ont été accélérées dans le cadre de la riposte à la COVID-19.¹⁹

Étant donné la diversité des façons d'être physiquement actif dans différents contextes, les réponses nationales doivent tenir compte du large éventail de facteurs qui facilitent ou entravent l'activité physique. Certains concernent davantage l'individu (par exemple, les connaissances, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et les préférences personnelles), tandis que d'autres sont des questions socioécologiques plus larges (par exemple, les normes et valeurs socioculturelles, les traditions, ainsi que l'environnement économique et physique). Les chapitres 17 et 37 fournissent de plus amples détails sur les déterminants sociaux des MNT et de la santé tout au long de la vie.

ENCADRÉ 25.2 PLAN D'ACTION MONDIAL DE L'OMS POUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018-2030

Objectif 1. Créer des sociétés actives – en renforçant les connaissances et la compréhension, ainsi que l'appréciation, des multiples bienfaits de l'activité physique régulière dans la société.

Quatre actions politiques sont axées sur la mise en œuvre de campagnes nationales d'éducation du public et de changement de comportement, ainsi que sur l'organisation d'événements de participation de masse visant à accroître la connaissance et l'expérience des multiples bienfaits de l'activité physique régulière, tout en offrant un accès gratuit à des événements communautaires pour encourager la participation.

Objectif 2. Créer des environnements actifs – en instaurant et en maintenant des environnements qui favorisent et garantissent l'accès à des lieux sûrs et des espaces propices à une activité physique régulière.

Cinq actions politiques sont axées sur l'amélioration de l'accès aux opportunités et aux environnements propices à l'activité physique. Cela inclut la mise en place d'infrastructures sûres et bien entretenues pour la marche et le vélo, ainsi que d'autres accès aux installations récréatives et sportives et aux espaces publics ouverts, et le renforcement ou la conception de réglementations pour les rues, les installations publiques (telles que les écoles) afin d'améliorer l'accès à pied et à vélo.

Objectif 3. Créer des personnes actives – en créant et en promouvant l'accès aux opportunités et aux programmes, dans divers environnements, pour aider les individus, les familles et les communautés à adopter une activité physique régulière.

Six actions politiques sont axées sur l'amélioration de l'accès à des opportunités appropriées et abordables pour l'activité physique grâce à des programmes et des services communautaires dans divers environnements, qui sont culturellement adaptés pour les personnes de tous âges et capacités.

Objectif 4. Créer un système actif – en créant et en renforçant le leadership, la gouvernance, les partenariats multisectoriels, les capacités de la main-d'œuvre, le plaidoyer et les systèmes d'information à travers les secteurs.

Cinq actions politiques sont axées sur le renforcement du leadership national, de la politique et de la gouvernance, de l'investissement et du plaidoyer. Ces actions soutiennent les trois autres objectifs stratégiques et

comprennent l'élaboration d'une politique nationale, de plans d'action, de directives et de systèmes de surveillance de l'activité physique, ainsi que la coordination nationale et infranationale et l'engagement multisectoriel. Il est également recommandé d'améliorer la recherche et l'évaluation, le plaidoyer et les systèmes de données afin de soutenir une mise en œuvre coordonnée et efficace des politiques.

Interventions au niveau individuel

L'évaluation et l'accompagnement en matière d'activité physique, ainsi que le soutien au changement de comportement par le biais d'une intervention brève et de systèmes d'orientation, le cas échéant, sont recommandés dans le cadre des services de soins de santé primaires de routine et également recommandés dans le Compendium de l'OMS sur la CSU.²⁰ L'évaluation et le suivi systématiques de l'activité physique, ainsi que le renforcement des bénéfices directs pour l'état de santé des patients, combinés à des techniques d'entretien motivationnel, sont efficaces et soutenus par des organisations telles que l'American Heart Association.²¹ Les interventions basées sur les soins primaires qui ciblent l'activité physique seule, ou en combinaison avec des interventions sur d'autres facteurs de risque modifiables tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et les régimes alimentaires malsains, peuvent être efficaces, y compris pour des conseils brefs, en particulier lorsqu'elles sont associées à des opportunités et à un soutien communautaires.²²

Surveillance

La prévalence de l'inactivité physique chez les adultes et les adolescents (âgés de 11 à 17 ans) est utilisée pour suivre les progrès réalisés aux niveaux mondial et national en vue d'atteindre l'objectif de 2030 en matière d'activité physique. Il n'existe actuellement pas d'indicateurs pour les enfants âgés de moins de 11 ans en raison de l'absence d'un consensus mondial sur les instruments de mesure autodéclarés ou objectifs ou sur les seuils.

Le questionnaire mondial sur l'activité physique, qui fait partie des enquêtes STEPS, recueille des informations dans trois contextes (travail, déplacements et loisirs). Cependant, dans la mesure où les instruments d'auto-évaluation des comportements sont sujets à des biais (par exemple, la mémoire, la désirabilité sociale), de nouvelles approches complémentaires plus objectives sont nécessaires. La technologie des capteurs (par exemple, les podomètres ou les accéléromètres) est de plus en plus utilisée et pourrait fournir des données plus fiables à l'avenir. Les questions plus générales relatives à la surveillance sont décrites plus en détail dans les chapitres 4 et 5.

La surveillance mondiale de la mise en œuvre par les pays des politiques décrites dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et dans le GAPP est assurée dans les rapports de suivi

des progrès réalisés par les pays de l'OMS et dans les rapports de situation mondiaux sur l'activité physique.²³

Remarques

- 1 Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO, 2020.
- 2 Paluch ES et al. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. *Lancet Public Health* 2022;7:e219–28.
- 3 Bull F et al. Physical activity for the prevention of cardiometabolic disease. In Prabhakaran D et al. (eds.), *Cardiovascular, respiratory, and related disorders*, 3rd ed. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2017.
- 4 International Society for Physical Activity and Health. *The Bangkok declaration on physical activity for global health and sustainable development*. Bangkok, Thailand, 2016.
- 5 Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. WHO, 2019.
- 6 Guthold R et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Global Health* 2018;6:e1077–86.
- 7 Guthold R et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health* 2000;4:23–35.
- 8 Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. WHO, 2018.
- 9 Sallis J et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet* 2016;388:1325–36.
- 10 Global status report on noncommunicable diseases. WHO, 2014.
- 11 Mielke GI et al. Shifting the physical inactivity curve worldwide by closing the gender gap. *Sports Med* 2018;48:481–89.
- 12 Bull FC et al. Physical inactivity. In Ezzati M et al. (eds.), *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. WHO, 2004, pp. 729–81.
- 13 Lee IM et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380:219–29.
- 14 Ding D et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016;388:1311–24.
- 15 Cecchini M, Bull F. Promoting physical inactivity. In McDaid D et al. (eds.), *The economic case for public health action*. WHO, 2015, pp. 101–34.
- 16 Bike lanes: how cities across the world are responding to the pandemic. *El País*, 6 November 2021.
- 17 Urban design, transport, and health. *Lancet* series with four articles and four comments. *Lancet Global Health*, June 2022.
- 18 Global Observatory of Healthy and Sustainable Cities. <https://www.healthysustainablecities.org/>.
- 19 Jáuregui A et al. Scaling up urban infrastructure for physical activity in the COVID-19 pandemic and beyond. *Lancet* 2021;398:370–72.
- 20 WHO Universal Health Care Compendium. <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>.
- 21 Lane-Cordova et al. Supporting physical activity in patients and populations during life events and transitions: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2022;145:e117–28.
- 22 Kettle VE et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;376:e068465.
- 23 Global status report on physical activity. WHO, 2022.

26 La consommation nocive d'alcool et les maladies non transmissibles

Charge de morbidité,
épidémiologie et interventions prioritaires

*Pascal Bovet, Nick Banatvala, Nicolas Bertholet,
Maristela G Monteiro*

La consommation nocive d'alcool est à l'origine d'une mortalité et d'une morbidité importantes à l'échelle mondiale, notamment par le biais des maladies non transmissibles. En outre, la consommation nocive d'alcool représente un fardeau socio-économique important. Un certain nombre d'interventions, dont les meilleurs choix de l'OMS, visent à réduire la consommation d'alcool tant au niveau de la population dans son ensemble qu'au niveau individuel.

Charge de morbidité

La consommation d'alcool était à la base de 4,31 % de l'ensemble des décès dans le monde en 2019 (contre 3,5 % en 1990), avec des tendances proportionnelles à la hausse dans les pays à revenu faible et intermédiaire, à partir de niveaux plus bas, mais une tendance à la baisse dans les pays à revenu élevé (PRE), à partir de niveaux plus élevés (Tableau 26.1). Alors que la proportion de l'ensemble des décès dus à l'alcool est la plus faible dans les PRF, les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants attribuables à la consommation d'alcool sont les plus élevés. Cela indique qu'en dépit d'une proportion relativement plus faible de décès par rapport à d'autres facteurs de risque, les niveaux absolus restent très élevés. La réduction des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'alcool suit la tendance générale à la baisse des taux de mortalité globaux dans tous les groupes de revenus de la Banque mondiale entre 1990 et 2019.

La consommation d'alcool a été à l'origine d'environ 3,7 % de toutes les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) dans le monde en 2019 et est classée au premier rang chez les hommes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans (IHME). La charge de morbidité imputable à l'alcool est systématiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, ce qui correspond à une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Parmi tous les décès liés à la consommation d'alcool en 2019 (IHME), 31 % étaient attribuables à des maladies digestives, 20 % à des cancers, 18 % à des maladies cardiovasculaires (MCV), 12 % à des infections respiratoires et à la tuberculose, 7 % à des troubles liés à la consommation de substances, 6 % à des

Tableau 26.1 Mortalité attribuable à la consommation d'alcool (IHME)

	<i>Mondial</i>		<i>PRE</i>		<i>PRI, tranche supérieure</i>		<i>PRI, tranche inférieure</i>		<i>PRF</i>	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion de l'ensemble des décès (%)	3,5	4,3	5,7	5,1	4,6	5,2	2,0	3,4	2,1	3,0
Taux de mortalité (pour 100 000 habitants)	39	30	40	27	42	31	29	28	62	42

automutilations et à des violences interpersonnelles, 3 % à des blessures non intentionnelles et 3 % à des blessures liées au transport.

Tendances de la consommation d'alcool

Ces dernières années, la consommation mondiale d'alcool (en termes « d'alcool pur » ou d'éthanol) par habitant (parmi les personnes âgées de ≥ 15 ans) et par an a augmenté, par ex. de 5,9 litres d'éthanol en 1990 à 6,5 litres en 2017, avec une prévision à la hausse à 7,6 litres en 2030.¹ La consommation moyenne d'alcool par habitant a considérablement augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire (par rapport à des niveaux plus bas), mais a diminué dans les pays à revenu élevé (par rapport à des niveaux plus élevés, par exemple, actuellement >10 litres par habitant et par an chez les hommes dans de nombreux pays). Il convient de noter qu'une grande partie de la consommation totale d'alcool de la population résulte de la forte consommation d'alcool par des proportions relativement faibles de la population (par exemple, 50 à 75 % de l'alcool total vendu est consommé par la petite proportion des plus gros buveurs dans les pays de l'OCDE),^{2,3} avec des proportions importantes d'abstinents, en particulier chez les femmes, et avec des modes de consommation différents selon les pays et les normes culturelles. L'OMS fournit des rapports réguliers sur la consommation.⁴

La consommation substantielle d'alcool provient de produits alcoolisés non enregistrés qui ne sont pas pris en compte par les systèmes gouvernementaux officiels et/ou les études de marché. Il s'agit notamment de produits fabriqués de manière informelle (fermentés, distillés, production d'alcool à petite échelle), d'alcool illicite passé en contrebande à travers les frontières ou produit illégalement pour éviter les taxes et les droits de douane, ou de produits à base d'éthanol qui ne sont pas officiellement destinés à la consommation humaine (rince-bouche, alcoolature, liquide lave-glace, désinfectant pour les mains, alcool pharmaceutique, antigel, liquides de nettoyage, entre autres). L'éthanol contenu dans toutes les boissons alcoolisées, commerciales ou non, est l'ingrédient responsable de la plupart des dommages causés par les produits alcoolisés. Cependant, l'alcool non enregistré peut également contenir des contaminants tels que le méthanol et des

métaux lourds qui sont nocifs. Par exemple, le méthanol peut entraîner la cécité et la mort, même à des doses relativement faibles.

Impact social et économique

Outre son impact direct sur de nombreux problèmes de santé (comme mentionné ci-dessus),⁵ la consommation d'alcool a également un impact socio-économique négatif important sur les individus, les familles et les communautés, notamment la violence domestique et sexuelle, les homicides, la victimisation, les comportements à risque et l'activité criminelle.⁶ Les coûts économiques liés à la consommation d'alcool ont été estimés à 249 milliards de dollars aux États-Unis en 2010, par exemple, soit environ 2,05 dollars par verre, dont les trois quarts sont dus à une consommation épisodique importante.⁷

Unité standard d'une boisson alcoolisée

Les différentes boissons alcoolisées ont des concentrations différentes « d'alcool pur » (c'est-à-dire d'éthanol), allant généralement de 3 à 8 % de titre alcoométrique volumique (TAV) pour les bières, de 11 à 14 % de TAV pour les vins et de 40 à 55 % de TAV pour les spiritueux. La teneur en alcool d'une boisson standard est définie différemment selon les pays, par exemple 8 g (10 ml) d'alcool pur au Royaume-Uni et 14 grammes (18 ml) aux États-Unis, mais 10 g (13 ml) dans de nombreux autres pays. Une unité d'alcool standard de 10 g correspond approximativement à un verre de vin de 100 ml (à 12 % de TAV), à une bouteille/canette de bière de 333 ml (à 5 % de TAV) ou à un verre de spiritueux de 44 ml (à 40 % de TAV).

Forte consommation épisodique d'alcool

L'OMS définit la forte consommation épisodique d'alcool comme la consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur en au moins 1 occasion au cours des 30 derniers jours. Cela équivaut à environ un sixième d'une bouteille de spiritueux à 40 % de TAV, un peu moins de deux tiers d'une bouteille de vin de 750 ml à 13 % de TAV ou 2,5 litres d'une bière à 5 % de TAV. Dans le monde, près d'un milliard de buveurs sont des buveurs épisodiques excessifs.⁴

Alcool, maladies cardiovasculaires et seuil

À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool est une cause importante de maladies cardiovasculaires (par exemple, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension). Une forte consommation épisodique d'alcool augmente également le risque d'arythmie cardiaque, y compris de mort subite. Les effets d'une faible consommation d'alcool associée à

une baisse de la mortalité due aux cardiopathies ischémiques dans de nombreuses études d'observation font l'objet de nombreux débats dans la littérature scientifique.^{8,9} La possibilité d'un effet de confusion est renforcée par l'observation qu'aucune protection cardiovasculaire n'a été trouvée dans les études de randomisation mendélienne sans biais (une approche qui aide à comprendre la relation entre les expositions et les résultats, en particulier lorsque des essais contrôlés randomisés ne sont pas réalisables).^{10,11} Il convient de noter que l'association entre la consommation d'alcool et de nombreux résultats liés à l'alcool (par exemple, les maladies du foie, plusieurs cancers, les blessures) est linéairement associée à la consommation d'alcool, ce qui souligne qu'il n'y a pas de seuil de sécurité pour la consommation d'alcool.¹²

Interventions efficaces pour réduire la consommation d'alcool et la charge de morbidité liée aux MNT

Plusieurs interventions rentables visant à réduire la consommation d'alcool au sein de la population sont recommandées dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire la consommation nocive d'alcool, l'initiative SAFER de l'OMS et le nouveau Plan d'action mondial de l'OMS contre l'alcoolisme. Elles sont toutes liées à la réglementation et au contrôle de la disponibilité de l'alcool (physique, sociale et économique). Les analyses effectuées dans les pays de l'OCDE montrent que les gains en matière de santé peuvent être particulièrement importants pour les augmentations de taxes et les interventions brèves en soins primaires ciblant les buveurs à haut risque.²

Consommation dangereuse ou nocive. La consommation dangereuse (ou consommation à risque) fait référence à la consommation d'alcool vue sous l'angle des facteurs de risque (indépendamment de tout dommage actuel, mais avec le potentiel de causer des dommages à soi-même et aux autres), tandis que la consommation nocive et la dépendance font référence à des états de santé dont les codes diagnostiques relèvent des « troubles liés à la consommation d'alcool » dans divers systèmes de classification diagnostique (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM, Classification internationale des maladies - CIM). Au niveau individuel, les risques liés aux troubles inhérents à la consommation d'alcool sont généralement classés comme faibles, modérés ou élevés en fonction des niveaux de consommation, des dommages signalés et du rôle de la consommation d'alcool dans la vie de la personne.¹³ L'OMS définit plus largement la consommation nocive d'alcool (tant dans la stratégie mondiale visant à réduire la consommation nocive d'alcool que dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles) comme « une consommation d'alcool qui a des conséquences sanitaires et sociales néfastes pour le buveur, son entourage et la société dans son ensemble, ainsi que des modes de consommation d'alcool qui sont associés à un risque accru d'effets néfastes sur la santé ». Les interventions au niveau de la population

visent d'abord à réduire la consommation globale d'alcool, tandis que les interventions au niveau individuel visent également à identifier et à gérer la réduction des risques et les troubles liés à la consommation d'alcool.

Interventions recommandées par l'OMS (* indique une intervention de l'OMS de type « meilleur choix ») :

- Augmenter les droits d'accises sur les boissons alcoolisées.* Cela nécessite un système efficace d'administration fiscale et devrait être associé à des efforts visant à prévenir l'évasion et la fraude fiscales.
- Promulguer et appliquer des interdictions ou des restrictions globales sur la commercialisation de l'alcool. * Cela nécessite la capacité de mettre en œuvre et d'appliquer les réglementations et la législation.
- Adopter et appliquer des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail (en réduisant les heures de vente).* Dans ce cadre, les contrôles formels sur la vente doivent être complétés par des actions portant sur l'alcool illicite ou produit de manière informelle.
- Promulguer et faire appliquer des lois sur la conduite en état d'ébriété et dépister les taux d'alcool par le biais de contrôles aléatoires de la sobriété.
- Fournir une brève intervention psychosociale aux personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse et nocive (nécessite des prestataires formés à tous les niveaux des soins de santé).
- Procéder à des révisions régulières des prix en fonction du niveau d'inflation.
- Fixer des prix unitaires minimaux pour l'alcool, le cas échéant.
- Adopter et faire respecter un âge minimal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et réduire la densité des points de vente au détail.
- Restreindre ou interdire les promotions de boissons alcoolisées dans le cadre de parrainages et d'activités ciblant les jeunes.
- Assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool et des affections concomitantes dans les services sociaux et de santé.
- Fournir aux consommateurs des informations sur les boissons alcoolisées et les étiqueter de manière à indiquer les dommages liés à l'alcool.

Le **module SAFER**, lancé par l'OMS en 2018, promeut les éléments suivants :

Renforcer les restrictions sur la disponibilité de l'alcool

Adopter et appliquer des restrictions à la disponibilité commerciale ou publique de l'alcool par le biais de lois, de politiques et de programmes visant à réduire la consommation nocive d'alcool, en particulier pour empêcher les jeunes et d'autres groupes vulnérables et à haut risque d'avoir facilement accès à l'alcool.

Faire progresser et appliquer les mesures de lutte contre l'alcool au volant

Promulguer et faire appliquer des lois strictes sur l'alcool au volant et des taux d'alcool peu élevés, par le biais de points de contrôle de la sobriété et de contrôles aléatoires de l'alcoolémie.

Faciliter l'accès au dépistage, aux interventions brèves et au traitement

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour aider les individus à réduire ou à arrêter leur consommation d'alcool afin de diminuer les risques pour la santé, et les services de santé devraient proposer des interventions efficaces aux personnes qui ont besoin d'aide et à leur famille.

Appliquer des interdictions ou des restrictions globales à la publicité, au parrainage et à la promotion de l'alcool

L'interdiction ou la restriction globale de la publicité, du parrainage et de la promotion de l'alcool sont des mesures efficaces et rentables, notamment en réduisant l'exposition sur les réseaux sociaux, en particulier pour protéger les enfants, les adolescents et les abstinents de la pression exercée sur eux pour qu'ils commencent à consommer de l'alcool.

Augmenter les prix de l'alcool par le biais de taxes d'accise et de politiques de prix

Les politiques de taxation et de fixation des prix de l'alcool figurent parmi les mesures de contrôle de l'alcool les plus efficaces et les plus rentables. L'augmentation des droits d'accise sur les boissons alcoolisées est une mesure qui a fait ses preuves pour réduire la consommation nocive d'alcool, et elle fournit aux gouvernements des recettes pour compenser les coûts économiques de la consommation nocive d'alcool.

Éléments particuliers à prendre en considération en ce qui concerne la réduction de la consommation d'alcool au sein de la population

Le fait qu'une consommation faible et peu fréquente d'alcool n'entraîne pas nécessairement une augmentation significative des dommages pour les adultes ajoute au défi d'encourager les législateurs et les décideurs à s'attaquer à la consommation nocive d'alcool. Toutefois, les arguments en faveur de l'élaboration et de l'application d'une politique de santé publique peuvent être renforcés en soulignant l'importance de la protection des mineurs, de la protection des personnes contre les dommages causés par les buveurs, de l'impact économique négatif de la consommation d'alcool sur les gouvernements¹⁴ et d'autres mesures réglementaires visant à mieux contrôler le marché de l'alcool,

dans la mesure où l'alcool n'est pas une marchandise ordinaire (par exemple, la nature addictive de l'alcool pour de nombreux consommateurs et les conséquences sanitaires et sociales importantes de la consommation nocive d'alcool).

L'industrie de l'alcool s'oppose farouchement à l'adoption de mesures fiscales et réglementaires strictes pour lutter contre la consommation nocive d'alcool. Il est donc important que l'industrie de l'alcool ne soit pas impliquée dans l'élaboration de la politique de santé publique et que des coalitions solides de parties prenantes soient constituées pour lutter contre l'ingérence de l'industrie de l'alcool. Les gouvernements peuvent également mettre en place des processus consultatifs transparents d'élaboration et d'approbation des politiques qui permettent de séparer les intérêts commerciaux des intérêts de santé publique. Une collaboration intersectorielle permettrait également d'équilibrer ces intérêts.

Les chapitres de cet ouvrage consacrés à la législation, aux mesures fiscales, au secteur privé, aux partenariats public-privé, à l'action pangouvernementale et à l'intensification des changements de comportement décrivent ces questions plus en détail.

Surveillance

La consommation d'alcool au sein de la population peut être évaluée de différentes manières, notamment par des enquêtes de population (par exemple, les enquêtes STEPS et d'autres enquêtes similaires auprès des adultes ; l'enquête GSHS et d'autres enquêtes similaires auprès des adolescents ; voir le Chapitre 5 sur les outils de surveillance) qui permettent d'estimer, sur la base de questions, la prévalence des abstinentes, des buveurs, des anciens buveurs, le mode de consommation d'alcool (par exemple la fréquence des occasions épisodiques de forte consommation) et les troubles liés à la consommation d'alcool. Les enquêtes électroniques ou téléphoniques peuvent également être utiles. Les estimations peuvent être présentées en fonction de différentes variables socio-économiques. Dans la mesure où les enquêtes reposent sur des données autodéclarées, les estimations peuvent ne pas être fiables (la quantité est particulièrement sous-estimée), y compris dans les pays où la consommation d'alcool n'est pas tolérée socialement ou est interdite par la loi. La consommation annuelle d'alcool par habitant (APC) est considérée comme l'indicateur le plus exact et le plus précis de l'exposition à l'alcool au sein de la population, mais elle peut s'avérer parfois difficile à calculer à partir d'enquêtes sur la population. L'APC comprend la consommation enregistrée et non enregistrée, corrigée de la consommation touristique, en utilisant plusieurs sources, y compris les données sur les ventes fournies par les gouvernements et les opérateurs économiques.

Objectifs et indicateurs mondiaux pertinents pour la lutte contre l'alcoolisme

D'ici 2030, au moins 20 % de réduction relative (par rapport à 2010) de la consommation nocive d'alcool.	<ul style="list-style-type: none"> • La consommation totale d'alcool par habitant est définie comme la consommation totale estimée (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans et plus) au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique. • Prévalence normalisée selon l'âge de la forte consommation épisodique d'alcool. • Décès attribuables à l'alcool normalisés selon l'âge. • AVCI attribuables à l'alcool, normalisés selon l'âge.
--	---

Un certain nombre d'objectifs supplémentaires sont formulés en relation avec la mise en œuvre d'options et d'interventions politiques à fort impact.¹⁵

Les auteurs remercient chaleureusement Dag Rekke de l'OMS à Genève pour ses précieuses contributions et sa relecture critique.

Remarques

- 1 Manthey J et al. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet* 2019;393:2493–502.
- 2 Sassi F et al. Health and economic impacts of key alcohol policy action. In *Tackling harmful alcohol use economics and public health policy*, F Sassi (ed.), OECD, 2015.
- 3 Watts M. America's heaviest drinkers consume almost 60% of all alcohol sold. *Newsweek*, 24 July 2020.
- 4 Global status report on alcohol and health 2018, WHO.
- 5 Rehm J et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction* 2017;112:968–1001.
- 6 Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health* 2011;34:135–43.
- 7 Excessive drinking is draining the U.S. Economy, CDC. <https://www.cdc.gov/alcohol/features/excessive-drinking.html>.
- 8 Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012;107:1246–60.
- 9 Wood AM et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513–23.
- 10 Rosoff DB et al. Evaluating the relationship between alcohol consumption, tobacco use, and cardiovascular disease: a multivariable Mendelian randomization study. *PLoS Med* 2020;17:e1003410.
- 11 Biddinger KJ et al. Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Network Open* 2022;5:e223849.
- 12 GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet* 2018;392:1015–35.
- 13 Saitz R. Unhealthy alcohol use. *NEJM* 2005;352:596–607.
- 14 Parry IWH et al. Fiscal and externality rationales for alcohol taxes. Resources for the Future. Washington, 2016.
- 15 Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. WHO Executive Board, 2022.

27 Pollution atmosphérique et maladies non transmissibles

Charge de morbidité,
épidémiologie et interventions prioritaires

*Julia Fussell, Sophie Gummy, Hualiang Lin,
Mala Rao*

Le Plan d'action mondial de l'OMS souligne l'importance de la pollution de l'air extérieur et domestique dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. En 2018, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a classé la pollution de l'air au cinquième rang des facteurs de risque des maladies non transmissibles. La pollution atmosphérique est responsable de plus de cinq millions de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles chaque année,¹ au même titre que le tabagisme. L'amélioration de la qualité de l'air permet non seulement de réduire la charge des maladies non transmissibles, mais aussi de soutenir une série d'objectifs plus larges en matière de santé et de développement.

ENCADRÉ 27.1 POLLUTION DE L'AIR ET CHANGEMENT CLIMATIQUE : TERMES COURAMMENT UTILISÉS

Pollution de l'air extérieur (ou ambiant) : mélange de particules et de gaz dont le type et la quantité varient en fonction du lieu en raison des sources, de la densité démographique, de la topographie et des conditions météorologiques. Les particules, l'ozone troposphérique (O₃), le dioxyde d'azote (NO₂), le dioxyde de soufre (SO₂) et le monoxyde de carbone (CO) sont les polluants atmosphériques les plus étudiés pour leurs effets sur la santé.

Pollution de l'air domestique : mélange de particules et de gaz irritants libérés par la combustion inefficace de combustibles (bois, charbon de bois, kérosène) dans les maisons pour la cuisine, l'éclairage et le chauffage.

Particules : décrites comme PM₁₀, PM_{2,5} et PM_{0,1} (ou ultrafines) avec des tailles de particules de <10, <2,5 et <0,1 µm de diamètre respectivement.

Les sources inhérentes aux activités humaines comprennent les émissions des véhicules à moteur, des centrales thermiques alimentées au charbon, des activités industrielles et des activités intérieures impliquant la combustion. Les sources naturelles comprennent les tempêtes de poussière dans les déserts, les feux incontrôlés et les éruptions volcaniques. Plus les particules sont petites, plus elles (et leurs composants chimiques décrits ci-dessous) pénètrent profondément dans les poumons (et dans la circulation sanguine et d'autres organes), et plus elles sont dangereuses pour la santé.

O₃ : contrairement à l'ozone stratosphérique naturel, qui protège contre le rayonnement ultraviolet du soleil, l'ozone troposphérique se forme lorsque la lumière du soleil réagit avec les oxydes d'azote et les composés organiques volatils. L'exposition à l'ozone réduit la fonction pulmonaire, provoque des symptômes respiratoires et aggrave les maladies pulmonaires.

NO₂ : émis par la combustion de combustibles fossiles (pétrole, gaz et charbon). L'exposition au NO₂ peut aggraver ou même contribuer au développement de maladies pulmonaires.

SO₂ : principalement émis par la combustion de combustibles fossiles contenant du soufre. Le SO₂ irrite la muqueuse du nez, de la gorge et des voies respiratoires et peut rendre la respiration difficile.

Monoxyde de carbone (CO) : produit lorsque les combustibles tels que le gaz, le pétrole, le charbon et le bois ne brûlent pas complètement. L'exposition à des concentrations dans des espaces fermés (par exemple des maisons mal ventilées) peut être fatale.

Dioxyde de carbone (CO₂) : un important gaz qui retient la chaleur (gaz à effet de serre) et qui est libéré par la combustion des carburants.

Polluants climatiques à courte durée de vie : ils comprennent le carbone noir, le méthane, l'ozone troposphérique et les hydrofluorocarbures. Ils restent dans l'atmosphère pendant une période beaucoup plus courte que le CO₂, mais leur potentiel de réchauffement de l'atmosphère peut être plusieurs fois supérieur.

Directives de l'OMS sur la qualité de l'air (DQA) : il s'agit de recommandations à l'intention des autorités nationales, régionales et municipales pour protéger la santé publique en réduisant la pollution atmosphérique. Élaborées en 1987 et mises à jour en 2021, elles comprennent des niveaux recommandés et des objectifs intermédiaires pour les PM₁₀ et PM_{2,5}, O₃, NO₂, SO₂ et CO.¹

Tableau 27.1 Mortalité attribuable à la pollution atmosphérique (IHME)

	Mondial		PRE		Tranche supérieure PRI		Tranche inférieure PRI		PRF	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
Proportion (%) de l'ensemble des décès dus à :										
Pollution atmosphérique globale	13,9	11,8	6,3	3,3	16,9	12,5	15,1	15,0	13,8	13,9
Particules ambiantes	4,4	7,3	5,6	3,0	6,1	9,9	3,3	8,3	0,9	2,5
Pollution de l'air domestique due aux combustibles solides	9,3	4,1	0,4	0,1	10,4	2,2	11,7	6,2	12,8	11,3
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) dus à :										
Pollution atmosphérique globale	156	86	42	15	188	79	228	146	287	189
Particules ambiantes	53	53	47	14	68	62	54	81	22	37
Pollution de l'air domestique due aux combustibles solides	100	30	3,0	0,3	115	14	171	59	264	149

Charge de morbidité

La charge de morbidité imputable à la pollution atmosphérique est inégale dans le monde, ce qui met en évidence les disparités en matière d'exposition et de mesures prises pour lutter contre la pollution atmosphérique.² Toutefois, à l'heure actuelle, aucun pays ne fait état de niveaux nationaux moyens de particules_{2,5} inférieurs à ceux recommandés par l'OMS ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$).³ Bien que la qualité de l'air se soit améliorée dans de nombreux pays à revenu élevé (PRE) au cours des dernières décennies, dans l'ensemble, les progrès ont été plus lents dans les pays à revenu faible et intermédiaire en raison de l'urbanisation à grande échelle, du développement économique et d'une riposte insuffisante à la pollution atmosphérique. La mondialisation de la production et de la circulation des marchandises contribue également à l'augmentation des émissions et à l'affaiblissement des normes de qualité de l'air dans les pays à revenu faible et intermédiaire par rapport aux PRE.^{4,5} Certaines études mettent en évidence un lien entre les inégalités environnementales et sociales au sein des pays et entre eux, les zones présentant une mauvaise qualité de l'air étant également caractérisées par la défavorisation sociale, en général.⁶ Au Royaume-Uni, la pollution de l'air est élevée dans les villes, et en particulier dans les zones proches des grands couloirs de transport, qui sont associées à une surreprésentation des résidents défavorisés sur le plan socio-économique et des minorités ethniques.⁷

En 2019, 11,8 % des décès dans le monde (6,7 millions) étaient imputables à la pollution de l'air (Tableau 27.1, données de l'IHME), les taux les plus élevés

étant observés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, les taux de mortalité normalisés selon l'âge, attribuables à la pollution atmosphérique ont diminué au cours des 30 dernières années dans toutes les régions, ce qui reflète en partie les progrès réalisés dans les mesures de santé publique visant à réduire les émissions de particules. La mortalité due à la pollution de l'air est principalement attribuable aux particules ambiantes et à la pollution de l'air domestique dans les pays à revenu faible. En outre, 365 000 décès ont été attribués à l'ozone en 2019 au niveau mondial.

En 2019, la mortalité due à la pollution de l'air ambiant et domestique était attribuable aux maladies cardiovasculaires (55 %), aux maladies respiratoires chroniques (17 %), aux infections respiratoires et à la tuberculose (12 %), au cancer (6 %), aux troubles maternels et néonataux (6 %) et au diabète (4 %) (IHME). Cela correspond à environ 40 % de l'ensemble des décès dus aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), à 26 % des accidents vasculaires cérébraux et à environ 20 % de l'ensemble des décès dus au diabète, aux cardiopathies ischémiques et au cancer du poumon.⁸ Bien que la plupart de ces décès soient dus à une exposition à long terme à la pollution atmosphérique, une exposition à court terme sur quelques jours ou semaines peut déclencher des exacerbations (et des décès) dus à l'asthme, aux BPCO et à des crises cardiaques.^{9,10} Les effets néfastes de la pollution atmosphérique peuvent être observés à de très faibles concentrations, sans seuil observable en dessous duquel l'exposition peut être considérée comme sans danger.¹¹

Impact économique

Les décès prématurés dus à la pollution atmosphérique ont coûté à l'économie mondiale environ 225 milliards de dollars en perte de revenus du travail et plus de 5 000 milliards de dollars en pertes de bien-être en 2013.¹² Ce dernier chiffre correspond à peu près au PIB de l'Inde, du Canada et du Mexique combinés pour la même année.

Interventions de santé publique

Les interventions visant à réduire la pollution atmosphérique sont efficaces au niveau sectoriel, au niveau des ménages et au niveau individuel. Des directives, des recommandations politiques et des outils pour créer des environnements plus sains et améliorer la santé (y compris la pollution de l'air et les maladies non transmissibles) sont disponibles.¹³

Interventions sectorielles

La lutte contre la pollution atmosphérique nécessite des actions dans de nombreux secteurs (Encadré 27.2).^{14,15}

ENCADRÉ 27.2 EXEMPLES D'INTERVENTIONS SECTORIELLES VISANT À RÉDUIRE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Énergie et industrie

- Utilisation de carburants à faibles émissions.
- Utilisation de sources renouvelables sans combustion (par exemple, solaire, éolienne, hydroélectrique, géothermique) et de technologies plus propres pour réduire les émissions de cheminée.
- Améliorer la gestion des déchets urbains et agricoles (par exemple, capter le méthane comme alternative à l'incinération pour l'utiliser comme biogaz).
- Renforcer le contrôle des émissions pour la combustion des déchets lorsque l'incinération est inévitable.

Transport et urbanisme¹⁶

- Promouvoir et encourager des transports urbains propres, efficaces et étendus (bus et trains), des systèmes de covoiturage et des zones à faibles émissions, ainsi que de meilleurs environnements pour la marche et le vélo (qui, avec la réduction du bruit, ont des effets bénéfiques sur la prévention des maladies non transmissibles).
- Transition vers des véhicules routiers privés, publics et commerciaux à faibles émissions (c'est-à-dire électricité, hydrogène), avec un approvisionnement en énergie durable.
- Améliorer la planification pour optimiser les espaces verts et veiller à ce que les nouvelles constructions : (i) soient proches des commodités essentielles afin de réduire les déplacements motorisés ; et (ii) tiennent compte des sources de pollution atmosphérique, en particulier celles (par exemple, les crèches, les écoles, les établissements de soins) destinées aux populations vulnérables.
- Réduire les émissions des bâtiments en intégrant des mesures d'efficacité énergétique (par exemple, l'isolation, les pompes à chaleur) et encourager les méthodes et les matériaux de construction qui ont des niveaux d'émissions plus faibles.
- Surveiller les concentrations de polluants atmosphériques afin de fermer/interdire le trafic lorsque les niveaux sont élevés.

Alimentation et agriculture¹⁷

- Interdire la combustion à l'air libre des résidus agricoles.
- Réduire l'utilisation d'engrais minéraux.
- Améliorer la gestion du fumier.

- Encourager l'abandon des régimes alimentaires à base d'animaux, qui contribuent à une mauvaise qualité de l'air en raison des émissions de polluants atmosphériques provenant du fumier, de l'utilisation d'engrais et du labourage des terres lors de la culture des produits – principalement le maïs, le foin et le soja – dont se nourrissent les animaux.¹⁸

Décourager l'utilisation du pétrole et des produits pétroliers

- Utiliser des mesures fiscales, telles que l'imposition.
- Campagnes d'éducation.

Secteur de la santé

- Assurer le leadership en étant exemplaire dans les domaines ci-dessus.
- Sensibiliser le public et plaider en faveur d'une action de la part d'autres secteurs.

Interventions au niveau des ménages

Les mesures visant à réduire la pollution de l'air au niveau des ménages sont les suivantes :

- Accès à des combustibles abordables et moins polluants (par exemple, le gaz de pétrole liquéfié [GPL] et les énergies renouvelables) et à des technologies (par exemple, des poêles améliorés) pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage.
- Installation de cheminées ou d'autres modifications de ventilation (par exemple, l'ouverture des fenêtres).
- Déplacement de la cheminée de cuisine traditionnelle vers une autre qui est bien ventilée, ce qui signifie généralement à l'extérieur.
- Motiver les changements de comportement (par exemple, éloigner les enfants de la zone de cuisson, aérer fréquemment la maison, porter plus de vêtements pour réduire le chauffage intérieur).

Interventions au niveau individuel

Les réductions d'émissions nécessitent également des changements de comportement individuel (en veillant à ce que la politique publique fournisse le soutien nécessaire pour que la responsabilité de la réduction des émissions ne soit pas entièrement transférée à l'individu), tels que la décision d'utiliser les transports publics et les déplacements actifs plutôt que les véhicules motorisés privés, ainsi que les activités de restauration et de loisir. Les interventions personnelles visant à atténuer les effets de la pollution atmosphérique comprennent :¹⁹

- Utilisation d'applications fournissant des informations en temps réel sur la qualité de l'air avant de se rendre au travail ou à l'école.
- Emprunter des rues moins polluées pour marcher ou faire du vélo, se déplacer avant ou après les heures de pointe.

L'efficacité des systèmes de filtration de l'air intérieur et des masques filtrants n'est pas prouvée.

Changement climatique

Il existe des relations et des interactions complexes entre la pollution atmosphérique, le changement climatique et la santé humaine.^{20,21} La combustion de combustibles fossiles est non seulement une cause majeure d'émissions de CO₂, le principal facteur de réchauffement de la planète, mais aussi de PM_{2,5}, d'oxydes d'azote, de composés organiques volatils, de CO et de SO₂, qui affectent tous le climat et la qualité de l'air et contribuent à des maladies cardiorespiratoires chroniques. L'augmentation du rayonnement ultraviolet ambiant est également à l'origine du cancer de la peau.

Les stratégies visant à réduire les polluants atmosphériques contribuent donc à atténuer le réchauffement de la planète. Par rapport aux effets à long terme des gaz à effet de serre (CO₂, NO₂, méthane et ozone), qui ont une longue durée de vie dans l'atmosphère, les particules ont une courte durée de vie, de sorte que leur réduction peut entraîner des améliorations rapides de la qualité de l'air. Bon nombre des interventions décrites ci-dessus pour la lutte contre la pollution atmosphérique sont importantes pour lutter contre les effets du changement climatique sur la santé publique.

Le changement climatique lui-même peut nuire à la qualité de l'air de plusieurs manières. Par conséquent, les politiques et les stratégies de gestion visant à lutter contre la pollution atmosphérique doivent tenir compte du fait que la hausse des températures rend plus difficile la réalisation des objectifs de réduction de certains polluants atmosphériques. Des politiques bien conçues en matière de changement climatique dans des secteurs tels que l'énergie, les transports, l'agriculture, l'aménagement du territoire, la sylviculture, et la construction offrent des opportunités satisfaisantes pour l'ensemble des parties en vue de l'atténuation du changement climatique, de l'amélioration de la qualité de l'air et de la réduction des MNT.^{22,23} L'importance de la collaboration intersectorielle est décrite plus en détail dans le Chapitre 53 sur l'action pangouvernementale.

Partenariats et initiatives mondiaux et régionaux

Quelques exemples :

- La convention sur la pollution atmosphérique transfrontalière à longue distance : elle comprend plus de 50 parties (pays) qui collaborent pour définir des mesures spécifiques visant à réduire les émissions.

- La Coalition pour le climat et l'air pur (CCAC) : un partenariat volontaire de gouvernements, d'organisations intergouvernementales, d'entreprises, d'institutions scientifiques et d'organisations de la société civile qui s'engagent à améliorer la qualité de l'air et à protéger le climat en réduisant les polluants climatiques à courte durée de vie.
- La campagne « Breathe Life » (respire la vie) : un réseau d'agences du système de l'ONU et de villes, régions et pays qui sert de plate-forme pour partager les meilleures pratiques, accélérer les solutions et informer les individus sur les liens entre la pollution de l'air, la santé et le changement climatique.
- La Health and Energy Platform of Action (plate-forme pour l'action en matière de santé et d'énergie) : elle est constituée de l'OMS, du Programme des Nations unies pour le développement, du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, de la Banque mondiale, de l'Agence internationale pour les énergies renouvelables et d'un certain nombre d'autres parties prenantes, et vise à renforcer la coopération entre les secteurs de la santé et de l'énergie.
- C40 (un réseau de maires qui met l'accent sur les mesures actives de lutte contre le changement climatique) et ICLEI (un réseau mondial de gouvernements locaux et régionaux qui promeut le développement durable).

Surveillance

La surveillance des concentrations et de l'exposition à la pollution atmosphérique (et de ses principales sources) est importante pour promouvoir les actions décrites ci-dessus et contrôler l'impact des interventions.

Des exemples d'indicateurs pertinents pour les ODD sont présentés ci-dessous.

<i>Indicateur de l'ODD</i>	<i>Mesure</i>
3.9.1. Taux de mortalité attribué à la pollution domestique et ambiante.	Décès attribuables aux particules pour cinq maladies spécifiques : BPCO, cancer du poumon, cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral et infections aiguës des voies respiratoires inférieures.
7.1.2. Proportion de la population qui utilise principalement des combustibles et des technologies propres pour cuisiner.	Estimations modélisées basées sur des données d'enquêtes auprès des ménages et de recensement.
11.6.2. Niveaux moyens annuels de particules dans les villes (pondérés en fonction de la population).	Estimations modélisées basées sur des mesures au sol et des données satellitaires.

Remarques

- 1 WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO, 2021.
- 2 Landrigan PJ et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet* 2018;391:462–512.

- 3 How does your air measure up against the WHO air quality guidelines? A state of global air special analysis. Boston, MA: Health Effects Institute, 2022.
- 4 Zhang Q et al. Transboundary health impacts of transported global air pollution and international trade. *Nature* 2017;543:705–709.
- 5 Stafoggia M et al. Long-term exposure to low ambient air pollution concentrations and mortality among 28 million people: results from seven large European cohorts within the ELAPSE project. *Lancet Planet Health* 2022;6:e9–18.
- 6 Hajat A, Hsia C, O'Neill MS. Socioeconomic disparities and air pollution exposure: a global review. *Curr Environ Health Rep* 2015;2:440–50.
- 7 Fecht D et al. Associations between air pollution and socioeconomic characteristics, ethnicity and age profile of neighbourhoods in England and the Netherlands. *Environmental Pollution*. 2015;198:201–10.
- 8 State of Global Air 2020. A global report card on air pollution exposures and their impacts on human health. Boston, MA: Health Effects Institute, 2020.
- 9 Thurston GD et al. A joint ERS/ATS policy statement: what constitutes an adverse health effect of air pollution? An analytical framework. *Eur Respir J* 2017;49:1600419.
- 10 Chen R et al. Hourly air pollutants and acute coronary syndrome onset in 1.29 million patients. *Circulation* 2022;145:1749–60.
- 11 Brunekreef B et al. Mortality and morbidity effects of long-term exposure to low-level PM_{2.5}, black carbon, NO₂ and O₃: an analysis of European cohorts – elapse project: effects of low-level air pollution. Research report 208. Health Effects Institute, Boston, 2021.
- 12 *The cost of air pollution: strengthening the economic case for action*. Washington, DC: The World Bank, 2016.
- 13 Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment - 2022 update. WHO, 2022.
- 14 Kaufman JD et al. Guidance to reduce the cardiovascular burden of ambient air pollutants: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2020;142:e432–47.
- 15 WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments. WHO, 2020.
- 16 Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook. WHO, 2020.
- 17 Measures to address air pollution from agricultural sources. International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), 2017.
- 18 Domingo NGG et al. Air quality–related health damages of food. *Proc Natl Acad Sci* 2021;118:e2013637118.
- 19 Personal interventions and risk communication on air pollution. WHO, 2020.
- 20 Air pollution and climate change. Two sides of the same coin. United Nations Environmental Programme, 2019.
- 21 Friel S et al. Climate change, noncommunicable diseases, and development: the relationships and common policy opportunities *Ann Rev Public Health* 2011;32:133–47.
- 22 Human health, global environmental change and transformative action: the case for health co-benefits. Institute for Advanced Sustainability Studies, Potsdam, Germany, 2018.
- 23 Air pollution and climate change – links between greenhouse gases climate change and air quality. Institute for Advanced Sustainability Studies, Potsdam, Germany, 2022.

28 Maladies infectieuses et maladies non transmissibles

*Nick Banatvala, Emily B Wong, Giuseppe Troisi,
Antoine Flahault*

Ce chapitre décrit la relation entre les MNT et les maladies infectieuses. Les maladies infectieuses entraînent un fardeau important de maladies non transmissibles, et inversement, les personnes atteintes de maladies non transmissibles peuvent être plus exposées au risque d'infection. Il est donc, dans une certaine mesure, assez artificiel de classer les maladies comme non transmissibles ou transmissibles, car nous savons désormais que de nombreuses maladies non transmissibles sont partiellement ou même entièrement causées par des bactéries, des virus ou d'autres micro-organismes transmissibles. Il est important que les interventions de santé publique pour la lutte contre les MNT et les maladies infectieuses soient intégrées dans le cadre de la couverture sanitaire universelle afin de maximiser l'efficacité et l'efficacités des ressources.

Épidémiologie

Au niveau mondial, la proportion globale de la charge de morbidité imputable aux maladies infectieuses a été estimée à environ 8 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), et les estimations de cette charge sont susceptibles d'augmenter au fur et à mesure que les données utilisables pour la quantification se multiplient.¹ Il existe des variations géographiques notables de cette charge qui sont dues à des différences dans les taux de maladies infectieuses spécifiques et les résultats des MNT connexes (par exemple, les taux de MNT normalisés selon l'âge attribuables à une infection sont les plus élevés en Océanie et en Afrique subsaharienne centrale et les plus bas en Australie et en Nouvelle-Zélande). L'Encadré 28.1 présente des exemples d'agents infectieux à l'origine de maladies non transmissibles ou qui y sont associés.

ENCADRÉ 28.1 EXEMPLES D'AGENTS INFECTIEUX À L'ORIGINE DE MNT OU QUI Y SONT ASSOCIÉS

Les virus

- Le virus coxsackie et les oreillons : diabète.
- Le cytomégalo­virus : athérosclérose et cardiopathie ischémique.
- Le virus d'Epstein-Barr : Lymphome de Burkitt, cancer du nasopharynx.
- Le virus de l'hépatite B et C : cancer du foie (et cirrhose du foie).
- Le virus de l'herpès : sarcome de Kaposi, cancer du col utérin.
- Le virus du papillome humain (VPH) : cancers du col utérin, du larynx, du pénis, de la vulve et de l'anus.
- Le virus T-lymphotrope humain de type 1 (HTLV-1) : leucémie à cellules T de l'adulte.

Les champignons

- *Aspergillus* : asthme.

Les bactéries

- Altérations de la diversité du microbiote (« microbiote dysbiotique ») : obésité, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires, cancer.
- *Chlamydia trachomatis* : athérosclérose et cardiopathie ischémique.
- *Helicobacter pylori* : cancer gastrique.
- *Streptococcus pyogenes* (groupe A) : maladie cardiaque rhumatismale.

Les protozoaires (une cellule avec un noyau)

- *Trypanosoma cruzi* : Cardiopathie de Chagas (trypanosomiase américaine).
- Vers plats, par exemple, le *Schistosoma haematobium* : cancer de la vessie.

Bien que le VIH ne soit pas lui-même à l'origine du cancer, l'infection par le VIH rend les patients vulnérables au développement de tumeurs malignes, en particulier celles transmises par des virus oncogènes. Les estimations suggèrent que les maladies infectieuses sont responsables d'une proportion significativement plus importante des cas de cancer que de nombreux facteurs de risque tels que le tabagisme, l'alcool et une alimentation malsaine combinés.²

De plus en plus, les variations de la composition du microbiote (c'est-à-dire les quelque 100 000 milliards de micro-organismes vivant dans l'organisme, principalement des bactéries dans l'intestin) et du microbiome (leurs génomes)

sont également associées à l'obésité, au diabète, aux troubles immunologiques, aux cancers et aux maladies cardiovasculaires.^{3,4} La charge de morbidité des MNT attribuable à des causes infectieuses risque donc d'augmenter encore si l'on comprend mieux le rôle du microbiote dans la pathogenèse des maladies non transmissibles.

L'influence des déterminants sociaux sur les taux de nombreuses maladies infectieuses [par exemple le VIH, la tuberculose (TB), le virus du papillome humain, les infections par l'hépatite virale] est bien décrite.⁵ La lutte contre les déterminants sous-jacents des maladies infectieuses est donc également un élément important de la lutte contre les MNT (Chapitre 17 sur les déterminants sociaux des MNT).

Déterminants et mécanismes des conséquences d'une infection sur les maladies non transmissibles⁶

Les conséquences d'une infection sur les maladies non transmissibles sont déterminées par une interaction entre l'agent infectieux (type d'infection, dose infectieuse, souche impliquée et virulence de l'agent infectieux), l'hôte (âge, sexe, génétique, réponse immunitaire et état nutritionnel) et l'environnement (tabagisme, pollution de l'air, etc.). Les mécanismes comprennent l'inflammation, l'hypersensibilité et l'auto-immunité, ainsi que la transformation cellulaire (avec des mécanismes de carcinogenèse infectieuse comprenant l'activation d'oncogènes), la perte de la capacité de suppression des tumeurs, la métaplasie épithéliale et l'immunosuppression. Le VIH a été associé à un risque accru de MCV, en partie parce que l'inflammation liée au VIH est un médiateur de l'athérosclérose et parce que les médicaments antiviraux contre le VIH augmentent le cholestérol sanguin (et des médicaments hypocholestérolémiants peuvent s'avérer nécessaires).⁷

Les MNT et leurs facteurs de risque renforcent la vulnérabilité aux maladies infectieuses

Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque sont associés à des résultats plus défavorables pour de nombreuses maladies infectieuses. Par exemple :

- La tuberculose active est deux fois plus probable chez les fumeurs que chez les non-fumeurs⁸ et trois fois plus probable chez les personnes qui boivent plus de >50 ml d'alcool par jour (par rapport à celles qui en boivent moins).⁹
- La consommation nocive d'alcool est associée à un retard dans la recherche de soins pour la tuberculose ou le VIH et à une moindre adhésion à la prévention et au traitement.¹⁰
- La tuberculose et d'autres stades aigus d'autres maladies infectieuses ont été associés à une augmentation temporaire de la glycémie, qui peut nécessiter un traitement hypoglycémiant.¹¹

- Les personnes atteintes de maladies non transmissibles courent un plus grand risque d'infection grave due à un certain nombre de virus respiratoires, notamment la grippe et la COVID-19.

VIH, tuberculose et paludisme

L'importance des liens entre les MNT et le VIH, la tuberculose et le paludisme a été reconnue par le Fonds mondial dans son cadre de financement de la prise en charge clinique des co-infections et des comorbidités.¹² Un grand nombre d'admissions à l'hôpital pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont liées aux MNT.¹³ La politique du Fonds mondial en matière de co-infections et de comorbidités donne la priorité à l'intensification des interventions existantes qui (i) prolongent l'espérance de vie, (ii) préviennent et/ou réduisent la mortalité et la morbidité des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose ou le paludisme et (iii) préviennent ou traitent les co-infections et les comorbidités qui ont un impact disproportionné sur les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il s'agit notamment des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 souligne l'importance de la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre de la lutte le VIH, avec pour objectif que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient accès à des services intégrés ou liés pour le traitement du VIH ainsi que pour le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires, du cancer du col utérin et du diabète, y compris des conseils sur un mode de vie sain, le sevrage tabagique et l'activité physique.¹⁴

COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu un impact notable sur les personnes atteintes de MNT et sur la prestation de soins de santé pour les MNT.¹⁵ Les personnes atteintes de MNT et présentant des facteurs de risque de MNT sont plus sensibles à l'infection par la COVID-19 et plus susceptibles d'avoir des résultats plus défavorables, y compris chez les jeunes.¹⁶ Dans la mesure où près d'un quart de la population mondiale, selon les estimations, présente une condition sous-jacente qui accroît sa vulnérabilité à la COVID-19, et que la plupart de ces conditions sont des maladies non transmissibles, cela revêt une importance considérable pour la santé publique.¹⁷ L'âge est le premier facteur déterminant des conséquences graves de la COVID-19, principalement en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles avec l'âge. Le terme « syndémie » a été utilisé pour décrire la manière dont les communautés font l'expérience de la COVID-19 et des MNT en tant que pandémie cooccurrente et synergique qui interagit avec les inégalités sociales et écologiques et les accroît.¹⁸ En outre, la pandémie a constitué une menace particulière pour les migrants et les personnes vivant dans des contextes humanitaires et fragiles, avec des systèmes de santé chroniquement faibles, des chaînes d'approvisionnement perturbées pour les médicaments et les fournitures de base

pour la COVID-19 et/ou les MNT, des espaces et des abris surpeuplés et des installations d'hygiène et d'assainissement insuffisantes.

La COVID-19 et les maladies non transmissibles interagissent de plusieurs manières, notamment par leur impact important sur les systèmes de soins de santé :

- Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque métaboliques, comportementaux et environnementaux, notamment le surpoids et l'obésité, sont associés à une plus grande susceptibilité à l'infection par la COVID-19 et à un risque accru de maladie grave et de décès dus à la COVID-19.¹⁹
- La pandémie a gravement perturbé les services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs pour les personnes à risque de MNT ou vivant avec des MNT, et il y aura des retards importants dans les enquêtes, les traitements et les soins pour les personnes vivant avec des MNT ou à risque de MNT.²⁰
- La pandémie et les mesures prises pour y faire face (par exemple, les confinements) augmentent, pour certaines personnes, certains facteurs de risque comportementaux liés aux maladies non transmissibles, tels que l'inactivité physique, le tabagisme, l'alimentation malsaine et la consommation nocive d'alcool.
- La pression sur les services de santé est susceptible de se renforcer à long terme lorsqu'ils seront rétablis en raison de l'augmentation probable des complications cardiovasculaires, métaboliques (par exemple, le diabète) et respiratoires chez les survivants de la COVID-19.
- L'attention publique et politique accordée à la pandémie s'est traduite, dans de nombreux endroits, par des difficultés à maintenir des interventions préventives auprès de la population pour lutter contre le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine et l'inactivité physique.

Le rôle des vaccinations et des traitements

Le Plan d'action mondial de l'OMS comprend un certain nombre de meilleurs choix et d'autres interventions recommandées en ce qui concerne la prévention et le traitement des maladies infectieuses et leur impact sur les maladies non transmissibles. Il s'agit notamment de ceux destinés aux maladies suivantes :

Les MCV

- Prévention primaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales par l'amélioration du traitement de la pharyngite streptococcique au niveau des soins primaires.
- Prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale en établissant un registre des patients qui reçoivent régulièrement de la pénicilline à titre prophylactique.

Le cancer

- Vaccination contre le VPH (deux doses) des jeunes filles de 9 à 14 ans.
- Dépistage du VPH tous les cinq ans, associé à un traitement opportun des lésions précancéreuses chez les femmes âgées de 30 à 49 ans.
- Prévention du cancer du foie par l'immunisation contre le virus de l'hépatite B.

D'autres interventions importantes, bien qu'elles ne figurent pas dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, dont :

- Traitement antibiotique de l'infection par *H. pylori*.
- Traitement anthelminthique de la schistosomiase et du *Trypanosoma cruzi*.
- Priorité aux personnes atteintes de maladies non transmissibles pour la vaccination contre la COVID-19 et d'autres vaccins (par exemple, grippe, pneumocoque).

Les maladies respiratoires chroniques

- Vaccination contre la grippe pour les patients souffrant d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (la plupart des pays proposant la vaccination saisonnière étendent la vaccination à tous les groupes d'âge plus élevé et à toutes les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité et à celles dont le système immunitaire est affaibli, telles que les personnes atteintes de tumeurs malignes, sous stéroïdes ou sous chimiothérapie).

Autres interventions importantes :

- Vaccination contre la COVID-19 (quatre doses) des personnes âgées de plus de 60 ans ou dans les segments vulnérables de la population.
- Test PCR du SARS-CoV-2 chez les patients vulnérables et âgés symptomatiques, permettant l'administration de médicaments antiviraux ou d'anticorps monoclonaux afin de réduire le risque d'effets graves et de décès.

Intervention plus large au niveau du système de santé

La chronicité, l'évolution et l'impact sur la vie en termes de durée de nombreuses maladies infectieuses, telles que l'hépatite virale, la tuberculose et l'infection par le VIH, signifient qu'il existe des possibilités considérables de développer et de renforcer les systèmes de santé qui répondent aux besoins des personnes souffrant d'affections de longue durée, qu'il s'agisse de maladies infectieuses ou de maladies non transmissibles. L'intégration des maladies transmissibles et des MNT est donc essentielle pour maximiser l'efficacité et

l'efficacité des interventions proposées par les systèmes de santé. La deuxième réunion de haut niveau sur les MNT en 2014 (Chapitre 31) a abouti à l'engagement de promouvoir l'inclusion de la prévention et de la lutte contre les MNT dans les programmes de lutte contre les maladies transmissibles.²¹ Parmi les exemples d'actions possibles, il est possible de citer :

- Utiliser les infrastructures existantes pour le VIH, la tuberculose et la vaccination pour s'assurer que les personnes examinées en clinique pour la prévention, le traitement ou le suivi d'une infection bénéficient, le cas échéant, d'une mesure de leur tension artérielle, de leur taux de cholestérol et de leur glycémie, ainsi que de conseils sur les comportements sains à adopter pour réduire leur exposition aux facteurs de risque des maladies non transmissibles.
- Inclure des conseils sur la consommation d'alcool pour les personnes atteintes de tuberculose et d'autres infections afin d'améliorer les résultats du traitement de la tuberculose et de réduire la consommation d'alcool.
- Veiller à ce que les prestataires de soins pour les maladies infectieuses fournissent de brefs conseils aux fumeurs dans le cadre des soins de routine, ce qui peut conduire à l'arrêt du tabac chez une proportion importante d'entre eux.²² Chacune de ces interventions conduirait à une amélioration matérielle des complications de la tuberculose.

Les relations entre les MNT et les maladies transmissibles devraient être incluses dans les programmes de formation de tous les travailleurs de la santé, dans tous les contextes, et les directives sur les MNT devraient inclure les maladies transmissibles et vice versa.

Surveillance

Dans la mesure du possible, les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation devraient inclure des indicateurs tant pour les maladies non transmissibles que pour les maladies infectieuses. Le cadre de surveillance mondiale des maladies non transmissibles comprend les éléments suivants :

- Disponibilité, le cas échéant, de vaccins efficaces et abordables contre le VPH, conformément aux programmes et politiques nationaux.
- La couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B est surveillée par le nombre de troisièmes doses de vaccin contre l'hépatite B administrées aux nourrissons.
- Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant subi au moins un dépistage du cancer du col utérin et, pour les groupes d'âge inférieur ou supérieur, conformément aux programmes ou politiques nationaux.

Le suivi peut également inclure, le cas échéant, des indicateurs sur la disponibilité et/ou la couverture d'autres vaccins (COVID-19, grippe), les proportions de

patients atteints de tuberculose, de VIH et d'autres maladies infectieuses qui sont diagnostiqués et traités pour l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie (par exemple chez les patients atteints du VIH).

Remarques

- 1 Coates MM. Burden of non-communicable diseases from infectious causes in 2017: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2020;8:e1489–98.
- 2 Parkin DM et al. Cancer in Africa 2018: the role of infections. *Int J Cancer* 2019;146:2089–103.
- 3 Finlay BB et al. Are noncommunicable diseases communicable? *Science* 2020;367:250–51.
- 4 Valdes AM et al. Role of the gut microbiota in nutrition and health. *BMJ* 2018;361:k2179.
- 5 Hargreaves JR et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health* 2011;101:654–62.
- 6 Ogoina D, Onyemelukwe GC. The role of infections in the emergence of non-communicable diseases (NCDs): compelling needs for novel strategies in the developing world. *J Infect Public Health* 2009;2:14–29.
- 7 Gutierrez J. HIV infection as vascular risk: a systematic review of the literature and meta-analysis. *PLoS ONE* 2017;12:e0176686.
- 8 Hassmiller KM. The association between smoking and tuberculosis. *Salud Publica Mex* 2006;48 Suppl 1:S201–16.
- 9 Lönnroth K et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *Lancet* 2010;375:1814–29.
- 10 Rehm J et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB): a systematic review. *BMC Public Health* 2009;9:450.
- 11 Boillat-Blanco N et al. Transient hyperglycemia in patients with tuberculosis in Tanzania: implications for diabetes screening algorithms. *J Infect Dis* 2016;213:1163–72.
- 12 Global Fund support for coinfections and co-morbidities. Global Fund, GF/B33/11, 2015.
- 13 Crowell TA et al. Hospitalization rates and reasons among HIV elite controllers and persons with medically controlled HIV Infection. *J Infect Dis* 2014;211:1692–702.
- 14 End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026. UNAIDS, 2021.
- 15 Chang AY et al. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *J Intern Med* 2021;289:450–62.
- 16 Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic: State of the evidence on COVID-19 and non-communicable diseases: a rapid review. WHO and UNDP, 2020.
- 17 Clark A et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Global Health* 2020;8:e1003–17.
- 18 Yadav UN et al. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the covid-19 pandemic in low- and middle-income countries. *Front Public Health*, 25 September 2020.
- 19 Wise J. Covid-19: highest death rates seen in countries with most overweight populations. *BMJ* 2021;372:n623.
- 20 The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. WHO, 2020.
- 21 Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations General Assembly, A/RES/68/300, 2014.
- 22 Stead LF et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.

29 La génétique et les MNT

*Murielle Bochud, Ambroise Wonkam,
Pascal Bovet, Vincent Mooser*

Le risque de contracter une MNT (ou d'en être protégé) résulte de l'interaction complexe entre l'environnement dans lequel vit un individu (par exemple, les conditions de travail et de vie), ses modes de comportement (par exemple, le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique) et son patrimoine génétique. Contrairement aux caractéristiques physiques et comportementales, le patrimoine génétique germinal d'un individu ne change pas avec le temps, ce qui signifie qu'il peut être analysé une seule fois au cours de la vie d'une personne. Les progrès des technologies de séquençage et de l'informatique, associés à une baisse spectaculaire des coûts au cours des dernières décennies, ont permis le séquençage du premier génome humain complet en 2001. Cette réussite spectaculaire a suscité des efforts considérables qui ont conduit à l'élucidation au niveau moléculaire de nombreuses MNT et à l'amélioration de la prédiction du risque, ainsi que du diagnostic et du traitement.¹ Ces découvertes ont maintenant des incidences sur le développement de stratégies de prévention ou de traitement adaptées à l'individu (médecine personnalisée ou de précision).^{2,3}

ENCADRÉ 29.1 TERMES COURAMMENT UTILISÉS EN GÉNÉTIQUE

Génomique. L'étude du génome d'un être humain ou d'un autre organisme (par exemple les bactéries de l'intestin). Quasiment toutes les cellules du corps humain contiennent une copie complète du génome. Le génome contient toutes les informations nécessaires au développement et à la croissance d'une personne. Le génome humain se compose d'environ 3 milliards de paires de bases, dont plus de 99 % sont partagées de manière identique par tous les individus, et comprend environ 21 000 gènes codant pour des protéines et environ 20 000 gènes non codants. Les gènes codants et non codants peuvent être impliqués dans les maladies humaines.

Gène. Séquence d'ADN qui contrôle l'expression d'une seule protéine.

Modifications et variantes des gènes. La plupart des modifications de l'ADN sont rapidement réparées, mais certaines d'entre elles persistent et sont transmises d'une génération à l'autre. Un polymorphisme d'un seul nucléotide (SNP, prononcé « snip ») correspond à la substitution d'un seul nucléotide (élément constitutif de l'ADN) à une position spécifique dans le génome. La grande majorité des variantes génétiques n'entraînent pas de maladies. Les variantes germinales sont présentes dans le sperme, les ovules et leurs cellules progénitrices et sont donc héréditaires, tandis que les variantes somatiques sont présentes dans d'autres types de cellules (y compris les cellules tumorales) et ne sont pas héréditaires.

Épigénome. Les modifications chimiques qui peuvent affecter les régions génétiques et influencer l'expression des gènes en les activant ou en les désactivant, contrôlant ainsi la production de protéines dans les cellules et les tissus pendant la durée de vie d'une personne en réponse à des expositions environnementales ou à des processus pathologiques. Une grande partie de l'épigénome est réinitialisée lorsque les parents transmettent leur génome à leur progéniture.⁴

La génétique pour comprendre l'étiologie des maladies non transmissibles

Toutes les maladies ont une composante génétique. La contribution de la génétique *ou* de l'environnement varie d'une maladie à l'autre. Les maladies *monogéniques* sont dues à un seul gène défectueux et sont rares. Environ 7 000 maladies essentiellement monogéniques sont connues, notamment l'hypercholestérolémie familiale, la mucoviscidose, la drépanocytose, la maladie de Huntington, la polykystose rénale ou l'hémophilie de type A. Les maladies courantes résultent généralement de l'effet cumulé de nombreuses variantes génétiques ayant de faibles effets. Elles sont appelées *maladies polygéniques* et comprennent le diabète de type 2 (DT2), l'obésité, les cardiopathies ischémiques et plusieurs cancers. Les variantes communes peuvent être détectées par génotypage et analysées dans le cadre d'études d'association à l'échelle du génome (GWAS).⁵

La génétique au service du diagnostic moléculaire des maladies non transmissibles

Pour toute une série de maladies rares, le fait de disposer d'un diagnostic moléculaire contribue grandement à raccourcir le délai avant le diagnostic définitif (c'est-à-dire « l'odyssée diagnostique ») et à définir les soins de santé, la prévention et le traitement optimaux, ainsi que la planification familiale. Par exemple, la présence de mutations délétères dans le gène codant pour le récepteur du

cholestérol LDL (qui contrôle l'élimination des particules LDL de la circulation sanguine) permet de poser le diagnostic d'hypercholestérolémie familiale (HF), responsable de l'apparition précoce des cardiopathies ischémiques. De même, l'évaluation des mutations des gènes *BRCA1* ou *BRCA2* permet de diagnostiquer certains cas de cancer du sein ou d'identifier les personnes présentant un risque élevé de développer cette maladie. La détection de ces mutations a des implications pour les mesures préventives, le diagnostic et le traitement.

La génétique pour prédire le risque de maladies non transmissibles

Les antécédents familiaux sont un outil facile, mais souvent sous-utilisé, qui permet de comprendre les tendances des maladies héréditaires chez un individu ou au sein d'une famille. Des antécédents familiaux solides peuvent suggérer une cause génétique sous-jacente, son mode d'hérédité et le risque génétique associé, mais également une exposition commune à des causes externes ou à l'environnement parmi les personnes touchées. Les tests génétiques peuvent confirmer le lien génétique avec une maladie lorsque les ressources le permettent. Une prédisposition génétique (ou susceptibilité génétique) se traduit par une probabilité accrue de développer une maladie particulière en raison du patrimoine génétique d'une personne. *Des scores de risque polygénique* (SRP, c'est-à-dire des scores génétiques basés sur des milliers, souvent des centaines de milliers, de variantes associées à une maladie spécifique) ont été élaborés pour une variété de MNT, y compris les cardiopathies ischémiques, le DT2, l'obésité et plusieurs cancers.⁶ Par exemple, les personnes qui ont un SRP dans le décile supérieur sont exposées à un risque deux fois plus élevé de développer une MCV par rapport aux personnes dans les neuf autres déciles, *indépendamment* de l'effet d'autres facteurs de risque conventionnels.⁷ De même, il a été constaté qu'un SRP avait le même impact important et indépendant qu'un régime alimentaire malsain sur le risque de DT2.⁸ Au-delà du risque mendélien bien défini pour les troubles monogéniques, les SRP pour les maladies complexes pourraient être de plus en plus considérés, dans un avenir proche, comme des outils utiles pour évaluer le risque en complément des facteurs de risque conventionnels, en particulier pour les MCV (pour lesquelles le traitement est souvent basé sur le risque total de MCV),⁹ mais aussi pour les diabètes et le cancer, afin d'orienter les conseils et le traitement pour la réduction du risque. Dans la mesure où le patrimoine génétique est déjà présent à la naissance, il est possible de prévoir les risques de maladies non transmissibles dès le plus jeune âge ;¹⁰ néanmoins, un certain nombre de questions éthiques doivent être prises en compte avant de s'engager dans cette approche.

La génétique au service de la prévention des maladies non transmissibles

L'identification d'une maladie monogénique ou d'un SRP élevé pour une MNT offre la possibilité d'une prévention précoce, visant à retarder l'apparition

de cette MNT, à en réduire la gravité et à prolonger les années de vie corrigées de l'incapacité, ce qui nécessite des tests rétrospectifs dans les familles et des conseils génétiques pour les options de reproduction. Par exemple, une personne qui sait qu'elle présente un risque génétique accru pour une maladie donnée peut adopter plus activement un mode de vie plus sain pour atténuer ce risque accru,^{11,12,13} mais l'utilité pour la santé publique et le rapport coût-efficacité de cet effet doivent être évalués de manière plus approfondie. La mastectomie préventive entre 25 et 30 ans est une option pour les porteuses de certaines variantes de *BRCA1/2* car ces personnes courent le risque de développer un cancer du sein invasif de 60 à 85 % au cours de leur vie.¹⁴ Une consultation de prudence pour les patientes, ainsi que pour leurs proches, est nécessaire avant l'exécution de tels tests génétiques.

La génétique pour optimiser le traitement des maladies non transmissibles

Les gènes codant pour des protéines impliquées dans l'absorption, le métabolisme, la distribution et l'excrétion (ADME) des médicaments sont appelés « pharmacogènes ». L'objectif de la pharmacogénétique est de comprendre comment les variations génétiques affectent les résultats du traitement, dans le but d'orienter la thérapie. Actuellement, plus de 30 pharmacogènes ont été identifiés et peuvent être utiles pour adapter le traitement (par exemple pour ajuster la dose des médicaments habituels ou pour prescrire des médicaments qui agissent sur des voies génétiques particulières telles que *CYP2D6*, *CYP3A5* et *G6PD*). Il existe des différences importantes dans la fréquence des variantes entre les groupes ethnogéographiques,¹⁵ ce qui signifie que les approches thérapeutiques doivent être adaptées aux différentes populations. D'après les estimations, les variations génomiques peuvent être à l'origine de 20 à 95 % des effets thérapeutiques.

Des exemples d'implications cliniques et de santé publique de la génétique en relation avec les MNT sont résumés dans le Tableau 29.1.

La génétique pour soigner les MNT

La connaissance accrue des causes des troubles monogéniques ou des facteurs qui affectent leur gravité, associée au développement des technologies d'édition et de thérapie géniques, a ouvert de nouvelles perspectives de traitement curatif pour les affections génétiques. Par exemple, une stratégie d'édition de gènes très efficace pour traiter les personnes atteintes de drépanocytose est l'induction de l'hémoglobine fœtale par la manipulation d'un gène qui contrôle sa production (par exemple *BCL11A*).¹⁶

Bases de données et avancées technologiques en génomique

Le coût de l'analyse des variantes génomiques ayant considérablement diminué ces dernières années (par exemple, moins de 500 dollars américains pour le séquençage du génome entier ou moins de 50 dollars américains pour le

Tableau 29.1 Exemples d'implications cliniques et de santé publique de la génétique en relation avec les MNT

Domaine	Exemples	Applications actuelles	Applications futures
Comprendre l'étiologie des MNT.	Analyses des variantes génétiques dans l'ensemble du génome au sein de grandes populations à des fins de recherche.	Identification de variantes codantes rares responsables des formes monoogéniques des MNT et les variantes communes contribuant aux formes polygéniques des MNT (p. ex., 240 régions du génome sont associés au DT2).	Développer de nouvelles thérapies. Développer de nouveaux tests de diagnostic.
Établir le diagnostic moléculaire d'une MNT.	Analyses génétiques spécifiques en clinique.	FH (p. ex. <i>LDLR</i> , <i>PCSK9</i> , <i>APOB</i>), cancer du sein (p. ex., <i>BRC1A</i>), diabète (p. ex., <i>GCK</i> , <i>HNF1A</i>). Polypose adénomateuse familiale (p. ex., <i>AFAP</i> , <i>HNPCC</i>).	Séquençage systématique du génome à la naissance.
Prédire le risque d'une MNT.	Antécédents familiaux.	Cancer du sein, FH.	Séquençage systématique du génome à la naissance ou à un âge précoce.
	Analyses de gènes sélectionnés.	FH (p. ex., <i>LDLR</i> , <i>APOB</i> , <i>PCSK9</i>), cancer du sein (p. ex., <i>BRC1A</i>), cancer du côlon (p. ex., <i>AFAP</i> , <i>HNPCC</i>).	Séquençage systématique du génome/des gènes candidats chez les personnes atteintes d'une MNT pour identifier ceux qui présentent une forme monogénique (p. ex., <i>MODY</i> , <i>FH</i>).

	Scores de risque polygénique.	Cardiopathies ischémiques, DT2, obésité, cancer du sein ou du côlon.	Aucune pour l'instant.	Analyse systématique du SRP de MNT chez les personnes âgées ou à haut risque en vue d'une prévention ciblée.
Prévention des MNT.	Analyse des variantes génétiques communes et rares.	<i>BRCA</i> pour le cancer du sein ; <i>LDLR</i> , <i>APOB</i> , <i>PCSK9</i> pour l'hypercholestérolémie familiale ; <i>AFAP</i> , <i>HNPCC</i> pour le cancer du côlon.	Mastectomie préventive chez les porteurs de mutations spécifiques. Thérapie hypolipidémiante intensive pour l'hypercholestérolémie familiale. Dépistage précoce du cancer.	Couper/remplacer un ou plusieurs gènes (par ex. CRISPR). Vaccination (tabagisme, dyslipidémie, hypertension).
Optimiser le traitement des MNT.	Analyse génétique des pharmacogènes (gènes qui modifient l'impact des médicaments).	<i>CYP3A5</i> (modifie le métabolisme des médicaments, par exemple la nifédipine). <i>BRCA</i> (impliquant une immunothérapie spécifique), etc.	Aide à titrer les médicaments et/ou à sélectionner des médicaments spécifiques ou à évaluer les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.	Analyse systématique des pharmacogènes, intégrée dans les dossiers médicaux électroniques et les ordonnances.

CRISPR : technique d'ingénierie génétique en biologie moléculaire permettant de modifier le génome d'organismes vivants.

génotypage de centaines de milliers de variantes courantes), les informations sur les liens entre les données génétiques et les maladies se sont accumulées de manière exponentielle. De nombreuses bases de données génétiques en ligne basées sur la population sont largement disponibles, ce qui nous permet d'agrégier et d'harmoniser les variations génomiques (par exemple, gnomAD), d'évaluer les relations entre le génotype et le type (par exemple, OMIM, catalogue GWAS), d'examiner la pertinence fonctionnelle et clinique des variantes génétiques (par exemple, ClinVar, ClinGen) ou d'évaluer l'expression spécifique des tissus (c'est-à-dire la façon dont un défaut de gène se traduit par une altération de l'ARN et des protéines ultérieures) et l'épigénomique. Des initiatives sont également développées dans les pays à revenu faible et intermédiaire.^{17,18} Ces bases de données génétiques ont considérablement accéléré le transfert des connaissances du laboratoire vers le milieu clinique. Les outils d'analyse des données génétiques à grande échelle ont également évolué, notamment l'apprentissage automatique et l'intelligence artificielle (IA). Par exemple, la UK Biobank en libre accès a généré plus de 90 millions de variantes génétiques testables qui peuvent être explorées pour leurs associations avec de nombreux phénotypes, y compris les liens avec les données collectées de manière systématique dans les dossiers médicaux.¹⁹

Les mécanismes moléculaires de plusieurs maladies sont en cours de découverte grâce au partage de données provenant de cohortes transnationales collaboratives à grande échelle basées sur la population qui recueillent des données de séquençage du génome entier et d'autres données omiques. L'une des conséquences de ces progrès rapides dans le domaine de la génétique médicale est qu'il pourrait devenir possible d'effectuer à peu de frais un séquençage systématique du génome à la naissance ou à un âge précoce chez tous les individus ou groupes d'individus, afin d'identifier précocement le risque de certaines maladies non transmissibles (et d'autres maladies). En plus de permettre une prévention et un diagnostic ciblés pour les personnes qui se soumettent à ces tests, les données issues des grandes bases de données génétiques feront progresser les connaissances sur le diagnostic et la classification des maladies, la mise au point de nouveaux tests diagnostiques et de nouveaux traitements. Par exemple, une analyse systématique des pharmacogènes d'un patient, intégrée par le biais d'algorithmes ou de procédures d'intelligence artificielle dans les dossiers médicaux électroniques des patients, pourrait aider à orienter les prescriptions pour certains patients atteints d'une MNT.

Implications de l'intégration de la génomique dans les soins de santé

Les avantages de la génomique étant de plus en plus démontrés, la demande d'intégration de la médecine génomique dans les soins de santé de routine (pour les MNT et d'autres maladies) augmentera – et les systèmes de santé devront s'adapter en conséquence, notamment : (i) mettre en place des installations appropriées pour le traitement, le stockage et l'analyse des données ;

(ii) former le personnel en conséquence ; (iii) élaborer des cadres réglementaires comprenant des normes relatives à l'éthique et au consentement éclairé (« génétique ») ; (iv) partager des données, renforcer l'engagement communautaire, protéger la vie privée (où et comment les informations sont stockées et utilisées) ; (v) élaborer des protocoles (par ex. quels tests doivent être effectués et dans quelles circonstances) ; (vi) établir un contrôle de la qualité adéquat (par exemple, les analyses, la manière dont les résultats sont communiqués aux individus) ; (vii) former les professionnels de la santé et éduquer le public (« connaissances génomiques ») ; (viii) fournir des conseils pour évaluer et définir des directives sur la manière d'utiliser la génomique dans les soins de santé (par exemple, un conseil composé d'experts de différents domaines, tels que les éthiciens, la société civile, etc.) ; et (ix) garantir l'accès universel.

Implications pour les individus

Alors que la génomique et son application à la médecine clinique et à la santé publique n'en sont qu'à leurs débuts, un certain nombre de tests sont déjà utilisés pour les maladies non transmissibles dans certains pays, dans le cadre de la médecine « personnalisée » ou « de précision », et ce domaine continuera à se développer. Les implications des tests génétiques sont très importantes et doivent être examinées avec soin et faire l'objet d'une consultation appropriée avant et après le test.²⁰

Aujourd'hui, les individus peuvent facilement obtenir des informations sur leur génome (basées sur des centaines de milliers de marqueurs génétiques sur de nombreux caractères, y compris les risques de MNT et d'autres maladies) grâce à une variété de kits de tests génétiques directs (utilisant un échantillon de salive) commercialisés et vendus aux consommateurs sans l'intervention d'un fournisseur de soins de santé (y compris sur Internet, par exemple 23andMe), souvent à un faible coût (par exemple <100 USD). Bien que ces fournisseurs assurent une certaine interprétation de la signification des résultats d'un individu, ces tests soulèvent un certain nombre de questions complexes sur ce que les personnes, leurs familles et la société dans son ensemble ressentiront et feront une fois les résultats connus.

Cependant, malgré les progrès des technologies génétiques et la baisse exponentielle des coûts, les inégalités dans les systèmes de soins de santé, les déficits en personnel de recherche génétique et le manque d'accès au financement de la recherche ont empêché les connaissances produites par la recherche génomique d'informer et d'améliorer véritablement le bien public mondial, en particulier en Afrique et dans d'autres régions à faibles ressources. Néanmoins, la recherche sur les variations génomiques africaines est un impératif scientifique pour toutes les populations, car les génomes africains, plus que toute autre population, abritent des millions de variantes non capturées accumulées au cours des 300 000 ans de l'histoire évolutive de l'homme moderne.²¹ En outre, l'étude de toutes les populations du monde contribuera à rendre les résultats de la médecine génétique véritablement équitables.

Remarques

- 1 Claussnitzer M et al. A brief history of human disease genetics. *Nature* 2020;577:179–89.
- 2 Genomics beyond health – report overview. UK Government Office for Science, Foresight, UK, 2022.
- 3 Bilkey GA et al. Optimizing precision medicine for public health. *Front Public Health* 2019;7:42.
- 4 Zheng Y et al. Association of cardiovascular health through young adulthood with genome-wide DNA methylation patterns in midlife: the CARDIA study. *Circulation* 2022;146:94–109.
- 5 Sun BB et al. Genetic associations of protein-coding variants in human disease. *Nature* 2022;603:95–102.
- 6 Khera AV et al. Polygenic prediction of weight and obesity trajectories from birth to adulthood. *Cell* 2019;177:587–96.
- 7 Khera AV et al. Genome-wide polygenic scores for common diseases identify individuals with risk equivalent to monogenic mutations. *Nat Genet* 2018;50:1219–24.
- 8 Merino J et al. Polygenic scores, diet quality, and type-2 diabetes risk: an observational study among 35,759 adults from 3 US cohorts. *PLoS Med* 2022;19:e1003972.
- 9 Brigden T et al. *Implementing polygenic scores for cardiovascular disease into NHS health checks*. University of Cambridge, UK: PHG Foundation, 2021.
- 10 Richardson TG et al. Harnessing whole genome polygenic risk scores to stratify individuals based on cardiometabolic risk factors and biomarkers at age 10 in the lifecourse – brief report. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2022;42:362–65.
- 11 Hollands GJ et al. The impact of communicating genetic risks of disease on risk-reducing health behaviour: systematic review with meta-analysis. *BMJ* 2016;352:i1102.
- 12 Rutten-Jacobs LC et al. Genetic risk, incident stroke, and the benefits of adhering to a healthy lifestyle: cohort study of 306'473 UK Biobank participants. *BMJ* 2018;363:k4168.
- 13 Widén E et al. How communicating polygenic and clinical risk for atherosclerotic cardiovascular disease impacts health behavior: an observational follow-up study. *Circ Genom Precis Med* 2022;15:e003459.
- 14 Ludwig KK et al. Risk reduction and survival benefit of prophylactic surgery in BRCA mutation carriers, a systematic review. *Am J Surg* 2016;212:660–69.
- 15 Zhou Y, Lauschke VL. Population pharmacogenomics: an update on ethnogeographic differences and opportunities for precision public health. *Hum Genet* 2022;141:1113–36.
- 16 Esrick EB et al. Post-transcriptional genetic silencing of BCL11A to treat sickle cell disease. *NEJM* 2021;384:205–15.
- 17 Patrinos GP et al. Roadmap for establishing large-scale genomic medicine initiatives in low- and middle-income countries. *Am J Hum Genet* 2020;107:589–95.
- 18 Wonkam A. Sequence three million genomes across Africa. *Nature* 2021;590:209–11.
- 19 Bycroft C. The UK Biobank resource with deep phenotyping and genomic data. *Nature* 2018;562:203–09.
- 20 Institute of Medicine. *Integrating large-scale genomic information into clinical practice*. Washington, DC: National Academies Press, 2012.
- 21 Wonkam A et al. Five priorities of African genomics research: the next frontier. *Annu Rev Genomics Hum Genet* 2022;23:499–521.

Partie 4

**Politique mondiale
de prévention et de lutte
contre les MNT**

30 Stratégie mondiale de l’OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT 2000

Nick Banatvala, George Alleyne

Les MNT sont devenues les principales causes de mortalité et de morbidité dans les pays industrialisés au cours du XXe siècle et, à la fin de ce siècle, elles étaient la principale cause de mortalité et de morbidité dans la plupart des pays du monde.

Des études, telles que l’étude américaine Framingham Heart Study,¹ qui a débuté en 1948, les études britanniques Whitehall des années 1960 et 1970,² le projet multinational MONICA de l’OMS dans 21 pays (MONItoring of Trends and Determinants in CARdiovascular Disease), qui a débuté dans les années 1980³ et plusieurs autres grandes études ont fourni des données importantes sur l’étiologie, l’incidence et les tendances des MNT et de leurs facteurs de risque métaboliques (notamment l’hypertension, le surpoids/l’obésité, l’hypercholestérolémie et l’hyperglycémie) et des facteurs de risque comportementaux (tels que le tabagisme, l’alimentation malsaine et l’inactivité physique).

Ces études ont constitué la base factuelle des premiers programmes communautaires de santé publique visant à lutter contre les maladies non transmissibles, dont le projet de la Carélie du Nord en Finlande est l’un des plus connus.⁴

Dès sa création en 1948, l’OMS a anticipé l’évolution des schémas de maladie à mesure que les pays en développement s’industrialisaient et s’urbanisaient, délaissant les maladies infectieuses au profit des maladies liées au vieillissement et au mode de vie. Les résolutions et les plans d’action des organes directeurs de l’OMS se sont d’abord concentrés sur des maladies individuelles, telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer.⁵ Dans les années 1990, des efforts ont été déployés pour reconnaître le caractère commun des facteurs de risque de quatre grandes maladies, à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, la bronchopneumopathie chronique obstructive et le diabète, et pour mettre au point une approche commune de leur prévention et de leur contrôle.

En 2000, l’Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a approuvé la Stratégie mondiale de l’OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (Stratégie mondiale de l’OMS), qui mettait l’accent sur les quatre maladies susmentionnées, ainsi que sur trois facteurs de risque comportementaux modifiables communs : le tabagisme, l’alimentation malsaine et l’inactivité physique, qui ont tous un lien de cause à effet avec ces quatre maladies.⁶ La

consommation nocive d'alcool a ensuite été incluse comme quatrième facteur de risque, ce qui a donné naissance à la stratégie dite « 4x4 », qui pourrait permettre de prévenir une grande partie des maladies non transmissibles au sein de la population si elle était pleinement mise en œuvre.

L'objectif de la stratégie mondiale de l'OMS est de réduire la morbidité, l'invalidité et la mortalité prématurée dues aux maladies non transmissibles. La stratégie souligne que les mesures de prévention de ces maladies doivent être axées sur la réduction des niveaux de facteurs de risque à l'échelle de l'ensemble de la population (en s'appuyant largement sur des interventions multisectorielles) et que les interventions au niveau de la famille et de la communauté (menées en grande partie au niveau des soins de santé primaires) étaient essentielles pour réduire les facteurs de risque des MNT et contrôler les patients atteints de MNT cliniques au niveau individuel, en reconnaissant également que les liens de causalité des facteurs de risque des MNT sont profondément ancrés dans le cadre social et culturel de la société.

Les trois objectifs de la Stratégie mondiale de l'OMS s'inscrivent dans le cadre d'approches globales visant à remédier aux problèmes de santé publique : (i) cartographier l'épidémie afin de comprendre le fardeau des maladies non transmissibles, leurs déterminants et leurs tendances, dans le but d'orienter les politiques et les programmes ; (ii) réduire le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risque susmentionnés et à leurs déterminants ; et (iii) renforcer les soins de santé pour les personnes atteintes de MNT grâce à des interventions rentables.

La Stratégie mondiale de l'OMS exhorte les États membres de l'OMS à : (i) élaborer des cadres politiques multisectoriels dirigés par le gouvernement (qui encouragent l'action communautaire) pour les MNT ; (ii) mettre en place des programmes de prévention et de lutte contre les MNT ; (iii) intensifier la prévention, le traitement et les soins, en veillant à ce que leurs systèmes de santé offrent un accès équitable à des interventions rentables ; et (iv) partager leurs expériences afin de renforcer la capacité à développer, mettre en œuvre et évaluer les programmes de prévention et de lutte contre les MNT.

Alors que de nombreux pays à revenu élevé avaient élaboré des stratégies globales de lutte contre les MNT avant 2000, la Stratégie mondiale de l'OMS et d'autres initiatives telles que le réseau CARMEN (Collaborative Action for Risk Factor Reduction and Effective Management of NCDs) dans les Amériques⁷ ont fortement incité les pays à revenu faible et intermédiaire à entreprendre l'élaboration de leurs propres stratégies et programmes de prévention et de lutte contre les MNT. À ce titre, la Stratégie mondiale de l'OMS a fourni les éléments clés du Plan d'action mondial 2008-2013 pour la lutte contre les MNT et de son successeur, le Plan d'action mondial 2013-2030 pour la lutte contre les MNT (Chapitre 32), et a constitué une étape importante dans la poursuite du développement des efforts mondiaux, nationaux, politiques et techniques pour lutter contre les MNT.

Remarques

- 1 Mahmood S et al. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet* 2013;383:999–1008.
- 2 Blackburn H. The origins and early evolution of epidemiologic research in cardiovascular diseases: a tabular record of cohort and case-control studies and preventive trials initiated from 1946 to 1976. *Am J Epidemiol* 2019;188:1–8.
- 3 Luepker RV. WHO MONICA project: what have we learned and where to go from there? *Public Health Rev* 2012;33:373–96.
- 4 Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Med* 2002;4:5–7.
- 5 Schwartz LN et al. The origins of the 4 × 4 framework for noncommunicable disease at the World Health Organization. *SSM Popul Health* 2021;13:100731.
- 6 WHA53.17 global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2000.
- 7 CARMEN. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/carmen/index-en.html>.

31 Réunions de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

*Nick Banatvala, Werner Obermeyer,
George Alleyne*

Réunions de haut niveau en 2011, 2014 et 2018, avec une réunion prévue pour 2025

Trois réunions de haut niveau sur les MNT ont eu lieu à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (AG ONU) - 2011, 2014 et 2018. Une quatrième réunion aura lieu en 2025. Ces réunions reconnaissent le rôle crucial des approches pangouvernementales et pansociétales dans la prévention et la lutte contre les MNT, à savoir que les MNT ne sont pas un problème que le secteur de la santé peut traiter seul et que les MNT ont un impact sur le développement socio-économique au-delà de la santé.

La réunion de haut niveau de 2011 sur les MNT était la deuxième fois dans l'histoire que l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies se réunissait sur une question de « santé » (la première étant la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA en 2001), ce qui a abouti à l'adoption de la résolution intitulée « Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la lutte contre les MNT ».¹

La déclaration politique a mis l'accent sur quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques) et quatre principaux facteurs de risque communs (tabagisme, consommation nocive d'alcool, alimentation malsaine et inactivité physique), plus communément appelé le programme 4 × 4. La déclaration politique souligne qu'une réponse organisée et vigoureuse pour réduire ces quatre maladies non transmissibles, accompagnée de moyens scientifiques solides et politiquement acceptables, peut avoir un impact majeur non seulement sur la santé publique, mais aussi sur le développement socio-économique.

Dans la Déclaration politique de 2011, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à agir dans cinq domaines : (i) réduction de l'exposition aux facteurs de risque dans la population et création d'environnements favorables à la santé ; (ii) renforcement des politiques nationales et des systèmes de santé pour mieux prendre en charge ces MNT chez les personnes à risque ou atteintes de MNT ; (iii) coopération internationale, y compris le développement de partenariats de collaboration ; (iv) recherche et développement ; et (v) suivi et évaluation (notamment par le biais d'enquêtes régulières sur les facteurs de risque au sein de la population).

La deuxième réunion de haut niveau, qui s'est tenue en 2014, a débouché sur un document final qui fait le point sur les progrès accomplis depuis 2011 et réaffirme le rôle de chef de file des gouvernements de haut niveau, avec une série d'engagements et d'actions aux niveaux national et international, dans le cadre de l'intensification des efforts visant à libérer le monde de la charge de morbidité des MNT.² Cette réunion a également souligné l'importance de l'appropriation nationale et la nécessité d'intégrer les MNT dans les programmes nationaux de santé existants (par exemple, le VIH/SIDA, la tuberculose, la santé reproductive) et d'éviter une approche cloisonnée des MNT.

La troisième réunion de haut niveau en 2018 a réaffirmé l'engagement politique d'accélérer la mise en œuvre de la déclaration politique de 2011 et du document final de 2014.³ La déclaration politique de 2018 a élargi le programme de lutte contre les MNT pour y inclure la santé mentale et la pollution de l'air – (faisant passer le programme contre les MNT de 4×4 à 5×5). La Déclaration politique de 2018 a de nouveau mis en lumière une série d'actions pour les pays et leurs partenaires, notamment l'engagement de mettre en œuvre un ensemble d'interventions et de bonnes pratiques rentables, abordables et fondées sur des données probantes,⁴ y compris l'élaboration/la mise à jour de stratégies et de plans d'action nationaux pour la lutte contre les MNT et l'accélération de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.⁵

L'Assemblée générale est le seul organe de l'ONU qui soit véritablement universel. À ce titre, ses résolutions, lorsqu'elles sont adoptées par consensus, reflètent la volonté politique de tous les États membres. Avant la réunion de haut niveau de 2018, le secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a publié un rapport faisant le point sur les progrès accomplis depuis la réunion de 2014. Ce rapport indique clairement que les mesures prises pour concrétiser les engagements pris en 2011 et 2014 ont été inadéquates et que le niveau actuel de progrès est insuffisant pour atteindre la cible 3.4 des Objectifs de développement durable (ODD) (d'ici 2030, réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT par la prévention et le traitement, et promouvoir la santé mentale et le bien-être). Le rapport indique clairement que « *le monde doit encore tenir sa promesse de mettre en œuvre des mesures visant à réduire le risque de décès prématuré dû aux MNT par la prévention et le traitement* ».⁶

Indicateurs de progrès

L'OMS a déclaré en 2015, 2017, 2020 et 2022⁷ les progrès réalisés par chaque État membre par rapport aux engagements pris lors des réunions de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies sur les MNT. Ces rapports d'étape indiquent si un État membre a : (i) fixé des objectifs assortis de délais pour réduire le nombre de décès dus aux MNT ; (ii) élaboré des politiques pangouvernementales de lutte contre les MNT ; (iii) mis en œuvre des mesures clés de réduction de la demande de tabac, des mesures visant à réduire la consommation nocive d'alcool et les régimes alimentaires malsains et à promouvoir l'activité physique ; et (iv) mis en œuvre des mesures sélectionnées pour renforcer les systèmes de santé liés aux MNT par le

biais des soins de santé primaires. Les indicateurs permettant de mesurer les progrès sont résumés dans l'Encadré 31.1, un tableau plus complet étant fourni au Chapitre 35 sur la responsabilité mondiale.

ENCADRÉ 31.1 INDICATEURS DE PROGRÈS (SIMPLIFIÉS)

- 1 Fixation d'objectifs nationaux assortis de délais.
- 2 Mise en place d'un système opérationnel permettant de produire régulièrement des données fiables sur la mortalité par cause.
- 3 Une enquête STEPS ou une enquête similaire d'examen complet de la santé menée tous les cinq ans.
- 4 Une stratégie nationale multisectorielle opérationnelle/un plan d'action en place qui intègre les MNT et leurs facteurs de risque.
- 5 Mise en œuvre d'un ensemble de mesures de réduction de la demande dans le cadre de la lutte antitabac de l'OMS.
- 6 Mise en œuvre de mesures visant à réduire la consommation nocive d'alcool.
- 7 Mise en œuvre de mesures visant à réduire les régimes alimentaires malsains.
- 8 Au moins une campagne nationale récente de sensibilisation du public ou une campagne médiatique visant à encourager l'activité physique.
- 9 Directives/normes/protocoles nationaux fondés sur des données probantes pour la prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre d'une approche de soins primaires.
- 10 Fourniture d'un traitement médicamenteux, y compris le contrôle de la glycémie, et consultation pour les personnes présentant un risque élevé de crises cardiaques et d'accident vasculaire cérébral.

Les réunions de haut niveau ont également souligné l'importance pour les pays de s'approprier pleinement les objectifs et les indicateurs mondiaux et d'avoir la capacité de mesurer les progrès accomplis.

Autres réunions de haut niveau concernant les MNT

En 2019, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle (CSU).⁸ Dans cette résolution, les chefs d'État et de gouvernement ont souligné l'importance de la lutte contre les MNT dans le cadre de la CSU, en s'engageant notamment à prendre des mesures législatives, réglementaires et fiscales pour réduire le risque de MNT. La déclaration politique note que les mesures tarifaires et fiscales peuvent être efficaces non seulement pour promouvoir des comportements sains et réduire ainsi les coûts des soins de

Tableau 31.1 Difficultés liées à la mise en œuvre des meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT

Défi	Obstacles
Choix politiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Une action insuffisante pour intégrer le programme de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles dans les priorités plus larges en matière de développement. • Capacité inadéquate à développer une cohérence politique (et des compromis) entre les objectifs économiques, commerciaux et de santé publique (y compris les MNT).
Systèmes de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'accès à des médicaments et vaccins essentiels abordables, sûrs, efficaces et de bonne qualité pour les MNT. • Déploiement insuffisant des inventions fondées sur des données probantes dans les soins de santé primaires. Les meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS restent insuffisamment intégrés dans les programmes nationaux de couverture sanitaire universelle. • Les systèmes de santé des pays en développement les plus pauvres n'ont toujours pas la capacité d'intégrer les meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS dans les soins de santé primaires, les services d'orientation, les ressources humaines et les systèmes de surveillance. • Progrès limités dans la réalisation de la cible 3.8 des ODD concernant la couverture sanitaire universelle, avec des investissements insuffisants dans les systèmes de santé.
Capacités nationales.	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure n'ont pas d'ossature politique ni d'expertise technique avancée pour la prévention et la lutte contre les MNT. • La plupart des pays ne disposent pas encore de capacités suffisantes pour établir et gérer des partenariats intersectoriels complexes pour la prévention et la lutte contre les MNT. • Dans la plupart des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes visant à augmenter le prix du tabac, de l'alcool et des boissons édulcorées au sucre et à introduire des mesures fiscales à leur égard reste limitée. • La plupart des pays n'ont toujours pas la capacité de trouver un terrain d'entente entre les décideurs politiques et les entités du secteur privé en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les MNT, puis de convertir le consensus en politique de santé publique et en programmation.
Finance internationale.	<ul style="list-style-type: none"> • La prévention et la lutte contre les MNT ne sont toujours pas une priorité de la coopération bilatérale au développement, les demandes et les besoins de nombreux pays n'étant pas satisfaits.

- Interférence de l'industrie.
- L'ingérence de l'industrie reste un problème dans la mise en œuvre des meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS, notamment la taxation du tabac, de l'alcool et des boissons édulcorées au sucre.
 - Les multinationales ayant des intérêts particuliers s'immiscent régulièrement dans l'élaboration des politiques de santé aux niveaux national et supranational dans les pays.
 - Les pays qui accueillent les sièges des multinationales qui détiennent la plus grande part de marché dans l'exportation de cigarettes, de boissons alcoolisées et de boissons édulcorées au sucre vers les pays à revenu faible et intermédiaire continuent de compter sur ces multinationales pour « commercialiser de manière responsable » leurs produits nocifs pour la santé dans d'autres pays.

Adapté et simplifié de A/72/662. Progrès en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Secrétariat général de l'Organisation des Nations Unies, 2017.

santé, mais aussi pour constituer une source potentielle de revenus pour les gouvernements (Chapitre 41).

En 2020, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté une résolution sur une réponse globale et coordonnée à la pandémie de COVID-19.⁹ La résolution encourageait les États membres à renforcer leurs interventions face aux MNT dans le cadre de la CSU, en soulignant que les personnes vivant avec des MNT courent un risque plus élevé de développer des symptômes graves de COVID-19 et figurent parmi les plus touchées par la pandémie.

Le Forum politique de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies pour le développement durable (HLPF) est la principale plate-forme de l'Organisation des Nations Unies sur le développement durable et joue un rôle central dans le suivi et l'examen du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des ODD au niveau mondial. Il se réunit chaque année sous les auspices du Conseil économique et social de l'ONU, et les MNT sont incluses dans un certain nombre d'événements au cours du forum de huit jours.¹⁰ Dans le cadre de l'engagement des pays à s'approprier la responsabilité des progrès accomplis dans la réalisation des ODD, plus de 300 examens nationaux volontaires ont été menés depuis 2018.

Impact de ces réunions

Les réunions de haut niveau et leurs résolutions reflètent l'intention des États membres d'en faire progressivement davantage pour lutter contre les MNT. Leurs efforts ont été positifs dans la mesure où ils ont permis d'élever la question au-dessus des préoccupations sectorielles en matière de santé. Des progrès ont été accomplis, mais les résultats au niveau national ont été variables et, en général, n'ont pas été à la hauteur de la rhétorique majestueuse des déclarations.

Un rapport de 2017 du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a démontré que ces réunions et leurs déclarations/documents finaux n'ont pas encore réussi à surmonter un grand nombre des défis nécessaires à l'intensification des actions de lutte contre les MNT (Tableau 31.1). L'ingrédient manquant est peut-être l'absence d'une voix suffisamment forte de la société civile pour demander des comptes sur les engagements pris, si l'on compare par exemple avec la manière dont la société civile a plaidé pour une action contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il est à espérer que la décision de convoquer une nouvelle réunion en 2025 incitera davantage à trouver et à allouer les ressources nécessaires pour remplir les engagements pris.

Remarques

- 1 Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations General Assembly, A/66/L.1, 2011.
- 2 Outcome document of the high-level meeting of the general assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations General Assembly, A/RES/68/300, 2014.
- 3 Political declaration of the third high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well-being of present and future generations. United Nations General Assembly, A/RES/73/2, 2018.
- 4 Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2017.
- 5 WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, 2003.
- 6 Progress on the prevention and control of non-communicable diseases. UN Secretary General, A/72/662, 2017.
- 7 Noncommunicable diseases progress monitor 2022. WHO, 2022.
- 8 Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. United Nations General Assembly, A/RES/74/2, 2019.
- 9 Comprehensive and coordinated response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. United Nations General Assembly, A/74/L.92, 2020.
- 10 United Nations: high level political forum on sustainable development. <https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>; high level political forum on sustainable development; sustainable development knowledge platform; voluntary national reviews <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/#VNRDatabase>.

32 Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT 2013-2030

Nick Banatvala, Svetlana Akseleod, Pascal Bovet, Shanthi Mendis

Le Plan d'action mondial 2013-2030 de l'OMS pour la lutte contre les MNT (PAM MNT)¹ a été élaboré en réponse aux engagements pris par les chefs d'État et de gouvernement dans la Déclaration politique lors de la première réunion de haut niveau sur les MNT à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies en 2011.² Il succède au Plan d'action mondial 2008-2013 de l'OMS pour la lutte contre les MNT, qui découlait lui-même de la Stratégie mondiale de l'OMS contre les MNT 2000 (Chapitre 30).³ Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT était initialement prévu pour 2013-2020, mais il a été prolongé en 2019 jusqu'en 2030⁴ pour s'aligner sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Le PAM MNT reconnaît que les quatre principales MNT (maladies cardiovasculaires [MCV], cancer, maladies respiratoires chroniques [MRC] et diabète) sont les principales causes de mortalité (y compris la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès de personnes de moins de 70 ans) et de charge de morbidité dans le monde (Chapitre 1). Ces maladies sont également largement évitables ou peuvent être reportées à un âge plus avancé en réduisant un ensemble de facteurs de risque communs, à savoir le tabagisme, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et la consommation nocive d'alcool, bien que les quatre principaux facteurs de risque ne soient évidemment pas tous associés dans la même mesure à chacune des quatre maladies (approche dite « 4 x 4 »). En ce qui concerne la santé mentale, l'OMS a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale en 2013 :⁵ la santé mentale ne fait donc pas partie du PAM MNT.

Le PAM MNT se concentre sur les quatre principales MNT et leurs facteurs de risque afin de mettre l'accent sur les causes communes et de souligner les synergies potentielles en matière de prévention et de lutte. En 2018, la pollution atmosphérique a été incluse comme cinquième facteur de risque pour les quatre principales MNT ci-dessus.⁶ Le PAM MNT se concentre sur les actions visant à prévenir ces MNT au niveau de la population, y compris l'action multisectorielle pour aborder les questions sociales et commerciales, notamment les mesures fiscales, législatives et réglementaires. Le PAM MNT prévoit également des actions visant à renforcer les systèmes de santé afin de détecter, diagnostiquer et traiter les personnes atteintes de MNT ainsi que celles qui

présentent un risque accru de MNT en raison de facteurs de risque intermédiaires élevés (par exemple, hypertension artérielle, glycémie, cholestérol ou indice de masse corporelle élevé), afin de réduire leur risque de développer une MNT. Le PAM MNT prévoit également des actions visant à améliorer la surveillance ainsi que le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes. Le PAM MNT repose sur des preuves scientifiques et sur l'expérience nationale et internationale accumulée au fil des ans.

Le secrétariat de l'OMS présente chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) des rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du PAM MNT et a présenté des rapports à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies en 2014 et en 2018, et le fera également en 2025. Le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies (ECOSOC) est chargé du suivi et de l'examen continus des progrès réalisés dans le cadre du programme à l'horizon 2030, y compris les cibles des ODD liées aux MNT, en particulier par l'intermédiaire du Forum politique de haut niveau (HLPF) de l'ECOSOC. Les pays aux niveaux national et infranational sont également encouragés par l'ECOSOC à entreprendre des examens nationaux volontaires des progrès réalisés aux niveaux national et infranational dans le cadre des HLPF.⁷

Objectifs

Le PAM MNT comporte six objectifs visant à accélérer les mesures de prévention et de lutte contre les MNT. Ils sont présentés sous une forme simplifiée dans l'Encadré 32.1.

ENCADRÉ 32.1 LES SIX OBJECTIFS DU PAM MNT

1. *Plaidoyer* : obtenir une plus grande attention et une meilleure coopération pour les MNT aux niveaux mondial, régional et national.
2. *Gouvernance et partenariats* : renforcer les capacités nationales, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour les MNT.
3. *Prévention au niveau de la population* : réduire l'exposition aux facteurs de risque des MNT et créer des environnements favorables à la santé.
4. *Réponse du système de santé* : renforcer les soins de santé primaires et promouvoir la couverture sanitaire universelle afin de diagnostiquer, de gérer et de soigner les personnes atteintes de MNT ou exposées à un risque de MNT.
5. *Recherche et développement* : accroître les capacités nationales de recherche et de développement de haute qualité sur les MNT.
6. *Surveillance et évaluation* : suivre les tendances et les déterminants des MNT, ainsi que la réponse de santé publique et des systèmes de santé, et évaluer les progrès accomplis.

Principes fondamentaux

Le PAM MNT repose sur un ensemble de neuf principes et approches fondamentaux : (i) approche fondée sur les droits de l'homme ; (ii) approche fondée sur l'équité ; (iii) action nationale, coopération et solidarité internationales ; (iv) action multisectorielle ; (v) approche fondée sur le parcours de vie ; (vi) autonomisation des personnes et des communautés ; (vii) stratégies fondées sur des données probantes ; (viii) couverture sanitaire universelle ; et (ix) gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels.

Interventions efficaces et réalisables fondées sur des données probantes

En ce qui concerne les objectifs 3 et 4 du PAM MNT, un ensemble d'interventions réalisables et abordables est décrit pour chacune des quatre maladies et chacun des quatre facteurs de risque. Elles ont été mises à jour en 2017 et se composent de :⁸

- 16 meilleurs choix : interventions spécifiques avec un rapport coût-efficacité <100 I\$/AVCI dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- 21 interventions efficaces : interventions spécifiques présentant un rapport coût-efficacité >100 I\$.
- 36 autres interventions recommandées : interventions pour lesquelles aucune analyse coût-efficacité n'est disponible.

Les meilleurs choix, les interventions efficaces et les autres interventions recommandées par l'OMS sont présentés dans leur intégralité au Chapitre 34 sur les meilleurs choix et sont également décrits plus en détail dans de nombreux autres chapitres de ce compendium. Ils font actuellement l'objet d'une nouvelle révision en vue de l'AMS de 2023.

Options politiques et actions de facilitation

Le PAM MNT comprend également :

- 15 actions globales ou de facilitation pour soutenir la réalisation des objectifs 3 et 4.
- 19 options politiques pour soutenir les objectifs 1, 2, 5 et 6.

Voici quelques exemples d'options politiques et d'actions de facilitation :

- Renforcer le leadership et l'engagement politique (par exemple pour lutter contre la consommation nocive d'alcool).
- Mettre en œuvre des approches stratégiques plus larges (par exemple, pour le système de santé : formation des travailleurs de la santé, renforcement

des capacités et extension de l'utilisation des technologies numériques pour améliorer l'accès aux services de santé).

- Privilégier et augmenter les allocations budgétaires.
- Mettre en place et/ou renforcer un système global de surveillance des MNT.
- Renforcer les capacités de recherche.
- Mettre en œuvre d'autres directives pertinentes (par exemple, la stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique, les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants, etc.).

Des stratégies, des conseils, des directives et des boîtes à outils ont été élaborés (et continuent de l'être) par l'OMS et d'autres agences pour aider les pays à atteindre les six objectifs du PAM MNT. Nombre d'entre eux sont décrits dans les chapitres du compendium.

Objectifs et indicateurs

Le PAM MNT comprend :

- 25 indicateurs. Deux pour les *résultats* (un pour la mortalité et un pour la morbidité), 15 pour les *facteurs de risque* modifiables (comportementaux et biologiques) et huit pour la *réponse des systèmes nationaux*.
- Neuf objectifs volontaires mondiaux. Un pour la mortalité, quatre pour les facteurs de risque comportementaux, deux pour les facteurs de risque biologiques et deux pour la réponse des systèmes nationaux.

La liste complète de ces neuf objectifs et 25 indicateurs, ainsi que d'autres détails, figurent dans le Tableau 35.1 dans le chapitre sur la responsabilité mondiale.

Évaluation

Une évaluation indépendante à mi-parcours du PAM MNT a été réalisée en 2020 et le rapport a été examiné lors de l'AMS 2021.⁹ L'évaluation indique que si des progrès ont été accomplis dans tous les objectifs du PAM MNT, l'action doit être considérablement intensifiée si les objectifs doivent être atteints. Une évaluation finale est prévue après 2030.

Comment utiliser le PAM MNT

Le PAM MNT met l'accent sur le rôle principal et la responsabilité des gouvernements dans la réponse au défi des MNT ainsi que l'importance de la coopération internationale pour soutenir les efforts nationaux.

Tableau 32.1 Exemples d'actions décrites dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT au titre de l'Objectif 1 : accroître la priorité accordée aux MNT dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux par le biais de la coopération internationale et du plaidoyer (simplifié)

<i>Options politiques pour les États membres</i>	<i>Actions pour le secrétariat de l'OMS</i>	<i>Actions proposées pour les partenaires internationaux et le secteur privé</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Générer des données probantes exploitables et diffuser des informations sur l'efficacité des interventions ou des politiques. • Intégrer la prévention et la lutte contre les MNT dans les processus nationaux de planification de la santé et dans les programmes de développement plus larges. • Forger des partenariats multisectoriels entre les agences gouvernementales, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales, la société civile et le secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la coordination, la collaboration et la coopération entre les principales parties prenantes, notamment les États membres, les fonds, programmes et agences de l'Organisation des Nations Unies, la société civile et le secteur privé. • Offrir une assistance technique et renforcer la capacité mondiale, régionale et nationale à sensibiliser le public aux liens entre les MNT et le développement durable. • Fournir des conseils politiques et favoriser le dialogue afin d'augmenter les recettes destinées à la prévention et à la lutte contre les MNT grâce à la mobilisation des ressources nationales, et améliorer les allocations budgétaires, en particulier pour le renforcement des systèmes de soins de santé primaires. • Promouvoir et faciliter la collaboration internationale et transnationale pour l'échange de bonnes pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager l'inclusion continue des MNT dans les programmes et initiatives de développement. • Renforcer le plaidoyer pour soutenir l'intérêt des chefs d'État et de gouvernement pour la mise en œuvre des engagements de la déclaration politique. • Soutenir les efforts nationaux en matière de prévention et de lutte contre les MNT, par l'échange d'informations sur les meilleures pratiques et la diffusion des résultats de la recherche dans les domaines de la promotion de la santé, de la législation, de la réglementation, de la surveillance et de l'évaluation, ainsi que du renforcement des systèmes de santé. • Promouvoir le développement et la diffusion d'un transfert de technologie approprié, abordable et durable.

Chaque objectif comporte : (i) des options politiques spécifiques pour les États membres de l'OMS ; (ii) des actions pour le Secrétariat de l'OMS ; et (iii) des propositions d'action pour les partenaires internationaux et le secteur privé. Ce dernier groupe comprend : (a) les agences internationales de

développement ; (b) les organisations intergouvernementales, y compris le système de l'Organisation des Nations Unies ; (c) les fondations ; (d) les organisations non gouvernementales ; et (e) les entités concernées du secteur privé.

La Section 6 du compendium fournit plus de détails sur ces parties prenantes et sur la manière dont elles doivent collaborer. Le Tableau 32.1 donne des exemples d'actions menées par les trois groupes pour l'un des objectifs du PAM MNT.

Plus important encore, le PAM MNT peut être utilisé par les gouvernements et les agences de développement pour élaborer leurs propres stratégies, plans et politiques d'action en matière de MNT et leurs objectifs nationaux, ainsi que pour des objectifs plus détaillés, par exemple pour les facteurs de risque individuels ou l'amélioration spécifique des systèmes de santé.

Feuille de route pour la mise en œuvre 2023-2030

En 2022, l'AMS a adopté une feuille de route pour la mise en œuvre du PAM MNT pour la période 2023-2030 afin d'accélérer les actions visant à atteindre les objectifs mondiaux et nationaux en matière de MNT.¹⁰ La feuille de route comporte trois directives stratégiques pour la mise en œuvre du PAM MNT : Il s'agit des suivantes : (i) accélérer les réponses nationales sur la base de l'épidémiologie et des facteurs de risque, en tenant compte des obstacles et des éléments de facilitation ; (ii) privilégier et intensifier la mise en œuvre des interventions les plus efficaces et les plus réalisables dans le contexte national ; et (iii) garantir des données nationales actualisées, fiables et durables sur les facteurs de risque des MNT, les maladies et la mortalité afin d'aller de l'avant et de renforcer la responsabilisation. La feuille de route confère un nouveau degré d'urgence au PAM MNT, en tenant compte des nouveaux développements survenus depuis la publication du PAM MNT en 2013. La feuille de route comprend les actions suivantes pour l'OMS : (i) mettre à jour l'ensemble des meilleurs choix et autres interventions ; (ii) développer un portail de données sur les MNT pour fournir un résumé visuel de tous les indicateurs des MNT ; et (iii) développer des cartes de densité pour permettre aux pays d'identifier les MNT spécifiques et leur contribution à la mortalité prématurée.

Remarques

- 1 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, 2013.
- 2 Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations General Assembly, 2011.
- 3 Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2000.
- 4 Implementation of the 2030 agenda for sustainable development. Report by the Director-General. United Nations, 2019.
- 5 Comprehensive mental health action plan 2013–2030. WHO, 2013 (updated 2019).

- 6 Political declaration of the third high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations, 2018.
- 7 Voluntary national reviews. United Nations, Dept of Economic and Social Affairs, Sustainable Affairs Development Knowledge Platform. <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>
- 8 Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2017.
- 9 Mid-point evaluation of the implementation of WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 (Volume 1: Report). WHO, 2020.
- 10 Draft implementation road map 2023–2030 for the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030. WHO, A75/10 Add.8, 2022.

33 La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le Protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac

*Douglas William Bettcher, Juliette McHardy,
Pascal Bovet, Adriana Blanco Marquizo*

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) a été adoptée par les États membres de l'OMS en 2003 et est entrée en vigueur en 2005.¹ La CCLAT de l'OMS a été élaborée en réponse à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme et à ses importantes répercussions socio-économiques négatives, comme l'ont démontré la Banque mondiale et d'autres organismes dans les années 1990, ainsi qu'à l'important travail de plaidoyer de la société civile. Il s'agit du premier traité de santé publique négocié sous les auspices de l'OMS et il est devenu l'un des traités les plus rapidement et les plus largement adoptés dans l'histoire de l'Organisation des Nations Unies, avec plus de 180 parties.

La CCLAT de l'OMS vise à « protéger les générations actuelles et futures des conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques dévastatrices de la consommation de tabac et du tabagisme passif » en obligeant les pays à adopter un ensemble de dispositions universelles et globales pour limiter la consommation du tabac. Le traité est un outil puissant, fondé sur des données probantes, approuvé politiquement, multilatéral et complet, qui permet de mener des actions nationales de lutte antitabac dans le contexte de la puissante nature transnationale de l'industrie du tabac, par exemple pour traiter des problèmes mondiaux tels que la contrebande ou la publicité pour le tabac entre les pays. Il convient de noter qu'un traité est un instrument juridique qui exige une action beaucoup plus forte que des « déclarations » ou des « codes de conduite » non contraignants, les parties étant tenues de mettre en œuvre les dispositions de la CCLAT de l'OMS.

Les dispositions du traité comprennent des règles qui régissent la production, la vente, la distribution, la publicité et la taxation du tabac, entre autres. Les parties sont encouragées à mettre en œuvre des mesures plus strictes que celles prévues par le traité. Le traité exige que les parties mettent en œuvre toutes les mesures du traité (c'est-à-dire qu'aucune sélection arbitraire n'est autorisée).

La CCLAT de l'OMS est régie par la Conférence des Parties (COP), qui se réunit tous les deux ans pour examiner la mise en œuvre de la Convention et prendre des décisions visant à promouvoir sa mise en œuvre effective, ce qui

peut impliquer l'adoption de protocoles, de directives, d'annexes et d'amendements à la Convention. La COP est ouverte aux parties et aux observateurs.

Pour soutenir la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, un certain nombre de directives et d'options politiques ont été adoptées par la COP.^{2,3} Ces directives sont approuvées par les parties à la convention sur des mesures spécifiques et établies basées sur des données probantes pour la mise en œuvre de principales dispositions qui représentent des déclarations de meilleures pratiques et une immense valeur pratique. Parce qu'elles sont adoptées par les Parties au traité, ces directives ont également une signification juridique et ont été invoquées avec succès pour justifier les interprétations de la CCLAT de l'OMS par les États et défendre les mesures de lutte antitabac connexes lorsqu'elles sont

Tableau 33.1 Mesures visant à réduire la demande et l'offre de tabac

Mesures visant à réduire la demande de tabac	
Mettre en œuvre des politiques fiscales et tarifaires et interdire ou restreindre la vente et/ou l'importation par les voyageurs internationaux de produits du tabac exonérés d'impôts et de droits de douane.	Article 6
Protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.	Article 8
Test et mesure du contenu et des émissions des produits du tabac, et réglementation de ce contenu et de ces émissions.	Article 9
Veiller à ce que les fabricants et les importateurs de produits du tabac divulguent des informations sur le contenu et les émissions des produits du tabac et que les parties rendent publiques les informations sur les composants toxiques des produits du tabac et de leurs émissions.	Article 10
Impression d'avertissements sanitaires sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac dans la langue du pays et sur 50 % ou plus des surfaces d'affichage (mais pas moins de 30 %), de préférence avec des images. L'emballage et l'étiquetage doivent être approuvés par l'autorité nationale et ne doivent pas être trompeurs ou mensongers.	Article 11
Promouvoir l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public.	Article 12
Une interdiction complète de toute forme de publicité, de promotion et de parrainage du tabac (souvent appelée TAPS).	Article 13
Mise en œuvre de programmes de sevrage pour les personnes dépendantes du tabac.	Article 14
Mesures visant à réduire l'offre de tabac	
Mesures visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon – une disposition précisée dans le protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac, voir ci-dessous.	Article 15

Interdiction de la vente de produits du tabac (ou de la fourniture ou de la gratuité de produits) aux mineurs, en exigeant une preuve d'âge lors de la vente, en les rendant inaccessibles, que ce soit dans les distributeurs automatiques ou dans les rayons des magasins, sans preuve d'âge, et en interdisant leur vente en petits formats ou sous forme de cigarettes individuelles.	Article 16
Soutenir des activités alternatives économiquement viables pour les travailleurs, les producteurs et, le cas échéant, les vendeurs individuels de tabac.	Article 17

contestées.⁴ Au cours de sa huitième session, la Conférence des Parties a également adopté une stratégie définissant les priorités pour la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS de 2019 à 2025, y compris les travaux des Parties et du Secrétariat de la Convention, basé à Genève.⁵

La CCLAT de l'OMS comprend un certain nombre de mesures visant à réduire la demande et l'offre de tabac et de ses produits (Tableau 33.1).

L'Article 5.3 de la CCLAT de l'OMS oblige les parties à protéger les politiques de lutte antitabac des intérêts commerciaux et autres intérêts particuliers de l'industrie du tabac, en isolant tous les décideurs et régulateurs de l'influence de l'industrie du tabac et en assurant la transparence des interactions avec l'industrie. Si l'ingérence de l'industrie du tabac reste l'un des obstacles les plus importants à la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, les faits montrent que les initiatives nationales garantissant l'indépendance et la transparence de l'élaboration des politiques de lutte antitabac ont souvent précédé et accompagné une lutte antitabac efficace. D'autres mesures comprennent la protection de l'environnement et de la santé des personnes par rapport à l'environnement en ce qui concerne la culture et la fabrication du tabac (Article 18), ainsi que la recherche, la surveillance, la communication et l'échange d'informations (articles 20 à 22).

Le Secrétariat de la Convention apporte un soutien technique aux pays dans la mise en œuvre des obligations du traité, notamment par le biais du projet CCLAT 2030.⁶ L'OMS et d'autres partenaires de développement apportent également un soutien technique, notamment par le biais du module MPOWER de l'OMS, un ensemble de six mesures rentables et à fort impact qui aident les pays à réduire la demande de tabac (Chapitre 18).

Le protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac

Le commerce illicite constitue une menace sérieuse pour la santé publique, car il augmente l'accès aux produits du tabac (souvent moins chers), alimentant ainsi l'épidémie de tabagisme et sapant les politiques de lutte antitabac, telles que les avertissements sanitaires graphiques ou les emballages neutres. Il entraîne également des pertes importantes de recettes publiques, tout en contribuant au financement d'activités criminelles internationales. Le protocole pour

l'élimination du commerce illicite des produits du tabac (Protocole), entré en vigueur en 2018, vise à éliminer toutes les formes de commerce illicite des produits du tabac. En 2021, il a été ratifié par plus de 60 pays. Parmi les sections du Protocole (qui comprennent le contrôle de la chaîne d'approvisionnement, les infractions et la coopération internationale), les parties sont censées s'acquitter d'une série d'obligations, notamment l'établissement d'un système de suivi et de traçage des produits du tabac et la mise en œuvre de contrôles efficaces de toutes les activités de fabrication et de transaction de produits du tabac dans les zones exonérées d'impôts. Le Protocole est régi par des réunions bisannuelles des parties (MOP) qui se tiennent immédiatement après les sessions de la COP. De plus amples informations sur le Protocole sont disponibles sur le site Web de la CCLAT de l'OMS.⁷ Le secrétariat de la Convention fait également office de secrétariat du Protocole.

Produits du tabac et produits à base de nicotine nouveaux et émergents

Avec le succès croissant des efforts de lutte contre le tabagisme et la baisse des ventes de cigarettes dans les pays à revenu élevé, l'industrie du tabac et d'autres industries ont conçu de nouveaux produits qui peuvent être présentés comme « moins nocifs », ce qui a des conséquences sur l'applicabilité des réglementations existantes et sur l'attrait qu'ils exercent sur les consommateurs actuels et sur les non-consommateurs.

Le premier grand groupe, les *produits du tabac chauffés (PTC)*, a commencé à apparaître dans les années 1980, mais n'a atteint une utilisation substantielle qu'au milieu des années 2010. Les PTC sont des inserts de produits du tabac spécialement conçus qui, lorsqu'ils sont placés dans des unités de chauffage sur mesure, produisent des aérosols inhalables contenant de la nicotine et d'autres produits chimiques. En tant que produits du tabac, ils sont soumis aux dispositions de la CCLAT de l'OMS, malgré les arguments de l'industrie selon lesquels ils devraient être traités différemment.⁸

En revanche, le deuxième grand groupe, les *systèmes électroniques d'administration de nicotine (ENDS)*, ne contiennent pas de tabac et vaporisent une solution composée de nombreuses substances, dont la nicotine et des arômes chimiques. Bien que les effets à long terme sur la santé de l'inhalation de ces substances soient encore inconnus, il existe des preuves d'effets néfastes potentiels sur la santé, ainsi que des effets sur la santé de la population sous la forme de la consommation de nicotine par les jeunes.

Bien qu'ils ne représentent qu'une faible part du marché mondial des produits du tabac et des produits contenant de la nicotine, ces nouveaux produits du tabac et produits contenant de la nicotine ont menacé de détourner les discussions sur la politique de lutte antitabac. En outre, l'industrie du tabac a cherché à créer et à exploiter une apparence de discordance pour saper les efforts déployés pour mettre en œuvre des mesures de lutte antitabac fondées sur des données probantes. Cela se voit notamment dans l'affirmation de l'industrie

selon laquelle les ENDS et les PTC peuvent faire partie d'une stratégie de réduction des risques, telle que celle utilisée pour réduire les risques liés à l'utilisation de drogues injectables, la publicité de masse et la disponibilité commerciale à grande échelle étant considérées comme nécessaires. En réalité, les PTC sont des produits du tabac qui doivent être réglementés en tant que tels, et la réglementation des ENDS doit s'appuyer sur des preuves scientifiques plutôt que sur des stratégies de marketing dictées par l'industrie. Toute approche de la santé publique en matière de réduction des méfaits du tabac doit s'appuyer sur ces données et s'articuler autour du principe fondamental de l'opposition à l'implication de l'industrie, conformément à l'Article 5.3.

Les problèmes liés aux ENDS sont régulièrement discutés lors de la COP. La position actuelle de la COP est la suivante : (i) permettre à ces produits de pénétrer les marchés nationaux sans les réglementer pourrait menacer la mise en œuvre des stratégies de lutte antitabac et compromettre la dénormalisation de l'usage du tabac défendue par la Convention ; (ii) les allégations de santé des ENDS devraient être interdites jusqu'à ce qu'elles soient scientifiquement prouvées ; (iii) les Parties devraient envisager d'interdire ou de réglementer autrement les ENDS (y compris en tant que produits du tabac, médicaments, produits de consommation ou produits d'autres catégories) ; (iv) les Parties devraient appliquer des mesures réglementaires pour interdire ou restreindre la fabrication, l'importation, la distribution, la présentation, la vente et l'utilisation des ENDS ; et (v) les PTC sont reconnus comme des produits du tabac, soumis à toutes les dispositions pertinentes de la CCLAT de l'OMS ainsi qu'à la législation et aux contrôles nationaux pertinents.⁹ La COP examinera à nouveau les ENDS et les PTC en 2023.

Groupe de travail interagences de l'Organisation des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

Le Secrétariat de la Convention et l'OMS ont collaboré pour assurer le soutien et l'adhésion à la CCLAT de l'OMS dans l'ensemble du système international, avec un succès marqué dans l'incorporation explicite du traité à la fois dans la cible 3.A des Objectifs de développement durable (ODD) de l'ONU et dans les résultats des trois réunions de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur les MNT. Pour donner une portée réelle à cette reconnaissance de haut niveau, la coopération en matière de lutte antitabac a été institutionnalisée au sein du groupe de travail interinstitutions de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT (Chapitre 58). Dirigé par l'OMS et composé de plus de 40 organisations intergouvernementales, le Groupe de travail a accordé une attention particulière à la CCLAT de l'OMS. Cela se traduit par la création et le suivi d'une politique de prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac dans le système de l'Organisation des Nations Unies, qui a été adoptée par le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies. Le groupe thématique du Groupe de travail sur la lutte antitabac, présidé par le Secrétariat de la convention, assure une concentration concertée sur tous

les aspects de la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS au sein du système de l'Organisation des Nations Unies et empêche les agences de l'ONU de travailler en conflit les unes avec les autres.

Implications de la CCLAT de l'OMS et du Protocole pour les décideurs et les praticiens

Ces institutions et organisations constituent un ensemble d'outils puissants pour accélérer la lutte antitabac, promouvoir la santé et sauver des vies. Bien que des progrès considérables aient été accomplis (la proportion de la population mondiale bénéficiant d'au moins une politique de lutte antitabac rentable et à fort impact de l'OMS ayant quadruplé entre 2007 et 2021), il y a encore plus de huit millions de décès liés au tabagisme chaque année.¹⁰ D'après les estimations, 100 millions de décès auraient pu être évités entre 2009 et 2017 si les trois principales obligations de la CCLAT de l'OMS (augmentation des taxes, interdiction des TAPS et interdiction de fumer dans les lieux fermés) avaient été mises en œuvre de manière stricte depuis 2009.¹¹ En l'absence d'efforts supplémentaires pour mettre en œuvre la CCLAT de l'OMS, fondée sur des données probantes et très rentable, nous ne parviendrons pas à éviter la mort d'environ un milliard de personnes au cours du XXI^e siècle, la grande majorité de ces pertes tragiques de vies humaines se produisant dans les pays à revenu faible et intermédiaire.¹²

En raison de l'impact dévastateur de l'épidémie mondiale de tabagisme sur le bien-être social et économique, ainsi que sur la viabilité de la couverture sanitaire universelle, la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS est essentielle au développement durable. C'est pour cette raison qu'elle a été incluse en tant que composante spécifique du Programme pour le développement durable à l'horizon 2030.¹³ Le coût économique annuel de la charge de morbidité mondiale des maladies liées au tabagisme, y compris la perte de productivité et les soins de santé, dépasse 1,4 billion de dollars, dont un tiers se traduit par plus de 400 milliards de dollars de coûts de santé supplémentaires.¹⁴ Dans le même temps, les cigarettes sont la plus grande source de déchets au monde et la culture du tabac est responsable de diverses formes de dégradation environnementale grave en raison de l'épuisement des sols et de la déforestation.¹⁵

Le bilan humain, social et économique de la pandémie de COVID-19 a également été exacerbé par l'épidémie de tabagisme, les fumeurs actuels étant exposés à un risque plus élevé d'infection et de progression vers une forme grave de la maladie, tandis que les personnes atteintes de MNT, dont une proportion importante est liée au tabagisme, ont été plus vulnérables aux formes graves de COVID-19 et ont souffert des interruptions de traitement causées par les interventions de santé publique prises pour lutter contre cette maladie infectieuse (Chapitre 28). Cette interaction mortelle entre la pandémie de COVID-19 et l'épidémie mondiale de tabagisme révèle comment la mondialisation par l'industrie du tabac de ce produit directement nocif a également rendu nos systèmes de santé plus vulnérables aux maladies transmissibles, avec des conséquences évidentes aujourd'hui et qui se reproduiront si aucune mesure n'est prise.

En conséquence, pour préserver la santé humaine et planétaire, améliorer le bien-être social et économique et se préparer à la prochaine pandémie, les pays doivent de toute urgence accélérer la mise en œuvre et l'application des dispositions de la CCLAT de l'OMS en se référant à la fois aux directives de la COP et à l'ensemble de mesures techniques MPOWER de l'OMS. Les décideurs politiques, les responsables des secteurs de la santé et des finances, les professionnels de la santé publique et les organisations de la société civile ont tous un rôle actif à jouer pour s'assurer que leurs pays endossent leur rôle de Parties de la CCLAT et du Protocole de l'OMS et, le cas échéant, qu'ils respectent les obligations légales découlant de l'adoption et de la mise en œuvre ambitieuses de leurs dispositions. Outre cet ensemble d'obligations fondamentales, il incombe également à ces acteurs de militer pour que les pays s'acquittent de leurs responsabilités en matière de soutien, dont le partage des enseignements, l'établissement de rapports sur les progrès accomplis et la promotion de la mise en œuvre au niveau mondial par le biais d'une assistance technique et d'un financement d'une importance cruciale.

Remarques

- 1 WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, 2005.
- 2 WHO FCTC. Guidelines, and policy options and recommendations for implementation of the WHO FCTC. <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/treaty-instruments>.
- 3 Policy options and recommendations. Articles 17 and 18. WHO FCTC, 2013.
- 4 Zhou S, Liberman J. The global tobacco epidemic and the WHO Framework Convention on Tobacco Control—the contributions of the WHO's first convention to global health law and governance. In Burci GL, Toebes B (eds.), *Research handbook on global health law*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2018.
- 5 Global strategy to accelerate tobacco control: advancing sustainable development through the implementation of the WHO FCTC 2019–2025. WHO, 2019.
- 6 FCTC 2030. WHO FCTC. <https://www.who.int/fctc/implementation/fctc2030/en/>.
- 7 Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products. WHO FCTC, 2013.
- 8 Conference of the parties to the WHO framework convention on tobacco control. Decision FCTC/COP8/8(22) Novel and emerging tobacco products. WHO, 2018.
- 9 WHO FCTC. The Convention Secretariat calls parties to remain vigilant towards novel and emerging nicotine and tobacco products. <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/12-09-2019-the-convention-secretariat-calls-parties-to-remain-vigilant-towards-novel-and-emerging-nicotine-and-tobacco-products>.
- 10 Peruga A et al. Tobacco control policies in the 21st century: achievements and open challenges. *Mol Oncol* 2021;15:744–52.
- 11 Flor LS et al. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med* 2021;27:239–43.
- 12 Drope J et al. *The tobacco atlas*, 6th ed. American Cancer Society and Vital Strategies, Atlanta, USA, 2018.
- 13 SDG Target 3.a is to strengthen the implementation of the WHO FCTC in all countries, as appropriate, SDG indicator 3.a.1 is age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older.
- 14 Goodchild M et al. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control* 2018;27:58–64.
- 15 An assessment of tobacco's global environmental foot print across its entire supply chain, and policy strategies to reduce it. WHO FCTC Global Studies Series. WHO, 2018.

34 Meilleurs choix et autres interventions recommandées pour la prévention et la lutte contre les MNT

Nick Banatvala, Pascal Bovet, Wanrudee Isaranuwatchai, Melanie Y Bertram

Lorsque le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT a été publié pour la première fois en 2013, il comprenait un ensemble d'options politiques et d'interactions rentables et recommandées concernant les maladies cardiovasculaires (MCV), le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ainsi que pour la réduction du tabagisme et de la consommation nocive d'alcool, sans oublier la lutte contre l'alimentation malsaine et l'inactivité physique.

En 2017, elles ont été mises à jour pour former un ensemble de meilleurs choix et d'autres interventions recommandées par l'OMS (Tableau 34.1).¹ Il s'agit de 88 interventions réparties comme suit :

- *Les meilleurs choix*, qui sont considérés comme très rentables et réalisables en termes de mise en œuvre dans la plupart des contextes. Il s'agit des interventions pour lesquelles une analyse CHOICE de l'OMS ^{2,3,4} a trouvé un rapport coût-efficacité moyen (ACER) de ≤100 dollars internationaux par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) dans les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. L'initiative CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective/ choisir les interventions qui sont rentables) a été lancée en 1998 afin de fournir aux décideurs des données probantes leur permettant d'opter pour des interventions et des programmes qui optimisent la santé en fonction des ressources disponibles.
- *Autres interventions efficaces* pour lesquelles l'analyse CHOICE de l'OMS a produit un ACER > 100 dollars internationaux par AVCI évitée.
- *Autres interventions recommandées* dont l'efficacité a été démontrée, mais pour lesquelles aucune analyse coût-efficacité (ACE) n'a été réalisée.

La nécessité des meilleurs choix

Les meilleurs choix et les interventions recommandées par l'OMS ont été sélectionnés pour la faisabilité de leur mise en œuvre dans presque tous

Tableau 34.1 Meilleurs choix de l'OMS (interventions dont l'ACER est ≤ 100 dollars internationaux par AVCI évitée), interventions recommandées (celles pour lesquelles des estimations de l'ACE sont disponibles, mais dont l'ACER > 100) et autres interventions recommandées (celles qui n'ont pas d'estimations de l'ACE)

Réduire le tabagisme

Meilleurs choix

- Augmenter les droits d'accise et les prix des produits du tabac.
- Mettre en place des emballages neutres/standardisés et/ou des avertissements sanitaires graphiques de grande taille sur tous les paquets de tabac.
- Promulguer et appliquer des interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage des produits du tabac.
- Éliminer le tabagisme passif dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics.
- Mettre en œuvre des campagnes médiatiques efficaces pour éduquer le public sur les effets néfastes du tabagisme et du tabagisme passif.

Interventions efficaces

- Fournir à tous ceux qui souhaitent arrêter de fumer un soutien efficace, couvrant les coûts et couvrant l'ensemble de la population (y compris des conseils brefs, des services nationaux d'assistance téléphonique gratuits d'aide à l'arrêt du tabac).

Autres interventions recommandées

- Mettre en œuvre des mesures visant à réduire au minimum le commerce illicite des produits du tabac.
- Interdire la publicité transfrontalière, y compris l'utilisation des moyens de communication modernes.
- Fournir des services de sevrage tabagique par téléphone à tous ceux qui souhaitent arrêter de fumer.

Réduire les dommages causés par l'alcool

Meilleurs choix

- Augmenter les droits d'accise sur les boissons alcoolisées.
- Promulguer et appliquer des interdictions ou des restrictions globales de l'exposition à la publicité pour l'alcool (dans plusieurs types de médias).
- Promulguer et appliquer des restrictions de la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail (par le biais de la réduction des heures de vente).

Interventions efficaces

- Promulguer et faire appliquer des lois sur la conduite en état d'ébriété et dépister les taux d'alcool par le biais de contrôles de la sobriété.
- Fournir une brève intervention psychosociale aux personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse et nocive.

Autres interventions recommandées

- Procéder à des révisions régulières des prix en fonction du niveau d'inflation et des revenus.
- Fixer des prix minimaux pour l'alcool, le cas échéant.
- Adopter et faire respecter un âge minimal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et réduire la densité des points de vente au détail.
- Restreindre ou interdire les promotions de boissons alcoolisées dans le cadre de parrainages et d'activités ciblant les jeunes.

(suite)

Tableau 34.1 (suite)

- Assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool et des affections concomitantes dans les services sociaux et de santé.
- Fournir aux consommateurs des informations sur les boissons alcoolisées et les étiqueter de manière à indiquer les dommages liés à l'alcool.

Réduire les régimes alimentaires malsains

Meilleurs choix

- Réduire la consommation de sel en reformulant les produits alimentaires pour qu'ils contiennent moins de sel et en fixant des objectifs en ce qui concerne la quantité de sel dans les aliments et les repas.
- Réduire la consommation de sel par la mise en place d'un environnement favorable dans les institutions publiques telles que les hôpitaux, les écoles, les lieux de travail et les maisons de retraite, afin de permettre la mise en place d'options à faible teneur en sodium.
- Réduire la consommation de sel grâce à des campagnes de communication sur les changements de comportement et des campagnes médiatiques.
- Réduire la consommation de sel grâce à la mise en place d'un étiquetage sur le devant des emballages.

Interventions efficaces

- Éliminer les graisses trans industrielles en élaborant une législation interdisant leur utilisation dans la chaîne alimentaire.
- Réduire la consommation de sucre en taxant efficacement les boissons sucrées.

Autres interventions recommandées

- Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie.
- Mettre en place des subventions pour augmenter la consommation de fruits et légumes.
- Remplacer les graisses trans et les graisses saturées par des graisses insaturées par le biais de la reformulation, de l'étiquetage, des politiques fiscales ou des politiques agricoles.
- Limiter la taille des portions et des emballages afin de réduire l'apport énergétique et le risque de surpoids ou d'obésité.
- Mettre en œuvre une éducation et des conseils nutritionnels dans différents contextes (par exemple, dans les écoles maternelles, les écoles, les lieux de travail et les hôpitaux) afin d'augmenter la consommation de fruits et de légumes.
- Mettre en place un étiquetage nutritionnel afin de réduire l'apport énergétique total (kcal), les sucres, le sodium et les graisses et les légumes.
- Mettre en œuvre des campagnes médiatiques sur les régimes alimentaires sains, y compris le marketing social pour réduire la consommation de graisses totales, de graisses saturées, de sucres et de sel, et promouvoir la consommation de fruits.

Réduire l'inactivité physique

Meilleurs choix

- Mettre en œuvre une campagne d'éducation et de sensibilisation du public à l'activité physique à l'échelle de la communauté, qui comprend une campagne médiatique combinée à d'autres programmes communautaires d'éducation, de motivation et d'environnement visant à soutenir les changements de comportement en matière de niveaux d'activité physique.

(suite)

Tableau 34.1 (suite)

Interventions efficaces

- Fournir des conseils en matière d'activité physique et orienter les patients dans le cadre des services de soins de santé primaires de routine par le biais d'une intervention brève.

Autres interventions recommandées

- Veiller à ce que l'aménagement urbain au niveau macro-économique intègre les éléments essentiels que sont la densité résidentielle, les réseaux routiers connectés comprenant des trottoirs, la facilité d'accès à une diversité de destinations et l'accès aux transports publics.
- Mettre en œuvre un programme scolaire complet comprenant une éducation physique de qualité, la mise à disposition d'installations et de programmes favorables à l'activité physique pour tous les enfants.
- Fournir un accès pratique et sûr à des espaces publics de qualité et à des infrastructures adéquates pour favoriser les déplacements à pied et à vélo.
- Mettre en œuvre des programmes d'activité physique à composantes multiples sur le lieu de travail.
- Promouvoir l'activité physique par le biais de groupes et de clubs sportifs organisés, de programmes et d'événements.

Prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète**Meilleurs choix**

- Traitement médicamenteux (y compris le contrôle de la glycémie en cas de diabète et le contrôle de l'hypertension en utilisant une approche du risque total) et conseils aux personnes victimes d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral et aux personnes présentant un risque élevé ($\geq 30\%$) d'événement cardiovasculaire mortel ou non mortel au cours des dix prochaines années.
- Traitement médicamenteux (y compris le contrôle de la glycémie en cas de diabète et le contrôle de l'hypertension en utilisant une approche du risque total) et conseils aux personnes victimes d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral et aux personnes présentant un risque modéré ou élevé ($\geq 20\%$) d'événement cardiovasculaire mortel ou non mortel au cours des dix prochaines années.

Interventions efficaces

- Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde à : l'acide acétylsalicylique, l'acide acétylsalicylique et le clopidogrel, la thrombolyse ou les interventions coronariennes percutanées primaires (ICPP).
- Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde à l'aspirine, dans un premier temps en milieu hospitalier, avec un suivi assuré par les établissements de soins de santé primaires à un taux de couverture de 95 %.
- Traitement des nouveaux cas d'infarctus aigu du myocarde à l'aspirine et à la thrombolyse, dans un premier temps en milieu hospitalier, avec un suivi assuré par les établissements de soins de santé primaires à un taux de couverture de 95 %.
- Traitement des nouveaux cas d'infarctus du myocarde par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP), aspirine et clopidogrel, dans un premier temps en milieu hospitalier, avec un suivi assuré par les établissements de soins de santé primaires à un taux de couverture de 95 %.

(suite)

Tableau 34.1 (suite)

- Traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thérapie thrombolytique intraveineuse.
- Prévention primaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales par un traitement plus approprié de la pharyngite streptococcique au niveau des soins primaires.
- Prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale par la mise en place d'un registre des patients recevant régulièrement de la pénicilline prophylactique.

Autres interventions recommandées

- Traitement de l'insuffisance cardiaque congestive par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bêta-bloquant et diurétique.
- Réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde.
- Anticoagulation pour la fibrillation auriculaire non valvulaire à risque moyen et élevé et la sténose mitrale avec fibrillation auriculaire.
- Acide acétylsalicylique à faible dose pour les accidents vasculaires cérébraux ischémiques.
- Soins de l'AVC aigu et réadaptation dans les services de traitement des AVC.

Prise en charge du diabète

Meilleurs choix

- Aucun

Interventions efficaces

- Soins préventifs du pied pour les personnes atteintes de diabète (y compris des programmes éducatifs, l'accès à des chaussures appropriées, des cliniques multidisciplinaires).
- Dépistage de la rétinopathie diabétique pour tous les patients diabétiques et photocoagulation au laser pour la prévention de la cécité.
- Contrôle efficace de la glycémie pour les personnes atteintes de diabète, ainsi qu'une surveillance standard de la glycémie à domicile pour les personnes traitées à l'insuline afin de réduire les complications du diabète.

Autres interventions recommandées

- Interventions relatives au mode de vie pour prévenir le diabète.
- Vaccination antigrippale des patients diabétiques.
- Soins préconceptionnels pour les femmes en âge de procréer atteintes de diabète, y compris l'éducation des patients et la gestion intensive de la glycémie.
- Dépistage de la protéinurie chez les personnes atteintes de diabète et traitement par inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour la prévention et le retard de la maladie rénale.

Prise en charge du cancer

Meilleurs choix

- Vaccination contre le virus du papillome humain (deux doses) des jeunes filles de 9 à 13 ans.
- Prévention du cancer du col utérin par le dépistage des femmes âgées de 30 à 49 ans, soit par :
 - Inspection visuelle à l'aide d'acide acétique, associée au traitement opportun des lésions précancéreuses.

(suite)

Tableau 34.1 (suite)

-
- Frottis cervical (cytologie cervicale) tous les 3 à 5 ans, associé à un traitement opportun des lésions précancéreuses.
 - Dépistage du virus du papillome humain tous les cinq ans, associé au traitement opportun des lésions précancéreuses.

Interventions efficaces

- Dépistage par mammographie (une fois tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans), associé à un diagnostic et à un traitement opportuns du cancer du sein.
- Traitement des stades I et II du cancer colorectal par chirurgie +/- chimiothérapie et radiothérapie.
- Soins palliatifs de base du cancer : soins à domicile et à l'hôpital avec une équipe multidisciplinaire et accès aux opiacés et aux médicaments de soutien essentiels.

Autres interventions recommandées

- Prévention du cancer du foie par la vaccination contre l'hépatite B.
- Dépistage du cancer de la bouche dans les groupes à haut risque (par exemple, les consommateurs de tabac, les chiqueurs de noix de bétel), associé à un traitement opportun.
- Dépistage du cancer colorectal au sein de la population, notamment par le biais d'un test de recherche de sang occulte dans les selles, si nécessaire, à partir de l'âge de 50 ans, associé à un traitement en temps opportun.

Prise en charge des maladies respiratoires chroniques**Interventions efficaces**

- Soulagement des symptômes chez les patients asthmatiques grâce au salbutamol en inhalation.
- Soulagement des symptômes chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive grâce au salbutamol en inhalation.
- Traitement de l'asthme au béclométhasone en inhalation à faible dose et au bêta-agoniste à courte durée d'action.

Autres interventions recommandées

- Accès à des poêles améliorés et à des combustibles plus propres pour réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.
 - Interventions rentables visant à prévenir les maladies pulmonaires professionnelles, par exemple l'exposition à la silice ou à l'amiante.
 - Vaccination antigrippale des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive.
-

les contextes ainsi que pour leur rapport coût-efficacité. Ils encouragent l'action tout au long de la vie. Les interactions vont de la prévention au niveau de la population et des individus au traitement et aux soins, en reconnaissant qu'une intervention précoce réduit les coûts du traitement à long terme. Les meilleurs choix aident les décideurs politiques à concentrer les investissements et les actions sur les interventions à fort impact à un coût abordable, plutôt que d'être submergés par une myriade d'options et d'interventions politiques.

L'importance des enjeux non financiers

Bien que l'analyse coût-efficacité soit un outil important, elle présente des limites et ne doit pas être utilisée comme unique base de décision. Lors de la sélection des interventions, d'autres critères devraient également être pris en considération dans le cadre d'un processus décisionnel transparent et équitable. Les autres critères souvent retenus sont l'efficacité, l'abordabilité, la capacité de mise en œuvre et la faisabilité. En outre, les priorités nationales en matière de santé, l'impact sur l'équité en matière de santé et d'autres enjeux locaux doivent être pris en compte. Enfin, les estimations du rapport coût-efficacité des interventions individuelles doivent être prises en compte dans le contexte de la nécessité de mettre en œuvre une combinaison d'interventions politiques à l'échelle de la population et d'interventions individuelles.

L'importance du contexte

Une grande partie des données probantes utilisées pour l'élaboration des meilleurs choix de l'OMS repose sur des données d'efficacité provenant de pays à revenu élevé,⁵ en supposant que ce niveau d'efficacité puisse être atteint dans d'autres pays. Cependant, il est important de reconnaître que les rapports coût-efficacité peuvent être différents dans les pays d'autres régions qui présentent des profils de maladies, des caractéristiques démographiques, des structures économiques, des plates-formes de systèmes de santé et d'autres caractéristiques locales différents.^{6,7} Les meilleurs choix de l'OMS ont été élaborés à partir de données mondiales sur leur efficacité et en développant des modèles spécifiques à chaque pays pour estimer le rapport coût-efficacité dans un échantillon représentatif de pays, ce qui a permis de tirer des conclusions générales. Toutefois, il n'est pas possible de se contenter de reprendre les estimations de coût-efficacité de la littérature et de supposer qu'elles s'appliquent à d'autres contextes. Le rapport coût-efficacité varie d'un pays à l'autre en raison de divers facteurs tels que le profil des maladies, les caractéristiques démographiques, les systèmes de santé et les caractéristiques locales. Toutefois, le classement du rapport coût-efficacité entre les trois types d'interventions (par exemple, les meilleurs choix sont plus rentables que les interventions recommandées) pourrait potentiellement être similaire dans toutes les régions, ce qui souligne la nécessité de donner la priorité aux interventions présentant le rapport coût-efficacité le plus élevé dans toutes les régions.

L'importance de soutenir les actions de facilitation

La mise en œuvre des meilleurs choix et des interventions recommandées par l'OMS doit être soutenue par des « actions de facilitation », par exemple :

- Le leadership (par exemple, renforcement du leadership et de l'engagement dans la lutte contre la consommation nocive d'alcool).

- Le renforcement de la capacité des gouvernements à élaborer, mettre en œuvre et contrôler les mesures réglementaires et législatives visant à lutter contre les facteurs de risque comportementaux.
- Des approches stratégiques plus larges (par exemple, la formation des travailleurs de la santé, le renforcement des capacités des systèmes de santé et l'extension de l'utilisation des technologies numériques pour améliorer l'accès aux services de santé).
- D'autres directives pertinentes qui fournissent des détails sur les processus sélectionnés pour la mise en œuvre (par exemple, mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants).

Comment utiliser les meilleurs choix et les autres interventions recommandées par l'OMS

Les pays devraient choisir dans la liste des meilleurs choix et des autres interventions recommandées en fonction de leur contexte national, en tenant compte des éléments suivants : (i) quelles interventions apporteront le meilleur retour sur investissement aux interventions nationales pour la mise en œuvre globale du Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 ; (ii) les secteurs gouvernementaux prioritaires qui doivent être impliqués (en particulier la santé, le commerce et les finances) ; et (iii) les engagements sectoriels concrets et coordonnés basés sur les co-bénéfices à inclure dans les interventions nationales relatives aux ODD.

Lors de l'examen des différentes interventions, il convient de mettre l'accent sur les critères économiques et non économiques, car ils affecteront tous deux la mise en œuvre et l'impact des interventions. Parmi les autres interventions recommandées, l'absence d'une analyse coût-efficacité (basée sur des données dans certains pays et/ou dans un contexte particulier) ne devrait pas nécessairement être une raison suffisante pour ne pas mettre en œuvre une intervention, et vice versa, car nombreuses peuvent être les raisons pour lesquelles une telle analyse ne peut pas être effectuée (par exemple, des préoccupations concernant l'équité et la faisabilité). En outre, la mise en œuvre des interventions dépend de facteurs épidémiologiques, culturels et/ou politiques dans le contexte concerné.

Mise à jour des meilleurs choix de l'OMS

Un ensemble actualisé de meilleurs choix et d'interventions recommandées est en cours d'élaboration et sera examiné par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2023.

Remarques

- 1 Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2017.
- 2 New cost-effectiveness updates from WHO-CHOICE. WHO, 2021 (web site).
- 3 Bertram MY et al. Methods for the economic evaluation of health care interventions for priority setting in the health system: an update from WHO CHOICE. *Int J Health Policy Manag* 2021;10:673–77.
- 4 Bertram MY. Cost-effectiveness of population level and individual level interventions to combat non-communicable disease in Eastern Sub-Saharan Africa and South East Asia: a WHO-CHOICE analysis. *Int J Health Policy Manag* 2021;10:724–33.
- 5 Allen LN et al. Evaluation of research on interventions aligned to WHO best buys for NCDs in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review from 1990 to 2015. *BMJ Global Health* 2018;3:e000535.
- 6 Isaranuwachai W et al. Prevention of NCDs: best buys, wasted buys, and contestable buys. *BMJ* 2020;368:m141.
- 7 *Non-communicable disease prevention: best buys, wasted buys and contestable buys*. Eds. Isaranuwachai W et al. Cambridge: Open Book Publishers, 2019.

35 Responsabilité en matière de prévention et de lutte contre les MNT

Nick Banatvala, Melanie Cowan, Manju Rani, Leanne Riley

La responsabilité en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) est importante pour stimuler les progrès et jeter les bases du plaidoyer, de la sensibilisation, du renforcement de l'engagement politique et de la promotion de l'action aux niveaux mondial, régional et national. La responsabilité mondiale en matière de MNT comprend : (i) le cadre mondial de surveillance de l'OMS ; (ii) un ensemble d'indicateurs de progrès permettant de suivre les progrès réalisés en matière de politique, de programmation et de gouvernance par rapport aux engagements pris lors des réunions de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies sur les MNT ; et (iii) les cibles et indicateurs des Objectifs de développement durable (ODD).

Le Cadre mondial de surveillance des maladies non transmissibles

En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté le Cadre mondial de surveillance (CMS) des maladies non transmissibles de l'OMS afin de suivre les progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et national dans la lutte contre la charge de morbidité des MNT. Le CMS comprend 25 indicateurs (un pour la mortalité, un pour la morbidité, 15 liés aux principaux facteurs de risque des MNT et huit pour les réponses des systèmes nationaux). Neuf de ces indicateurs sont assortis d'objectifs fermes à échéances déterminées dans trois domaines : résultats (morbidité et mortalité), facteurs de risque (comportementaux et biologiques) et réponse du système national conformément au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Le Tableau 35.1 décrit ces indicateurs et objectifs, y compris plusieurs mises à jour effectuées depuis leur adoption initiale. Les objectifs ont été décidés en fonction du niveau de réalisation considéré comme faisable dans le délai imparti, sur la base des performances historiques du dixième centile supérieur des pays. Les objectifs ont été jugés ambitieux, mais réalisables. Une fois atteints, ils représenteront un progrès majeur dans la prévention et le contrôle des facteurs de risque des MNT. Les pays sont encouragés à utiliser ces objectifs mondiaux comme guide pour fixer des objectifs nationaux dans leurs plans d'action nationaux

Tableau 35.1 Cadre mondial de surveillance des MNT de l'OMS

<i>Élément du cadre</i>	<i>Objectif pour 2025 avec un niveau de référence de 2010, sauf indication contraire</i>	<i>Indicateur</i>
Résultats		
	1. Une réduction relative d'un tiers de la mortalité due aux MCV, au cancer, au diabète ou aux MCV (d'ici 2030 par rapport au niveau de référence de 2015 - alignée sur la cible 3.4.1 des ODD).*	1. Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une MCV, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique.
Indicateurs supplémentaires		2. Incidence du cancer, par type de cancer, pour 100 000 habitants.
Facteurs de risque comportementaux		
Consommation nocive d'alcool.	2. Une réduction relative de 20 % de la consommation nocive d'alcool, le cas échéant, dans le contexte national. (d'ici 2030).*	3. Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (âgé de plus de 15 ans) au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, le cas échéant, dans le contexte national. 4. Prévalence de la consommation épisodique excessive d'alcool chez les adolescents et les adultes, le cas échéant, dans le contexte national.† 5. Morbidité et mortalité liées à l'alcool chez les adolescents et les adultes, le cas échéant, dans le contexte national.
Inactivité physique.	3. Une réduction relative de 15 % de la prévalence d'une activité physique insuffisante (d'ici 2030).*	6. Prévalence d'adolescents insuffisamment actifs physiquement (<60 minutes d'activité d'intensité modérée ou élevée par jour). 7. Prévalence des personnes de plus de 18 ans insuffisamment actives physiquement (<150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine, ou équivalent).†
Consommation de sel/sodium.	4. Une réduction relative de 30 % de la consommation moyenne de sel/sodium dans la population.	8. Consommation moyenne de sel dans la population (chlorure de sodium) par jour en grammes chez les personnes âgées de plus de 18 ans.

(suite)

Tableau 35.1 (suite)

Élément du cadre	Objectif pour 2025 avec un niveau de référence de 2010, sauf indication contraire	Indicateur
Tabagisme.	5. Une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel.	9. Prévalence du tabagisme actuel chez les adolescents. 10. Prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de plus de 18 ans.†
Facteurs de risque biologiques		
Pression artérielle (PA) élevée.	6. Une réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou le maintien de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction des circonstances nationales.	11. Prévalence de PA élevée chez les personnes âgées de plus de 18 ans (PA systolique/diastolique $\geq 140/90$ mmHg).
Diabète et obésité.	7. Enrayer la progression du diabète et de l'obésité.	12. Prévalence de l'hyperglycémie/ du diabète chez les personnes âgées de plus de 18 ans (définie par une concentration de glucose plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l [126 mg/dl] ou par la prise d'un médicament contre l'hyperglycémie).† 13. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (selon la référence de croissance de l'OMS pour les enfants et les adolescents d'âge scolaire). 14. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de plus de 18 ans (IMC ≥ 25 kg/m ² et ≥ 30 kg/m ² , respectivement).†
Indicateurs supplémentaires.		15. Proportion moyenne de l'apport énergétique total provenant d'acides gras saturés chez les personnes âgées de plus de 18 ans.† 16. Prévalence des personnes (âgées de plus de 18 ans) consommant <5 (400 grammes) fruits et légumes par jour.† 17. Prévalence de l'augmentation du cholestérol total chez les personnes âgées de plus de 18 ans (cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) ; et concentration moyenne de cholestérol total.†

(suite)

Tableau 35.1 (suite)

Élément du cadre	Objectif pour 2025 avec un niveau de référence de 2010, sauf indication contraire	Indicateur
Réponse des systèmes nationaux		
Traitement médicamenteux pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.	8. Au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.	18. Proportion de personnes éligibles (âgées de ≥ 40 ans et présentant un risque de MCV sur dix ans ≥ 20 %, y compris celles ayant des antécédents de MCV) recevant un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.*
Médicaments essentiels contre les MNT et technologies de base pour traiter les principales MNT.	9. Une disponibilité de 80 % de technologies de base et de médicaments essentiels, y compris les médicaments génériques nécessaires au traitement des principales MNT dans les établissements publics et privés.	19. Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.
Indicateurs supplémentaires.		20. Accès aux soins palliatifs évalué par l'équivalent en morphine. 21. Adoption de politiques nationales limitant les acides gras saturés et éliminant pratiquement les huiles végétales partiellement hydrogénées de l'approvisionnement alimentaire, le cas échéant, dans le contexte national et dans le cadre des programmes nationaux. 22. Disponibilité, le cas échéant, de vaccins efficaces et abordables contre le virus du papillome humain, conformément aux programmes et politiques nationaux.

(suite)

Tableau 35.1 (suite)

Élément du cadre	Objectif pour 2025 avec un niveau de référence de 2010, sauf indication contraire	Indicateur
		23. Politiques visant à réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel. 24. La vaccination contre le virus de l'hépatite B est surveillée par le nombre de troisièmes doses de vaccin contre l'hépatite B administrées aux nourrissons. 25. Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant subi au moins un dépistage du cancer du col utérin et, pour les groupes d'âge inférieurs ou supérieurs, conformément aux programmes ou politiques nationaux.

*Cibles mises à jour depuis 2013, †normalisées en fonction de l'âge.

multisectoriels, qui peuvent être plus ou moins ambitieux en fonction de la situation nationale.

L'OMS rendra compte à l'AMS et à l'Assemblée générale de l'ONU des progrès réalisés vers les neuf objectifs mondiaux en 2025 et 2030 en calculant périodiquement des estimations comparables au niveau mondial, régional et national lorsque des données suffisantes sont disponibles auprès des pays. Les pays sont donc encouragés non seulement à fixer des objectifs nationaux, mais aussi à suivre les progrès réalisés par rapport à ces indicateurs au moyen d'un système national institutionnalisé de surveillance des MNT, dans le cadre du système global d'information sanitaire. Actuellement, environ 56 % des pays se sont fixés des objectifs en matière de mortalité et au moins un autre objectif.

De plus amples informations sur le CMS sont fournies ailleurs.¹

Surveillance des progrès en matière de MNT

En plus de suivre les progrès sur les indicateurs de santé spécifiques définis dans le CMS, l'OMS est également chargée de suivre les progrès des pays dans la mise en œuvre d'un large éventail d'actions recommandées pour réduire la charge de morbidité des MNT. Comme convenu en 2015, l'OMS a rendu compte à l'Assemblée générale de l'ONU en 2017 des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements figurant dans la Déclaration politique de l'Organisation des Nations Unies de 2011 et le document final de 2014 de

l'ONU sur les MNT.² Légèrement mise à jour en 2017, la surveillance des progrès en matière de MNT comprenait une série de 19 indicateurs au regard desquels l'OMS mesurera les progrès accomplis (Encadré 35.1).

Ces indicateurs couvrent une série d'activités liées aux données (par exemple, la surveillance des facteurs de risque), les options politiques concernant les MNT et leurs facteurs de risque, ainsi que les capacités des services de santé à lutter contre les MNT. De nombreux indicateurs mesurent directement si les pays ont mis en œuvre ou non un ou plusieurs des meilleurs choix de l'OMS. Depuis 2017, l'OMS continue de rendre compte régulièrement des progrès réalisés par les pays sur ces indicateurs dans une série de rapports de surveillance des progrès en utilisant les données fournies par les pays à l'OMS.³

ENCADRÉ 35.1 INDICATEURS DE PROGRÈS (SIMPLIFIÉS)

- 1 Fixation d'objectifs nationaux assortis de délais.
- 2 Mise en place d'un système opérationnel permettant de produire régulièrement des données fiables sur la mortalité par cause.
- 3 Une enquête STEPS ou une enquête similaire d'examen complet de la santé menée tous les cinq ans.
- 4 Une stratégie nationale multisectorielle opérationnelle/un plan d'action en place qui intègre les MNT et leurs facteurs de risque.
- 5 Mise en œuvre d'un ensemble de mesures de réduction de la demande de tabac dans le cadre de la CCLAT de l'OMS :
 - a. Réduction de l'accessibilité financière par l'augmentation des droits d'accise et des prix des produits du tabac.
 - b. Élimination de l'exposition au tabagisme passif dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics.
 - c. Mise en place d'emballages neutres/standardisés et/ou d'avertissements sanitaires graphiques de grande taille sur tous les paquets de tabac.
 - d. Promulgation et application des interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac.
 - e. Mise en œuvre de campagnes médiatiques efficaces pour sensibiliser le public aux méfaits du tabagisme et du tabagisme passif.
- 6 Mise en œuvre de mesures visant à réduire la consommation nocive d'alcool :
 - a. Adopter et mettre en œuvre des restrictions concernant les heures de vente.
 - b. Promulguer et appliquer des interdictions ou des restrictions globales en matière d'exposition à la publicité.
 - c. Augmentation des droits d'accise sur les boissons alcoolisées.

- 7 Mise en œuvre de mesures visant à réduire les régimes alimentaires malsains :
 - a. Mise en place de politiques nationales visant à réduire la consommation de sel/sodium de la population.
 - b. Mise en place de politiques nationales limitant les acides gras saturés et éliminant pratiquement les acides gras trans produits industriellement dans l'approvisionnement alimentaire.
 - c. Adoption des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants.
 - d. Mise en œuvre de la législation/réglementation sur le code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- 8 Au moins une campagne nationale récente de sensibilisation du public ou une campagne médiatique visant à encourager l'activité physique.
- 9 Directives/normes/protocoles nationaux fondés sur des données probantes pour la prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre d'une approche de soins primaires.
- 10 Fourniture d'un traitement médicamenteux, y compris le contrôle de la glycémie, et consultation pour les personnes présentant un risque élevé de crises cardiaques et d'accident vasculaire cérébral.

Objectifs de développement durable

En 2015, les ODD ont été adoptés par l'Organisation des Nations Unies. Ils comprennent un vaste ensemble d'indicateurs et de cibles couvrant les questions sociales, économiques et environnementales organisées en 17 objectifs. L'objectif 3 consiste à garantir une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, et comprend des cibles spécifiques aux MNT ainsi que des cibles liées aux MNT (Encadré 35.2).

ENCADRÉ 35.2 CIBLES DES ODD RELATIVES AUX MNT ET EXEMPLES DE CIBLES DES ODD LIÉES AUX MNT

- 3.4 D'ici 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des MNT et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
- 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
- 3.8 Veiller à ce que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et

donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable.

- 3.9 D'ici 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.
- 3.B Soutenir la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement ; donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Cette déclaration réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, et à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments.
- 3.C Accroître considérablement le financement de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement.

Le département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (DAES) est responsable du rapport sur les progrès réalisés vers la réalisation des cibles des ODD. Les ressources de la division statistique du DAES comprennent des rapports annuels sur les ODD, une base de données mondiale sur les ODD qui permet d'accéder à des données sur plus de 210 indicateurs des ODD par catégorie d'indicateurs, pays, région ou période, et fournit également des informations sur les méthodes utilisées pour la collecte et l'analyse des données, ainsi qu'un ensemble complet d'outils de surveillance et d'établissement de rapports sur les ODD destiné à aider les pays.⁴

Le Forum politique de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies pour le développement durable (HLPF) est la principale plate-forme de l'Organisation des Nations Unies sur le développement durable et joue un rôle central dans le suivi et l'examen du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des ODD au niveau mondial. Il se réunit chaque année sous les auspices du Conseil économique et social de l'ONU, et les MNT sont incluses dans un certain nombre d'événements au cours du forum.⁵ Dans le cadre de l'engagement des pays à s'approprier la responsabilité des progrès accomplis dans la réalisation des ODD, plus de 300 examens nationaux volontaires ont été menés depuis 2018. Des conseils pour les pays sur la manière d'entreprendre ces examens sont disponibles.⁶

Remarques

- 1 NCD global monitoring framework. WHO (website).
- 2 How WHO will report in 2017 to the United Nations General Assembly on the progress achieved in the implementation of commitments included in the 2011 UN Political Declaration and 2014 UN Outcome Document on NCDs. WHO, 2015.
- 3 Noncommunicable diseases progress monitor 2022. WHO, 2022.
- 4 Welcome to the sustainable development goal indicators website. UNDESA. <https://unstats.un.org/sdgs>.
- 5 United Nations: high level political forum on sustainable development. <https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>; high level political forum on sustainable development; sustainable development knowledge platform; voluntary national reviews. <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/#VNRDatabase>.
- 6 Handbook for the preparation of voluntary national reviews - the 2021 Edition. UNDESA, 2022.

Partie 5

Questions transversales relatives à la prévention et à la lutte contre les MNT

36 Approches populationnelles et individuelles de la prévention et de la lutte contre les MNT

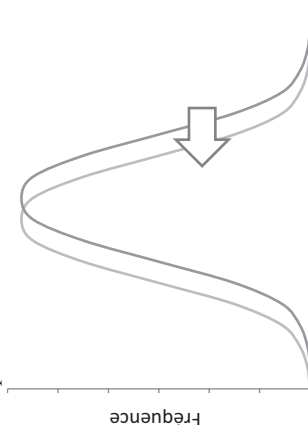
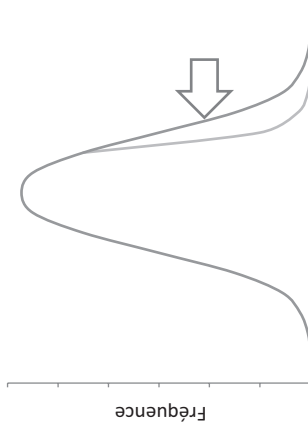
*Pascal Bovet, Nick Banatvala, Kay-Tee Khaw,
K Srinath Reddy*

Les interventions visant à prévenir et à lutter contre les MNT, y compris les meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS, peuvent être classées en deux catégories : les interventions au niveau de la population et les interventions au niveau de l'individu. Ces deux approches s'appuient largement sur les travaux de Geoffrey Rose, qui a introduit le concept « d'individus malades » et de « populations malades » dans la littérature sur la santé publique et donc la nécessité de stratégies différentes pour la prévention et le contrôle des problèmes de santé.¹

Niveau d'action des interventions à l'échelle de la population par rapport aux interventions individuelles à haut risque. Les interventions à l'échelle de la population visent à contrôler les déterminants de l'incidence des MNT dans l'ensemble de la population et nécessitent généralement une action dans de multiples secteurs au-delà du secteur de la santé. En revanche, les interventions à haut risque visent à identifier les personnes à haut risque et à leur offrir une protection individuelle. Elles agissent principalement au niveau des soins de santé et nécessitent un système de santé performant. Les principales caractéristiques des stratégies de prévention et de contrôle des maladies basées sur la population et de celles à haut risque sont présentées dans le Tableau 36.1.

Paradoxe de la prévention. D'un point de vue épidémiologique, la plus grande proportion de MNT au sein d'une population, en particulier les maladies cardiovasculaires (MCV), provient d'individus dont les niveaux de facteurs de risque ne sont que modérément élevés. En effet, la majorité des individus d'une population présentent des niveaux de facteurs de risque légèrement élevés ou intermédiaires, tandis que seule une minorité présente des niveaux de facteurs de risque très élevés. Par exemple, la majorité des cas d'accidents vasculaires cérébraux concernent des personnes atteintes d'hypertension artérielle (PA) modérée plutôt que le nombre réduit de personnes atteintes d'hypertension artérielle élevée ou très élevée. C'est ce que l'on appelle le « paradoxe de la prévention », qui souligne l'importance des interventions visant à réduire les facteurs de risque dans l'ensemble de la population, s'attaquant ainsi aux causes sous-jacentes de ces maladies (c'est-à-dire la prévention primaire des MNT). Toutefois, les interventions à haut risque restent d'une importance capitale pour la prévention, c'est-à-dire pour protéger les personnes sensibles (c'est-à-dire celles qui présentent un risque accru de MNT ou qui sont atteintes d'une MNT).

Tableau 36.1 Principales caractéristiques des stratégies de prévention et de contrôle des maladies basées sur la population et de celles à haut risque

	Stratégies démographiques (santé publique)	Stratégies individuelles (à haut risque)
Cible (« unité »). Objectif.	Ensemble de la population. Créer des environnements propices à l'adoption de comportements sains par tous les individus. Chercher à produire des changements mineurs dans les facteurs de risque que les plus répandus (« bon pour tous »). Essayer de s'attaquer aux causes fondamentales (approches « pansociétales » et de la « santé dans toutes les politiques »).	Individus à risque. Chercher à apporter des changements importants dans les facteurs de risque/maladies chez quelques individus à haut risque (« bon pour certains »). Chercher à protéger les personnes sensibles.
Mécanisme.	 <p>Fréquence</p> <p>Facteurs de risque</p> <p>Atteindre la courbe des facteurs de risque de la population (vers des valeurs plus faibles).</p>	 <p>Fréquence</p> <p>Facteurs de risque</p> <p>Identifier les personnes à risque (y compris celles atteintes de MINT) par le dépistage et le traitement.</p>
Impact : bénéfice pour les individus.	Faible.	Important (si les patients sont coopératifs ; l'adhésion est le principal défi).
Impact : bénéfice pour la population.	Important.	Faible (mais peut être important si une grande partie de la population à risque est détectée et traitée).

(suite)

Tableau 36.1 (suite)

	<i>Stratégies démographiques (santé publique)</i>	<i>Stratégies individuelles (à haut risque)</i>
Secteurs d'où proviennent les interventions.	Principalement des secteurs autres que le secteur de la santé.	Principalement le secteur des soins de santé.
Adoption des interventions par les différents groupes sociaux.	En général, pas ou peu de différences sociales. Peut avoir un impact amplifié sur les pauvres (par exemple, taxe sur le tabac et l'alcool).	Souvent une adoption plus faible par les populations pauvres et/ou non éduquées (un problème majeur pour l'efficacité et l'équité sociale).
Nécessité d'identifier les individus ciblés.	Non (sauf si une intervention vise des sous-groupes particuliers de la population).	Oui (dépistage ; nécessité la volonté des individus de subir des tests/traitements).
La coopération des individus est nécessaire.	Inexistante ou insuffisante (par exemple, taxes sur le tabac et l'alcool ; reformulation des aliments ; modification de l'environnement).	Toujours.
Niveau d'action dans le processus de la maladie.	S'attaquer aux causes sous-jacentes (↓ incidence).	Ne pas nécessairement s'attaquer aux causes (en particulier lorsque les causes sont inconnues). Retarde le développement de la maladie (↓ létalité).
Acceptabilité.	Souvent opposée par des intérêts économiques.	Souvent bien acceptée par les individus (« les patients »).
Coût pour la société.	Peut être faible et/ou générer des recettes (par exemple, taxes d'accise sur l'alcool, le tabac et le sucre).	Utilisation rentable, élevée ou très élevée, des ressources (par exemple, hémodialyse ou traitement du cancer souvent très coûteux, mais qui sauve la vie des personnes concernées).
Payant.	Souvent public (dans le cadre de programmes sectoriels non liés à la santé).	Une combinaison d'aides publiques, d'assurances et/ou de dépenses personnelles.
Responsabilité.	Différents secteurs, souvent en dehors du secteur de la santé, sont souvent soumis aux décisions des parlements au niveau national/régional.	Systèmes de santé, ministère de la Santé.
Preuve d'impact.	Peut être difficile à évaluer, car, le plus souvent, les preuves ne peuvent être fondées sur des essais randomisés contrôlés (et les effets observés peuvent être faussés par des facteurs de confusion).	Peut s'appuyer sur des méthodes solides, notamment des essais cliniques contrôlés et randomisés.

(Adapté de Rose G. Personnes malades et populations malades. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-8)

Quelques questions liées aux stratégies démographiques visant à lutter contre les MNT

Bien que plusieurs chapitres du compendium soient consacrés à l'analyse détaillée des stratégies démographiques visant à réduire les facteurs de risque des MNT, les questions clés concernant les stratégies démographiques sont les suivantes :

1. *L'importance des interventions qui requièrent une action minimale de la part des individus*

De nombreuses personnes ont des difficultés à s'engager dans un changement de comportement à long terme pour réduire leur exposition aux facteurs de risque des MNT (Chapitre 47). Cela s'explique notamment par le fait que les facteurs de risque de MNT sont souvent asymptomatiques pendant de nombreuses années et qu'il peut s'écouler beaucoup de temps avant qu'une MNT ne se déclare (par exemple, cancer, crise cardiaque). Cela souligne l'importance des stratégies basées sur la population qui peuvent réduire l'exposition aux facteurs de risque dans l'ensemble de la population sans nécessiter de changement de comportement au niveau individuel, par exemple en modifiant l'environnement dans lequel les individus vivent (par exemple, l'air pur) ou en modifiant certaines conditions externes (par exemple la reformulation des aliments, Chapitre 23). De même, les politiques fiscales, législatives et réglementaires contribuent à faciliter l'adoption de comportements sains.

2. *Impact simultané sur plusieurs facteurs de risque de MNT*

Lorsque l'exposition aux facteurs de risque diminue dans l'ensemble de la population, grâce à un environnement favorable qui encourage et permet l'adoption de comportements sains tels qu'une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, plusieurs facteurs de risque de maladies non transmissibles sont simultanément améliorés. La répartition au sein de la population de l'indice de masse corporelle, de la pression artérielle, de la glycémie, des lipides sanguins et des marqueurs inflammatoires évoluera dans une direction saine vers la gauche. Une alimentation saine peut à elle seule réduire un grand nombre de ces conséquences, tout comme l'activité physique. Même l'absence de consommation de produits du tabac permet d'atteindre bon nombre de ces objectifs. La promotion de la santé, par le biais de politiques qui catalysent et soutiennent la stimulation de comportements sains au niveau de la population, peut grandement influencer simultanément de multiples facteurs de risque et MNT par des voies communes.

3. *Avantages intergénérationnels*

Les mesures mises en œuvre pour créer un environnement favorable à la santé, afin de soutenir la stratégie démographique, profiteront non seulement aux générations actuelles, mais aussi aux générations futures. Une société sans tabac, la réduction de la pollution atmosphérique, des systèmes alimentaires

et agricoles qui favorisent une alimentation saine et un environnement bâti qui permet une activité physique sûre et agréable peuvent être des héritages durables qui réduiront le risque de MNT pour les générations futures, en commençant par les plus jeunes aujourd'hui. Leur exposition aux facteurs de risque favorisant les maladies non transmissibles au cours de leur vie s'en trouvera considérablement réduite. Moins de personnes auront alors besoin d'une stratégie individuelle à haut risque pour réduire les risques de MNT.

4. *Les avantages au-delà de la santé (stratégies gagnant-gagnant)*

Un certain nombre d'interventions utiles à la prévention et à la lutte contre les MNT peuvent également avoir des effets bénéfiques au-delà de la santé (gagnant-gagnant). Par exemple, les voies réservées aux bus et aux cyclistes dans les villes, qui encouragent les déplacements actifs (et augmentent donc l'activité physique de nombreuses personnes), sont également des interventions importantes pour réduire la congestion du trafic routier, diminuer le temps passé à se déplacer et réduire les émissions de CO₂. De même, les taxes sur les produits nocifs pour la santé, tels que l'alcool, le tabac ou le sucre, génèrent des recettes pour le gouvernement (qui peuvent être utilisées en partie pour financer des programmes de promotion de la santé, des soins de santé ou un développement socio-économique plus large). Les interventions qui profitent à plusieurs secteurs sont généralement soutenues par un plus grand nombre de secteurs et de parties prenantes, ce qui permet de présenter des arguments plus solides en faveur d'un financement et d'une mise en œuvre durables. Les décideurs et les praticiens de la santé publique doivent donc identifier, aussi souvent que possible, les opportunités d'interventions gagnant-gagnant, puis collaborer avec d'autres secteurs pour les développer et les mettre en œuvre. Cette approche de la « santé dans toutes les politiques » nécessite une compréhension du langage et de la culture des secteurs autres que celui de la santé, des incitations, des opportunités et des obstacles pour les personnes travaillant dans des secteurs non liés à la santé, ainsi que la reconnaissance du fait que toutes les interventions ne doivent pas nécessairement être axées principalement sur la santé pour être bénéfiques aux MNT. Cela souligne l'importance des comités multisectoriels pour la prévention des maladies non transmissibles au niveau national et plus local afin de stimuler, faciliter, coordonner et contrôler ces interventions bénéfiques pour tous.

Exemples de stratégies démographiques

Politiques visant à améliorer/réduire l'accès aux produits sains/malsains

- Modifier le contenu des aliments et des boissons (par exemple, le sel, les graisses trans, les acides gras saturés et le sucre dans certains aliments).
- Limiter la commercialisation des aliments malsains.
- Interdire de fumer dans les lieux fermés et autres lieux sélectionnés.

Politiques visant à améliorer la mobilité active

- Limiter le rôle des véhicules privés et favoriser l'utilisation des transports publics pour promouvoir la marche et le vélo.
- Promouvoir des villes saines, par exemple des structures telles que des espaces verts et des voies piétonnes pour promouvoir l'activité physique pour tous.

Politiques économiques/fiscales visant à augmenter/réduire la demande/l'offre d'articles sains/malsains

- Taxes/subventions différentielles sur les fruits/légumes sains par rapport aux aliments malsains à forte densité énergétique.
- Taxes d'accise sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées.

Initiatives au niveau communautaire²

- Plus efficaces lorsqu'elles sont multi-dimensionnelles, qu'elles impliquent la communauté et qu'elles sont acceptables sur le plan culturel.
- L'ampleur et la durée des interventions doivent être suffisamment importantes et maintenues dans le temps.

Programmes éducatifs

- Renforcer la sensibilisation de la population aux MNT et à leurs facteurs de risque par le biais des médias et dans différents contextes (écoles, lieux de travail, etc.).

Les exemples ci-dessus correspondent à plusieurs meilleurs choix et interventions recommandées de l'OMS décrits dans ce compendium.³

Quelques questions liées aux stratégies à haut risque visant à lutter contre les MNT

Bien que plusieurs chapitres du compendium soient consacrés aux stratégies à haut risque visant à réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles de manière plus détaillée, certains points essentiels des stratégies à haut risque sont les suivants :

1. Les stratégies individuelles à haut risque sont généralement bien soutenues par les individus et les professionnels de la santé

En effet, elles peuvent entraîner des changements importants et appréciables au niveau du patient. Toutefois, en ce qui concerne les maladies non transmissibles, de nombreuses affections telles que l'hypertension sont asymptomatiques et l'observance à long terme constitue donc un défi de taille. Le surtraitement est également un problème. Il est important que la prise en charge des maladies non transmissibles repose sur des principes fondés sur des données probantes et qu'une bonne gouvernance, des cadres réglementaires adéquats et un suivi continu soient mis en place pour garantir que la prise en charge des maladies non transmissibles ne soit pas dictée par les intérêts commerciaux des industries pharmaceutiques et de soins de santé privés.⁴

2. *L'importance d'utiliser des approches fondées sur le risque total plutôt que sur des facteurs de risque uniques*

Il s'agit d'une approche utilisée en particulier pour les maladies cardiovasculaires, où la prise en charge clinique peut être mieux adaptée en fonction du risque total (absolu) d'un individu,^{5,6} qui prend en compte l'effet combiné de plusieurs facteurs de risque et conditions cliniques, ainsi que le risque résiduel sous-jacent au sein d'une population. L'utilisation de scores de prédiction des risques permet d'identifier une proportion relativement faible d'une population qui présente le risque le plus élevé d'événements mortels et/ou non mortels ultérieurs. Les scores de risque permettent donc de minimiser le nombre de personnes à traiter (NNT) afin d'éviter un événement et donc de minimiser le coût total des soins de santé pour les fournisseurs de soins de santé.⁷ Par exemple, une personne présentant un niveau élevé d'un facteur de risque particulier (par exemple, une tension artérielle élevée) peut ne pas avoir besoin de médicaments lorsque le risque total de MCV est faible, mais peut avoir besoin d'un médicament hypotenseur même si la tension n'est pas élevée lorsque le risque total de MCV ultérieure est élevé (ce point est abordé dans le Chapitre 7 sur les MCV et dans le Chapitre 8 sur l'hypertension). Si l'approche du risque total s'applique principalement aux MCV, elle a également été appliquée au diabète de type 2, à certains cancers et à d'autres MNT, en utilisant, par exemple, des biomarqueurs ou des scores génétiques ou d'autres types. Les scores de risque totaux doivent être régulièrement calibrés et validés pour l'ensemble de la population concernée (en tenant compte, par exemple, de l'évolution du risque de MCV au fil du temps).

3. *Questions relatives aux scores de risque totaux*

Si les scores de risque totaux bien calibrés peuvent prédire de manière fiable des résultats difficiles au niveau de la population (par exemple, l'incidence de l'infarctus du myocarde), ils sont moins utiles au niveau individuel (il s'agit là encore d'une caractéristique du « paradoxe de la prévention », où une majorité d'événements dans la population se produisent parmi les personnes présentant un risque faible ou intermédiaire).⁸ Ceci est dû aux associations relativement (et peut-être étonnamment) faibles entre les facteurs de risque conventionnels et les MNT (par exemple, un risque relatif [RR] de 2 à 5 pour la plupart des facteurs de risque conventionnels de MCV ou un RR allant jusqu'à 50 ou plus pour les facteurs de risque de MCV combinés), alors qu'une prédiction fiable d'un événement au niveau individuel nécessiterait une association beaucoup plus forte (par exemple, un risque relatif >200).⁹ La recherche est importante pour identifier de nouvelles variables telles que les marqueurs biologiques et génétiques et les changements subcliniques (par exemple, la calcification des artères coronaires) afin d'améliorer la prédiction au niveau individuel.

L'âge avancé est de loin le facteur de risque le plus important des MNT, et donc la variable la plus discriminante dans les scores de risque des MNT (par exemple, l'âge contribue à lui seul à 80 % de la performance des scores de risque de MCV actuellement utilisés).¹⁰ Cela explique pourquoi la prise en charge des MNT basée sur les scores de risque totaux tend à se concentrer sur les groupes d'âge plus élevés. Nombreux sont ceux qui considèrent que l'évaluation du risque de MNT devrait également être envisagée à un âge plus précoce, même si le risque total n'est pas particulièrement élevé, compte tenu de la nature chronique et largement irréversible des MNT (par exemple, l'athérosclérose et les MCV). Cela peut nécessiter l'utilisation de scores qui prédisent le risque sur une période plus longue (par exemple, 30 ans contre 10 ans).¹¹ Si l'évaluation du risque de MCV à un plus jeune âge peut présenter d'importants avantages en termes de santé publique, elle a également d'importantes implications en termes de ressources si des interventions au niveau individuel sont mises en œuvre.

Stratégies démographiques, stratégies individuelles à haut risque, meilleurs choix et autres interventions recommandées de l'OMS dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT

Sur les quelque 80 meilleurs choix et autres interventions spécifiques recommandées de l'OMS (décrits dans le Chapitre 34 et dans d'autres chapitres du compendium), 40 peuvent être considérés comme des stratégies à l'échelle de la population et 33 comme des stratégies à haut risque au niveau de l'individu. Il est important de savoir quelle intervention est basée sur la population et quelle intervention est à haut risque et basée sur l'individu afin de mieux comprendre avec quels partenaires il faut travailler.

Indicateurs de surveillance

Les indicateurs utiles pour guider les interventions auprès de la population comprennent des enquêtes auprès des adultes et des enfants afin d'évaluer les niveaux moyens et la prévalence des facteurs de risque dans l'ensemble de la population (par exemple les enquêtes STEPS ou des enquêtes similaires, Chapitre 5), de préférence stratifiées en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socio-économique et d'autres caractéristiques démographiques. Les indicateurs utiles pour orienter les stratégies à haut risque comprennent des enquêtes au niveau des soins de santé (par exemple, l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services [SARA] ou des enquêtes similaires menées dans les établissements de santé pour évaluer l'utilisation des services, les performances, l'équipement, etc.), mais aussi des enquêtes au niveau de la population (par exemple, pour évaluer le niveau de contrôle des facteurs de risque dans l'ensemble de la population). Les données des statistiques de l'état civil ou des registres (par exemple, le registre du cancer), qui fournissent des informations

sur les taux de maladies au sein d'une population, sont utiles pour guider les deux types d'interventions.

Remarques

- 1 Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14:32–8.
- 2 Soltani S et al. Community-based cardiovascular disease prevention programmes and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2021;200:59–70.
- 3 Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of NCDs. WHO, 2017.
- 4 Clark J. Medicalization of global health 3: the medicalization of the non-communicable diseases agenda. *Global Health Action* 2014;7:24002.
- 5 Manuel DG et al. Revisiting rose: strategies for reducing coronary heart disease. *BMJ* 2006;18;332:659–62.
- 6 Bovet P et al. Screening for cardiovascular disease risk and subsequent management in low and middle income countries: challenges and opportunities. *Public Health Rev* 2015;36:13.
- 7 Ndindjock R et al. Potential impact of single-risk-factor versus total risk management for the prevention of cardiovascular events in Seychelles. *Bull WHO* 2011;89:286–95.
- 8 Collins GS, Altman DG. An independent and external validation of QRISK2 CVD risk score: a prospective open cohort study. *BMJ* 2010;340:c2442.
- 9 Wald NJ et al. When can a risk factor be used as a worthwhile screening test? *BMJ* 1999;319:1562–5.
- 10 Pencina MJ et al. Quantifying importance of major risk factors for coronary heart disease. *Circulation* 2019;139:1603–11.
- 11 Grundy S et al. Guideline on the management of blood cholesterol: a report of the ACA/AHA task force on clinical practice guidelines. *Circulation* 2019;139:e1082–43.

37 Une approche de la prévention et de la lutte contre les MNT tout au long de la vie

*Julianne Williams, Kremlin Wickramasinghe,
Sumudu K Kasturiarachchi, Arnaud Chiolero*

Les MNT et leurs facteurs de risque prennent racine très tôt dans la vie, avec une étiologie complexe impliquant des facteurs socio-environnementaux, biologiques et psychologiques à plusieurs niveaux, interagissant à tous les stades de la vie.^{1,2,3} Il est donc important que les interventions visant à réduire les principaux facteurs de risque modifiables des MNT (notamment le tabagisme et l'alcoolisme, l'alimentation malsaine et l'inactivité physique) commencent dès le début de la vie et se poursuivent tout au long de celle-ci (Figure 37.1). L'objectif est de minimiser le risque cumulé de MNT tout au long de la vie.^{4,5} Les interventions devraient, dans la mesure du possible, être axées sur les étapes et les cadres de vie pertinents (par exemple, les écoles, les lieux de travail, les maisons de retraite).

Préconception, prénatal et périnatal

Différents facteurs de la période fœtale et périnatale, y compris un faible poids à la naissance, peuvent augmenter le risque de maladies cardiovasculaires (MCV) et d'autres maladies chroniques à l'âge adulte, ce qui est souvent appelé la « programmation développementale » de la santé et des maladies.^{6,7} Par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool ont des effets néfastes sur le fœtus et le diabète gestationnel est associé à un risque accru d'obésité et de MCV chez la progéniture. En outre, les femmes enceintes qui maintiennent un poids corporel optimal et pratiquent une activité physique régulière réduisent leur risque de développer un diabète gestationnel et de souffrir d'hypertension. Le maintien d'une glycémie normale pendant la grossesse peut également avoir des effets bénéfiques à long terme sur la prévention des MNT, tant chez les mères que chez leurs enfants.

La grossesse constitue donc un point d'entrée clé pour le système de santé pour soutenir les femmes (et leurs familles) et les soins périnataux offrent l'opportunité aux mères et à leurs familles de développer des relations solides avec les professionnels de la santé qui peuvent se poursuivre tout au long de la vie.

Les femmes et leurs familles devraient être encouragées à arrêter de fumer, à éviter l'alcool, à pratiquer une activité physique et à avoir une alimentation saine, notamment grâce à l'accès à des aliments subventionnés

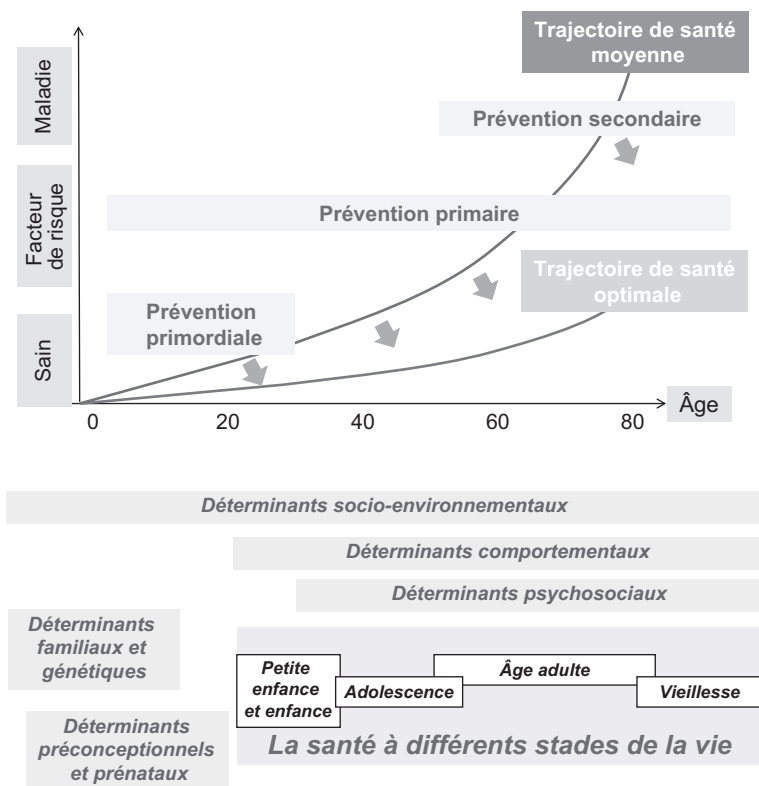


Figure 37.1 Impact des interventions tout au long de la vie pour réduire le risque cumulé de MNT.

ou gratuits et à des suppléments en micronutriments. Le poids corporel, la tension artérielle et la glycémie doivent être surveillés chez les femmes enceintes.⁸

Petite enfance

Il existe des preuves solides indiquant que la nutrition et les déterminants environnementaux de la santé dans la petite enfance déterminent la santé cardiovasculaire à long terme et augmentent le risque à long terme d'obésité et de diabète.⁹

L'allaitement présente des avantages pour la santé à court et à long terme des bébés et des mères. Il est donc important que les politiques nationales du travail permettent aux femmes de bénéficier d'un congé de maternité rémunéré et que les lieux de travail offrent un environnement favorable à l'allaitement. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel engage

les pays à adopter des mesures législatives et réglementaires pour promouvoir l'allaitement maternel et lutter contre la commercialisation agressive des produits laitiers commerciaux.¹⁰ Une alimentation saine (y compris l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà, ainsi qu'une alimentation saine pendant les premières années de la vie) est associée à des niveaux plus faibles de surpoids, d'obésité, de diabète et d'hypertension pendant l'enfance, ainsi que de MNT à l'âge adulte.²

Les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle important en travaillant avec les familles pour surveiller régulièrement la croissance et le développement du nourrisson, et donner des conseils pour assurer une alimentation saine et des comportements d'activité physique. Les programmes communautaires qui intègrent des interventions directes en matière de nutrition et d'activité physique dans les soins primaires devraient être inclus dans les efforts visant à garantir l'accès aux soins de santé universels.

Enfance

Les écoles sont des lieux importants pour encourager un comportement sain chez les enfants de tous les groupes socio-économiques. Des politiques et des programmes devraient être élaborés pour garantir la disponibilité d'aliments sains à l'école et pour limiter ou interdire la commercialisation d'aliments et de boissons malsains à l'intérieur et à proximité des écoles. Cela nécessite une réponse coordonnée entre les secteurs de la santé, de l'éducation, du commerce et d'autres secteurs. L'initiative « Écoles-santé » fournit des directives, des normes et des indicateurs, ainsi que des études de cas, afin d'inciter les enfants, les enseignants et les membres de la famille à renforcer la capacité des écoles à offrir un cadre de vie, d'apprentissage et de travail sain.¹¹

Le programme scolaire devrait, par exemple, prévoir suffisamment de temps pour l'activité physique, conformément aux recommandations de l'OMS (c'est-à-dire que les enfants et les adolescents âgés de 5 à 17 ans devraient avoir au moins 60 minutes en moyenne par jour d'activité physique d'intensité modérée ou vigoureuse, principalement d'aérobie, ainsi que des activités qui renforcent les muscles et les os) (voir le Chapitre 25 sur l'inactivité physique). Les infrastructures permettant de se rendre à l'école à pied ou à vélo dans de meilleures conditions de sécurité sont importantes pour contribuer à cet objectif, intégrer l'activité physique dans la routine quotidienne et réduire la dépendance à l'égard des véhicules, ce qui présente des avantages supplémentaires pour l'environnement.

L'éducation sur les comportements nuisibles à la santé (par exemple la consommation de tabac et d'alcool et une alimentation malsaine) devrait commencer dès le plus jeune âge.^{12,13} Lorsque les enfants ont déjà commencé à fumer, ils devraient être encouragés à s'inscrire à des programmes de sevrage tabagique.¹⁴ Il est recommandé de dépister l'obésité et d'orienter les enfants obèses vers des interventions comportementales complètes et intensives afin

d'améliorer leur état pondéral.¹⁵ Il n'existe toutefois aucune preuve solide que le dépistage de l'hypertension artérielle ou de l'hypercholestérolémie chez l'enfant réduit le risque de MNT sur le long terme.¹⁶

Adolescence et début de l'âge adulte

L'adolescence est une période où les individus sont de plus en plus exposés à des facteurs de risque comportementaux des MNT, qui restent souvent présents tout au long de la vie. Les comportements sont souvent largement influencés par le marketing.^{17,18} Il est donc important d'adopter des politiques qui limitent la promotion de comportements malsains ciblant les adolescents (par exemple à l'école ou dans la communauté, lors de festivals et d'événements sportifs). Les programmes visant à aider les adolescents à faire des choix sains et à améliorer leurs connaissances en matière de santé devraient être inclus dans les programmes scolaires. Des enquêtes en milieu scolaire doivent être utilisées pour évaluer les tendances des facteurs de risque des MNT chez les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que les attitudes et les comportements, et les informations utilisées pour orienter la politique de santé.

Âge adulte

Les interventions ciblant les adultes font l'objet de plusieurs chapitres dans cet ouvrage. Il s'agit notamment de la prévention des MNT, y compris la réduction des facteurs de risque, des programmes de dépistage, ainsi que du traitement et des soins pour des MNT spécifiques ou des affections connexes.

Le lieu de travail constitue un cadre important pour la promotion de la santé, l'amélioration des connaissances en matière de santé, le dépistage des MNT et de leurs facteurs de risque, et la mise en place d'un environnement favorable pour les personnes atteintes de MNT.¹⁹ Par exemple, il est possible de citer la promotion de la disponibilité d'aliments sains dans les cafétérias, l'interdiction ou la restriction de la consommation de tabac et d'alcool sur le lieu de travail, et la mise en place de mécanismes favorisant l'activité physique, comme la promotion des déplacements actifs et la possibilité de pratiquer une activité physique au travail. Les personnes sans emploi ou socialement marginalisées présentent souvent des niveaux plus élevés de MNT et peuvent également être davantage exposées aux facteurs de risque des MNT. Il est donc important que les programmes de prévention et de contrôle atteignent ces populations.

Vieillesse

Le troisième âge est une période de transition entre la vie active et la retraite, avec des changements d'identité et de relations. La coordination entre les services sanitaires et sociaux est particulièrement importante pour les MNT, qui sont généralement des affections de longue durée, afin d'assurer la continuité des soins d'une manière qui soit à la fois rentable et centrée sur le patient. Les

environnements et les programmes spécifiques doivent permettre aux personnes âgées, qui peuvent être enclines à l'isolement social et à l'inactivité, d'avoir suffisamment d'occasions de pratiquer des activités physiques et d'adopter un régime alimentaire sain (par exemple, aide pour faire les courses, plats préparés sains), et de les soutenir dans l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation nocive d'alcool. En outre, le système de santé et de soins sociaux doit être conçu pour soutenir ce groupe d'âge, y compris les personnes atteintes de MNT.

Renforcer la base de données probantes

Si l'approche fondée sur le parcours de vie constitue un moyen utile d'encadrer les interventions tout au long de la vie, par exemple en élaborant et en mettant en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire les facteurs de risque dans différents groupes d'âge et dans des environnements tels que les crèches, les écoles, les foyers, les lieux de travail, les maisons de retraite et les établissements de soins, la plupart des données probantes relatives aux stratégies de promotion de la santé et de prévention tout au long de la vie sont fondées sur l'observation. Pour de nombreuses interventions, en particulier au début de la vie, le nombre d'essais concluants demeure faible, notamment en raison du long laps de temps qui s'écoule entre les interventions à un âge précoce et le développement des MNT à un âge plus avancé. L'étiologie complexe de la plupart des MNT rend ce défi encore plus grand.

Surveillance

En ce qui concerne la surveillance et le suivi, les questions importantes en termes de prévention et de contrôle des MNT tout au long de la vie sont notamment les suivantes :

- Mener des enquêtes sur les facteurs de risque des MNT dans tous les groupes d'âge et dans différents contextes (écoles, lieux de travail, maisons de retraite, personnes marginalisées).
- Entreprendre des études de cohortes à long terme pour suivre et mieux comprendre l'impact des interventions sur de longues périodes.
- Comprendre la relation entre les mécanismes biologiques et environnementaux, ainsi que les interventions en matière de santé publique et de soins de santé, et les résultats, à la fois à long terme et plus immédiats, par exemple les signes précoces d'athérosclérose.

Les chapitres 4 et 5 du document fournissent de plus amples détails sur la surveillance et le contrôle.

Remarques

- 1 Hanson M, Gluckman P. Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications. *Am J Clin Nutr* 2011;94(Suppl 6):1754S–58S.
- 2 Gillman MW. Primordial prevention of cardiovascular disease. *Circulation* 2015;131:599–601.
- 3 Jacobs DR, Jr et al. Childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular events. *NEJM* 2022 387:473–47.
- 4 Mikkelsen B et al. Life course approach to prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ* 2019;364:l257.
- 5 Kuh D. A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *Proc Nutr Soc* 2014;73:237–48.
- 6 Barker DJP. *Mothers, babies and health in later life*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Health Sciences, 1998.
- 7 Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev* 2014; 94:1027–76.
- 8 Screening for gestational diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021;326:531–38.
- 9 Fleming TP et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet* 2018;391:1842–52.
- 10 WHO, IBFAN & UNICEF. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report. WHO, 2018.
- 11 WHO. Health promoting schools. https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1.
- 12 Smoking prevention in schools. Public health guideline [PH23], NICE, 2010.
- 13 Owens DK et al. Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2020;323:1590–98.
- 14 Make every school a health promoting school – global standards and indicators. WHO, 2021.
- 15 Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2017;317:2417–26.
- 16 Screening for high blood pressure in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2020;324:1878–83.
- 17 Pechmann C et al. Impulsive and self-conscious: adolescents' vulnerability to advertising and promotion. *J Public Policy Mark* 2005;24:202–21.
- 18 Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009;9:51.
- 19 Worksite Health. The community guide: worksite health. <https://www.thecommunity-guide.org/topic/worksite-health>.

38 Couverture sanitaire universelle et prévention et lutte contre les MNT

Nick Banatvala, Kaspar Wyss, Patricia Akweongo, August Kuwawenaruwa, Victor G Rodwin

La couverture sanitaire universelle (CSU) est un élément central du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. La réalisation de la CSU signifie que tous les individus auront accès aux services de santé dont ils ont besoin, au moment et là où ils en ont besoin, sans avoir à subir de conséquences financières. La CSU comprend la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des maladies, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, tout au long de la vie.¹

Il y aura toujours des compromis dans l'allocation des ressources entre chacune des dimensions de la CSU (à savoir, la population couverte, les services fournis et les coûts directs pour les patients) (Figure 38.1). Quels sont les niveaux de couverture possibles pour la population ? Ou bien faut-il couvrir davantage de services en élargissant l'ensemble d'avantages sociaux à d'autres services de santé et, dans ce cas, lesquels ? Ou faut-il réduire la participation aux coûts et les frais pour les patients ?

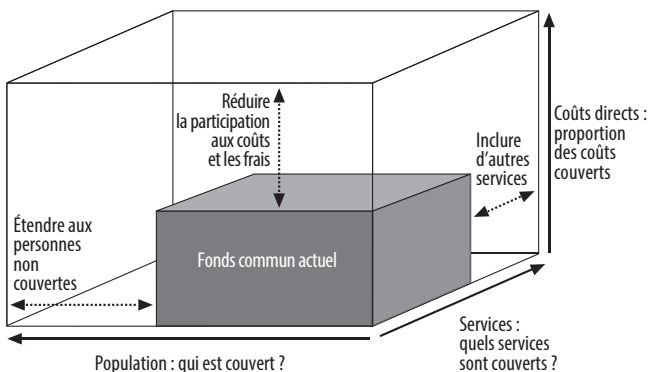


Figure 38.1 Les trois dimensions clés de la couverture sanitaire universelle : la couverture de la population, la couverture des services et la proportion des coûts couverts. Rapport sur la santé dans le monde. Financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture universelle. OMS, 2010.

En répondant à ces questions, il devient évident que la CSU est une structure plus politique que technique, les gouvernements devant prendre des décisions et faire des compromis entre : (i) les niveaux d'imposition sur les revenus, les salaires et les biens, et les niveaux de financement du secteur public pour améliorer l'accès aux soins de santé, promouvoir la santé de la population et, plus largement, améliorer les déterminants sociaux de la santé (par exemple, l'éducation, le logement et l'aide sociale — Chapitre 17) ; (ii) la responsabilité du gouvernement et de l'individu dans l'accès et le financement des coûts des soins de santé, y compris le niveau acceptable de dépenses directes des ménages (par exemple, la participation aux coûts, l'automédication et d'autres dépenses payées directement par les ménages au fournisseur de soins) et l'importance accordée à la prévention de l'endettement et de la pauvreté et/ou des dépenses de santé onéreuses ; et (iii) les questions relatives aux niveaux de soins de santé offerts aux groupes et communautés qui sont marginalisés ou souffrent de discrimination.

La CSU entraîne d'importants obstacles en matière de gouvernance,² notamment la prise de décisions concernant l'équité en matière de santé, la cohésion sociale, l'efficacité de l'allocation des ressources et le développement humain et économique durable.³ En ce sens, la voie vers la réalisation de la CSU a été considérée comme une lutte politique et n'est pas inutile.⁴ L'importance politique de la CSU a été soulignée en 2019 lorsque les chefs de file mondiaux se sont engagés à faire en sorte que la CSU (y compris pour la prévention et la lutte contre les MNT) soit disponible dans leur pays.⁵

Un système efficace de financement de la santé est essentiel à la réalisation de la CSU. Il s'agit de : (i) mobiliser des fonds suffisants pour couvrir les coûts du système de santé ; (ii) mettre en commun des ressources pour protéger les personnes des conséquences financières d'une mauvaise santé ; et (iii) acheter ou fournir des services de santé pour garantir une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources disponibles. La plupart des mécanismes de financement des soins de santé reçoivent des transferts de l'État, des cotisations d'assurance sociale, des paiements anticipés volontaires ou obligatoires (tels que les primes d'assurance), d'autres recettes nationales et des recettes provenant de l'étranger (par exemple, dans le cadre de l'aide au développement et des transferts de fonds). Le Chapitre 39 fournit plus de détails sur le financement des MNT.

La CSU et les résultats en matière de MNT

Les questions clés que les personnes travaillant sur les MNT doivent aborder sont les suivantes : (i) la disponibilité et l'accès inadéquats aux services essentiels pour la prévention et le traitement des MNT ; (ii) les inégalités dans les niveaux de risque des MNT, l'accès aux services et les résultats en matière de santé ; et (iii) le fardeau économique qui pèse sur les budgets nationaux et sur les individus (y compris les paiements directs pour les traitements et les soins, qui peuvent enfermer les ménages et les communautés dans un cycle d'appauvrissement et

de maladie). Une fois mise en place, la CSU peut entraîner une amélioration des résultats en matière de MNT, une plus grande équité dans l'accès aux services et un renforcement du développement socio-économique.

Dans le cadre de la CSU, les principes suivants s'appliquent aux quatre MNT examinées dans le présent compendium

- Des soins de santé complets et intégrés aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire (par exemple, examen, traitement et continuum de soins pour l'hypertension artérielle [HTA], le diabète, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires chroniques, l'asthme et le cancer).
- Action multisectorielle visant à lutter contre les facteurs de risque des MNT (par exemple, action législative visant à empêcher la publicité pour les produits du tabac, taxation du tabac, de l'alcool et des boissons édulcorées au sucre), et décisions relatives à l'affectation de ces taxes à la santé et aux déterminants sous-jacents de la santé.
- Engager et responsabiliser les individus et les communautés à l'égard de leur santé et de leurs soins de santé (par exemple, l'étiquetage des produits alimentaires pour promouvoir une alimentation saine, l'amélioration des connaissances en matière de santé en ce qui concerne le dépistage ou les bilans de santé [par exemple, le diabète, l'hypertension, le cancer], et l'accès à des groupes d'entraide).
- Une approche fondée sur le parcours de vie.

Voici quelques exemples de la manière dont les interventions en matière de MNT peuvent être améliorées dans le cadre de la CSU : (i) renforcer l'assurance de la qualité (par exemple, fournir des médicaments et des technologies essentiels contre les MNT dont la qualité est garantie grâce à l'amélioration du contrôle de la qualité, des pratiques d'approvisionnement et de la réglementation) ; (ii) réorienter les systèmes de santé vers les soins chroniques (par exemple, l'utilisation des plates-formes de prestation de services existantes pour les problèmes nécessitant un suivi à long terme, comme le VIH/SIDA et la tuberculose, pour introduire l'évaluation des risques, le diagnostic précoce et la prise en charge des MNT, et veiller à ce que le personnel de ces plates-formes et d'autres soit formé à prendre des mesures de la tension artérielle ou de la glycémie, à traiter les patients diabétiques et à fournir des informations sur les moyens de réduire les facteurs de risque des MNT) ; (iii) renforcer les systèmes de protection sociale ; (iv) autonomiser les communautés, la société civile et les personnes vivant avec des MNT (par exemple, réduire la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes vivant avec des MNT) ; et (v) autonomiser les communautés et les réseaux de patients pour qu'ils puissent revendiquer leur droit à la santé et tenir leurs gouvernements responsables de la mise en œuvre de la CSU.⁶

Les MNT et les ensembles d'avantages sociaux prioritaires pour la CSU

Les dépenses de santé moyennes par habitant dans les pays de l'OCDE (qui sont pour la plupart des économies à revenu élevé) en 2019 (ajustées pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat) sont estimées à environ 4 000 USD (allant de près de 11 000 USD aux États-Unis à moins de 2 000 USD dans un certain nombre de pays).⁷ Par conséquent, la plupart des personnes vivant dans les pays de l'OCDE ont accès à une gamme de services par le biais d'un ensemble d'avantages sociaux définis par l'État (même s'ils ne sont pas financés par l'État), les dépenses de santé publique représentant une part de la consommation finale des ménages allant de 1,3 % en Turquie à près de 5,8 % en Suisse.

Cependant, la plupart des pays du monde ne sont pas en mesure de fournir le niveau de soins de santé dont la majorité des pays de l'OCDE peuvent bénéficier. Dans les contextes où les ressources sont les plus limitées, il est encore plus important de hiérarchiser les interventions. Les priorités doivent être établies sur la base de la santé de la population (dans son ensemble et pour des groupes spécifiques), des interventions qui maximisent les gains en matière de santé et renforcent l'équité, d'une compréhension/évaluation transparente des ressources disponibles, et des opinions et préférences de la population.⁸ Les priorités convenues sont souvent rassemblées sous la forme d'un ensemble prioritaire de prestations de santé essentielles pour la CSU (EPP-CSU), qui comprend des services de santé, des programmes, des actions intersectorielles et des politiques fiscales jugés nécessaires et abordables pour une population, un pays ou une région donnés. Cependant, rare est le consensus entre les pays sur ce qui constitue un ensemble de prestations de base au-delà de l'ensemble de prestations prioritaires le plus restreint.

La prévention, le traitement et la prise en charge des MNT au niveau de la population et de l'individu devraient être une composante essentielle de l'EPP-CSU dans tous les pays. Les outils destinés à soutenir les éléments d'un EPP-CSU relatifs aux MNT devraient inclure les meilleurs choix (Chapitre 34) ainsi qu'un ensemble plus large d'interventions fournies dans le Compendium interactif de l'OMS sur la CSU.⁹ Le compendium en ligne permet aux utilisateurs de rechercher des interventions par MNT (ou autre maladie), par facteur de risque ou par mot-clé, ainsi que pour différentes étapes du parcours de vie et, de plus en plus, par module technique (par exemple HEARTS, voir Chapitre 7).

La publication actuelle sur les priorités en matière de lutte contre les maladies (DCP3) contient des données sur les interventions rentables permettant de lutter contre la charge de morbidité dans les pays à revenu faible (PRF) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Chacun des neuf volumes de la publication DCP3 définit un ensemble de mesures sanitaires essentielles contenant à la fois des interventions dans le secteur de la santé et des politiques intersectorielles. Les MNT sont abordées dans un volume sur les troubles cardiovasculaires, respiratoires et connexes, et dans un deuxième volume consacré au cancer.¹⁰

Sur la base de la publication DCP3, des estimations des besoins financiers minimaux pour un EPP-CSU (y compris les interventions prioritaires en matière de MNT) ont été élaborées pour les PRF et les PRI de la tranche inférieure. Avec une couverture de la population modélisée à 80 %, cela représente 79 USD par habitant et par an pour les pays à revenu faible (PRF) et 130 USD pour les pays à revenu intermédiaire (PRI) de la tranche inférieure.¹¹ Des investissements supplémentaires nécessiteraient 8 % du revenu national brut des PRF et 4 % de celui des PRI de la tranche inférieure en 2015. Les estimations de la publication DCP3 indiquent qu'un sous-ensemble davantage prioritaire, avec un nombre réduit d'interventions, coûterait environ la moitié de ces montants. En outre, la publication DCP3 estime que les troubles cardiovasculaires, respiratoires et connexes représentent 29 % (PRF) et 36 % (PRI, tranche inférieure) du coût total des soins de santé, tandis que le cancer représente environ 4 % de ces coûts dans les PRF et 2 % dans les PRI de la tranche inférieure.

Une série d'étapes est nécessaire pour garantir l'intégration des MNT dans l'EPP-CSU d'un pays (Encadré 38.1).

**ENCADRÉ 38.1 ÉTAPES POUR S'ASSURER QUE
LES MNT SONT INTÉGRÉES DANS
L'EPP-CSU D'UN PAYS** (ADAPTÉ DU POINT 12)

1. Aligner la stratégie de lutte contre les MNT sur le plan national du secteur de la santé.
2. Impliquer les parties prenantes concernées dans le processus de conception de l'EPP-CSU pour :
 - Établir une liste des interventions prioritaires en matière de MNT en utilisant les ressources existantes, tels que les meilleurs choix, les données et analyses locales, et des outils tels que le Compendium de l'OMS sur la CSU, l'initiative CHOICE de l'OMS (Chapitre 34) et la publication DCP3.
 - Estimer les coûts actuels et futurs des MNT, les interventions nécessaires et leur retour sur investissement (par exemple au moyen d'études de cas d'investissement décrites au Chapitre 40).
 - Établir des priorités pour les MNT dans le secteur de la santé et d'autres secteurs, ainsi que dans les communautés.
3. Identifier les possibilités de financement des services liés aux MNT :
 - Promotion et élaboration de mesures pour évaluer l'effort fiscal et les projections de recettes (y compris les conditions macroéconomiques et démographiques pour le potentiel fiscal et les taxes sur la santé).
 - Examen des priorités de financement du gouvernement (analyse de l'espace budgétaire, liens avec le plan d'investissement, examen des preuves d'efficacité avec des arguments spécifiques

pour développer également des interventions [p. ex. pour la prévention des MNT] dans des secteurs autres que celui de la santé).

4. Faire respecter la mise en œuvre :
 - Élaboration de mécanismes de surveillance et d'évaluation pour mesurer les progrès accomplis et promouvoir l'équité en matière de santé.
 - Communication transparente pour s'assurer que les communautés sont conscientes de leurs droits et que les fournisseurs de services comprennent leurs responsabilités.
 - Conception de processus transparents de responsabilité et d'examen.

L'Encadré 38.2 donne un exemple du processus et des résultats de l'intégration des MNT dans l'EPP-CSU de l'Éthiopie.¹³

ENCADRÉ 38.2 RÉVISION DE L'ENSEMBLE DE SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS (EHSP) EN ÉTHIOPIE

Processus

- Plus de 2000 interventions ont été identifiées à partir de l'EHSP existant, de publications nationales, de la base de données de l'initiative CHOICE de l'OMS, de la publication DCP3 et de consultations avec des experts.
- Des critères de hiérarchisation ont été élaborés sur la base de la charge de morbidité, du rapport coût-efficacité, de l'équité, de la protection financière, de l'impact budgétaire, de l'acceptabilité par le public et de la faisabilité politique comme points de départ.
- Les interventions recommandées ont fait l'objet d'une évaluation par des experts.
- Plus de 35 réunions ont été organisées avec les parties prenantes tout au long du processus.

Résultats en matière de MNT

- Les interventions relatives aux MNT étaient alignées sur les meilleurs choix de l'OMS en matière de MNT, 31 % des interventions étant axées sur le cancer, 15 % sur les communications sur les changements de politique et de comportement, 13 % sur les maladies cardiovasculaires et d'autres, y compris les maladies respiratoires chroniques..

- Les interventions relatives aux MNT ont été classées comme hautement prioritaires (environ 60 %), moyennement prioritaires (environ 20 %) ou faiblement prioritaires (environ 20 %, comprenant principalement des interventions nécessitant des ressources importantes).
- L'EHSP s'est surtout axé sur les centres de soins de santé primaires et les hôpitaux de niveau primaire, avec près de 50 % des interventions liées aux MNT au niveau des soins de santé primaires et 20 % au niveau des hôpitaux généraux.

Un examen de l'EPP-CSU de 45 PRF et PRI de la tranche inférieure indique que les interventions contre les MNT sont de plus en plus prioritaires. Néanmoins, seulement 2 % de l'aide totale au développement pour la santé ont été alloués aux MNT en 2018.¹⁴

Partenariats mondiaux

*UHC2030 Partenariat international pour la santé.*¹⁵ La CSU2030 est un partenariat mondial multipartite pour la CSU qui rassemble des pays et des territoires, des organisations multilatérales et des initiatives de santé mondiale, des organisations philanthropiques, des ONG (y compris celles qui travaillent sur les MNT) et le secteur privé. Elle plaide pour un engagement politique accru en faveur de la CSU, facilite la responsabilisation et promeut la collaboration pour le renforcement des systèmes de santé.

*Le Partenariat pour la CSU.*¹⁶ Il s'agit de l'une des plus grandes plates-formes de l'OMS pour la coopération internationale sur la CSU et les soins de santé primaires (SSP). Il se compose d'un large éventail d'experts de la santé qui travaillent main dans la main pour promouvoir la CSU et les SSP en encourageant le dialogue politique sur la planification stratégique et la gouvernance des systèmes de santé, en élaborant des stratégies de financement de la santé et en soutenant leur mise en œuvre, et en permettant une coopération au développement efficace dans les pays, y compris la révision et la mise en œuvre de l'EPP-CSU.

*DCP3 UHC Country Translation Project.*¹⁷ Ce partenariat fournit une assistance technique et un renforcement des capacités aux pays à revenu faible et intermédiaire pour la révision et la mise en œuvre des EPP-CSU nationaux et infranationaux.

Suivi des progrès

Le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de la Cible 3.8 de l'ODD (faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle,

comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable) repose, en principe, sur les trois dimensions de la CSU mentionnées au début de ce chapitre : le degré de couverture de l'ensemble de la population, l'ensemble des prestations couvertes et le degré de protection financière atteint par les patients qui ont accès aux services de santé. Dans la pratique, la surveillance s'est jusqu'à présent concentrée sur l'ensemble des prestations couvertes et sur l'étendue de la protection financière assurée.

La protection financière est évaluée par la proportion de la population dont les ménages consacrent une part importante de leurs dépenses aux soins de santé, par rapport à l'ensemble des dépenses ou des revenus des ménages. Deux seuils sont utilisés pour définir le sens de « importante » : >10 % et >25 % du total des dépenses ou du revenu du ménage. Le budget des ménages, les revenus et les dépenses des ménages, ainsi que les enquêtes économiques ou sur le niveau de vie (y compris les enquêtes démographiques et de santé) peuvent tous fournir des données pour cet indicateur.

La couverture des services de santé est évaluée au moyen de 14 indicateurs de traçage dans les catégories suivantes : (i) les MNT ; (ii) les maladies infectieuses ; (iii) la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ; et (iv) la capacité et l'accès aux services.¹⁸ Les indicateurs sont mesurés au moyen d'une série d'enquêtes (disponibilité et état de préparation des ménages et des établissements de santé) et de systèmes de surveillance sentinelle. Il existe trois indicateurs de traçage sur les MNT :

- Prévention des MCV (prévalence normalisée selon l'âge d'une PA non élevée chez les adultes âgés de ≥ 18 ans).
- Prise en charge du diabète (moyenne de la glycémie à jeun normalisée selon l'âge chez les adultes âgés de ≥ 18 ans).
- Lutte contre le tabagisme (prévalence normalisée selon l'âge des adultes âgés de ≥ 15 ans n'ayant pas fumé de tabac au cours des 30 derniers jours).

Le Rapport mondial de surveillance de la CSU 2017 de l'OMS et de la Banque mondiale note qu'au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentiels.¹⁹ L'étude 2018 de la Banque mondiale sur la couverture sanitaire universelle a examiné l'expérience de la mise en œuvre de la CSU dans 40 pays.²⁰ Ces travaux doivent être élargis afin de poursuivre l'effort en faveur de la CSU et de « l'universalisme progressif ».²¹

Les auteurs remercient chaleureusement Joe Kutzin de l'OMS à Genève pour ses précieuses contributions et sa relecture critique.

Remarques

- 1 WHO. Universal health coverage. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.
- 2 Greer SJ, Méndez CA. Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *Am J Public Health* 2015;105:S637–9.
- 3 Global health and foreign policy. A/67/L.36, UN General Assembly, 2012.
- 4 Machado CV, Silva GA. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Global Health* 2019;15(Suppl 1):77.
- 5 Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Resolution A/RES/74/2. UN General Assembly, 2019.
- 6 Universal health coverage and non-communicable diseases: a mutually reinforcing agenda. NCD Alliance, 2014.
- 7 Health at a Glance. OECD, 2021.
- 8 Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage. WHO, 2014.
- 9 UHC Compendium. Health interventions for universal health coverage. WHO, Version 1.2.
- 10 Debas H et al. (Eds). *Disease control priorities*, 3rd ed. Washington DC: the World Bank, 2015.
- 11 Watkins DA et al. Resource requirements for essential universal health coverage: a modelling study based on findings from *Disease Control Priorities*, 3rd edition. *Lancet Glob Health* 2020;8:e829–39.
- 12 Strengthening NCD service delivery through UHC benefit package: technical meeting report. WHO, 2020.
- 13 Eregata GT et al. Revision of the Ethiopian essential health service package: an explication of the process and methods. *Health Syst Reform* 2020;6:1.
- 14 Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019;393:2233–60.
- 15 UHC2030. <https://www.uhc2030.org/>.
- 16 Universal Health Coverage Partnership. <https://www.uhcpartnership.net/about/>.
- 17 The UHC Country Translation Project. DCP3. <http://dcp-3.org/translation>.
- 18 SDG Indicators Metadata. United Nations Statistics Division. Last updated 20 December 2021. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf>.
- 19 Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. WHO and World Bank, 2017.
- 20 Universal Health Coverage Study Series (UNICO). Going universal: how countries are implementing pro-poor universal health coverage reforms. World Bank (web site: 24 country case studies published in 2017 and 15 additional case studies published in 2018).
- 21 Cotlear D. An anatomy of progressive universal health coverage reforms in low- and middle-income countries. *World Hosp Health Serv* 2018;54:9–13.

39 Financement et allocation de ressources pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Nick Banatvala, Victor G Rodwin,
Tseday Zerayacob, Rachel Nugent*

Le financement de la santé, c'est-à-dire le financement de la promotion de la santé, y compris des soins de santé, est une fonction essentielle d'un système de santé. Outre les décisions d'investissement visant à promouvoir la santé de la population et à améliorer les soins de santé, les gouvernements doivent également prendre en compte les dépenses dans d'autres domaines, notamment la protection sociale, l'éducation, la défense, l'ordre public et la sécurité, le logement et l'environnement, les transports, l'agriculture et l'emploi. Le financement de la santé fait donc partie du processus d'allocation des ressources dans lequel les défenseurs de la lutte contre les MNT doivent se faire entendre. Bien qu'il y ait toujours des compromis dans les priorités en matière de dépense publique entre les secteurs, cela ne signifie pas que les finances publiques sont un jeu à somme nulle.

Les MNT étant à la fois une cause et une conséquence des politiques gouvernementales, il est possible de réduire la charge de morbidité des MNT dans le cadre de décisions de financement plus larges. Par exemple, les dépenses en éducation peuvent entraîner une meilleure alphabétisation en matière de santé, une main-d'œuvre plus productive favorise une croissance économique plus forte, et les investissements dans les infrastructures publiques telles que les espaces verts et l'environnement bâti peuvent promouvoir l'activité physique et l'interaction avec la nature. La réduction des risques de MNT par la taxation du tabac et des aliments malsains peut fournir de nouvelles recettes fiscales pour améliorer l'accès à la prévention des maladies et aux services de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) (Chapitre 38). Encourager les alternatives à la culture du tabac permet de réduire la production de tabac ainsi que le travail des enfants, sans oublier les risques pour la santé des agriculteurs et offre des possibilités de renforcer la sécurité alimentaire. Plusieurs chapitres de cet ouvrage, tels que ceux consacrés aux déterminants sociaux de la santé, aux interventions fondées sur le parcours de vie et aux interventions pangouvernementales, expliquent comment les politiques ayant un impact sur la santé sont élaborées par des ministères autres que celui de la santé.

Les fonctions essentielles du financement de la santé sont les suivantes : (i) la politique, le processus et la gouvernance du financement de la santé ; (ii) le

recouvrement des recettes ; (iii) la mise en commun des recettes (l'accumulation de fonds prépayés au nom d'une partie ou de l'ensemble de la population) ; (iv) l'achat et le paiement des prestataires (par l'allocation stratégique de fonds aux fournisseurs de soins de santé pour les services de santé destinés à une partie ou à l'ensemble de la population) ; (v) les avantages et les conditions d'accès ; (vi) la gestion des finances publiques ; et (vii) les fonctions et programmes de santé publique.^{1,2,3,4}

Les pays financent les soins de santé en recourant à l'un des moyens suivants ou à une combinaison de ceux-ci :

- Les fonds de recettes générales par le biais du système fiscal (par exemple, la taxe sur la valeur ajoutée, l'impôt sur le revenu personnel ou les taxes d'accise).
- Les taxes obligatoires sur la masse salariale via le système de sécurité sociale (par exemple, les taxes des employeurs et des employés).
- Les primes volontaires ou obligatoires prélevées par divers systèmes d'assurance santé privée (pré-regroupement).
- Les paiements individuels directs effectués pour bénéficier d'un service ou d'un produit de santé, y compris les médicaments. (Les paiements directs sont un mode de financement des soins de santé extrêmement régressif et inéquitable — ce point est décrit plus en détail plus loin).
- Instruments financiers innovants, tels que les obligations à impact social et les fonds de fidélisation.
- Aide extérieure (aide au développement).

Quelle que soit la combinaison de méthodes utilisée pour collecter des recettes, un flux de fonds stable et prévisible est important pour éviter les perturbations dans la fourniture de services (par exemple, les ruptures de stock de produits de base), assurer le paiement des salaires en temps voulu et fournir une base crédible pour la passation de contrats avec les fournisseurs de services. Cela peut constituer un défi, en particulier lorsque les paiements directs jouent un rôle prédominant, mais aussi parce que les priorités budgétaires peuvent changer d'une année à l'autre en raison de l'évolution des conditions économiques et de la politique. Les MNT posent un problème particulier, car elles nécessitent souvent un traitement et des soins à long terme.

La transparence et la responsabilité sont des objectifs importants pour les systèmes de santé. Les patients doivent savoir clairement combien, le cas échéant, ils devront payer au point d'utilisation (par exemple, une certaine forme de frais d'utilisation), ce qui constitue un élément important de la prévention des paiements non officiels.⁵

La question du montant à allouer à la prévention et au traitement des MNT n'est généralement pas abordée de manière explicite. La plupart des économistes affirment qu'il n'existe pas de montant « adéquat » à consacrer à la prévention et à la lutte contre les MNT, ni d'ailleurs à aucun autre groupe de maladies ou à la santé dans son ensemble. Bien que la plupart des économistes

soutiendraient, en théorie, que l'allocation des ressources dans le secteur de la santé devrait accorder une plus grande attention à la question de savoir si les dépenses génèrent plus d'avantages que de coûts [par exemple, le gain d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par dollar dépensé pour une intervention particulière], les pays établissent rarement leurs budgets de cette manière. En outre, dans le secteur de la santé, de nombreux pays ne fixent pas de budgets explicites, et encore moins d'objectifs, pour les dépenses globales de santé. En outre, la plupart des pays éprouvent des difficultés à ventiler ces budgets par sous-secteur (hôpitaux, soins primaires, produits pharmaceutiques, matériel médical, etc.).

Les soins de santé, en particulier pour les MNT, se heurtent de plus en plus au fait que, compte tenu des progrès en génomique, des nouvelles technologies et des produits pharmaceutiques, même les nations les plus riches ne pourront pas garantir que tout le monde pourra bénéficier de diagnostics et de traitements de pointe pour tous les problèmes de santé. Les décisions relatives à l'allocation des ressources doivent commencer par la reconnaissance du fait que des choix difficiles doivent être faits et que s'ils ne sont pas faits explicitement avec un certain degré de transparence, ils le seront implicitement. Il est essentiel de promouvoir l'efficacité et l'équité dans l'allocation des ressources limitées en matière de soins de santé, quelle que soit la richesse d'un pays. Dans le même temps, dans la mesure où il y aura toujours de nouvelles technologies et davantage de possibilités de dépistage, de promotion de la santé et de traitement des MNT, il est important de reconnaître que le rationnement des soins de santé existe déjà tout en veillant à tenir compte de ce que nous savons des coûts, des avantages, des préférences des patients et de l'importance de la délibération publique dans la prise de décisions explicites en matière de rationnement.

Il est également important de prendre en compte l'équité en matière de santé dans les décisions d'allocation des ressources. Le financement équitable de la santé est souvent associé à la progressivité, par exemple, la mesure dans laquelle les ménages effectuent des paiements en fonction de leur capacité de paiement (CdP). Un système de financement progressif de la santé est un système dans lequel les ménages disposant d'une CdP élevée paient une part plus importante de leurs revenus que les ménages à faible CdP, que ce soit par le biais des impôts, de l'assurance sociale et de l'assurance santé, ou de dépenses directes. Un système est régressif lorsque les pauvres contribuent proportionnellement plus, par rapport à leur revenu.

Il n'existe pas de modèle de financement parfait pour tous les pays. L'utilisation de l'impôt sur le revenu (qui permet d'augmenter la part des contributions fiscales en fonction du revenu) permet généralement une plus grande redistribution des ressources des riches vers les pauvres. Les impôts sur les salaires sont généralement plus régressifs et permettent une redistribution moindre des riches vers les pauvres. Les systèmes d'assurance privée ont tendance à être volontaires et basés sur des calculs actuariels du risque, sauf lorsqu'ils sont obligatoires et universels, comme dans le cas des Pays-Bas, de

la Suisse et de l'Allemagne (avec des subventions gouvernementales pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les primes). Les paiements directs, qui représentent une part disproportionnée du financement des soins de santé dans la plupart des PRF et des PRI (les dépenses directes en soins de santé étant inversement et fortement associées au niveau de revenu du pays), sont particulièrement régressifs. L'assurance santé privée peut également être régressive si elle pénalise financièrement les personnes en mauvaise santé (ou risquant de l'être), en particulier en ce qui concerne les MNT, qui nécessitent souvent des traitements et des soins de longue durée. L'assurance santé privée est également régressive lorsque le même niveau de prime est payé par tout le monde.

De nombreux systèmes de santé ont été financés sur la base de l'idée qu'une fois les niveaux de mortalité infantile et maternelle réduits et les maladies épidémiques éliminées, le coût global des soins de santé se stabiliserait, voire diminuerait. Il s'avère clairement que ce n'est pas le cas : les changements démographiques et épidémiologiques ont déplacé ou sont en train de déplacer la charge de morbidité des maladies transmissibles vers les MNT dans presque tous les pays. Bien que cela puisse sembler être une énigme impossible à résoudre pour le financement de la santé, il existe des possibilités de capter une partie des « dividendes » de la croissance économique pour augmenter les dépenses publiques globales en matière de santé, de s'éloigner des programmes verticalisés et de se concentrer sur les interventions les plus rentables, dont beaucoup peuvent être réalisées dans le cadre des soins de santé primaires. Même après une répartition plus efficace des ressources, de nombreux pays devront augmenter le financement de la santé pour relever le défi des MNT — et dans de nombreux cas, les pays qui ont le plus besoin de ressources supplémentaires sont les moins bien préparés au changement.⁶

Un certain nombre de caractéristiques des systèmes de financement de la santé ont été décrites : (i) la politique de financement de la santé, le processus et la gouvernance ; (ii) le recouvrement des recettes ; (iii) la mise en commun des recettes ; (iv) l'achat et le paiement des prestataires ; (v) les avantages et les conditions d'accès ; (vi) la gestion des finances publiques ; et (vii) les fonctions et programmes de santé publique. Toutes sont pertinentes pour la prévention et la lutte contre les MNT. Exemples :⁷

- Passer d'un paiement à l'acte et par cas à un paiement par capitation basé sur la population (c'est-à-dire l'allocation d'un budget public annuel fixe par unité de population) qui prend également en compte les différentes charges de morbidité et les variations du statut socio-économique.
- Développer des mesures incitatives en faveur des soins primaires, du dépistage, de la détection précoce et de la prise en charge proactive des maladies, en particulier lorsque les spécialistes et les hôpitaux sont rémunérés sur la base du volume (bien que cela puisse conduire à un surdiagnostic, à un surtraitement et à une augmentation des dépenses totales de santé).
- Introduire des incitations financières pour le paiement à la performance, le paiement à la coordination, le paiement groupé (par exemple, les groupes liés au diagnostic [DRG], où le même montant est versé aux fournisseurs

de soins de santé pour le traitement d'un ensemble de cas particuliers),⁸ ou la capitation complète pour intégrer la prévention, le dépistage, la détection précoce et la prise en charge des MNT afin de maximiser les résultats en matière de santé.

- Veiller à ce que le financement de la santé pour les MNT soit explicitement lié à d'autres instruments qui améliorent la prestation de services, notamment les directives et les protocoles, la formation, le suivi des performances avec retour d'information, de meilleures solutions d'information, par exemple le transfert/partage des tâches (Chapitre 42 sur les systèmes de santé) et l'utilisation de la cybersanté et de la santé mobile⁹ (Chapter 49).
- Se mettre d'accord sur des fonds dédiés provenant du budget de la santé pour mener des activités intersectorielles qui contribueront à atteindre les objectifs généraux en matière de MNT, par exemple en améliorant les connaissances en matière de santé concernant les facteurs de risque de MNT affectant les enfants et les adolescents (inactivité physique, alimentation malsaine, consommation de tabac et d'alcool).
- Promouvoir la budgétisation conjointe volontaire ou obligatoire afin de mobiliser des fonds provenant de plusieurs secteurs, en alignant le budget sur des objectifs et des résultats en matière de MNT fixés d'un commun accord.¹⁰

Défis spécifiques pour les pays à revenu faible et intermédiaire

L'insuffisance du financement public de la santé constitue un défi de taille pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Par exemple, en Afrique, même si de nombreux pays ont légèrement augmenté les dépenses de santé dans l'ensemble, seul un nombre réduit de pays ont respecté l'engagement qu'ils avaient pris en 2001 d'allouer 15 % de leur budget gouvernemental à la santé¹¹ (et cette part est <5 % dans de nombreux pays). La prévention et la lutte contre les MNT sont mal financées, les PRF allouant environ 13 % des dépenses de santé aux

Tableau 39.1 Composition des dépenses de santé par source de financement en 2019^a

	PRF (%)	PRI, tranche inférieure (%)	PRI, tranche supérieure (%)	PRE (%)
Transferts publics	21	34	38	48
Cotisations sociales d'assurance santé	1	7	16	22
Aide extérieure	29	12	1	0,1
Cotisations volontaires à l'assurance santé	2	3	9	5
Dépenses directes	44	40	34	21
Autres	3	3	2	4

Remarque : Les autres sources sont les paiements anticipés obligatoires aux assurances privées, les contributions des organisations non gouvernementales nationales et les services de santé gérés par les entreprises pour leurs employés.

Dépenses mondiales de santé : les dépenses publiques augmentent-elles ? OMS, 2021 (Figure 1.6).

MNT, tandis que les PRI y consacrent environ 30 % de leurs dépenses totales de santé.¹² Les gouvernements dépensent environ 2 USD par habitant dans les PRF et 46 USD dans les PRI pour lutter contre les MNT. Si les dépenses de santé nationales sont rapportées par les comptes nationaux de la santé dans le cadre du système des comptes de la santé,¹³ il existe peu de détails sur les dépenses du secteur public par maladie. En l'absence de montants suffisants de paiements publics directs pour les MNT, les pays pourraient n'avoir d'autre choix que de recourir à l'assurance, aux paiements privés et à l'aide au développement. Dans de nombreux cas, l'absence de telles dispositions signifie que l'accès aux services est souvent très limité. L'assurance santé n'est pas largement utilisée pour payer les services liés aux MNT dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et même certaines politiques d'assurance santé onéreuses n'atteignent pas cet objectif. Enfin, les entreprises privées transnationales et nationales à but lucratif et les donateurs fournissent également des services de santé pour les MNT, mais leur objectif et leur ampleur sont insuffisamment documentés.

En conséquence, les personnes atteintes de MNT ont recours à des paiements directs pour obtenir des services de santé. Plus fréquemment, l'incapacité de payer les services avec leurs propres fonds signifie que les personnes n'ont souvent pas accès aux soins. Le Tableau 39.1 montre une forte dépendance à l'égard des dépenses directes, en particulier dans les pays à revenu faible, mais probablement plus élevée pour les patients atteints de MNT qui nécessitent un traitement et des soins pendant de nombreuses années (par exemple, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux), par rapport aux maladies qui nécessitent un traitement et des soins à court terme (par exemple, la méningite) ou des

Tableau 39.2 Aide publique au développement (donateurs officiels, tous canaux confondus, versements bruts, pour les pays en développement) en 2020^b

	USD (millions)
Total pour la santé	18 827
<i>qui comprend ...</i>	
Maladies infectieuses (autres)	3 102
Paludisme	2 187
Tuberculose	921
MNT	174 (représentent 0,92 % du total pour la santé)
Total des politiques/programmes pour la population et de santé reproductive	10 287
<i>qui comprend ...</i>	
Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA	7 590
Soins de santé reproductive	1 481
Total pour la santé et total des politiques/programmes pour la population et de santé reproductive	29 114 (les MNT représentent 0,60 %)

maladies pour lesquelles l'aide au développement est probablement plus disponible (par exemple, le SIDA, la tuberculose et le paludisme) ou des programmes de vaccination très rentables.

Un grand nombre de ces dépenses directes (en particulier pour les médicaments,¹⁴ mais aussi pour les consultations externes, les diagnostics, les hospitalisations et les transports) aggravent la pauvreté. En 2017, environ un demi-milliard de personnes ont été poussées dans l'extrême pauvreté (vivant avec moins de 1,90 \$ par jour en parité de pouvoir d'achat) par les dépenses directes et près d'un milliard de personnes ont encouru des dépenses de santé onéreuses parce qu'elles ont dépensé plus de 10 % du budget de leur ménage en dépenses directes pour la santé, ce qui aurait pu perturber leur consommation de produits de première nécessité.¹⁵ Des études spécialisées, utilisant d'autres définitions, révèlent que des proportions très élevées de patients à revenu faible atteints de MNT font face à des dépenses de santé onéreuses. Les taux de dépenses de santé onéreuses chez les patients à revenu faible atteints de maladies cardiovasculaires étaient de 92 % en Tanzanie et en Inde et de 79 % en Chine. Chez les patients chinois victimes d'un accident vasculaire cérébral, 71 % d'entre eux avaient des dépenses directes onéreuses. Des niveaux similaires (68 %) ont été observés chez les patients atteints de cancer en Iran et au Vietnam.¹⁶ En période de hausse de l'inflation, l'augmentation des prix érode la valeur des salaires réels et des économies, laissant les ménages plus pauvres l'impact de l'inflation touchant principalement les ménages à revenu faible et intermédiaire.¹⁷ Cette situation est préoccupante pour les personnes atteintes de MNT dont les coûts sont prévisibles et à long terme, car certaines d'entre elles pourraient devoir renoncer à un traitement et d'autres, en payant de leur poche pour accéder à leur protocole de traitement ou le poursuivre, risqueraient davantage d'encourir des dépenses de santé onéreuses et/ou synonymes d'appauvrissement.

Malgré ces défis, il subsiste un potentiel important d'augmentation de l'espace fiscal national pour le financement de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par exemple en améliorant la mobilisation fiscale, en hiérarchisant les priorités budgétaires, en réduisant la sous-utilisation du budget de la santé et en améliorant l'efficacité de la prestation des soins.^{18,19}

Les taxes de santé sont des taxes sur les produits nocifs pour la santé, tels que le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre. Un certain nombre de pays (par exemple le Mexique, le Panama, les Philippines, l'Afrique du Sud et la Thaïlande) ont tiré des recettes importantes de ces taxes. Les gouvernements saisissent parfois l'occasion d'affecter une partie ou la totalité de ces recettes à la santé ou à un domaine particulier de la santé tels que la promotion de la santé ou les MNT.²⁰ D'autres instruments financiers novateurs permettant de lever des fonds pour la prévention et la lutte contre les MNT comprennent les taxes de solidarité, la conversion de la dette, les obligations à impact social, les garanties de risque ou de crédit,²¹ mais ils nécessitent une évaluation complémentaire considérable pour mieux comprendre leur potentiel de soutien à l'action sur les MNT.²²

Financement de l'aide au développement pour les MNT

L'aide extérieure représente 29 % des dépenses de santé dans les PRF et 12 % dans les PRI.^{23,24} En proportion de l'aide publique au développement (APD) dans le secteur de la santé, celle consacrée aux MNT était inférieure à 1 % en 2020 (Tableau 39.2), bien que les MNT soient responsables de 34 % des AVCI perdues dans les pays à faible revenu et de 55 % des AVCI perdues dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en 2019 (IHME, GDB Compare). Le programme d'action d'Addis-Abeba de 2015 sur le financement du développement durable a souligné que si les MNT devraient être financées principalement par des ressources nationales, l'aide au développement pour les MNT peut jouer un rôle important en mobilisant des ressources nationales et en investissant dans la prévention et la lutte contre les MNT afin de renforcer le capital humain, de réduire la pauvreté et les inégalités et d'améliorer la productivité de la main-d'œuvre.

Contrairement à de nombreux autres domaines de la santé, le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) n'a commencé que récemment (en 2019) à suivre les dépenses annuelles d'aide publique au développement (APD) consacrées aux MNT. L'APD comprend les fonds provenant de sources bilatérales (par exemple, les agences gouvernementales de développement) et multilatérales (par exemple, la Banque mondiale). L'aide au développement disponible se concentre sur la fourniture d'un soutien technique et catalytique, en particulier pour les PRF ayant une lourde charge de morbidité en matière de MNT.

Des arguments ont été avancés pour que l'aide au développement soit principalement axée sur les biens publics mondiaux (BPM) pour la santé, tels que l'amélioration de la surveillance, la recherche et le développement (R&D) et la mise au point d'outils mondiaux.²⁵ Cela correspond bien à l'abandon du financement verticalisé, bien qu'il soit notable que de nombreux exemples de BPM restent axés sur les maladies (par exemple, la R&D pour les maladies tropicales négligées, la préparation aux épidémies et la résistance aux antimicrobiens).

Au niveau national, les exemples où le soutien peut être utile sont les suivants :

- Renforcer la gestion des finances publiques (GFP), notamment le niveau et l'affectation des fonds publics (formulation du budget), l'efficacité des dépenses (exécution du budget) et la souplesse d'utilisation des fonds (mise en commun, accords de GFP infranationaux et achats).²⁶ Pour les pays qui dépensent de l'argent dans des programmes existants, mais qui n'obtiennent pas les résultats souhaités en matière de santé, cette voie peut mettre en lumière de nouvelles possibilités d'investissement dans les MNT.
- Identifier les possibilités d'accroître le financement national pour la prévention et la lutte contre les MNT, par exemple en augmentant les impôts directs et indirects afin d'accroître la contribution publique à la santé et en renforçant les systèmes de sécurité sociale. L'analyse politique et économique est un élément clé de ce soutien. La mesure dans laquelle les

impôts directs et indirects augmentent le financement national de la lutte contre les MNT dépend de la mesure dans laquelle l'augmentation des recettes publiques est affectée à la santé et de la mesure dans laquelle toute augmentation pour la santé est « affectée aux MNT » (de préférence, par le biais d'un ensemble intégré de prestations plutôt que d'un financement vertical, sauf peut-être pour les programmes de prévention dédiés à la population).

- Prêts multilatéraux soutenant des actions contre les MNT, soit seuls, soit dans le cadre de programmes plus larges de santé et/ou de développement.
- Assistance technique pour soutenir la mise en œuvre des meilleurs choix et autres interventions. Cela nécessite également de renforcer la gouvernance afin d'élaborer et de mettre en œuvre de telles actions, y compris, le cas échéant, en adoptant les cadres législatifs et réglementaires nécessaires (par exemple, pour le contrôle du tabac et de l'alcool, et l'accès au traitement).

Pour résoudre certains de ces problèmes, l'OMS, l'UNICEF et le PNUD ont récemment créé Health4Life, un fonds d'affectation spéciale multipartenaires, afin de fournir un soutien catalytique aux pays à revenu faible et intermédiaire, y compris la mobilisation et l'utilisation efficace des fonds nationaux pour intensifier les mesures de lutte contre les MNT.²⁷ Cependant, le manque d'investissement dans la prévention et la lutte contre les MNT constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de développement nationaux et internationaux.^{28,29,30}

En outre, dans de nombreux pays, les ressources consacrées à la prévention et à la lutte contre les MNT sont devenues encore plus limitées en raison de la COVID-19, bien que les personnes atteintes de MNT soient souvent les plus touchées par la pandémie et continueront de l'être après celle-ci.

Les auteurs remercient chaleureusement Gabriela Flores, Matthew Jowett, Joe Kutzin, Andrew Siroka et Ke Xu de l'OMS à Genève pour leurs précieuses contributions et leur relecture critique.

Remarques

- 1 World Health Report. Health systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010.
- 2 Jowett M et al. Assessing country health financing systems: the health financing progress matrix (health financing guidance no. 8). WHO, 2020.
- 3 Yameogo P et al. *Strategic health purchasing policymakers' perspectives*. Nairobi, Kenya: Strategic Purchasing Africa Resource Centre (SPARC), 2022.
- 4 Cashin C, Gatome-Munyua A. The strategic health purchasing progress tracking framework: a practical approach to describing, assessing, and improving strategic purchasing for universal health coverage. *Health Syst Reform* 2022;8:e2051794.
- 5 Jowett M, Kutzin J. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Health financing policy brief no. 1. WHO, 2015.
- 6 Bollyky TJ et al. Lower-income countries that face the most rapid shift in noncommunicable disease burden are also the least prepared. *Health Aff* 2017;36:1866–75.

- 7 Jakovljevic M et al. Comparative financing analysis and political economy of noncommunicable diseases. *J Med Econ* 2019;22:722–7.
- 8 Mihailovic N. Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2016;3:2333392816647892.
- 9 Moss JR et al. eHealth and mHealth. *Eur J Hosp Pharm* 2019;26:57–8.
- 10 Rantala R et al. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion Int* 2014;29:i92–102.
- 11 Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. OAU/SPS/ABUJA/3, 2001.
- 12 Global spending on health 2020: weathering the storm. WHO, 2020.
- 13 A system of health accounts 2011: revised edition. Concise version. OECD/WHO, 2022.
- 14 Financial protection in the South-East Asia region: determinants and policy implications. Working paper prepared by WHO Regional Office for South-East Asia, 2017.
- 15 Global monitoring report on financial protection in health 2021. WHO and World Bank, 2021.
- 16 Jan S et al. Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. *Lancet* 2018;391:2047–58.
- 17 Gill I, Nagle P. *Inflation could wreak vengeance on the world's poor*. Washington, DC: Brookings, 18 March 2022.
- 18 Barroy H et al. Can low- and middle-income countries increase domestic fiscal space for health: a mixed-methods approach to assess possible sources of expansion. *Health Syst Reform* 2018;4:214–26.
- 19 Allen LN. Financing non-communicable disease responses. *Global Health Action* 2017;10:1326687.
- 20 WHO and Imperial's Centre for Health Economics & Policy Innovation. In Lauer J et al. (eds.), *Health taxes: policy and practice*. Singapore: World Scientific, 2022.
- 21 Global Dialogue on Partnerships for Sustainable Financing of NCD Prevention and Control Meeting Report. WHO, 2019.
- 22 Hulse ESG et al. Use of social impact bonds in financing health systems responses to non-communicable diseases: scoping review. *BMJ Global Health* 2021;6:e004127.
- 23 OECD, *Multilateral development finance 2020*. Paris: OECD Publishing Paris, 2020.
- 24 Global expenditure on health: public spending on the rise? WHO, 2021.
- 25 Yamey G et al. Financing global common goods for health: when the world is a country. *Health Syst Reform* 2019;5:334–49.
- 26 Fiscal space, public financial management and health financing: sustaining progress towards universal health coverage. Health Financing Working Paper No 2, WHO, 2016.
- 27 UN Inter-Agency Task Force on NCDs. United Nations NCD and Mental Health Catalytic Trust Fund (Helth4Life). <https://www.who.int/groups/un-inter-agency-task-force-on-NCDs/programmes/un-ncd-mental-health-catalytic-trust-fund>
- 28 NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the sustainable development goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2022;399:1266–78.
- 29 Nugent R, Brouwer E. Economic benefit-cost analysis of select secondary prevention interventions in LMIC. *Global Heart* 2015;10:319–21.
- 30 Invest to protect. NCD financing as the foundation for healthy societies and economies. NCD Alliance, 2022.

40 **Faire valoir l'intérêt économique d'investir dans la prévention et la lutte contre les MNT**

*Anna Kontsevaya, Rachel Nugent,
Alexey Kulikov, Nick Banatvala*

Maximiser l'impact des ressources disponibles est essentiel dans le cadre de la responsabilité d'un gouvernement visant à veiller à ce que sa population jouisse du meilleur état de santé physique et mentale possible en tant que droit de l'homme. Le défi consiste toujours à s'assurer que ces ressources sont allouées de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible pour générer des gains optimaux en matière de santé dans l'ensemble de la population. L'économie a un rôle important à jouer pour éclairer les décisions sur ce qui doit être financé.

En 2001, la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS a conclu qu'investir dans la santé était bénéfique pour le développement économique.¹ Plus récemment, une analyse transnationale a montré qu'une réduction de 10 % de la mortalité et de la morbidité était associée à une croissance de près de 10 points de pourcentage du PIB par habitant sur une période d'environ 25 ans.²

En ce qui concerne les MNT, l'économie de la santé a été utilisée dans les pays à revenu élevé pour mesurer leur impact économique et montrer quelles sont les interventions les plus rentables. L'augmentation plus récente de la charge de morbidité des MNT dans les pays à revenu faible et intermédiaire a attiré l'attention sur l'économie des MNT au niveau mondial et également parmi les pays qui souhaitent maintenant renforcer leur réponse à la charge de morbidité croissante des épidémies de MNT.

Ceux qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes de santé, et plus particulièrement en matière de MNT, bénéficieraient des contributions des économistes de la santé pour comprendre le coût des MNT pour les économies nationales, exposer les arguments fiscaux en faveur de l'investissement dans la lutte contre les MNT et déterminer la meilleure façon d'utiliser ces ressources pour générer un impact maximal. Pour se prononcer sur l'efficacité, l'évaluation économique doit comparer les résultats sanitaires et sociaux, quelle que soit la manière dont ils sont mesurés, avec les coûts. Parmi les exemples d'approches pouvant être utilisées pour mesurer les résultats figurent les paramètres cliniques, les mesures de la qualité de vie (par exemple, les années de vie ajustées par leur qualité et les années de vie corrigées de l'incapacité) et la volonté de payer. L'évaluation économique est un outil spécifique permettant de comparer les coûts et les conséquences de différentes interventions et a joué un rôle clé dans l'élaboration du rapport coût-efficacité des nombreuses interventions décrites dans cet ouvrage.

L'argument économique en faveur de l'investissement dans la prévention et la lutte contre les MNT

Les arguments économiques en faveur de l'investissement dans la prévention et la lutte contre les MNT sont assez simples :

- Dans la plupart des pays, les MNT représentent une part importante (et dans de nombreux cas la plus importante) de la charge de morbidité.
- Les MNT sont responsables de coûts substantiels pour le système de santé.
- Les MNT entraînent une perte de revenus pour les familles, les communautés, les employeurs et les pays.
- Un grand nombre d'interventions visant à prévenir et à lutter contre les MNT présentent un excellent rapport coût-efficacité et peuvent offrir un retour sur investissement significatif.

Les personnes en bonne santé sont plus productives, ce qui se traduit par une plus grande productivité économique et une meilleure qualité de vie. Les MNT réduisent l'offre de main-d'œuvre et la croissance économique, à la fois par les décès prématurés et par la baisse de performance des travailleurs malades qui restent en poste. Les personnes atteintes de MNT sont plus susceptibles de prendre une retraite anticipée, de s'absenter du travail (absentéisme) ou de travailler à capacité réduite lorsqu'elles sont au travail (présentéisme). Il en va de même pour les personnes qui s'occupent de personnes atteintes de MNT. Des études ont montré que dans les pays européens, les maladies cardiaques, le cancer et les diabètes diminuent les taux d'emploi et augmentent d'au moins 10 % la probabilité d'une retraite anticipée.³ Cela s'ajoute au coût élevé des soins de santé pour les personnes atteintes de MNT.

Les personnes en bonne santé sont plus susceptibles d'investir dans l'avenir, d'augmenter leur taux d'épargne et de se constituer un capital financier. Les enfants peuvent être obligés d'interrompre prématurément leur éducation parce qu'ils s'occupent d'un membre de leur famille malade ou parce que les fonds nécessaires à la poursuite de leurs études ne sont plus disponibles.

Les arguments ci-dessus démontrent que les MNT affectent de manière significative non seulement la santé de la population et le secteur de la santé, mais aussi un certain nombre d'autres secteurs, ce qui souligne l'importance de la lutte contre les MNT pour atteindre l'Objectif de développement durable n° 8 (promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous).

Les coûts directs et indirects des MNT

Les *coûts directs* comprennent les coûts tangibles associés au diagnostic, au traitement et aux soins du point de vue du prestataire, du payeur et/ou de l'utilisateur/patient. Ils comprennent généralement les coûts des soins médicaux (hospitalisation, soins ambulatoires et soins d'urgence) et les coûts des médicaments. Les coûts non médicaux tels que le coût des transports

vers un fournisseur de soins de santé ou les prestations d'invalidité peuvent également être pris en compte. Les *coûts indirects* sont associés à la perte de productivité et de revenu due à l'incapacité ou au décès prématuré. Les études sur les coûts de la maladie sont la somme des coûts directs et indirects. Les soins informels, la réduction de la douleur et de la qualité de vie sont également parfois pris en compte dans les évaluations économiques.

Dans la plupart des pays, en particulier les pays à revenu faible, les coûts directs représentent la part la plus faible du fardeau économique total.⁴ Cela s'explique par le fait que les personnes atteintes de MNT dans les pays à revenu faible ont moins accès aux services de santé et dépensent donc moins pour leurs soins que les personnes vivant dans des pays à ressources plus élevées. Bien entendu, lorsque les ressources en matière de soins de santé sont disponibles et abordables, les coûts pour le secteur de la santé peuvent être considérables, d'autant plus que le traitement et les soins pour les MNT sont souvent nécessaires pendant de nombreuses années.

L'impact des MNT sur l'économie

En 2011, un rapport du Forum économique mondial et de l'École de santé publique de Harvard a estimé la charge économique mondiale des MNT en 2010 et a projeté l'ampleur de cette charge jusqu'en 2030. Le rapport conclut que si les MNT représentent déjà un fardeau économique considérable, dans un scénario de statu quo, celui-ci augmentera considérablement au cours des deux prochaines décennies. Sur la base des coûts directs et indirects des quatre principales MNT, le rapport suggère une perte de production cumulée de 30,4 billions de dollars US entre 2011 et 2030 (Tableau 40.1).⁵

Tableau 40.1 Charge économique des MNT, 2011-2030 (en milliers de milliards de dollars US 2010)*

Groupe de revenu du pays	Diabète	Maladies cardiovasculaires	Maladies respiratoires chroniques	Cancer	Total
Élevé	0,9	8,5	1,6	5,4	16,4
Intermédiaire, tranche supérieure	0,6	4,8	2,2	2,3	9,9
Intermédiaire, tranche inférieure	0,2	2,0	0,9	0,5	3,6
Faible	0,0	0,3	0,1	0,1	0,5
Revenu faible et intermédiaire	0,8	7,1	3,2	2,9	14
Mondial	1,7	15,6	4,8	8,3	30,4

*Bloom DE et al. *La charge économique mondiale des MNT*. Genève, Suisse : Forum économique mondial, 2011.

Malgré les variations dans le tableau ci-dessus, en termes de PIB, les MNT ont désormais un impact significatif sur les économies des pays de tous les groupes de revenus. En outre, ces données sont désormais assez anciennes et il est presque certain qu'elles sous-estiment l'impact économique futur des MNT, en particulier compte tenu de la pandémie de COVID-19.

Rapport coût-efficacité des interventions visant à prévenir et à lutter contre les MNT

Les 16 meilleurs choix de l'OMS (interventions efficaces avec une analyse coût-efficacité ≤ 100 \$I par AVCI évitée dans les pays à revenu faible et intermédiaire), 21 interventions efficaces (avec une analyse coût-efficacité >100 \$I par AVCI évitée dans les pays à revenu faible et intermédiaire) et 36 autres interventions recommandées (dont l'efficacité a été démontrée, mais dont l'analyse coût-efficacité n'est pas disponible) sont décrites dans le Chapitre 34 et dans un certain nombre d'autres chapitres de l'ouvrage. Il est important de reconnaître que l'absence de données sur le rapport coût-efficacité ne signifie pas que l'intervention en question n'est pas rentable ; dans certains cas, cela signifie que les données ne sont pas disponibles.

L'impact sur la santé et les retombées économiques de la prévention et de la lutte contre les MNT au niveau mondial

En 2021, l'OMS a mis à jour les données publiées pour la première fois en 2018 sur les avantages sanitaires et économiques de la mise en œuvre des 16 interventions les plus rentables et les plus réalisables pour prévenir et lutter contre les MNT (meilleurs choix de l'OMS) dans 76 pays à revenu faible et pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure — couvrant près de 4 milliards de personnes.⁵ L'analyse a conclu qu'un supplément de 0,84 USD par personne et par an entre 2020 et 2030 permettrait de sauver plus de sept millions de vies, d'éviter plus de 10 millions de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux, et de réaliser 230 milliards USD de gains économiques. Le rapport conclut que chaque dollar américain investi dans les 16 meilleurs choix de l'OMS rapporterait au moins 7 dollars américains d'ici 2030. En dépit de cela, les meilleurs choix restent largement sous-utilisés, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.⁶

Bien que le rapport ci-dessus mette l'accent sur la mise en œuvre des interventions les plus rentables, il est largement reconnu qu'une grande partie des dépenses de santé est consacrée à des interventions non éprouvées et/ou inefficaces et qu'environ un cinquième des dépenses totales de santé dans les pays est inefficace.⁷

Les « choix gaspillés » et les « choix contestables »

Les concepts de « choix gaspillés » et de « choix contestables » ont été récemment développés.⁸ Les principaux critères pour les meilleurs choix, les « choix contestables » et les « choix gaspillés » sont le coût et l'efficacité. Bien que le rapport coût-efficacité de diverses interventions soit souvent considéré comme universel, il y aura toujours des incertitudes à la marge et une certaine dépendance à l'égard des circonstances locales (spécificité du contexte) qui peuvent inclure des facteurs politiques ainsi que l'acceptabilité par la communauté, la faisabilité et la durabilité. Bien que les meilleurs choix soient clairement les interventions qui sont plus efficaces et moins coûteuses à l'inverse des « choix gaspillés », les « choix contestables » sont ceux qui sont soit plus efficaces et plus coûteux, soit moins efficaces et moins coûteux. Le seuil permettant de distinguer le rapport coût-efficacité du rapport coût-inefficacité dépend donc du montant qu'un décideur est prêt à payer pour des avantages sanitaires supplémentaires et variera donc en fonction de facteurs économiques tels que le budget pour les dépenses publiques.

Estimation du coût des MNT et du retour sur investissement au niveau national

Outre les chiffres globaux, les personnes travaillant dans les pays souhaitent disposer d'estimations pour la prévention et la lutte contre les MNT. Ces dernières années, un grand nombre d'études de cas spécifiques à un pays ont été réalisées. Ces évaluations estiment que la charge économique moyenne des MNT représente environ 4 % du PIB et, dans certains pays, plus de 6 %.^{9,10} Il est important que ces analyses ne se contentent pas d'estimer les coûts directs et indirects des MNT, les coûts des interventions et le retour sur investissement, mais qu'elles incluent également une analyse politique (ou une analyse institutionnelle et contextuelle) afin de déterminer où se trouvent (et où ne se trouvent pas) les possibilités de mettre en œuvre des politiques et des programmes fondés sur des données probantes.¹¹ Comme pour toute recherche, il est important que les questions auxquelles nous apportons des réponses soient approuvées par les parties prenantes concernées et qu'il existe des approches claires pour s'assurer que les résultats sont entendus, compris et mis en œuvre. Il est également important de reconnaître que ces « études de cas d'investissement dans la lutte contre les MNT » dépendent des hypothèses formulées dans le modèle (y compris, par exemple, l'impact de la COVID-19) ainsi que des données disponibles et de leur qualité.

Le Tableau 40.2 donne des exemples de rendements sur cinq ans d'un ensemble d'interventions visant à prévenir les MNT, sur la base de la méthodologie d'investissement de l'OMS et du PNUD, dans une sélection de pays.¹¹ Le retour sur investissement augmente avec le temps, à mesure que les avantages pour la santé découlant de la prévention et de la prise en charge des maladies augmentent. Bien qu'il existe des interventions rentables pour chaque facteur

Tableau 40.2 Rendements sur cinq ans d'un ensemble d'interventions visant à prévenir les MNT sur la base de la méthodologie d'investissement de l'OMS et du PNUD dans une sélection de pays¹¹

	<i>Arménie</i>	<i>Bélarussie</i>	<i>Turquie</i>	<i>Éthiopie</i>	<i>Philippines</i>	<i>Cambodge</i>	<i>Pérou</i>	<i>Thaïlande</i>	<i>EAU</i>	<i>Kazakhstan</i>	<i>Russie</i>	<i>Ouzbékistan</i>
<i>Retour sur investissement sur cinq ans</i>												
Tabagisme	4,8	8,4	2,6	1,1	2,6	5,5	2,4	1,4	0,1	15,1	8,2	7,3
Consommation nocive d'alcool	1,0	3,2	0,2	0,5	1,5	3,1	0,7	2,6	N/A	4,9	3,2	0,4
Inactivité physique	1,6	1,9	1,1	0,6	3,0	7,7	N/A	1,7	0,2	10,7	7,2	3,9
Réduction du sel	1,5	28,8	51,0	2,0	11,5	5,0	3,0	5,6	1,0	53,4	31,1	8,3

S.O. = Non disponible.

de risque de MNT, les résultats montrent de grandes variations dans le retour sur investissement d'un pays à l'autre. Cela s'explique notamment par des différences dans la prévalence des maladies, les points de départ des interventions et les coûts de mise en œuvre des interventions. Cela souligne l'importance d'une analyse économique qui tienne compte du contexte local.

Des études de cas d'investissement basées sur une méthodologie similaire ont été réalisées dans les pays du Golfe, avec des résultats indiquant que les retours sur investissement des interventions comprennent 290 000 décès prématurés évités et 4,9 USD pour chaque dollar investi sur 15 ans.¹²

Bien que les analyses économiques soient utiles pour étudier comment utiliser les ressources le plus efficacement possible et plaider en faveur d'investissements dans les domaines négligés, il est important qu'elles n'encouragent pas des approches verticales de l'élaboration des politiques et des programmes, c'est-à-dire qu'elles ne nuisent pas à l'approche de la couverture sanitaire universelle. De même, il est essentiel de ne pas opposer les analyses économiques de différentes maladies les unes aux autres (par exemple, les MNT contre le VIH/SIDA, la tuberculose ou la santé maternelle et infantile), car la méthodologie n'est souvent pas comparable et un système de santé devra s'assurer qu'il fournit des soins à la population dans tous les domaines. Même dans le domaine des maladies non transmissibles, il est important de ne pas adopter une approche simpliste et réductrice, car il est peu probable que de nombreuses interventions importantes soient incluses dans l'analyse et il serait inapproprié de concentrer trop étroitement l'attention sur quelques interventions simplement parce qu'elles ont un retour sur investissement économique légèrement plus élevé.

Les politiques fiscales et autres politiques budgétaires

Les politiques fiscales peuvent générer des recettes supplémentaires substantielles pour le gouvernement tout en améliorant la santé publique. Les mesures tarifaires et fiscales sont des moyens efficaces d'encourager les individus à arrêter de fumer, à réduire leur consommation d'alcool ainsi que d'aliments et de boissons malsains. Par exemple, presque tous les pays taxent les produits du tabac dans une certaine mesure. Toutefois, la taxation du tabac n'est pas suffisamment appliquée dans la plupart des pays : une augmentation des accises sur les cigarettes de 0,75 USD par paquet dans tous les pays générerait 141 milliards USD de recettes supplémentaires à l'échelle mondiale.¹³ Les taxes de santé sont examinées plus en détail dans d'autres chapitres. Réciproquement, des mesures fiscales peuvent être utilisées pour encourager la consommation d'aliments et de boissons sains (par exemple, subventionner les ventes et les vendeurs de fruits et légumes, réduire les droits d'importation sur le poisson frais).

L'interférence de l'industrie est un défi majeur. Les fabricants de tabac, d'alcool et de produits alimentaires tentent souvent d'influencer les gouvernements en leur présentant un certain nombre d'arguments trompeurs pour expliquer pourquoi ils ne devraient pas taxer les produits nocifs pour la santé. Il s'agit notamment du caractère régressif et injuste des impôts pour les pauvres. En réalité, les environnements

politiques non réglementées sont injustes pour les pauvres, car ils favorisent des inégalités flagrantes dans la répartition des MNT et de leurs facteurs de risque. De plus amples détails sont fournis dans d'autres chapitres.

L'importance des enjeux non financiers

Bien que ce chapitre mette en évidence la valeur des analyses économiques dans la prise de décision, il présente des limites et ne doit pas être utilisé comme unique base de décision. Les considérations non financières sont tout aussi importantes lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impact des MNT et de déterminer les interventions à mettre en œuvre pour les prévenir et les contrôler. Celles-ci sont souvent déterminées par les circonstances nationales, telles que l'opportunité politique, la justice sociale et l'égalité des chances pour tous, la capacité de mise en œuvre, la faisabilité (y compris l'acceptabilité culturelle, la durabilité et l'extensibilité), la nécessité de promouvoir l'équité en matière de santé et l'importance de combiner un équilibre entre la prévention et le traitement, ainsi que des interventions à l'échelle de la population et des interventions individuelles.

Coûts de santé futurs

Le coût des MNT pour l'économie souligne la nécessité d'augmenter les dépenses consacrées aux MNT. Néanmoins, il est important de reconnaître qu'au fil du temps, les coûts des soins de santé pour les MNT augmenteront en raison du vieillissement de la population, de la disponibilité de nouveaux traitements et de la demande des consommateurs. La croissance des économies résultant de la réduction des décès prématurés et des maladies, ainsi que les politiques fiscales et budgétaires décrites ci-dessus, fourniront des ressources pour soutenir l'extension des programmes de prévention et de lutte contre les MNT. Les pays doivent s'y préparer : un certain nombre de pays où la plus forte augmentation de la charge de morbidité des MNT est prévue devraient connaître la plus faible augmentation des dépenses par habitant consacrées aux MNT. Cela suggère que bon nombre des pays qui sont confrontés à l'évolution la plus rapide de la charge de morbidité des MNT sont les moins bien préparés.¹⁴

Suivi et évaluation des politiques économiques et fiscales

Le suivi et l'évaluation des politiques économiques et fiscales sont essentiels pour évaluer leur impact. Il s'agit également d'évaluer la capacité des programmes de lutte contre les MNT à utiliser les fonds. Le suivi et l'évaluation peuvent également contribuer à évaluer, de manière indépendante, l'impact de ces politiques sur la santé de la population et à réfuter les arguments couramment avancés par l'industrie pour s'opposer à leur mise en œuvre ou à leur extension.

Les auteurs remercient chaleureusement Edith Patouillard de l'OMS à Genève pour ses précieuses contributions et sa relecture critique.

Remarques

- 1 WHO Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, 2021.
- 2 Rocco L et al. Mortality, morbidity and economic growth. *PLoS ONE* 2021;16:e0251424.
- 3 Feigl AB et al. The short-term effect of BMI, alcohol use, and related chronic conditions on labour market outcomes: a time-lag panel analysis utilizing European SHARE dataset. *PLoS ONE* 2019;14:e0211940.
- 4 WHO, UNDP. The WHO/UNDP global joint project on catalysing multisectoral action for non-communicable diseases. Report to the Ministry of health of the Russian Federation. 2021. WHO Geneva. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/unifaf/gjp-ncds-web-\(003\).pdf?sfvrsn=3843adb5_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/unifaf/gjp-ncds-web-(003).pdf?sfvrsn=3843adb5_7).
- 5 Saving lives, spending less: the case for investing in NCDs. WHO, 2021.
- 6 Allen LN et al. Evaluation of research on interventions aligned to WHO best buys for NCDs in low-income and lower middle-income countries: a systematic review from 1990 to 2015. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000535.
- 7 Tackling wasteful spending on health. OECD, 2017.
- 8 Isaranuwatthai W et al. Prevention of non-communicable disease: best buys, wasted buys, and contestable buys. *BMJ* 2020;368:m141.
- 9 Hutchinson B et al. The investment case as a mechanism for addressing the NCD burden: evaluating the NCD institutional context in Jamaica, and the return on investment of select interventions. *PLoS ONE* 2019;14:e0223412.
- 10 Bertram M et al. Using economic evidence to support policy decisions to fund interventions for non-communicable diseases. *BMJ* 2019;365:1648.
- 11 Non-communicable disease prevention and control: a guidance note for investment cases. WHO, UNDP. 2019.
- 12 Elmusharaf K. The case for investing in the prevention and control of noncommunicable diseases in the six countries of the Gulf Cooperation Council: an economic evaluation. *BMJ Global Health* 2022;7:e008670.
- 13 Goodchild M et al. Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance. *Bull World Health Organ* 2016;94:250–57.
- 14 Bollyky TJ et al. Lower-income countries that face the most rapid shift in NCD burden are also the least prepared. *Health Aff* 2017;36:1866–75.

41 Mesures fiscales pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Franco Sassi, Ronald Cafrine, M Arantxa Colchero,
Neena Prasad*

Pour être efficaces, les stratégies de prévention des MNT doivent modifier la consommation et la production des produits qui influencent la vie et la santé des individus, de l'alimentation à l'énergie, en passant par les substances comme le tabac et l'alcool, les activités de loisirs et le transport. Dans une économie de marché, les prix sont les principaux moteurs des choix des consommateurs et des producteurs, et dans de nombreux cas, les produits nocifs pour la santé sont moins chers que les alternatives plus saines.¹ Les gouvernements disposent d'outils puissants pour influencer les prix du marché, y compris les taxes à la consommation, entre autres.

Depuis des siècles, des taxes sont prélevées sur les boissons alcoolisées et les produits du tabac. Toutefois, il a fallu longtemps avant que la fiscalité ne devienne un outil permettant d'atteindre les objectifs de santé publique, passant progressivement de l'idée de « taxes sur les péchés », ciblant les « péchés » pour éviter d'interférer avec d'autres consommations, à l'idée de cibler la consommation ayant des impacts sociaux négatifs (« externalités », dans le jargon économique) et, enfin, à l'idée de « taxes de santé » visant à promouvoir les changements en matière de consommation susceptibles d'affecter la santé future d'un individu et les résultats sociaux et économiques (ou « internalités »).² D'autre part, les taxes sur les boissons édulcorées au sucre, qui sont devenues très courantes au cours de la dernière décennie, ont été conçues avant tout comme une mesure de santé publique, ce qui représente un changement radical dans l'utilisation des politiques fiscales pour la santé. De nombreux pays envisagent aujourd'hui de s'inspirer du succès des taxes sur les boissons édulcorées au sucre en appliquant des taxes similaires aux aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel (HFSS).

Les taxes sur le tabac et l'alcool figurent parmi les meilleurs choix de l'OMS, et les taxes sur les boissons édulcorées au sucre sont recommandées comme moyen efficace de réduire la consommation de sucre, en particulier chez les enfants. La déclaration politique de 2018 de la Troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT présente les mesures fiscales comme des politiques pouvant contribuer à « minimiser l'impact des principaux facteurs de risque des MNT et promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains ».

ENCADRÉ 41.1 LES TAXES OU IMPÔTS — QUELQUES DÉFINITIONS DE BASE

Taxe : contribution obligatoire aux recettes de l'État, prélevée par le gouvernement sur les revenus, les bénéfices et les actifs, ou ajoutée aux prix de certains biens, services et transactions. Les taxes sont classées en deux catégories : directe et indirecte.

Impôt direct : impôt sur le bénéfice, le revenu, la propriété ou la richesse des personnes ou des entreprises.

Impôt indirect : impôt sur les biens et les services.

Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) : impôt indirect prélevé en proportion du prix par le biais d'un système de collecte en cascade tout au long de la chaîne d'approvisionnement, des matières premières aux produits et services finaux.

Taxe sur les ventes : impôt indirect généralement prélevé en proportion du prix au niveau du commerce de détail.

Droit d'importation : impôt indirect sur les marchandises importées dans un pays pour la consommation dans ce pays.

Taxe d'accise : taxe indirecte appliquée à des biens ou services spécifiques. Les accises sont généralement appliquées au tabac, à l'alcool, au carburant et aux boissons édulcorées au sucre. Il existe deux types de base d'accise :

- Spécifique : perçue en tant que valeur monétaire par quantité du produit taxé (par exemple, pour 1000 cigarettes, au kilogramme de tabac) ; et,
- Ad valorem : perçue en pourcentage du prix du produit taxé.

Affectation en garantie (également connue sous le nom de « cloisonnement » ou « affectation des recettes ») : attribution des recettes d'un impôt spécifique à un type particulier de dépenses publiques, par exemple les taxes de santé utilisées pour un fonds de promotion de la santé.

Comment fonctionnent les taxes de santé

Le concept le plus fondamental qui sous-tend les taxes de santé est que les individus réduiront leur consommation de produits susceptibles de nuire à leur santé si les prix de ces produits sont augmentés. La taxation peut avoir des effets plus importants sur la consommation que les hausses de prix dues à d'autres

facteurs, car elle signale aux consommateurs que certains produits sont mauvais pour la santé et cela contribue donc à stigmatiser leur consommation.³ L'hypothèse selon laquelle des prix plus élevés entraîneront une réduction de la consommation est étayée par des preuves empiriques solides pour tous les produits susceptibles d'être visés par les taxes de santé. Cependant, l'utilisation des taxes pour promouvoir la santé n'est pas sans poser de problèmes, et la conception de taxes susceptibles d'atteindre les objectifs de santé publique est complexe. La principale difficulté réside dans le fait que les taxes de santé sont, et seront toujours, des politiques fiscales avant tout, bien qu'elles soient aujourd'hui considérées comme faisant partie intégrante de la boîte à outils de la santé publique. Cela signifie que leur conception et leur utilisation devra suivre des règles fiscales et nécessitera toujours une coopération étroite entre les ministères de la Santé et des Finances.

L'utilisation ciblée des recettes générées par les taxes de santé (par exemple, pour des programmes de promotion de la santé et d'éducation, que ce soit par le biais d'une affectation formelle ou non des recettes) peut jouer un rôle important dans l'acceptation par le public et la durabilité des taxes de santé. Cependant, les ministères des Finances s'opposent souvent à l'affectation stricte des recettes, car elle peut créer des contraintes injustifiées dans le processus de budgétisation publique.

Si le principe selon lequel l'augmentation des prix entraînera une baisse de la consommation est fondé, il n'est pas nécessairement suffisant pour que les taxes améliorent la santé, avec au moins deux conditions qui doivent être remplies :

- Le prélèvement d'impôts doit entraîner une augmentation des prix auxquels sont confrontés les consommateurs. Cela se produit dans la plupart des cas, mais pas dans tous, et lorsque c'est le cas, cela peut se produire à des degrés divers, en fonction d'une série de caractéristiques du marché sur lequel le produit taxé est commercialisé.⁴ Seules certaines de ces caractéristiques sont connues des gouvernements au stade de l'élaboration de la taxe.
- L'augmentation du prix du produit taxé ne doit pas entraîner de changements plus importants dans les habitudes de consommation qui peuvent compenser les avantages d'une réduction de la consommation du produit taxé. Le risque que les consommateurs se retrouvent avec un panier de consommation global moins sain est plus élevé lorsqu'ils ont plus de possibilités de remplacer les produits taxés par d'autres produits potentiellement malsains qui ne sont pas taxés ou qui sont moins chers (par exemple, des aliments, des boissons alcoolisées).

Les taxes devraient être associées à des mesures synergiques telles que l'étiquetage des produits, la réglementation de la commercialisation et de l'accès aux produits malsains, comme décrits dans d'autres chapitres.

Les produits du tabac

Des taxes sont prélevées sur les produits du tabac dans la plupart des pays. En moyenne, plus de 60 % du prix des produits du tabac est représenté par les taxes au niveau mondial, sur la base de la principale marque dans chaque pays. L'OMS fournit des directives détaillées sur l'application des taxes aux produits du tabac⁵ et recommande une incidence minimale de 75 % du prix du marché. Cette recommandation est respectée par 40 pays selon les dernières estimations.

La taxation est un élément du module MPOWER de politiques efficaces de lutte contre le tabagisme de l'OMS et un élément clé de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il est prouvé que les taxes réduisent l'utilisation des produits du tabac et que l'impact sur les habitudes tabagiques augmente avec le temps. Les taxes sont plus efficaces sur les jeunes et les personnes de faible statut socio-économique (qui ont un pouvoir d'achat plus faible et sont plus sensibles aux prix des produits), qui sont tous deux des cibles prioritaires dans la lutte contre le tabagisme. Toutefois, des inquiétudes ont été exprimées quant aux effets régressifs des taxes sur le tabac, dans la mesure où les personnes à revenu faible sont beaucoup plus susceptibles de fumer que les autres et supportent une charge fiscale plus importante. Toutefois, si les ménages à revenu faible dépensent sans aucun doute une part plus importante de leur revenu, en moyenne, en taxes sur le tabac, ils peuvent aussi bénéficier de manière disproportionnée, en termes d'amélioration de la santé, de la réduction ou de l'arrêt du tabagisme, au point que leur productivité, leur revenu et le risque d'encourir des dépenses de santé onéreuses peuvent être améliorés de manière significative, ce qui compense la répartition régressive des paiements fiscaux.

Si la taxation des produits du tabac traditionnels est désormais une politique bien établie, les gouvernements doivent constamment rattraper leur retard sur un marché en évolution rapide, où de nouveaux produits tels que les systèmes électroniques d'administration de nicotine (ENDS) posent de nouveaux défis aux décideurs. Bien que l'OMS recommande de traiter ces nouveaux produits de la même manière que les produits traditionnels en termes de taxation, certains pays les considèrent comme une aide au sevrage tabagique et ont appliqué des régimes fiscaux plus favorables.

Les boissons alcoolisées

La taxation des produits alcoolisés est également très répandue et très efficace pour réduire la consommation de boissons et un large éventail de dommages liés à l'alcool, bien que les taxes ne soient pas aussi importantes que celles prélevées sur les produits du tabac et que, dans de nombreux pays, elles n'aient pas suivi l'inflation, voire n'aient pas augmenté du tout, au fil du temps. Les marchés de l'alcool et les habitudes de consommation d'alcool sont complexes et profondément ancrés dans les traditions économiques, sociales et culturelles des pays. Les systèmes de taxation appliqués aux produits alcoolisés tendent à refléter cette complexité et impliquent souvent des taxes et des taux différents pour les

divers types de boissons, parfois également différenciés en fonction du lieu de consommation (par exemple, l'alcool consommé dans les bars et les restaurants par rapport à l'alcool acheté dans les magasins de détail). En conséquence, les taxes influencent les choix des consommateurs en ce qui concerne les niveaux de consommation, les types de boissons et les lieux de consommation, mais ne sont pas toujours conformes aux objectifs de santé publique, ce qui est un héritage de l'utilisation des taxes sur l'alcool pour la poursuite d'objectifs de politique fiscale plus traditionnels, tels que la génération de recettes et la prise en compte des externalités.

Pour renforcer la justification sanitaire des taxes sur l'alcool, il convient d'élaborer des taxes plus uniformes, avec des taux d'imposition relativement élevés basés sur la teneur en alcool des boissons, visant de préférence une convergence des prix par unité d'alcool provenant de différents types de boissons.

Comme pour les produits du tabac, les groupes de population qui réagissent le plus aux prix sont les jeunes et les personnes à revenu faible, ce qui permet de cibler les politiques fiscales sur certains des buveurs les plus à risque. Toutefois, pour que la taxation soit réellement efficace et dissuade la consommation dans les groupes à haut risque, les substitutions vers des boissons moins chères (également connues sous le nom de « baisse en gamme ») doivent être évitées grâce à une conception prudente de la taxe. Les droits d'accise spécifiques ont tendance à être plus efficaces que les taxes ad valorem pour empêcher les consommateurs de se tourner vers des produits moins chers. Les personnes avec les habitudes de consommation d'alcool les plus néfastes ont tendance à consommer principalement l'alcool le moins cher, et la taxation n'est pas toujours efficace pour augmenter les prix de ces produits, en partie parce que les fabricants d'alcool sont susceptibles de répercuter les taxes sur les prix des produits plus chers, qui réagissent moins aux augmentations de prix. Pour les raisons décrites, plusieurs gouvernements ont utilisé, ou envisagé d'utiliser, des mesures de régulation des prix parallèlement à la taxation, notamment l'interdiction de diverses formes de promotion des prix ou des politiques de prix unitaires minimaux, qui fixent un prix plancher par unité d'alcool en dessous duquel les boissons ne peuvent être vendues. Des mesures supplémentaires peuvent inclure la fixation ou l'augmentation des droits de licence pour les points de vente au détail.

L'impact des taxes sur l'alcool sur l'équité est plus complexe que celui d'autres types de produits, en raison de la répartition caractéristique de la consommation d'alcool et des dommages qu'elle cause au sein de la population. La consommation d'alcool est plus répandue dans les groupes à hauts revenus que dans les groupes à faibles revenus, du moins pour les boissons commerciales (par opposition aux boissons artisanales), et ce de manière constante dans tous les pays, ce qui signifie que les ménages à hauts revenus ont tendance, en moyenne, à payer une part plus importante de leurs revenus en taxes sur l'alcool. Toutefois, la majeure partie de l'alcool est consommée par une minorité de la population dans la plupart des pays (en partie parce que l'alcool crée une dépendance et que les personnes qui en sont dépendantes ont tendance à en

boire de grandes quantités). Par conséquent, certains ménages à faibles revenus qui consomment beaucoup d'alcool peuvent supporter une charge fiscale substantielle. Néanmoins, ce sont les ménages à faible revenu qui peuvent bénéficier le plus des taxes sur l'alcool en termes d'amélioration de la santé et des avantages sociaux et économiques qui en découlent.

Les aliments et les boissons non alcoolisées

Dans le cas de la consommation alimentaire, les politiques fiscales se sont traditionnellement concentrées sur la lutte contre l'insécurité alimentaire et la durabilité des systèmes alimentaires nationaux, principalement par le biais de subventions à la production et à la consommation. L'amélioration de la santé est devenue un objectif majeur ces dernières années, avec l'adoption de taxes sur les boissons édulcorées au sucre et sur certains aliments hautement transformés, à forte densité énergétique et pauvres en nutriments (par exemple, les collations salées ou sucrées) dans un nombre rapidement croissant de pays.

Plusieurs études systématiques ont montré que les taxes sur les boissons édulcorées au sucre sont efficaces et qu'elles réduisent les achats de boissons taxées dans une proportion similaire ou supérieure à l'augmentation du prix, les personnes à faible revenu et les gros consommateurs affichant souvent une réaction plus forte.^{6,7}

Toutefois, les taxes de santé existantes sur les aliments et les boissons non alcoolisées (FNAB) sont généralement peu élevées et, même dans les quelques pays où elles s'appliquent à d'autres produits que les boissons édulcorées au sucre, la gamme des FNAB taxés est restreinte ; l'impact sur les apports alimentaires globaux est donc relativement faible. En outre, si les taxes de santé existantes se sont avérées efficaces pour réduire la consommation des produits taxés, leur impact sur le régime alimentaire global des consommateurs est incertain, car les informations sur les substitutions déclenchées par les taxes de santé (par exemple, les personnes qui achètent moins de boissons édulcorées au sucre en raison d'une taxe sur ces dernières peuvent acheter davantage d'aliments sucrés) sont peu nombreuses. Par exemple, cela fait de la définition d'une assiette fiscale appropriée une étape très délicate de la conception de l'impôt et l'hétérogénéité des assiettes fiscales utilisées dans les différents pays pour certaines taxes (par exemple, l'inclusion ou l'exclusion des boissons sucrées artificiellement, des jus de fruits non sucrés ou des produits à base de lait de l'assiette des taxes sur les boissons) illustre les difficultés rencontrées pour comprendre les schémas et l'impact des substitutions potentielles.

Les taxes sur les boissons édulcorées au sucre sont importantes, étant donné les effets néfastes des SSB sur la santé qui sont bien documentés (voir le Chapitre 22 sur les sucres alimentaires). Elles ont fourni une preuve de concept précieuse, mais ne doivent pas être considérées comme un point final dans l'utilisation des taxes de santé dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

Il existe une grande marge d'innovation dans ces domaines et il est nécessaire d'expérimenter de nouveaux modèles de taxation. Parmi les nouvelles

approches que certains pays commencent à adopter, citons la modulation des taux de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) en fonction de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires ou l'utilisation de subventions pour encourager la consommation d'aliments sains, bien que ces subventions puissent être difficiles à concevoir et à mettre en œuvre. En tant que solution générale pour déterminer les produits alimentaires qui devraient être taxés, l'utilisation de modèles de profilage des nutriments (MPN) comme base pour la conception de politiques fiscales visant à améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation des personnes a suscité un intérêt croissant. Les MPN sont de plus en plus utilisés dans plusieurs politiques nutritionnelles, par exemple pour définir les critères des marchés publics de denrées alimentaires, pour concevoir des systèmes d'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages (Chapitre 24 sur l'étiquetage nutritionnel) et pour réglementer la publicité alimentaire, ce qui les rend particulièrement attrayants pour créer une convergence des incitations dans les choix alimentaires.

Surveillance

Le suivi et l'évaluation sont des conditions essentielles pour que les taxes de santé contribuent utilement à l'action de santé publique par le biais des indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la lutte contre les MNT (5a) — mesures visant à réduire l'accessibilité financière en augmentant les droits d'accise et les prix des produits du tabac et (6 c) — augmentation des droits d'accise sur les boissons alcoolisées (Chapitre 35).⁸

Remarques

- 1 Colchero MA et al. Affordability of food and beverages in Mexico between 1994 and 2016. *Nutrients* 2019;11:78.
- 2 Lauer J et al. (Eds.). *Health taxes: policy and practice*. World Scientific with World Scientific Pub Co Inc. Singapore, 2022.
- 3 Leicester A et al. Tax and benefit policy: insights from behavioural economics. Institute for Fiscal Studies, 2012. <https://ifs.org.uk/publications/6268>.
- 4 Colchero MA et al. Changes in prices after an excise tax to sweetened sugar beverages was implemented in Mexico: evidence from urban areas. *PLoS One* 2015;10:e0144408.
- 5 WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1341465/retrieve>.
- 6 Ng SW et al. Did high sugar-sweetened beverage purchasers respond differently to the excise tax on sugar-sweetened beverages in Mexico? *Public Health Nutr* 2019;22:750–56.
- 7 Colchero MA et al. In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health Aff* 2017;36:564–71.
- 8 Noncommunicable diseases progress monitor. WHO, 2022.

42 Renforcement des systèmes de santé et de la prestation de services pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Cherian Varghese, Baridalyne Nongkynrih,
Pascal Bovet, Nick Banatvala*

Les MNT sont la principale cause de mauvaise santé, y compris de mortalité prématurée, dans presque tous les pays du monde. Elles exercent donc une pression énorme sur les systèmes de santé, qui se trouvent ainsi débordés, ce qui a un impact significatif sur les finances de la santé publique et sur les dépenses des ménages pour ceux qui paient de leur poche, en plus de l'impact sur la santé et de l'impact socio-économique plus large qui résultent des MNT. La demande pour le système de santé est encore exacerbée par la disponibilité croissante de diagnostics et de traitements nouveaux et coûteux dans un certain nombre de pays.

De nombreux systèmes de santé dans les pays à faibles ressources sont mal orientés pour répondre aux besoins des personnes atteintes de MNT, car ils ont toujours été structurés pour traiter les maladies infectieuses et les problèmes de santé maternelle et infantile plutôt que les MNT, qui sont pour la plupart chroniques et souvent asymptomatiques au départ, et qui nécessitent des soins à long terme.

En outre, l'amélioration de la santé publique (par exemple la variole, la polio, le VIH, la tuberculose et le paludisme) est souvent le fruit de programmes verticalisés qui ont créé un système de prestation parallèle. Cette approche n'est pas pratique pour les MNT qui présentent une multimorbidité et des complications aiguës nécessitant des soins de longue durée. Les MNT doivent donc être gérées dans le cadre d'une approche (horizontale) des systèmes et des soins intégrés, tout en reconnaissant qu'il reste des moments où des programmes spécifiques à une maladie sont élaborés, souvent comme point d'entrée pragmatique pour ajouter de nouveaux services de santé avant que ces programmes spécifiques ne soient pleinement intégrés (par exemple, hypertension, diabète, programmes de lutte contre le cancer du col utérin) ou pour évaluer la qualité des services. Les programmes de lutte contre les MNT devraient être menés de concert avec des interventions dans de multiples secteurs afin de réduire l'exposition aux facteurs de risque des MNT dans l'ensemble de la population. La combinaison des approches verticales et horizontales est parfois appelée approche diagonale.

Le renforcement des systèmes de santé est particulièrement important au niveau des soins primaires, où les interventions les plus rentables en matière de prévention et de traitement des MNT peuvent être mises en œuvre. La plupart des MNT et les conseils pour réduire leurs facteurs de risque peuvent être gérés efficacement au niveau des soins primaires, qui sont en outre proches du domicile du patient, ce qui permet de développer des relations à long terme avec les professionnels de la santé locaux. Les soins primaires constituent l'approche la plus rentable pour la fourniture de soins de santé — et les affections bien gérées à ce niveau réduiront (mais n'éviteront pas) la nécessité de recourir à des soins secondaires et tertiaires plus coûteux.

Défis

L'OMS décrit six modules de base d'un système de santé permettant d'améliorer l'accès, la couverture ainsi que la qualité et la sécurité : (i) la prestation de services ; (ii) le personnel de santé ; (iii) les systèmes d'information sanitaire ; (iv) l'accès aux médicaments, vaccins et technologies essentiels ; (v) le financement de la santé ; et (vi) le leadership et la gouvernance. Les défis pour améliorer le traitement et les soins des MNT s'appliquent à tous les éléments des six modules de base, mais avec un passage des affections aiguës aux soins de longue durée. Cela nécessite des partenariats entre les soignants et les patients, ainsi que la garantie d'une prévention et de soins intégrés à travers les services de santé et de soins sociaux primaires, secondaires et tertiaires.

L'absence d'une approche structurée, la lenteur de l'adaptation de l'allocation équitable de ressources limitées aux soins aigus et chroniques et le plan de soins à long terme avec un soutien financier adéquat pour les patients conduisent à une morbidité et une mortalité prématurées élevées, mais qui pourraient être largement évitées, ainsi qu'à des pertes financières. Les défis dans les situations d'urgence, humanitaires et complexes sont encore plus grands (Chapitre 51). La nécessité d'une action intégrée dans le continuum des soins est illustrée pour l'hypertension dans la Figure 42.1, en utilisant l'exemple de la façon dont des soins de santé inadéquats pour l'hypertension peuvent entraîner une condition préventive, telle que l'accident vasculaire cérébral (AVC). Cela démontre l'importance de l'interaction entre les différents modules de base pour assurer un continuum de soins.

Une enquête de l'OMS réalisée en 2019 a révélé l'insuffisance de la prise en charge des MNT. Sur les six technologies essentielles pour la détection précoce, le diagnostic et le suivi des MNT, seule la moitié des 160 pays a signalé leur disponibilité dans les établissements de soins primaires du secteur public.¹ Une étude récente confirme l'inadéquation des directives, des outils de diagnostic essentiels et du traitement de l'hypertension et des diabètes dans les établissements de soins primaires du secteur public d'un certain nombre de pays d'Afrique.² La prise en charge des MNT est devenue un défi encore plus grand du fait que (i) les MNT et leurs facteurs de risque métaboliques,

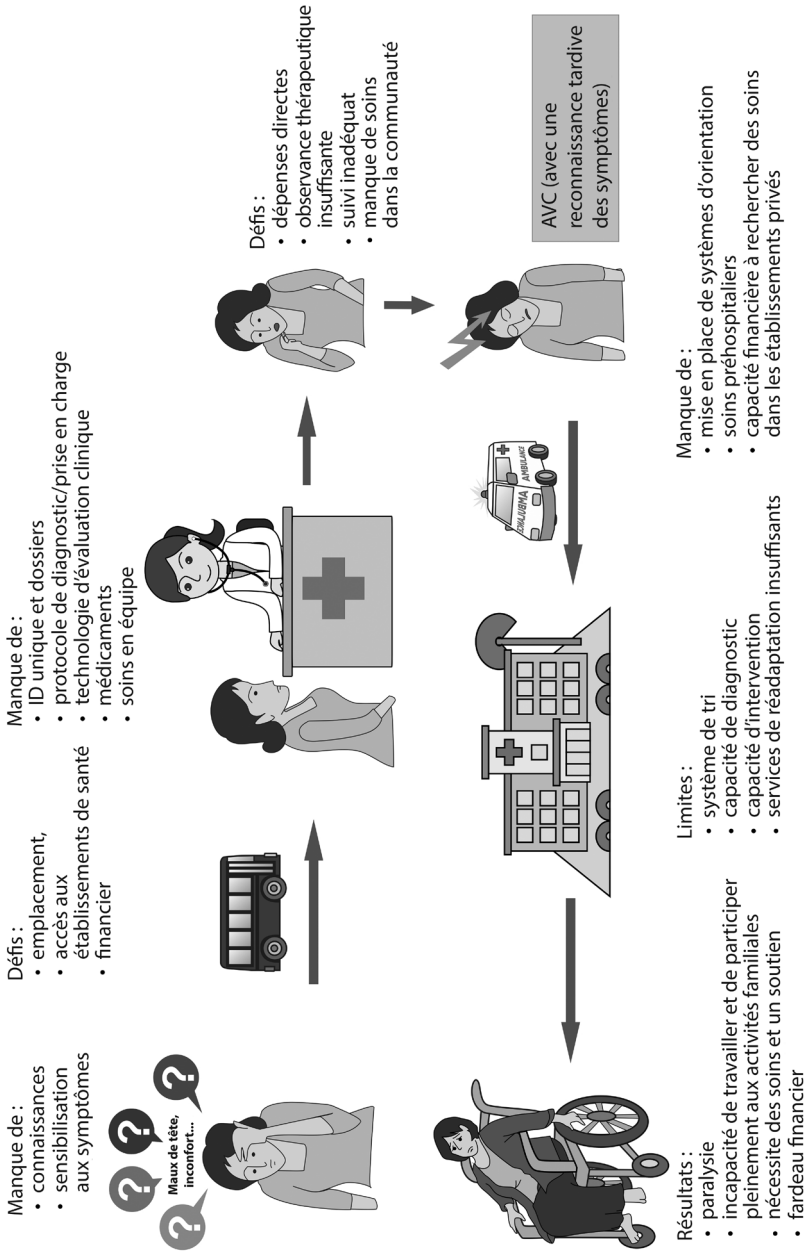


Figure 42.1 Défi à la mise en œuvre optimale des soins pour les MNT.

comportementaux et environnementaux augmentent les risques de maladies graves et de décès dus à la COVID-19 ;³ (ii) la pandémie a gravement perturbé les services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs pour les personnes atteintes de MNT ;^{4,5} (iii) la pression sur les services de santé risque de s'accroître à long terme en raison de l'augmentation possible des maladies cardiovasculaires (MCV) et des complications respiratoires chez les survivants de la COVID-19.

Ce qu'il faut changer

Les modules de base du système de santé

Des mesures doivent être prises au niveau des six modules de base du système de santé si l'on veut que les communautés bénéficient d'une amélioration de la prise en charge des MNT.

Les questions de *gouvernance* qui revêtent une importance particulière pour la prévention et la lutte contre les MNT sont notamment les suivantes :

- Élaboration de politiques et de plans pour le système de santé fondés sur une analyse précise de la situation et la définition de priorités, avec des indicateurs de résultats spécifiques et mesurables.
- Stratégies pour traduire ces politiques en actions et programmes pour le financement, les ressources humaines, les produits pharmaceutiques, la technologie, l'infrastructure et la prestation de services, ainsi que des plans et des cibles de suivi et d'évaluation.
- La mise en place de coalitions et d'alliances intersectorielles avec des partenaires appropriés (au sein du gouvernement, du parlement et des acteurs non étatiques), y compris les personnes atteintes de MNT, afin de mettre en œuvre des politiques, des plans et des stratégies efficaces dans le domaine de la santé et de responsabiliser toutes les parties concernées.

Pour mobiliser une *main-d'œuvre* solide dans le domaine des MNT, il faut :

- Un leadership fort pour garantir l'intégration des MNT dans le développement et la gestion du personnel de santé au sens large, ainsi que dans les politiques relatives au personnel de santé dans le cadre des stratégies nationales de santé.
- Des programmes de formation initiale qui englobent les connaissances nécessaires et les compétences requises pour les soins de santé essentiels liés aux MNT, ainsi qu'une formation de qualité et des programmes de formation continue pour les travailleurs de la santé.
- Des équipes multidisciplinaires pour fournir des soins intégrés aux personnes atteintes de MNT.

- Des environnements de travail positifs, par exemple en garantissant la disponibilité de fournitures essentielles, de services d'orientation et d'une gestion solidaire.

Les systèmes d'information sanitaire sont décrits dans les chapitres 4 et 5 du document. L'accès aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux technologies est examiné plus en détail dans les chapitres 44 et 45. La couverture sanitaire universelle est décrite au Chapitre 38, le financement de la santé au Chapitre 39 et les mesures fiscales pour lutter contre les MNT au Chapitre 41.

La prestation de services est essentielle pour garantir que les personnes atteintes de MNT ou à risque d'en être atteintes aient accès à des services de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et de soins palliatifs de bonne qualité, d'une manière équitable et sans que les utilisateurs ne subissent de difficultés financières, que ces services soient fournis par le secteur public, le secteur privé ou une combinaison des deux. Le reste de ce chapitre est consacré à la prestation de services.

Prestation de services pour la prise en charge des personnes atteintes ou à risque de MNT

Une réorientation stratégique est nécessaire pour garantir que les systèmes de santé sont « prêts à faire face aux MNT ». En effet, la majorité des soins préventifs (y compris le dépistage), diagnostiques, comportementaux et pharmacologiques, ainsi que les soins intégrés et multidisciplinaires à long terme pour les MNT (en particulier l'hypertension et le diabète, qui touchent une grande partie de la population), de même que les soins palliatifs, peuvent être dispensés de manière satisfaisante au niveau des soins primaires/communautaires.⁶

Néanmoins, il est important de reconnaître qu'un événement aigu tel qu'une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, pour lequel un traitement de revascularisation urgent avec des médicaments thrombolytiques ou des procédures invasives dans les quelques heures qui suivent, ou un traitement complexe du cancer, nécessite des soins qui ne peuvent être dispensés que dans des établissements de soins secondaires ou tertiaires. Il est donc essentiel que des systèmes d'orientation solides soient en place pour permettre un accès rapide à ce niveau de soins. Les stratégies qui améliorent la continuité des soins de santé primaires peuvent réduire la nécessité et le coût des soins secondaires (admissions à l'hôpital). Cela peut également améliorer l'expérience des patients et des personnes travaillant dans les cabinets de médecine générale.⁷

Voici quelques exemples de changements nécessaires dans l'ensemble du système de soins de santé primaires :⁸

- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires dotées de compétences variées (éducation à la santé, éducation diététique, gestion des médicaments, soins et soutien social).

- Former les prestataires de soins non-médecins de niveau intermédiaire à la prescription de traitements dans certaines situations.
- Veiller à ce que les outils de diagnostic, les médicaments et les traitements essentiels soient disponibles et abordables pour les patients.
- Améliorer les systèmes d'information sanitaire qui utilisent un identifiant unique pour le patient (en particulier si des systèmes électroniques sont disponibles) afin de permettre une récupération rapide des données cliniques (par exemple, la pression artérielle, la glycémie, etc.).
- Développer des modèles de soins familiaux et communautaires (y compris la collaboration avec les responsables de la santé publique pour s'attaquer aux déterminants locaux de la santé) qui permettent de fournir des soins de longue durée de haute qualité, centrés sur le patient, pour les affections chroniques).

Dossiers techniques et outils pour soutenir les approches intégrées des MNT dans les soins primaires

Le module dédié aux interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles (PEN) propose une série d'interventions rentables pour un large éventail de MNT qui peuvent être mises en œuvre dans le cadre des soins de santé primaires.⁹ Le module fournit également des directives sur l'utilisation des médicaments et des technologies essentiels pour mettre en œuvre des interventions contre l'hypertension, le diabète, le risque cardiovasculaire total, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la détection et la prise en charge précoces du cancer. Les soins palliatifs sont également ajoutés en tant qu'entité à fournir dans le cadre des soins primaires. Le module est désormais disponible sous forme d'application et peut être adapté à tous les environnements, y compris ceux à faibles ressources.¹⁰

Le module technique HEARTS propose une approche stratégique pour améliorer la santé cardiovasculaire dans les pays. Il comprend six modules et un guide de mise en œuvre. Les modules pratiques et progressifs sont étayés par un document technique général qui justifie et encadre cette approche intégrée de la prise en charge des MNT.¹¹ Les six modules sont présentés dans le Tableau 42.1. Lorsqu'ils s'appuient sur le financement et la gouvernance nécessaires, ils fournissent les éléments clés d'un système de santé bien placé pour répondre aux MNT.

Tableau 42.1 Les six modules HEARTS pour renforcer la prise en charge des MNT dans les soins primaires

Module	Mesures visant à renforcer la prise en charge des MNT	Financement	Prestation de services et gouvernance
Conseils pour un mode de vie sain.	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de santé doivent être conçus de manière à promouvoir une « approche globale de la personne », qui favorise la santé dans le cadre de services intégrés (par exemple, que les personnes avec le VIH fassent contrôler leur pression artérielle et qu'elles soient prises en charge). Former régulièrement les professionnels de la santé aux MNT et à leurs facteurs de risque, en les sensibilisant notamment aux directives et protocoles pertinents utilisés au niveau local. 		
Protocoles fondés sur des données probantes.	<ul style="list-style-type: none"> Les protocoles fondés sur des données probantes contribuent à la normalisation du traitement. Les protocoles mondiaux peuvent être adaptés au contexte local et faire partie de la formation continue et des directives cliniques de base. Il est important que les protocoles précisent les tâches qui peuvent être gérées par différents professionnels de la santé pour une prestation plus efficace (transfert/partage des tâches). Veiller à ce que les services de santé puissent fournir les médicaments appropriés recommandés par les protocoles, en quantité suffisante et de manière durable, avec les fonds disponibles. Évaluer régulièrement les résultats des soins de santé (par exemple, la proportion de patients dont la PA ou la glycémie est conforme aux objectifs) et adapter les protocoles et leur mise en œuvre en conséquence. 	La fourniture à des prix abordables, si possible gratuitement, de traitements de longue durée (par exemple, pour l'hypertension et le diabète) aux patients est essentielle pour l'observance à long terme du traitement. Cette question peut être abordée par le biais de systèmes de santé nationaux (soins de santé payés par l'impôt), de systèmes d'assurance obligatoire (avec dispense de frais pour les pauvres), ou d'autres systèmes (par exemple les organisations de maintien de la santé), ou d'une combinaison de ces mesures.	Évaluer et réviser régulièrement les services et thérapies qui peuvent être proposés aux personnes atteintes de MNT en fonction des ressources disponibles ou prévues (au niveau national, mais aussi au niveau de chaque centre de santé, en fonction de leur situation). Cela nécessite la collecte de plusieurs indicateurs, par exemple les proportions de patients consultant les services de santé et ayant des facteurs de risque contrôlés, etc., des enquêtes sur la disponibilité des services de santé et des évaluations de l'état de préparation des services (SARA).
Accès aux médicaments et technologies essentiels.	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la disponibilité et l'utilisation, dans la mesure du possible, de combinaisons de médicaments à prise unique quotidienne pour les traitements à long terme (par exemple, hypertension, diabète, cholestérol) afin de réduire le nombre de pilules à prendre par les patients et d'améliorer l'observance, mais aussi de simplifier leur distribution par les professionnels de la santé. Vérifier régulièrement la précision des instruments (par exemple, les pese-personne, les stadiomètres, les sphygmomanomètres, les glucomètres, etc.). Évaluer régulièrement la liste des médicaments essentiels en vue d'éventuels ajouts ou changements pour des options plus rentables et/ou plus abordables (y compris des combinaisons à dose fixe). 		
Prise en charge selon le risque.	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation du risque cardiovasculaire total est un moyen de gérer de manière rentable les multiples facteurs de risque (l'évaluation du risque en laboratoire ou non peut être utilisée, par exemple les tableaux de risque de MCV de l'OMS ou d'autres tableaux de prédiction du risque utilisés au niveau national). 		

(suite)

Tableau 42.1 (suite)

Module	Mesures visant à renforcer la prise en charge des MNT	Financement	Prestation de services et gouvernance
Soins en équipe et ressources humaines.	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le transfert/partage des tâches avec/par des agents de santé non-médecins (par exemple pour évaluer le contrôle de la PA/du diabète et, éventuellement, leur permettre d'apporter des ajustements minimaux à la thérapie). • Impliquer une variété de prestataires de soins de santé (p. ex. les pharmaciens) et d'autres fournisseurs de soins de santé dans différents contextes pour promouvoir le dépistage des facteurs de risque (p. ex. hypertension et diabète), par exemple dans le cadre de programmes de bien-être au travail, sur les lieux de travail, dans les salons de coiffure. • Veiller à ce que les professionnels de la santé puissent consacrer suffisamment de temps aux patients atteints de MNT, y compris en rémunérant ces services dans le cadre de systèmes de paiement à l'acte, afin de leur permettre de conseiller et de suivre leurs patients de manière adéquate en ce qui concerne le sevrage tabagique, l'alimentation et un mode de vie sains. 		
Systèmes de surveillance.	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler les facteurs de risque des patients [tabagisme, PA, diabète, indice de masse corporelle (IMC), etc.] au niveau des soins de santé (pour identifier les tendances au fil du temps), de préférence en utilisant les dossiers médicaux électroniques (qui permettent d'évaluer les tendances au fil du temps). • Lors de l'utilisation de systèmes de dossiers médicaux électroniques, développer des mécanismes qui mettent automatiquement en évidence les patients dont les niveaux de facteurs de risque sont mal contrôlés et/ou les patients qui ne se rendent pas aux consultations de suivi, ainsi que des options qui permettent d'envoyer automatiquement aux patients les résultats, les conseils connexes et les rappels de consultations de suivi (par exemple, par SMS, etc.). • Les interventions de cybersanté (SMS, applications pour smartphone, appels téléphoniques) peuvent améliorer l'autogestion des MNT chroniques par les patients, notamment en améliorant l'observance du traitement et en réduisant les facteurs de risque (par exemple, la PA, le diabète). 		

Surveillance

Un certain nombre d'objectifs mondiaux en matière de MNT nécessitent une action dans l'ensemble du système de santé. Il s'agit notamment des suivantes :

Une réduction relative de 25 % de la mortalité globale due aux MCV, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques.	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une MCV, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique. Incidence du cancer, par type de cancer, pour 100 000 habitants.
Une réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou le maintien de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction des circonstances nationales.	Prévalence de la PA normalisée selon l'âge chez les personnes âgées de plus de 18 ans (définie comme une PA $\geq 140/90$ mmHg).
Au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.	Proportion de personnes éligibles (p. ex. les personnes âgées de ≥ 40 ans et présentant un risque de MCV sur dix ans ≥ 20 %, y compris celles ayant des antécédents de MCV) recevant un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.
Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, est nécessaire pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.

Tableau 42.2 Quinze défis du système de santé et opportunités d'amélioration des résultats en matière de MNT

Choix Engagement politique pour la lutte contre les MNT.	Approches explicites de définition des priorités.	Coopération interinstitutions.	Autonomisation de la population.
Modèle efficace de prestation de services.	Coordination entre les fournisseurs.	Régionalisation.	Systèmes d'incitation.
Intégration des données probantes dans la pratique.	Répartition et combinaison des ressources humaines.	Accès à des médicaments de qualité.	Prise en charge efficace.
Solutions d'information adéquates.	Gestion du changement.	Garantir l'accès et la protection financière.	

Un certain nombre d'outils ont été mis au point pour évaluer l'efficacité des systèmes de santé dans leur capacité à lutter efficacement contre les MNT. À titre d'exemple, citons celui développé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui fournit des directives sur les questions à poser pour explorer 15 domaines du système de santé afin de formuler des recommandations sur l'amélioration des résultats liés aux MNT dans chacun de ces 15 domaines, mais aussi de mettre en avant des exemples de bonnes pratiques (Tableau 42.2).¹² Des exemples d'évaluations nationales dans la région européenne de l'OMS basées sur cet outil sont également disponibles.¹³

Remarques

- 1 Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. WHO, 2020.
- 2 Bovet P et al. Availability of protocols, equipment and medicines for cardiovascular disease risk management in primary care health facilities in nine African countries. *Ann Cardiol Vasc Med* 2021;4:1043.
- 3 Williamson EJ et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* 2020;584:430–36.
- 4 The impact of the COVID-19 pandemic on NCD resources and services: results of a rapid assessment. WHO, 2020.
- 5 Splinter MJ et al. Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: a population-based cross-sectional study. *PLoS Med* 2021;18:e1003854.
- 6 Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009;374:170–3.
- 7 Barker I et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017;356:j84.
- 8 Varghese C et al. Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. *BMJ* 2019;364:l327.
- 9 *WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care.* WHO, 2020.
- 10 WHOPEN. <https://apps.apple.com/gb/app/whopen/id1566338877>.
- 11 WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2020.
- 12 *Better NCD outcomes: challenges and opportunities for health systems. Assessment guide.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
- 13 Farrington J et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Kazakhstan country assessment. WHO Regional Office for Europe, 2018.

43 Dépistage et bilans de santé dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT

Kevin Selby, Nick Banatvala, Pascal Bovet, Jacques Cornuz

L'objectif du dépistage est d'identifier, au sein d'une population apparemment en bonne santé, les personnes qui présentent un risque plus élevé de souffrir d'un problème de santé ou d'une affection connexe, afin de proposer un traitement ou une intervention précoce et d'améliorer ainsi la santé des personnes dépistées.¹ Les critères permettant d'identifier une maladie susceptible de faire l'objet d'un dépistage existent depuis plus de 50 ans (Encadré 43.1).²

ENCADRÉ 43.1 CRITÈRES D'IDENTIFICATION D'UNE MALADIE SUSCEPTIBLE DE FAIRE L'OBJET D'UN DÉPISTAGE

- L'affection recherchée est un problème de santé important.
- L'histoire naturelle de l'affection, y compris l'évolution de la maladie latente à la maladie déclarée et les séquelles, est bien comprise.
- Il existe un stade latent et un stade symptomatique précoce reconnaissables.
- Il existe un test ou un examen approprié et acceptable.
- Il existe un traitement accepté, rentable et abordable.
- Des installations et des ressources pour le diagnostic et le traitement sont disponibles.
- Il convient de convenir d'une politique concernant les personnes à traiter en tant que patients (protocoles de diagnostic et de traitement).
- Le coût de la recherche de cas (y compris le diagnostic et le traitement) est économiquement équilibré par rapport à l'ensemble des dépenses en soins médicaux.
- La recherche de cas est un processus continu et non un projet « définitif ».

Plus récemment, des critères axés sur les politiques ont été proposés (Encadré 43.2).³

ENCADRÉ 43.2 CRITÈRES POLITIQUES POUR LE DÉPISTAGE

- Le programme de dépistage doit répondre à un besoin reconnu.
- Les objectifs du dépistage sont définis dès le départ.
- La population cible est clairement définie.
- Il existe des preuves scientifiques de l'efficacité du programme de dépistage (les avantages du programme de dépistage doivent l'emporter sur les inconvénients).
- Il existe des mécanismes permettant de maximiser l'assurance de la qualité et de minimiser les risques du dépistage.
- Le programme garantit un choix éclairé, la confidentialité et le respect de l'autonomie.
- Le programme favorise l'équité et l'accès au dépistage pour l'ensemble de la population cible.
- L'évaluation du programme est prévue dès le départ.
- Les avantages globaux du dépistage devraient l'emporter sur les inconvénients.

Programmes de dépistage au sein de la population

Le dépistage de masse est particulièrement important pour les MNT, car de nombreux cancers et autres MNT remplissent les critères susmentionnés, à savoir une fréquence élevée au sein de la population, une longue période sans symptômes avant l'apparition d'événements cliniques et des traitements efficaces. La meilleure façon d'évaluer l'impact du dépistage est de comparer le nombre de décès évités ou d'années de vie gagnées pour 1 000 personnes dépistées à ces mêmes résultats dans la même population en l'absence de dépistage — et les arguments en faveur des programmes de dépistage pour un certain nombre de MNT se sont considérablement étoffés au fil des ans.

Outre les résultats décrits ci-dessus, il est important de prendre en compte le rapport coût-efficacité des programmes de dépistage. Les coûts doivent inclure les ressources financières, humaines, techniques et autres (y compris pour l'assurance de la qualité et la responsabilité) qui sont nécessaires pour établir et maintenir un programme — ce qui est généralement très important. En outre, les faux positifs et les faux négatifs entraînent des coûts pour les individus, le système de santé et la société dans son ensemble (les premiers nécessitant des examens complémentaires inutiles, voire des traitements inutiles, et les seconds étant faussement rassurants) (Figure 43.1). Par exemple, au Royaume-Uni, pour 1000 femmes âgées de 50 à 70 ans invitées à un dépistage du cancer

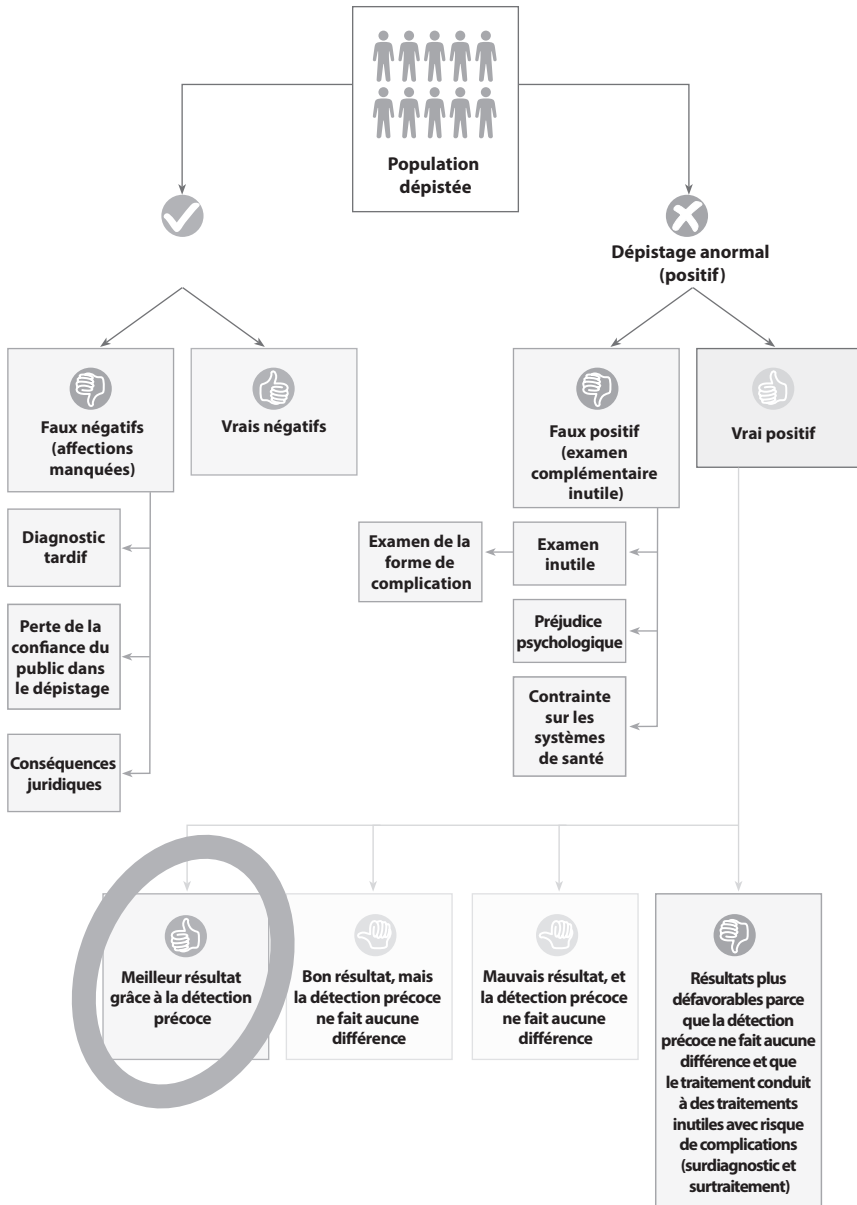


Figure 43.1 Avantages et inconvénients d'un programme de dépistage. (Programmes de dépistage : un petit guide. Renforcer l'efficacité, optimiser les avantages et minimiser les dommages. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; Copenhague, 2020).

du sein tous les trois ans, les estimations montrent que quatre femmes seront sauvées d'un cancer du sein, mais que 13 femmes seront mal diagnostiquées, et peut-être traitées, pour un cancer qui ne leur aurait pas fait de mal.⁴ En Belgique, une approche similaire estime que pour 1000 femmes de 50 à 59 ans dépistées tous les deux ans, trois femmes verront leur vie sauvée d'un cancer du sein et trois femmes seront surdiagnostiquées et éventuellement lésées par un traitement inutile.⁵

Il est également important de comprendre que les programmes de dépistage peuvent parfois être mis en place en raison de l'insistance de groupes de pression. Dans l'ensemble, ces groupes ainsi que le public ont tendance à surestimer les avantages et à sous-estimer les inconvénients du dépistage. Il est important de noter qu'une fois mis en place, les programmes de dépistage peuvent être très difficiles à démanteler. Il est donc prudent de piloter un programme de dépistage dans une petite zone avant de l'étendre au niveau régional ou national. Il va sans dire qu'un programme de dépistage ne devrait être mis en place que si toutes les personnes dépistées positives ont accès aux tests diagnostiques, au traitement et au suivi nécessaires — et cela doit être pris en compte dans la décision (y compris le budget) relative à la mise en place d'un programme de dépistage.

En outre, il convient de faire preuve de prudence lors de l'extrapolation des résultats d'une évaluation d'un programme de dépistage d'une même affection d'un pays à l'autre. Les différences dans la charge de morbidité, la structure de la population et les systèmes de santé signifient que les conclusions tirées dans un pays peuvent ne pas s'appliquer à un autre pays. Une fois de plus, cela souligne l'importance d'entreprendre des projets pilotes. Néanmoins, des directives nationales et internationales [par exemple de l'OMS, du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni, du Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis (USPSTF) et de la Commission européenne] sont disponibles (y compris des informations sur la manière et le moment de mettre en place des programmes de dépistage et sur la façon de les évaluer).

Traditionnellement, l'évaluation des programmes de dépistage s'est davantage concentrée sur les risques et les avantages pour les individus que sur le rapport coût-efficacité global (par exemple, en dollars par AVCI évitée) et l'accessibilité financière à long terme du programme. Plus récemment, l'accent a été mis sur l'économie des programmes de dépistage. Les arguments économiques doivent tenir compte du fait que même les programmes qui peuvent nécessiter un outil de dépistage et/ou un traitement coûteux peuvent être rentables s'ils réduisent la mortalité et la nécessité future d'un traitement et d'un suivi coûteux qui résulteraient d'un traitement à des stades plus avancés de la maladie (par exemple, la coloscopie pour le dépistage du cancer colorectal).

Programmes de dépistage systématiques et organisés pour les MNT ciblant l'ensemble de la population

Ils sont conçus et gérés par les services de santé nationaux ou régionaux et s'adressent à l'ensemble de la population (ou à des groupes d'entre eux) afin de garantir que chacun ait une chance égale de participer et de bénéficier. Tous les participants sont présents et bénéficient des mêmes services, des mêmes informations et du même soutien. Des niveaux élevés de contrôle de la qualité, de suivi et d'évaluation externes et de responsabilité sont en place.

Ils impliquent généralement un engagement important des soins de santé primaires, mais nécessitent également un soutien important des niveaux secondaires (par exemple, la coloscopie pour le cancer du côlon, des techniques complexes d'imagerie ou de biologie pour le cancer du sein, un traitement et/ou une intervention chirurgicale complexe et/ou de longue durée). Ces programmes doivent être examinés avec soin en raison des ressources importantes qu'ils impliquent et des difficultés rencontrées pour les arrêter une fois qu'ils ont été lancés. Les décisions dépendront des ressources du pays. Comme dans la Figure 43.1, les avantages et les inconvénients doivent être soigneusement évalués.

Les programmes de dépistage des cancers du col utérin, du colon, de la prostate et du sein sont décrits dans les chapitres consacrés à ces maladies. Ceux qui concernent d'autres MNT, tels que l'anévrisme de l'artère aortique, ne sont pas couverts par le présent compendium.

Dépistage opportuniste des MNT

Le terme dépistage opportuniste est utilisé lorsque des personnes sont dépistées en dehors d'un programme organisé. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un dépistage au sens formel du terme, ces activités sont souvent appelées « dépistage » dans le langage courant. Le dépistage opportuniste peut ne pas faire l'objet des mêmes vérifications, équilibres et contrôles de la qualité que dans le cadre d'un programme de dépistage organisé. Le dépistage opportuniste peut être utilisé lorsque le dépistage organisé n'est pas disponible, par exemple par manque de ressources (p. ex. dans les pays où les programmes de lutte contre le cancer du col utérin n'ont pas encore été mis en place) ou pour une personne qui ne remplit pas les critères de participation à un programme de dépistage organisé (p. ex. le dépistage du cancer du sein chez une jeune femme qui a de nombreux antécédents familiaux). Les avantages, les risques et les inconvénients du dépistage opportuniste (par exemple le dosage de l'APS pour le cancer de la prostate) doivent être discutés avec l'intéressé avant qu'il ne prenne une décision commune sur la question de savoir s'il doit se soumettre au dépistage.

Les professionnels de la santé devraient saisir les occasions de tirer profit des consultations pour « dépister » les facteurs de risque des MNT (par exemple le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine et les habitudes sédentaires) afin de fournir des conseils appropriés. Il est exempt

d'effets nocifs et peut être rentable, par exemple en conseillant simplement aux fumeurs d'arrêter de fumer.⁶ Il est peut-être préférable de considérer ce « dépistage » comme un élément de routine des soins de qualité centrés sur la personne.

Bilans de santé pour les MNT

Les examens de santé périodiques, communément appelés « check-up », peuvent avoir lieu dans des circonstances organisées ou opportunistes, et sont effectués dans la communauté, par exemple dans le cadre des soins primaires, sur le lieu de travail ou à l'école. L'objectif principal des bilans de santé (en ce qui concerne les MNT) est d'identifier les facteurs de risque comportementaux, physiques et métaboliques (par exemple, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les taux élevés de lipides ou de sucre dans le sang) chez les personnes apparemment en bonne santé.

Dans la mesure où les MNT augmentent avec l'âge, l'utilité des bilans de santé augmente également avec l'âge, en particulier après 40-50 ans. Les bilans de santé peuvent également être étendus aux personnes ayant des antécédents familiaux importants d'une maladie particulière ou à celles présentant des comorbidités potentielles (par exemple, le dépistage de l'hypertension chez les personnes obèses ou diabétiques de tout âge), bien que ce dernier exemple puisse être mieux considéré comme la fourniture de soins de santé continus à des personnes en mauvaise santé. Il est important de noter que les bilans de santé permettent également de discuter des moyens de réduire l'exposition aux facteurs de risque (et, le cas échéant, de la nécessité de prendre des médicaments). Les bilans de santé sont susceptibles d'être plus efficaces lorsqu'ils sont effectués par un agent de santé qui connaît bien l'individu et une relation de confiance est plus susceptible de déboucher sur des conseils plus personnalisés.⁷

Si la tendance semble être à la multiplication des bilans de santé concernant les MNT et les facteurs de risque, alimentée par la disponibilité croissante de tests pour de nombreuses affections, y compris les tests au point de service, et par la demande des patients, les preuves de leur efficacité font souvent défaut. Par exemple, les bilans de santé généraux effectués dans le cadre des soins primaires au Danemark n'ont pas permis d'améliorer la mortalité,^{8,9} peut-être en partie parce que les soins de santé de routine sont déjà de grande qualité. Un certain nombre de questions relatives au dépistage s'appliquent également aux bilans de santé, par exemple la sélection du groupe d'âge le plus approprié, l'assurance que les personnes qui en ont le plus besoin se présentent (plutôt que les personnes « inquiètes » ou celles qui ont facilement accès aux soins de santé ou qui peuvent se les payer), l'optimisation de l'efficacité en traitant plusieurs affections en même temps, et l'établissement d'intervalles appropriés entre les bilans de santé répétés.

Les décisions relatives aux éléments mis à la disposition d'une population donnée par le biais d'un dépistage organisé, d'un dépistage opportuniste ou de bilans

	18-24	25-39	40-49	50-64	65-69	70+
Accompagnement	Tabagisme					
	Alcool					
	Activité physique					
	Régime alimentaire					
Accompagnement	Exposition solaire					
	de la santé					
Dépistage	Col utérin					
	À partir de 21 ans : 1x / 3 ans (cytologie) et à partir de 30 ans : 1x / 3 ans (cytologie ou dépistage du VPH)					
	Colorectal					
	1x / 2 ans (FIT) ou 1x / 10 ans (coloscopie) *					
	Sein					
	1x / 2 ans (mammographie) *					
	Prostate					
	1x / 1-2 ans (APS)					
	Poumon					
	1x / 1-5 ans, >15 paquets*an et arrêté <10 ans (tomodensitométrie à faible dose)					
MCV	Hypertension					
	1x / 3 ans si pas d'autre facteur de risque cardiovasculaire					
	Surcharge pondérale					
	1x / 3 ans					
Dépistage	Dyslipidémie					
	À partir de 40 ans : 1x / 2-5 ans, en fonction du risque, évaluez le risque CV total*					
	À partir de 40 ans : 1x / 1 - 3 ans selon le type de diabète*					
Dépistage	Anévrisme de l'aorte					
	Hommes, tabac, 1x (échographie)					
Vaccin	Hépatites B et C					
	Personnes à risque					
	Grippe					
	1x / an chez les personnes à risque					
	Hépatite B					
3x parmi les personnes à risque						
VPH						
3x						

	18-24	25-39	40-49	50-64	65-69	70+
Avantage	important					
	modéré					
	faible					
	National recommendations					

Force de la recommandation

forte
modéré
faible

* Le dépistage peut commencer à un plus jeune âge si des facteurs de risque significatifs sont présents

Figure 43.2 Exemple de cadre pour le dépistage, l'accompagnement et la vaccination pour la prévention des MNT et de leurs facteurs de risque au niveau des soins primaires en Suisse. (adapté de Jacot Sadowski I et al. Recommendations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. Forum Médical Suisse 2021;21:888-94).

de santé dépendent d'un certain nombre de facteurs, notamment des ressources, de l'accès, de la disponibilité et de l'accessibilité financière des soins de santé.

Un cadre pour la prévention des MNT au niveau des soins primaires

Les soins primaires doivent veiller à ce que le dépistage (organisé et opportuniste, le cas échéant), l'accompagnement et d'autres interventions préventives, telles que la vaccination, soient disponibles pour leur population. La Figure 43.2 est adaptée d'un cadre illustratif plus complet recommandé aux responsables de la gestion et de la prestation des soins primaires en Suisse. Le cadre a été élaboré selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), qui est une approche systématique basée sur les données probantes disponibles pour formuler des recommandations pour la pratique clinique.¹⁰ Les personnes qui élaborent des cadres dans un pays donné devront tenir compte d'un certain nombre de facteurs, notamment les ressources disponibles, la solidité de la base de données probantes et les recommandations connexes (par exemple, ce qu'il faut faire lorsque les données probantes sont insuffisantes, comme le dépistage du cancer du poumon par tomодensitométrie à faible dose chez les fumeurs¹¹ ou le dépistage du cancer de la prostate à l'aide du dosage de l'APS chez certains fumeurs¹²), l'organisation des soins de santé (par exemple, où et comment le dépistage et les bilans de santé sont fournis et financés), les attentes du public et la réponse des soins de santé primaires à cette demande.

Des bilans de santé pour « dépister » les MNT sur le lieu de travail

Les bilans de santé (« dépistage ») peuvent également être proposés dans le cadre de services accordés aux employés (à l'instar des repas subventionnés et/ou sains ou de la mise à disposition d'installations permettant de pratiquer une activité physique sur le lieu de travail), et peuvent promouvoir la santé et la productivité au travail des employés. Toutefois, cela peut soulever des problèmes éthiques concernant l'autonomie des personnes lorsque celles-ci sont contraintes de se soumettre à un dépistage pour obtenir ou conserver un certain emploi.

Des examens de santé pour « dépister » les MNT dans les écoles

Le dépistage à l'école de certaines MNT (par exemple, le poids corporel) est courant dans certains pays. Cela peut constituer une bonne occasion d'évaluer et de traiter les comportements malsains si les services concernés sont disponibles pour fournir un soutien de qualité (par exemple sur le tabagisme, l'alimentation saine, etc.) sur place (par exemple par les infirmières scolaires) et/ou par le biais d'une orientation vers les services de santé. Le respect de la dignité et de l'autonomie doit être une priorité et inclure, le plus souvent possible, le consentement éclairé des écoliers.

Meilleurs choix et autres interventions de l'OMS pour la lutte contre les MNT pouvant faire l'objet d'un dépistage

Les meilleurs choix et les autres interventions recommandées de l'OMS incluent plusieurs MNT qui peuvent bénéficier d'une détection et d'un traitement précoces (Tableau 43.1). Si certains sont manifestement plus efficaces dans le cadre d'un dépistage systématique organisé, d'autres peuvent être réalisés dans le cadre de programmes de dépistage opportunistes ou de bilans de santé, y compris lorsqu'il n'existe pas de programmes de dépistage organisés. Il est important de souligner à nouveau que, quelle que soit la pathologie dépistée, le traitement doit être disponible et fourni à un prix abordable. Les interventions du Tableau 43.1 sont décrites plus en détail dans d'autres chapitres.

Tableau 43.1 Dépistage et bilans de santé conformes aux meilleurs choix et autres interventions de l'OMS en lien avec les MNT

<i>Approche du dépistage</i>	<i>Interventions recommandées par l'OMS</i>
Dépistage organisé ou opportuniste dans certains contextes.	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col utérin chez les femmes âgées de 30 à 49 ans. • Cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. • Cancer colorectal à un âge >50 ans. • Dépistage du cancer de la bouche dans les groupes à haut risque (par exemple, les consommateurs de tabac, les chiqueurs de noix de bétel). • Évaluation du risque de maladie cardiovasculaire (MCV) pour proposer un traitement médicamenteux et un accompagnement aux personnes présentant un risque élevé de MCV.
Examens de santé, y compris les questions de « dépistage » sur les comportements sains afin de...	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller aux fumeurs d'arrêter de fumer et de se rapprocher des services d'aide au sevrage tabagique (y compris par téléphone).sur les comportements sains. • Fournir une brève intervention psychosociale aux personnes dont la consommation d'alcool est dangereuse et nocive. • Fournir des conseils sur les modes de vie sains (y compris l'activité physique et l'alimentation) dans le cadre des services de soins de santé primaires de routine centrés sur le patient, en particulier pour les personnes les plus vulnérables aux MCV (par exemple, les personnes en surpoids, diabétiques et hypertendues).
Soins continus, mais appelés dépistage dans les interventions recommandées par l'OMS.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la protéinurie chez les diabétiques et traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour la prévention et le retardement de la maladie rénale. • Traitement médicamenteux (y compris antiplaquettaire) et accompagnement pour les personnes ayant subi une crise cardiaque ou un AVC.

Remarques

- 1 Raffles A, Mackie A, Muir Gray JA. *Screening: evidence and practice*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 2 Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. WHO, Public Health Papers 34, 1968.
- 3 Andermann A et al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull WHO* 2008;86:317–9.
- 4 Marmot MG et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013;108:2205–40.
- 5 Kohn L et al. *Informed choice on breast cancer screening: messages to support informed decision*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center, 2014.
- 6 Stead LF et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;16:CD000165.
- 7 Brett AS. The routine general medical checkup: valuable practice or unnecessary ritual? *JAMA* 2021;325:2259–61.
- 8 Krogsbøll LT et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Syst Rev* 2019;1:CD009009.
- 9 Bjerregaard AL et al. Effectiveness of the population-based ‘check your health preventive programme’ conducted in a primary care setting: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2022;76:24–31.
- 10 What is GRADE? BMJ best practice. <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>.
- 11 Krist AH et al. In high-risk adults aged 50 to 80 y, USPSTF recommends annual lung cancer screening with LDCT (moderate certainty). *Ann Intern Med* 2021;174:JC86.
- 12 Dickinson JA. Guideline: USPSTF recommends against PSA screening except in men 55 to 69 years who express a preference for it. *Ann Intern Med* 2018;169:JC28.

44 Accès aux médicaments de prévention et de lutte contre les MNT

Cécile Macé, David Beran, Raffaella Ravinetto, Christophe Perrin

Garantir l'accès à des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables est un élément clé du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et essentiel pour atteindre les objectifs mondiaux et nationaux en matière de MNT. La Cible 3.8 des Objectifs de développement durable est de « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle (CSU), comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à un coût abordable ». L'accès aux médicaments est inclus dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT et soutenu par la Feuille de route de l'OMS pour l'accès aux médicaments, vaccins et autres produits de santé 2019-2023.^{1,2}

Pour lever les obstacles qui empêchent l'accès à des médicaments abordables et de qualité, un engagement et une action politiques forts sont nécessaires au niveau international, pour contribuer à façonner le marché mondial, ainsi qu'au niveau national pour mettre en place et maintenir des systèmes de réglementation, d'achat et d'approvisionnement bien fonctionnels.³ Bien qu'un certain nombre de ces problèmes aient été partiellement résolus au cours des dernières décennies pour le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles, les mesures pour les médicaments contre les MNT ont été beaucoup plus faibles.⁴ La pandémie de COVID-19 a eu un impact supplémentaire sur la capacité des personnes atteintes de MNT et de celles qui risquent d'en être atteintes à accéder au traitement. Une évaluation rapide réalisée par l'OMS au cours du premier semestre 2020 a montré qu'un pays sur cinq (20 %) a signalé des perturbations ou l'interruption des services pour les MNT en raison de la pénurie de médicaments, de diagnostics et d'autres technologies.⁵ Les perturbations des systèmes d'approvisionnement mondiaux ainsi que les mesures nationales de confinement et (plus récemment) les systèmes de santé qui se concentrent sur la lutte contre la COVID-19 sont quelques-unes des raisons qui expliquent cette situation.

Cadre de l'OMS pour les médicaments essentiels

En 2004, l'OMS a adopté un cadre pour guider et coordonner l'action collective pour l'accès aux médicaments essentiels. Ce chapitre s'articule autour des quatre thèmes du cadre (sélection et utilisation rationnelles, disponibilité et accessibilité financière, financement durable et systèmes de santé et d'approvisionnement fonctionnels pour la prise en charge et les soins des MNT) et comprend des engagements mondiaux et nationaux en faveur de la réalisation de la CSU.

Sélection et utilisation rationnelles

La sélection rationnelle vise à garantir que les médicaments les plus efficaces, les plus sûrs et les plus rentables soient choisis et fournis aux personnes qui en ont besoin afin de garantir des bénéfices optimaux pour la santé et une observance appropriée de leur traitement. Malheureusement, des choix irrationnels sont faits tant dans les pays à revenu élevé (PRE) que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par exemple en privilégiant des médicaments plus récents, qui ne sont que marginalement meilleurs et qui sont plus chers.

Cela peut résulter de l'inclusion de médicaments plus récents, mais non essentiels dans les listes nationales de médicaments essentiels (LME) ou dans les directives cliniques, lorsque les données factuelles, les évaluations technologiques et/ou le contexte ne justifient pas leur utilisation, ainsi que de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les décideurs, les médecins et les patients. Lorsqu'ils sont inclus dans les listes nationales de remboursement ou partiellement/entièrement subventionnés, ces médicaments peuvent avoir un impact important sur les budgets de soins de santé. Lorsque les coûts sont payés de la poche des patients, cela peut avoir un impact significatif sur les dépenses du ménage. Par exemple, au Kirghizstan, en 2009, 71 % de l'insuline achetée répondait aux recommandations de l'OMS (insuline humaine en flacon) et représentait 43 % des dépenses totales. Les 29 % restants d'insuline, comprenant l'insuline analogue et l'insuline en stylo, ont consommé 57 % du budget dédié à l'insuline. Par conséquent, en suivant les recommandations de l'OMS, le Kirghizstan aurait pu réduire ses dépenses annuelles en insuline d'environ 40 %.⁶

Les ministères de la Santé devraient régulièrement mettre à jour leur LME, les directives nationales en matière de traitement, les directives de remboursement et les catalogues d'achat pour le secteur public, ainsi que les directives pour les fournisseurs du secteur privé, en veillant à leur alignement. Le modèle de LME de l'OMS fournit des indications utiles aux décideurs nationaux pour définir une liste de médicaments essentiels à classer par ordre de priorité. Toutefois, il est difficile de parvenir à un consensus international sur des algorithmes de traitement des MNT applicables à tous les contextes et pouvant ensuite être adoptés au niveau national ou local, étant donné les différences de fonctionnement des différents systèmes de santé, y compris les niveaux de financement. Il est essentiel que l'élaboration des LME et des directives thérapeutiques de l'OMS et du pays, ainsi que la formation des professionnels de

la santé aux directives et protocoles, se fassent de manière transparente et ne soient pas influencées par des personnes ayant des intérêts directs.

Disponibilité et accessibilité financière

Les modalités d'achat des médicaments par le système de santé, leur disponibilité et leur abordabilité, ainsi que la manière dont les coûts sont répercutés sur les patients, varient d'un pays à l'autre et même à l'intérieur d'un même pays, ainsi que selon le type de produit. En 2016, par exemple, la disponibilité des médicaments pour traiter l'asthme dans les pays à revenu faible et intermédiaire était de 30,1 % et 43,1 % dans les secteurs public et privé, respectivement.⁷ Des études menées dans neuf pays africains ont montré que plusieurs classes des principaux médicaments pour le traitement de l'hypertension (diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'ECA/récepteurs de l'angiotensine et bêtabloquants) n'étaient disponibles de manière continue que dans les 3-4 pays ayant le PIB par habitant le plus élevé.⁸

Conformément à la Politique de l'OMS en matière de fixation des prix des produits pharmaceutiques des pays à l'horizon 2020, les prix des médicaments doivent être abordables pour le système de santé et les individus, sans compromettre la qualité, l'accès équitable et l'utilisation rationnelle. De nombreux médicaments destinés à traiter les MNT, tels que l'amlodipine, le furosémide, la metformine ou les statines, peuvent être abordables pour les systèmes de santé lorsqu'il existe plusieurs versions génériques et que joue la concurrence. Le coût de ces traitements est souvent aussi bas que 0,05 USD par traitement et par jour, bien que pour le traitement à long terme d'affections telles que les maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque, la disponibilité et l'abordabilité pour les personnes démunies puissent poser des problèmes importants.⁹

Le prix et l'accessibilité des médicaments peuvent être influencés par une série de facteurs. Par exemple, les prix des nouveaux médicaments, tels que les traitements contre le cancer,¹⁰ sont élevés principalement parce que le détenteur du brevet détient un monopole. Pour d'autres médicaments, comme l'insuline, malgré leur développement il y a plus de 100 ans, la concentration du marché entre trois fabricants et le fait que l'insuline soit un produit biologique, plus complexe à fabriquer, signifient que sa disponibilité et son accessibilité sont réduites dans de nombreux contextes.¹¹ Les combinaisons à dose fixe pour l'hypertension, qui ont été incluses dans le modèle de liste des médicaments essentiels de l'OMS depuis 2019, peuvent être plus coûteuses que la somme de leurs formulations individuelles.¹² Enfin, dans certains pays, les majorations, y compris les tarifs et les taxes dans la chaîne d'approvisionnement, peuvent encore augmenter le prix pour l'utilisateur final à des degrés divers.

Des systèmes d'approvisionnement et de chaîne d'approvisionnement solides sont nécessaires pour garantir la disponibilité continue de produits de qualité de manière efficace, même pour les populations migrantes, les réfugiés et les personnes en situation de catastrophe ou dans des contextes humanitaires.

Des kits spécifiques aux MNT ont été développés pour soutenir les réponses humanitaires (Chapitre 51).

L'absence de critères internationaux normalisés pour l'évaluation et l'enregistrement réglementaires peut constituer un obstacle important, par exemple dans le cas de certains biosimilaires (produits biothérapeutiques similaires en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité à un produit de référence déjà autorisé), notamment l'insuline, les anticorps monoclonaux qui peuvent être utilisés dans le traitement du cancer et de nombreux médicaments inhalés pour l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La dépendance à l'égard des dons et des politiques de prix préférentiels dans le cadre des programmes d'accès des entreprises pharmaceutiques pose également problème. Même si ces programmes permettent de réaliser des économies à court terme, la dépendance à l'égard d'un seul fournisseur peut entraîner des prix plus élevés que ceux pratiqués par d'autres fabricants et, à long terme, perturber les chaînes d'approvisionnement nationales et encourager la dépendance.

Pour relever les défis susmentionnés, il convient de prendre des mesures au niveau mondial, par exemple dans le domaine de l'innovation et des droits de propriété intellectuelle. Au niveau national, les actions devraient inclure une amélioration de l'efficacité des dépenses et un renforcement des politiques de tarification. Ce dernier point nécessite d'agir avec transparence lors de la fixation des prix et l'application du contrôle des prix par un organisme compétent, ce qui pourrait être réalisé par les moyens suivants : (i) l'adoption de prix de référence externes ; (ii) une réglementation stricte des marges tout au long des chaînes d'approvisionnement ; (iii) la promotion de la transparence des prix ; (iv) l'utilisation de médicaments génériques et de biosimilaires dont la qualité est garantie ; et (v) l'adoption d'un système d'achats groupés. Les gouvernements devraient également exiger de la transparence sur les modalités et les calendriers des dons et des programmes de prix préférentiels et veiller à ce qu'il y ait des stratégies de sortie adéquates dès le départ.

CSU et financement durable

Dans le cadre de la CSU, les médicaments essentiels, y compris ceux destinés à lutter contre les MNT, devraient être inclus dans l'ensemble des prestations nationales et, dans l'idéal, être fournis gratuitement ou au moins à un coût très faible pour les patients, soit au point de prestation, soit par le biais de mécanismes de remboursement.¹³ Pour ce faire, il convient de mettre en place des mécanismes adéquats de financement durable des médicaments destinés à lutter contre les MNT, qui tiennent compte de la charge de morbidité croissante des MNT et de l'efficacité des traitements.

Les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible s'efforcent, de différentes manières, d'assurer un financement durable des soins de longue durée pour les MNT, y compris les médicaments. Dans les PRE, les coûts d'acquisition de médicaments nouveaux et coûteux constituent une menace importante pour les budgets de soins de santé financés par l'État et/ou les dépenses directes des

personnes qui ne sont pas couvertes par les services de santé nationaux ou par l'assurance santé. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la combinaison de l'absence de régimes d'assurance santé et du manque de disponibilité et d'accessibilité financière des médicaments dans le secteur public, avec les prix souvent plus élevés dans le secteur privé, peut entraîner des dépenses de santé onéreuses pour de nombreuses personnes atteintes de MNT.¹⁴ Ces tendances sont exacerbées lorsque la sélection des médicaments achetés est basée uniquement sur l'efficacité (comme c'est souvent le cas dans les PRE) plutôt que sur le rapport coût-efficacité.

Quel que soit le niveau économique du pays, il est essentiel que les fonds soient utilisés de la manière la plus efficace et pour le plus grand gain en matière de santé publique (c'est-à-dire en tenant compte à la fois du rapport coût-efficacité et de l'abordabilité). Les gouvernements devraient également étudier les possibilités de lever des fonds durables pour les médicaments par le biais de taxes de santé (par exemple sur le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre). Les pays qui bénéficient d'une aide au développement devraient envisager d'utiliser ce soutien pour renforcer les chaînes d'achat et d'approvisionnement en médicaments, y compris les médicaments contre les MNT. Les mesures susmentionnées ne pourront toutefois contribuer efficacement à la CSU que si les médicaments essentiels au traitement des personnes atteintes de MNT sont systématiquement inclus dans les systèmes d'assurance santé et de remboursement des soins de santé.

Des systèmes de santé et d'approvisionnement fonctionnels pour la prise en charge et le traitement des MNT

L'accès à des médicaments de qualité et abordables contre les MNT est une composante essentielle d'un système de santé fonctionnel. Des mécanismes d'achat doivent être mis en place pour garantir que seuls des médicaments de qualité *et* abordables sont achetés. Cela inclut l'achat de médicaments génériques/biosimilaires de qualité garantie lorsque cela est possible. Les mécanismes d'achat groupé multipays et mondiaux sont des options à envisager lorsque les volumes nationaux sont insuffisants.

Les médicaments contre les MNT achetés dans les secteurs public et privé doivent être efficaces et sûrs, et les systèmes doivent garantir qu'aucun médicament de qualité inférieure ou falsifié n'est fourni, ce qui non seulement nuirait aux individus, mais réduirait la confiance dans les services fournis. Il incombe aux autorités réglementaires nationales de garantir la qualité des médicaments et de communiquer à la population et aux professionnels de la santé des informations précises et compréhensibles sur les produits autorisés. Dans de nombreux pays, le fonctionnement de ces autorités n'est pas optimal, elles ne sont pas intégrées au système de santé, et elles devraient être renforcées. L'élargissement du champ d'application du programme de préqualification de l'OMS à des catégories spécifiques de produits, comme cela a été fait pour l'insuline et certains médicaments anticancéreux et pourrait l'être aussi pour

d'autres médicaments, par exemple les inhalateurs et d'autres médicaments anticancéreux, pourrait également être utile pour soutenir le travail des autorités nationales dont les capacités sont limitées.

Les personnes qui s'efforcent d'améliorer l'accès aux médicaments doivent être conscientes des autres obstacles qui entravent l'efficacité des soins prodigués aux patients atteints de MNT. Il s'agit notamment de difficultés plus générales d'accès aux services de santé, d'investissements disproportionnés dans des établissements de niveau tertiaire coûteux qui n'atteignent qu'une petite partie de la population, du manque de personnel formé et d'outils de diagnostic qui empêche de fournir un traitement optimal en toute confiance, ainsi que des données inadéquates sur la fourniture et l'utilisation des services, sans oublier la faible sensibilisation à l'importance et aux possibilités de prévention et de traitement des MNT et de leurs facteurs de risque au sein de la population.

Un défi particulier réside dans le fait que le traitement de nombreuses MNT, telles que le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, les maladies coronariennes et les maladies respiratoires chroniques, est nécessaire quotidiennement pendant de nombreuses années, ce qui implique la disponibilité durable de volumes importants de médicaments. Cela nécessite la mise en place de systèmes d'information sur la gestion logistique soutenus par des systèmes informatiques et la formation du personnel pour générer et contrôler les données et prévoir avec précision les besoins. Les médicaments destinés au traitement des MNT les plus courantes devraient être disponibles dans le cadre des soins primaires, de manière à ce que les patients puissent y avoir facilement accès et qu'ils soient en mesure de participer pleinement à la gestion de leur maladie, en ayant une connaissance détaillée de leur traitement. Il convient également d'envisager la possibilité pour les populations d'accéder directement aux médicaments auprès des pharmaciens communautaires sans avoir à se rendre à nouveau dans les centres médicaux, ce qui peut améliorer l'observance du traitement à long terme requis pour les MNT en réduisant les coûts, ainsi que les temps de déplacement et d'attente. La continuité des soins devrait être le fondement de la prise en charge et du traitement des MNT, et l'accès continu à des médicaments abordables est un élément essentiel à cet égard et doit être inclus dans la réponse mondiale et nationale aux MNT.

Objectifs et indicateurs mondiaux

Le Cadre de surveillance des MNT de l'OMS comprend deux indicateurs spécifiques à l'accès aux médicaments :

- Au moins 80 % des produits de santé essentiels nécessaires pour traiter les principales MNT devraient être disponibles, faire l'objet d'une assurance de la qualité et être abordables dans les établissements publics et privés.
- Au moins 50 % des patients atteints de MNT devraient bénéficier d'une thérapie et de conseils pour prévenir des conséquences telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.

En 2022, l'AMS a approuvé les indicateurs suivants :

- 60 % des personnes diabétiques de 40 ans ou plus reçoivent des statines.
- 100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à un traitement à l'insuline abordable (y compris les dispositifs d'administration de l'insuline, tels que les seringues et les aiguilles) et à l'autosurveillance de la glycémie.

Remarques

- 1 Hogerzeil HV et al. Promotion of access to essential medicines for noncommunicable diseases: practical implication of the UN political declaration. *Lancet* 2013;381:680–89.
- 2 Road map for access to medicines, vaccines, and other health products 2019–2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines, and other health products. WHO, 2019.
- 3 NCD Alliance Briefing Paper. Access to essential medicines and technologies for NCDs. NCD Alliance, 2011.
- 4 Minghui R et al. Gaps in access to essential medicines and health products for noncommunicable diseases and mental health conditions. *WHO Bulletin* 2020;98:582–582A.
- 5 The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. WHO, 2020.
- 6 Beran D et al. Diabetes in Kyrgyzstan: changes between 2002 and 2009. *Int J Health Plann Manage* 2013;28(2):e121–37.
- 7 Bissel K et al. Access to essential medicines to treat chronic respiratory disease in low-income countries. *Int J Tubercul Lung Dis* 2016;20:717–28.
- 8 Bovet P et al. Availability of protocols, equipment, and medicines for cardiovascular disease risk management in primary care health facilities in nine African countries. *Ann Cardiol Vasc Med* 2021;4:1043.
- 9 Husain MJ et al. Access to cardiovascular disease and hypertension medicines in developing countries: an analysis of essential medicine lists, price, availability, and affordability. *JAMA* 2020;9:e015302.
- 10 Leigh NB et al. An arm and a leg: the rising cost of cancer drugs and impact on access. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2021;41:1–12.
- 11 Beran D et al. A global perspective on the issue of access to insulin. *Diabetologia* 2021;64:954–62.
- 12 Negi S et al. Prices of combination medicines and single-molecule anti-hypertensive medicines in India's private health care sector. *J Clin Hypertens* 2021;23:738–43.
- 13 Beran D et al. Noncommunicable diseases, access to essential medicines and universal health coverage. *Glob Health Action* 2019;12:1670014.
- 14 Wirtz VJ et al. Essential medicines for universal health coverage. *Lancet* 2017;389:403–76.

45 Accès aux technologies médicales de prévention et de lutte contre les MNT

*Adriana Velazquez Berumen, Nicolò Binello,
Sasikala Thangavelu, Gabriela Jiménez Moyao*

Les technologies ou dispositifs médicaux sont essentiels pour prévenir, diagnostiquer, surveiller et traiter les MNT et sont indispensables pour fournir des soins de santé de qualité et une couverture sanitaire universelle. Les technologies médicales comprennent les instruments, les appareils, les machines, les implants, les réactifs et les logiciels, et vont d'équipements relativement basiques tels que les stéthoscopes ou les glucomètres à des technologies très avancées utilisées pour la radiothérapie, les dispositifs implantables tels que les endoprothèses coronaires, les tests génétiques, la manipulation génétique des tissus vivants, la chirurgie robotisée et la prise en charge des patients à distance. L'évolution rapide des technologies et des dispositifs médicaux fait qu'il existe aujourd'hui plus de deux millions de types de dispositifs médicaux différents.

Dans tous les pays, l'utilisation efficace des technologies et des dispositifs médicaux se heurte à des difficultés et les systèmes de santé ont une demande qui dépasse les ressources. Les décisions relatives à l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux dispositifs nécessitent donc une évaluation des coûts et des avantages.

Garantir l'accès à la technologie médicale appropriée nécessite une collaboration entre les scientifiques, les ingénieurs biomédicaux, les professionnels de la santé, les économistes de la santé, les décideurs et les utilisateurs finaux.¹ La surveillance réglementaire devrait garantir que la technologie médicale est sûre et conforme aux normes de qualité avant qu'elle n'arrive sur le marché.

L'évaluation des technologies de la santé doit prendre en compte une série de questions sociales, organisationnelles et éthiques afin de garantir que les dispositifs médicaux sont efficaces et qu'il existe un rapport coût-bénéfice. La gestion des technologies de la santé devrait porter sur la disponibilité, l'accessibilité et l'abordabilité des dispositifs médicaux compte tenu des ressources disponibles dans un contexte donné. Elle comprend la planification, l'évaluation des besoins et l'approvisionnement, ainsi que l'installation, la maintenance et l'élimination/la mise hors service afin de garantir une utilisation sûre et efficace des dispositifs médicaux.

Un certain nombre de meilleurs choix de l'OMS et d'interventions recommandées par l'OMS (Chapitre 34) requièrent l'accès aux technologies médicales et l'importance de garantir l'accès à des technologies de base abordables

pour les soins de santé primaires est incluse dans l'une des neuf cibles du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, et est décrite à la fin de ce chapitre. En complément, le projet de l'OMS sur les dispositifs médicaux prioritaires fournit une liste constamment mise à jour des dispositifs médicaux prioritaires nécessaires à la prise en charge des maladies à forte charge de morbidité, y compris les maladies cardiovasculaires et le cancer, et pour des populations spécifiques.²

Santé publique, propriété intellectuelle et commerce

L'accès et la disponibilité des technologies et des dispositifs médicaux nécessitent une collaboration entre la politique de santé, la propriété intellectuelle et le commerce, avec l'action des décideurs ainsi que des législateurs, des fonctionnaires, des chercheurs, des organisations internationales et des ONG.³ Les dispositifs médicaux sont généralement protégés par différents brevets. Par exemple, les glucomètres utilisés par les personnes atteintes de diabète peuvent faire l'objet de plusieurs brevets relatifs à l'interface utilisateur, aux transducteurs, au logiciel, à la batterie, à la mémoire, au système de gestion de l'alimentation, aux circuits intégrés et à la connectivité sans fil ou à l'Internet. La propriété intellectuelle (PI) et sa gestion sont importantes à différents stades du cycle de vie des produits. Les phases de recherche et développement et de commercialisation s'appuient souvent sur des accords de non-divulgateur et sur la protection des brevets, des dessins et modèles, des marques et des droits d'auteur. Par exemple, les diagnostics moléculaires ont été protégés par des brevets sur des technologies fondamentales, telles que les technologies de test d'amplification de l'acide nucléique, qui sont à la base d'un nombre sans cesse croissant de nouvelles technologies.

Questions de gouvernance et d'économie pour l'élaboration de politiques sur les dispositifs médicaux

Les pays doivent se doter de politiques et de stratégies efficaces en matière de technologies médicales (y compris celles utilisées pour le diagnostic ou le traitement des MNT et de leurs facteurs de risque). Une politique globale en matière de technologies de la santé constitue une première étape importante et doit être alignée sur des politiques et des plans de santé plus larges.⁴ Pourtant, environ la moitié des pays n'ont pas mis en place une telle politique.⁵ Parmi les problèmes qui peuvent entraver la disponibilité de dispositifs médicaux sûrs et de qualité figure l'absence de mécanismes réglementaires, en particulier dans certains pays à revenu faible et intermédiaire. Le fabricant doit enregistrer la technologie dans le pays où elle sera commercialisée et doit signaler tout problème ou rappel en cas de dysfonctionnement du produit, s'il n'est pas sûr ou s'il peut provoquer un événement indésirable (comme dans l'industrie automobile). La surveillance post-commercialisation peut être extrêmement

difficile à mettre en œuvre, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui peuvent avoir un accès limité aux registres et donc à l'analyse des données cliniques.⁶ Le cadre réglementaire modèle mondial de l'OMS pour les dispositifs médicaux fournit des directives sur les exigences juridiques, la mise en œuvre et le suivi et les autorités réglementaires, les conflits d'intérêts et l'impartialité, ainsi qu'une approche progressive de la réglementation des dispositifs médicaux.⁷

Approvisionnement

Les bonnes pratiques en matière de passation de marchés sont importantes pour garantir la fourniture et la performance de technologies de santé de qualité à un coût de marché approprié. Des spécifications techniques doivent être élaborées pour l'acquisition de la technologie médicale, et celles-ci doivent être adaptées à l'établissement de soins de santé dans lequel elle sera utilisée. Avant de prendre la décision d'acheter une technologie médicale (ou de recevoir un don), les services techniques et d'approvisionnement doivent fournir des conseils approfondis afin d'appréhender pleinement les implications financières, infrastructurelles et en termes de ressources humaines.⁸ Des marques différentes nécessitent souvent des consommables différents (par exemple, des bandelettes pour les glucomètres, des consommables pour les équipements de chimie clinique et d'immuno-essais), ce qui doit être pris en compte. Dans l'ensemble, l'absence de prise en compte des services de maintenance et de la formation des utilisateurs, ainsi qu'une budgétisation incomplète lors de la planification de l'approvisionnement, sont les principaux facteurs de l'adoption et de l'utilisation sous-optimales des dispositifs en première ligne.⁹

Accessibilité économique

L'accès aux technologies médicales exige qu'elles soient abordables. Les technologies d'imagerie, de médecine nucléaire et de radiothérapie sont des exemples où de nombreux éléments doivent être pris en compte afin de promouvoir une solution financièrement durable en raison des coûts d'investissement élevés (infrastructure, services publics, dispositifs associés et la technologie elle-même) et des coûts opérationnels permanents (réactifs, maintenance spécialisée, étalonnage régulier/assurance de la qualité), qui ne sont souvent pas planifiés suffisamment tôt. Ces questions sont particulièrement pertinentes pour les MNT, car les dispositifs médicaux de diagnostic et de traitement des MNT (par exemple, les maladies cardiovasculaires, le cancer), au-delà des dispositifs les plus élémentaires, sont souvent coûteux à installer et à entretenir. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où la production locale est souvent inexistante ou limitée, où les services d'essai, de mise en service et de maintenance sont limités et où les systèmes de chaîne d'approvisionnement sont difficiles à gérer, les coûts des technologies médicales, qu'il s'agisse d'équipements médicaux essentiels ou plus complexes, sont souvent beaucoup plus élevés.

Achats groupés

Si le recours aux achats groupés est largement répandu pour les médicaments, il l'est beaucoup moins pour les dispositifs médicaux. Cela s'explique notamment par l'évolution rapide des équipements au fil du temps, le large éventail de modèles et de marques, les appareils achetés moins fréquemment et en plus petits volumes et les différents accessoires requis pour les différents environnements (c'est-à-dire la conformité aux normes locales, telles que les prises, la tension et la fréquence électriques ou les langues d'interface logicielle).

Formation et acceptabilité de la technologie

Bien qu'un grand nombre de dispositifs médicaux et de technologies nécessitent un personnel médical, des ingénieurs, des technologues, des techniciens et/ou des travailleurs de la santé formés, un nombre croissant de dispositifs sont développés pour une utilisation à domicile par le patient et ont un potentiel significatif pour améliorer l'accès aux tests de diagnostic, au traitement et à la surveillance des affections à long terme telles que les MNT. Ceci est particulièrement utile pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les communautés rurales ou isolées,¹⁰ mais cela exige de l'individu qu'il acquière des connaissances de base sur la technologie et qu'il respecte les conditions et les instructions du fabricant afin de garantir la sécurité et la performance.¹¹

Maintenance et mise hors service

Un certain nombre de dispositifs médicaux nécessitent une installation complexe, des tests et des conseils de la part d'experts techniques et, une fois installés, une température et une humidité stables, une alimentation électrique, un approvisionnement en eau propre, un programme de gestion de la maintenance et des pièces de rechange, y compris la fourniture de consommables (par exemple, film radiologique, papier graphique ECG, amorces pour les tests PCR, filtres et solutions pour l'hémodialyse, mises à jour logicielles). Il est essentiel de procéder à une évaluation complète des exigences avant d'acheter ou de recevoir des dispositifs médicaux. Il est raisonnablement possible de supposer qu'au moins 10 % du coût initial de l'appareil seront nécessaires chaque année pour l'entretien courant,¹² en plus des coûts opérationnels quotidiens. Il est également essentiel de mettre en place des systèmes pour l'élimination en toute sécurité des déchets, la décontamination et/ou la mise hors service.¹³

Innovation

Les dispositifs médicaux ont une nature d'innovation incrémentale (souvent très rapide). L'innovation est importante pour améliorer la détection et le traitement des MNT (par exemple, la capacité de mesurer de nouveaux marqueurs du cancer, l'imagerie avec une définition plus élevée, etc.), mais l'adoption

de solutions plus récentes doit être soigneusement évaluée en fonction des ressources disponibles. Il est important que ceux qui envisagent de nouvelles acquisitions ou améliorations soient bien informés de la valeur ajoutée en termes spécifiques des nouveaux modèles et que le coût supplémentaire se traduise par une réduction rentable des MNT).

Sélection des dispositifs médicaux prioritaires

Compte tenu du nombre sans cesse croissant de nouvelles technologies médicales, il est impératif de donner la priorité à celles qui ont fait l'objet d'une évaluation technologique complète, prenant en compte les questions décrites ci-dessus, en mettant l'accent sur celles qui garantissent que les meilleurs choix (par ex. le dépistage de la rétinopathie chez tous les patients diabétiques et la photocoagulation au laser pour prévenir la cécité, ainsi que la surveillance standard de la glycémie à domicile pour les personnes traitées à l'insuline afin de réduire les complications du diabète) ou les principaux objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT (par exemple, veiller à ce qu'un équipement de base soit disponible pour évaluer le risque cardiovasculaire d'une personne) soient pleinement mis en œuvre avant que des technologies plus complexes ne soient prises en considération. Les technologies et dispositifs médicaux doivent être explicitement liés et identifiés comme faisant partie d'une intervention pour la prévention, le diagnostic, le dépistage, le traitement, le suivi et les soins palliatifs. Dans de nombreux pays, cette évaluation est réalisée officiellement par une agence d'évaluation des technologies de la santé,¹⁴ afin de comprendre le rapport coût-efficacité, l'efficacité, la sécurité et les preuves qui sous-tendent le dispositif médical, ainsi que son rôle dans l'amélioration de la santé de l'individu et de la population locale.¹⁵ À cette fin, l'évaluation des dispositifs médicaux doit s'appuyer sur des sources de données réelles, notamment des essais cliniques fondés sur des données probantes, et le coût des équipements et des consommables dans un pays donné. Toutefois, ce processus est souvent entravé par un accès limité aux données disponibles, un manque de paramètres normalisés en matière de santé et de résultats économiques et l'utilisation de comparateurs inappropriés.

Les décideurs et les praticiens subissent souvent des pressions considérables de la part des fabricants, des lobbyistes ou du public pour investir dans les technologies les plus récentes sans une évaluation complète et rigoureuse. Parmi les exemples de nouvelles technologies susceptibles d'être utilisées sans preuves suffisantes de leur efficacité ou de leur rentabilité par rapport à la technologie existante, citons les dispositifs de dépistage et/ou de diagnostic (par exemple, les marqueurs génétiques ou immunohistologiques de certains cancers) et de traitement (par exemple, les endoprothèses pour la revascularisation coronaire, la chirurgie robotisée). Il est donc important que l'entrée sur le marché et la distribution des dispositifs médicaux soient à la fois bien gérées et transparentes.¹⁶ Les pays qui cherchent à identifier les technologies médicales les plus rentables pour la prévention, le diagnostic, l'investigation, le traitement et la surveillance des MNT, y compris pour les assurances nationales ou

les ensembles d'avantages sociaux, peuvent se référer à un certain nombre de listes de dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS,^{17,18,19} qui sont disponibles pour le cancer, les MCV et le diabète, ainsi qu'à la plate-forme MeDevIS (la plate-forme électronique en accès libre Priority Medical Devices Information System).²⁰ Dans les pays où le système de santé peut se le permettre, c'est l'efficacité de la technologie, plus que le rapport coût-efficacité, qui motive souvent l'utilisation de nouvelles technologies (par exemple, une thérapie anticancéreuse efficace, mais extrêmement coûteuse, ou l'hémodialyse pour gérer l'insuffisance rénale due au diabète).

Il existe des lacunes importantes dans la disponibilité des technologies médicales essentielles, en particulier dans le domaine des soins primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire.^{21,22} L'OMS a publié un ensemble d'outils de diagnostic et de surveillance des MNT pour les soins primaires (Encadré 45.1).²³

**ENCADRÉ 45.1 ENSEMBLE D'OUTILS
DE DIAGNOSTIC ET DE
SURVEILLANCE DES MNT
DANS LES ENVIRONNEMENTS
À FAIBLES RESSOURCES**

Technologies

Thermomètre, stéthoscope, appareil électronique validé de mesure de la pression artérielle,^a ruban de mesure, pèse-personne, débitmètre de pointe,^a écarteurs pour inhalateurs, glucomètre, bandelettes de test de la glycémie, monofilament de Semmes-Weinstein 10 g, bandelettes de test des protéines urinaires, bandelettes de test des corps cétoniques urinaires.

Lorsque les ressources le permettent, les éléments suivants doivent être inclus : nébuliseur, oxymètre de pouls, dosage du cholestérol sanguin, profil lipidique, dosage de la créatinine sérique, bandelettes de test de la troponine, bandelettes de test de la microalbuminurie urinaire, diapason, électrocardiographe,^b défibrillateur.

Outils

Tableaux de prédiction du risque de MCV de l'OMS, protocoles cliniques fondés sur des données probantes, organigrammes avec critères d'orientation, dossiers cliniques des patients, registre des informations médicales, outils d'audit.

a Des embouts buccaux jetables sont nécessaires. Il est préférable d'utiliser des débitmètres de pointe à débit unidirectionnel.

b Lorsqu'une formation à la lecture et à l'interprétation des électrocardiogrammes est disponible.

Les critères REASSURED sont un ensemble de caractéristiques élaborées pour évaluer les outils de diagnostic et de suivi des maladies transmissibles.²⁴ Ils ont récemment été adaptés aux MNT.²⁵

ENCADRÉ 45.2 CRITÈRES « REASSURED » POUR L'ÉVALUATION DES OUTILS DE DIAGNOSTIC ET DE SURVEILLANCE DES MNT DANS LE DOMAINE DES SOINS PRIMAIRES

Connectivité en temps réel : les tests sont connectés et/ou un lecteur ou un téléphone portable est utilisé pour alimenter la réaction et/ou lire les résultats des tests afin de fournir les données nécessaires aux cliniciens et aux utilisateurs.

Facilité de collecte des échantillons : les tests doivent être conçus pour être utilisés avec des échantillons non invasifs.

Abordabilité : les tests sont abordables pour les utilisateurs finaux et le système de santé.

Sensibilité : éviter les faux négatifs.

Spécificité : éviter les faux positifs.

Convivialité : la procédure d'essai est simple – elle peut être réalisée en quelques étapes et ne nécessite qu'une formation minimale.

Rapidité et robustesse : les résultats sont disponibles pour assurer le traitement du patient dès la première visite (généralement entre 15 minutes et 2 heures) et les tests peuvent survivre à la chaîne d'approvisionnement sans nécessiter de conditions de transport et de stockage supplémentaires, telles que la réfrigération.

Sans équipement et respectueux de l'environnement : dans l'idéal, le test ne nécessite pas d'équipement spécial ou peut être réalisé à l'aide de dispositifs très simples utilisant l'énergie solaire ou des batteries. Les tests terminés sont faciles à éliminer et fabriqués à partir de matériaux recyclables.

Livrable aux utilisateurs finaux : accessible à ceux qui ont le plus besoin des tests.

Des directives sont disponibles pour permettre aux pays d'élargir cet ensemble de technologies et d'outils de soins primaires en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles, par le biais de la liste des dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS^{2,17,18,19} et de la base de données en ligne MeDevIS.²⁰

Objectifs et indicateurs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT

Cible : Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés. En ce qui

concerne les technologies, il s'agit du pourcentage d'établissements de soins de santé primaires publics et privés qui disposent de tous les éléments suivants : appareil de mesure de la pression artérielle, pèse-personne, appareil de mesure de la taille, appareils de mesure de la glycémie et du cholestérol sanguin avec bandelettes et bandelettes urinaires pour le dosage de l'albumine.

Indicateur : Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels de qualité, sûrs et efficaces contre les MNT, y compris les médicaments génériques, et de technologies de base dans les établissements publics et privés.

Remarques

- 1 Human resources for medical devices, the role of biomedical engineers. WHO, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565479>.
- 2 Prioritizing medical devices. WHO. <https://www.who.int/activities/prioritizing-medical-devices>.
- 3 Promoting access to medical technologies and innovation – second edition, WHO, WIPO, WTO, 2020.
- 4 Development of medical device policies. WHO, 2011.
- 5 Global atlas of medical devices. WHO, 2017.
- 6 Guidance for post-market surveillance and market surveillance of medical devices, including in vitro diagnostics. WHO, 2020.
- 7 WHO global model regulatory framework for medical devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017.
- 8 Procurement process resource guide. WHO, 2011.
- 9 Diaconu K et al. Methods for medical device and equipment procurement and prioritization within low- and middle-income countries: findings of a systematic literature review. *Global Health* 2017;18:13:59.
- 10 Fleming KA et al. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. *Lancet* 2021;398:1997–2050.
- 11 Trainings for medical devices. Webpage, WHO.
- 12 Medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011.
- 13 Decommissioning medical devices. WHO, 2019.
- 14 2015 global survey on health technology assessment by national authorities. WHO, 2015.
- 15 Pongiglione B et al. Do existing real-world data sources generate suitable evidence for the HTA of medical devices in Europe? Mapping and critical appraisal. *Int J Technol Assess Health Care* 2021;37:e62.
- 16 Drummond M et al. Economic evaluation of medical devices. Oxford Research Encyclopedias, Economics and Finance, 2018.
- 17 WHO list of priority medical devices for cancer management. WHO, 2017.
- 18 WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. WHO, 2017.
- 19 Velazquez Berumen A et al. Defining priority medical devices for cancer management: a WHO initiative. *Lancet Oncol* 2018:e709–19.
- 20 MeDevIS (Priority Medical Devices Information System) webpage. WHO.
- 21 Yadav H et al. Availability of essential diagnostics in ten low-income and middle-income countries: results from national health facility surveys. *Lancet Glob Health* 2021;9:e1553–60.
- 22 Sabet Sarvestani A, Sienko KH. Medical device landscape for communicable and non-communicable diseases in low-income countries. *Global Health* 2018;14:65.
- 23 WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2020.
- 24 Land KJ et al. REASSURED diagnostics to inform disease control strategies, strengthen health systems and improve patient outcomes. *Nat Microbiol* 2019;4:46–54.
- 25 Bernabé-Ortiz A et al. Diagnostics and monitoring tools for noncommunicable diseases: a missing component in the global response. *Global Health* 2021;17:26.

46 Droit, prévention et lutte contre les MNT

Benn McGrady, Kritika Khanijo, Suzanne Zhou

Les lois sont importantes pour la prévention et la lutte contre les MNT. Ce chapitre propose une brève présentation des rôles joués par le droit dans le contexte des MNT. Des informations plus détaillées sont fournies ailleurs.^{1,2,3,4}

Aux fins du présent chapitre, le concept de droit comprend une variété d'instruments juridiquement exécutoires, y compris, mais sans s'y limiter : (i) les constitutions nationales ; (ii) la législation adoptée par les organes dotés de pouvoirs législatifs ; (iii) les règlements, décrets, ordonnances, arrêtés administratifs et autres instruments promulgués par la branche exécutive du gouvernement et utilisant les pouvoirs créés par la législation ; et (iv) la jurisprudence, telle qu'elle est décidée par les tribunaux.

Le droit détermine les devoirs, les droits et les obligations des pouvoirs publics – créant simultanément les pouvoirs en vertu desquels les différentes branches du gouvernement peuvent agir et imposant des limites à ces pouvoirs.⁵ Le droit endosse le rôle d'instrument de politique publique, lié aux déclarations politiques, aux politiques, aux stratégies, aux plans d'action et à d'autres instruments qui ne sont généralement pas juridiquement exécutoires. Cependant, dans la pratique, la politique et le droit sont façonnés par des intérêts publics et privés et influencent ainsi les déterminants commerciaux de la santé.

Les fonctions des lois et règlements

Les lois remplissent un certain nombre de fonctions différentes pour modifier l'exposition de la population aux facteurs de risque des MNT et permettre l'accès aux soins de santé (décrits à la toute fin de ce chapitre). Tout d'abord, ils sont utilisés pour mettre en œuvre les politiques publiques. De nombreux meilleurs choix de l'OMS et autres interventions recommandées par l'OMS sont mis en œuvre par le biais de la loi – et sont souvent du ressort de ministères autres que celui de la Santé, tels que ceux des Finances, du Commerce, de l'Économie ou de l'Éducation.⁶ Il s'agit notamment de :

- Taxes et autres mesures fiscales relatives au tabac, à l'alcool et aux aliments et boissons.

- Restrictions sur la commercialisation du tabac, de l'alcool, des aliments et des boissons, et des substituts du lait maternel.
- L'étiquetage, comme les avertissements sanitaires sur les produits du tabac et les boissons alcoolisées, et l'étiquetage nutritionnel.
- Lois sur les zones non-fumeurs et la disponibilité de l'alcool.

Parmi les autres exemples d'interventions juridiques, citons la planification urbaine, la santé et la sécurité au travail, la réglementation des services fournis par les organisations communautaires, telles que celles chargées de proposer des activités sportives et de loisirs⁷ ainsi que les lois environnementales sur les transports et les émissions des usines qui ont un impact sur la pollution de l'air.⁸ La santé est également influencée par des lois ayant un impact moins direct, telles que celles relatives au logement, aux protections sociales, au droit de la concurrence ou à la fiscalité en général.

Deuxièmement, les enjeux juridiques influencent l'élaboration, la mise en œuvre et l'application des politiques. Bien que les interventions nationales visant à lutter contre les facteurs de risque des MNT puissent être fondées sur des données probantes, des facteurs politiques, économiques et sociaux influencent également ces interventions. Par exemple, la conception d'une intervention peut dépendre en grande partie de la répartition des pouvoirs au sein des gouvernements, des normes internationales applicables, des engagements politiques ou des priorités nationales.

Troisièmement, les opérateurs économiques tels que les fabricants, les importateurs et les distributeurs peuvent tenter des actions en justice pour contester les interventions visant à traiter les facteurs de risque des MNT. De toute évidence, les producteurs de produits nocifs, tels que les fabricants de tabac, ont souvent recours aux litiges pour contrecarrer les tentatives de réglementation de leurs activités.⁹ Ces dernières années, un certain nombre de litiges juridiques internationaux et nationaux très médiatisés ont été soulevés pour contester les mesures prises par les gouvernements pour lutter contre les facteurs de risque des MNT, par exemple en ce qui concerne l'emballage neutre des produits du tabac,¹⁰ la tarification unitaire minimale des boissons alcoolisées¹¹ et les restrictions à la commercialisation des aliments et des boissons auprès des enfants.¹²

Les litiges mettent en évidence la raison principale pour laquelle les lois et les règlements sont si importants dans la lutte contre les facteurs de risque des MNT : ils obligent les opérateurs économiques et autres à réduire les risques pour la santé publique lorsque cela n'est pas conforme à leurs intérêts privés (Chapitre 56 sur le secteur privé).

Les instruments internationaux

Les instruments internationaux prennent la forme de traités juridiquement contraignants ainsi que d'instruments qui ne lient pas directement les États. Les lois et les normes nationales influencent l'élaboration des instruments

internationaux. Ceux-ci, à leur tour, influencent les lois et les normes nationales, bien que le degré de mise en œuvre varie d'un pays à l'autre.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT de l'OMS) est le seul traité juridiquement contraignant conclu sous les auspices de l'OMS et portant sur une question spécifique aux MNT, avec des obligations pour les parties (c'est-à-dire les pays qui ont adhéré au traité). Néanmoins, les parties doivent encore « intégrer » le traité en adoptant les lois et réglementations nationales pertinentes en matière de lutte antitabac.

Contrairement à la CCLAT de l'OMS, les États ne sont pas juridiquement tenus de mettre en œuvre les autres instruments internationaux spécifiques aux MNT qui sont placés sous les auspices de l'OMS (Encadré 46.1). Ces instruments sont fréquemment mis en œuvre par les États membres de l'OMS, souvent par le biais de lois et de réglementations nationales, et peuvent également s'avérer utiles en cas de différends juridiques internationaux ou nationaux concernant des interventions spécifiques.

ENCADRÉ 46.1 EXEMPLES D'INSTRUMENTS INTERNATIONAUX POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MNT

- Codex Alimentarius (FAO et OMS, 1981).
- Stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les MNT (OMS, 2000).
- Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé (OMS, 2004).
- Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants (OMS, 2010).
- Stratégie mondiale visant à réduire la consommation nocive d'alcool (OMS, 2010).
- Déclaration politique de l'Organisation des Nations Unies sur les MNT (ONU, 2011 et 2018) et document final (ONU, 2014).
- Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013–2030 (OMS, 2013).
- Programme de développement durable à l'horizon 2030 (ONU, 2015).

Les instruments internationaux de tous types influencent les législations nationales sur les MNT. Par exemple, les normes du Codex sont souvent transposées au niveau national par le biais de lois alimentaires obligatoires ou de normes nationales volontaires (par exemple, l'étiquetage nutritionnel), bien que le Codex ne crée pas d'obligation légale de mise en œuvre au niveau national.

Divers instruments internationaux influencent également la relation entre le droit et les MNT au niveau national. Par exemple, au Royaume-Uni, les sociétés productrices de tabac ont contesté la législation nationale relative à l'emballage neutre (normalisé) du tabac¹³ mettant en œuvre les obligations découlant de la CCLAT¹⁴ de l'OMS et de la Directive européenne de 2014 sur les produits du tabac¹⁵ au motif qu'elle enfreignait les accords commerciaux internationaux et violait la législation britannique protégeant les droits de propriété, la législation de l'UE et la Convention européenne des droits de l'homme. Des contestations juridiques connexes ont également invité le Royaume-Uni et d'autres tribunaux (par exemple, l'Australie, l'Uruguay et la Thaïlande) à interpréter les accords de l'OMC sur la base de motifs similaires. Les allégations selon lesquelles l'emballage neutre violait les normes de traitement prévues par les traités bilatéraux d'investissement (TBI) ont également été évaluées par un tribunal d'investissement ad hoc.¹⁶ De même, Swedish Match, un fabricant de tabac à priser humide, a contesté l'application de l'emballage neutre au tabac humide devant les tribunaux norvégiens au motif qu'elle n'était pas proportionnelle au risque comparativement moins élevé posé par le tabac humide. Les tribunaux ont rejeté l'affaire et ont estimé que la mesure était appropriée et proportionnelle, car, en réalité, l'État jouissait d'une large marge d'appréciation dans le domaine de la santé.¹⁷ Dans ces exemples, le droit international fournit à la fois une impulsion pour la mise en œuvre de l'intervention (par le biais de la CCLAT de l'OMS) et définit les limites des pouvoirs que le gouvernement peut mettre en œuvre (loi de l'UE, loi de l'OMC et loi européenne sur les droits de l'homme) ou crée un effet dissuasif par le biais des dispositions relatives au règlement des différends (TBI, traités comportant des dispositions en matière d'investissement [TDI]).

Les instruments internationaux non contraignants peuvent également jouer un rôle important. Par exemple, lorsque le Chili a cherché à faire appliquer les lois interdisant la commercialisation d'aliments et de boissons malsains auprès des enfants en empêchant la représentation de personnages de dessins animés sur les aliments malsains, le gouvernement a été attaqué au motif que le retrait de personnages de marques de commerce sur les emballages interférait avec le droit de propriété d'une entreprise. Le Chili appliquait en partie les directives de l'OMS sur la réglementation du marketing auprès des enfants, le droit au meilleur état de santé possible et les droits de l'enfant, face à l'augmentation des niveaux d'obésité. Cependant, les règles de l'OMC sur la protection des marques et les lois internationales relatives aux droits de l'homme concernant la protection des droits de propriété étaient également un enjeu dans le litige national qui a finalement été résolu en faveur du gouvernement.¹⁸

Mise en œuvre au niveau national des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque

La mise en œuvre nationale des lois et normes internationales dépend considérablement des modalités de gouvernance, des traditions juridiques, de la charge

de morbidité associée à des facteurs de risque spécifiques, de l'importance accordée à la santé, ainsi que de l'économie politique. Toutefois, certaines approches typiques peuvent être identifiées. Voici quelques exemples de lois et de règlements nationaux permettant de mettre en œuvre les meilleurs choix et d'autres interventions recommandées :

- *Taxes de santé* (par exemple, taxes d'accise sur le tabac, l'alcool, les boissons édulcorées au sucre). Elles sont généralement mises en œuvre par le biais de la législation financière nationale, qui est modifiée périodiquement dans le cadre des processus budgétaires nationaux (par exemple, mise à jour des réglementations et/ou des barèmes des différentes taxes sur divers produits). D'autres lois fiscales, telles que celles relatives à l'administration de l'impôt, sont pertinentes pour les besoins de l'application, et d'autres lois établissant des dispositions de gouvernance, comme dans le cas des taxes affectées, sont parfois présentes. Les taxes de santé ne sont pas fréquemment contestées devant les tribunaux nationaux, mais des litiges surviennent parfois pour déterminer si les gouvernements infranationaux agissent dans le cadre de leurs pouvoirs limités,¹⁹ et si la taxe a été correctement évaluée pour un produit donné. Le Chapitre 41 décrit plus en détail les taxes de santé.
- *Restrictions ou interdictions de commercialisation*. Celles-ci sont plus courantes dans le contexte des produits du tabac, où elles figurent souvent dans la législation nationale relative à la lutte antitabac et sont mises en œuvre en combinaison avec des lois régissant la diffusion (y compris sur l'Internet), la publicité, la protection des consommateurs et l'environnement de la vente au détail. Souvent, les mécanismes d'application prévus par ces lois et d'autres seront utilisés pour mettre en œuvre des restrictions spécifiques au tabac. Les restrictions concernant la commercialisation de l'alcool et la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants sont moins répandues, mais lorsqu'elles existent, elles sont généralement mises en œuvre de la même manière. Les restrictions sur la commercialisation ont été contestées devant les tribunaux dans de nombreux pays, notamment au motif qu'elles interfèrent avec la liberté d'expression et parfois au motif que les restrictions à l'utilisation des marques commerciales interfèrent avec le droit de propriété.
- *Emballage et étiquetage*. Les interventions sont généralement mises en œuvre au moyen d'une combinaison de normes nationales, de réglementations (éventuellement dans le cadre d'une loi sur la sécurité alimentaire ou d'une loi sur la santé publique) et de lois spécifiques à un facteur de risque donné (par exemple, la loi antitabac). Les lois et les règlements sont souvent élaborés par les ministères de la Santé ou d'autres organismes, tels que les agences de réglementation des aliments et des médicaments, tandis que les normes sont généralement élaborées par des organismes nationaux de normalisation. Pour les raisons décrites ci-dessus, les mesures d'étiquetage dans le cadre de la lutte antitabac ont été fréquemment contestées (et généralement sans succès) devant les tribunaux nationaux, parfois pour des

motifs liés à la liberté d'expression,²⁰ mais souvent pour des motifs liés à la protection des droits de propriété sous la forme de marques de commerce et de la survalueur associée.²¹

- *Réglementation sur la vente, l'utilisation et l'exposition.* Il peut s'agir de mesures visant à restreindre les zones fumeurs, à fixer un âge minimal pour l'achat, à réglementer l'accès et le placement des produits, mais aussi les heures et les lieux de vente, ou à mettre en place des systèmes de licences assortis de conditions pour la vente de produits tels que le tabac et l'alcool.

Les lois telles que les lois sur les zones non-fumeurs et les lois régissant la vente et la consommation d'alcool, y compris les lois sur les licences, ont tendance à être mises en œuvre par le biais d'une variété de mécanismes juridiques qui dépendent davantage du contexte du pays, y compris l'allocation de l'autorité entre les gouvernements nationaux et infranationaux. Cela peut également être le cas pour d'autres interventions. Par exemple, dans certains pays, le pouvoir d'élaborer des lois régissant l'environnement du commerce de détail peut appartenir aux gouvernements infranationaux, tout comme des pouvoirs limités pour prélever des impôts et des taxes. Les lois régissant les zones non-fumeurs ont été contestées pour des raisons liées au droit d'exercer une activité commerciale,²² et les décisions relatives à l'administration des lois sur les licences sont couramment contestées devant les tribunaux.

Dans le contexte de la lutte antitabac, ces dispositions font souvent partie d'une loi antitabac ou d'une loi similaire, qui relève généralement du ministère de la Santé (Chapitre 18 sur le tabagisme et Chapitre 33 sur la CCLAT de l'OMS).

Le rôle des lois dans la lutte contre les MNT

Outre le rôle joué par les lois dans la lutte contre les facteurs de risque des MNT, les lois jouent un rôle fondamental dans la fourniture de services de santé pour traiter et lutter contre les MNT. Par exemple, les lois régissent les personnes autorisées à fournir des services de santé et les normes de qualité qu'elles doivent respecter (licences et qualifications), les conditions financières auxquelles les services sont fournis (financement et protection financière), les personnes autorisées à accéder aux services (équité et non-discrimination), les modalités de stockage et d'utilisation des données personnelles collectées dans le cadre des services de santé (protection de la vie privée et des données), la responsabilité de la fourniture des services (responsabilité et obligations statutaires), la réglementation des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que les dispositions plus générales en matière de gouvernance, y compris l'attribution de pouvoirs aux agences gouvernementales. L'ensemble de ces lois et d'autres influencent collectivement la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins pour les MNT.

La possibilité pour la loi d'influencer le traitement de manière substantielle a été mise en évidence dès le début de la phase aiguë de la pandémie de

COVID-19, certains gouvernements limitant, en vertu d'ordonnances d'urgence, la fourniture de services de santé jugés non essentiels afin de donner la priorité à la riposte à la COVID-19, ou consacrant des établissements de santé spécifiques à la riposte à la COVID-19. Dans certains pays, ces dispositions ont été contestées devant les tribunaux, les patients invoquant le droit au meilleur état de santé possible pour garantir l'accès aux soins.²³

Remarques

- 1 Magnusson RS, Patterson D. The role of law and governance reform in the global response to non-communicable diseases. *Global Health* 2014;10:44.
- 2 Voon T et al. (Eds.). *Regulating tobacco, alcohol and unhealthy foods: the legal issues*. London and New York: Routledge, 2015.
- 3 Magnusson RS et al. Legal capacities required for prevention and control of noncommunicable diseases. *Bull WHO* 2019;97:108–17.
- 4 Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases in the WHO European Region. Report of an intensive legal training and capacity-building workshop on law and noncommunicable diseases. WHO Regional Office for Europe, 2016.
- 5 Gostin L, Wiley L. *Public health law: Duty, power restraint*, 3rd ed. Oakland, CA: University of California Press, 2016.
- 6 What legislators need to know. WHO, UNDP, 2018.
- 7 Nau T et al. Legal strategies to improve physical activity in populations. *Bull WHO* 2021;99:593–602.
- 8 Regulating air quality: the first global assessment of air pollution legislation. UN Environment Programme, 2021.
- 9 Tobacco Control Laws. Tobacco litigation database. Washington DC: Campaign for Tobacco-Free Kids.
- 10 Report of the appellate body, *Australia — certain measures concerning trademarks, geographical indications and other plain packaging requirements applicable to tobacco products and packaging*, WT/DS435/AB/R, WT/DS441/AB/R (9 June 2020).
- 11 *Scotch Whisky Association and Others v The Lord Advocate and another (Scotland)* [2017] UKSC 76.
- 12 Causa n° 46253/2017 (Proteccion). Resolución n° 58 de Corte de Apelaciones de Santiago, 2017.
- 13 *British American Tobacco vs Secretary of State for Health*. England and Wales Court of Appeal Civ 1182, 2016.
- 14 WHO framework convention on tobacco control. WHO, 2003 (updated 2005).
- 15 Approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the member states concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products. European Union Directive 2014/40/EU.
- 16 *Philip Morris Brands Sàrl & Others v Oriental Republic of Uruguay*, ICSID Case No. ARB/10/7; *Philip Morris Asia Limited v The Commonwealth of Australia*, UNCITRAL, PCA Case No. 2012-12; See also Thow AM et al., Protecting noncommunicable disease prevention policy in trade and investment agreements. *Bull WHO* 2022;100:268–75.
- 17 *Swedish Match v The Ministry of Health & Care Services*, [2017] Case No. 17-110415TVI-OBYE
- 18 Causa n° 46253/2017 (Proteccion). Resolución n° 58 de Corte de Apelaciones de Santiago, 2017.
- 19 For example *Lora Jean Williams et al. v. City of Philadelphia et al.* NOS. 2077, 2078 CD 2016.

- 20 United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit. *R.J. Reynolds Tobacco Company, et al., Appellees v. Food and Drug Administration, et al., Appellants*. Nos. 11–5332, 12–5063.
- 21 See examples above relating to tobacco plain packaging.
- 22 See <https://www.tobaccocontrol.org/>.
- 23 See for example Sentencia T-195/21, available at <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-195-21.htm> and summarized at <https://www.covid19litigation.org/case-index/colombia-constitutional-court-sentencia-t-19521-2021-06-18>.

47 Changer les comportements à grande échelle pour prévenir les MNT

*Theresa M Marteau, Gareth J Hollands,
Devaki Nambiar, Marcus R Munafò*

Modifier le comportement de populations entières. Ce chapitre décrit le changement de comportement à grande échelle en utilisant des interventions qui peuvent avoir un impact sur le comportement des individus au niveau de *populations entières*, ou de groupes spécifiques au sein des populations, en modifiant certains aspects des contextes ou des environnements dans lesquels le comportement se produit. Cela contraste avec les approches visant à modifier les comportements par l'engagement des individus auprès des professionnels de la santé (Chapitre 48). La mise en œuvre d'interventions visant à modifier les comportements à cette échelle nécessite le plus souvent des politiques législatives, réglementaires et fiscales.

Changer l'environnement pour changer les comportements. En créant des environnements qui encouragent les comportements sains, les interventions qui ciblent l'ensemble de la population ont l'avantage potentiel supplémentaire d'accroître l'efficacité des interventions qui ciblent les individus. Par exemple, le conseil individuel pour arrêter de fumer peut être plus efficace dans les régions où il y a moins de points de vente de tabac ou dans celles où l'interdiction de fumer dans les lieux publics est bien appliquée.

Interventions visant à modifier les comportements à grande échelle

Élargir l'éventail des interventions. Les interventions de changement de comportement à grande échelle peuvent être classées en fonction du *résultat* de l'intervention (c'est-à-dire le changement de comportement recherché). Par exemple, les taxes sur le tabac et les avertissements sanitaires sur les paquets de tabac réduisent tous deux la consommation de tabac à grande échelle, même si ces interventions utilisent des approches différentes (par exemple, les mesures fiscales réduisent les achats ; les avertissements sanitaires fournissent des informations et associent des sentiments négatifs au tabagisme).

Classement des interventions en fonction des systèmes ou des environnements modifiés. Les interventions peuvent également être classées en fonction du *système* ou de l'*environnement* dans lequel le changement se produit. Cela comprend les interventions qui modifient certains aspects de l'environnement

physique – par exemple en augmentant la disponibilité d'aliments et de boissons à faible teneur énergétique dans les cafétérias ou en augmentant la disponibilité d'espaces verts publics attrayants – et les interventions qui modifient certains aspects de l'environnement économique pour augmenter l'accessibilité à des options plus saines et/ou diminuer l'accessibilité à des options moins saines, par exemple les taxes sur le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre.^{1,2,3} Les interventions qui modifient certains aspects de l'environnement physique afin de modifier le comportement de manière prévisible sont parfois appelées des « coups de pouce ».⁴

Les changements structurels facilitent l'adoption de comportements sains. Les interventions conçues pour créer des environnements qui facilitent les comportements sains et/ou rendent les comportements malsains plus difficiles sont souvent qualifiées de « structurelles ». Ces interactions sollicitent généralement moins les ressources cognitives, sociales et matérielles des individus que celles basées sur des conseils, par exemple celui de manger plus de fruits et légumes ou d'augmenter son niveau d'activité physique. Les mécanismes par lesquels les interventions qui modifient certains aspects de l'environnement physique – parfois appelés coups de pouce – produisent leurs effets sont peu étudiés, mais ils impliquent généralement une plus grande régulation du comportement par des systèmes qui sont parfois décrits comme automatiques ou non conscients.⁵ Ces effets reposent donc moins sur la réflexion et davantage sur les sentiments, par rapport aux interventions basées sur la fourniture d'informations et nécessitant une planification et la fixation d'objectifs. Les interventions fondées sur les prix peuvent également produire certains de leurs effets par le biais de mécanismes moins conscients, par exemple en signalant un danger dans le cas des taxes sur les produits nocifs, un effet qui explique pourquoi les taxes sur les boissons édulcorées au sucre peuvent réduire les ventes de manière plus importante que la réduction attendue du seul fait du prix.

Changements structurels pour réduire les inégalités en matière de santé. Les mesures structurelles peuvent avoir un impact global plus important que les mesures individuelles, car elles visent l'ensemble de la population. Il est important de noter que les interventions structurelles sont souvent plus équitables lorsqu'il s'agit de modifier les comportements. Cela contraste avec les campagnes médiatiques de masse visant à modifier les comportements à grande échelle, qui peuvent exiger des individus qu'ils disposent de nombreuses ressources (notamment du temps, de la compréhension et de l'argent) pour y répondre. Cela peut contribuer à aggraver les inégalités en matière de santé et autres inégalités. Les interventions fondées sur la sensibilisation et l'information peuvent être « régressives », c'est-à-dire qu'elles sont moins efficaces chez les personnes moins éduquées et moins riches (et souvent en moins bonne santé), qui peuvent être moins à même de comprendre les messages clés et disposent de moins de ressources, notamment le temps et l'argent nécessaires pour les adopter. Dans de nombreux cas, les populations déjà défavorisées voient leur exclusion s'accroître à cause de ces

Tableau 47.1 Interventions au niveau de la population visant à modifier les comportements à grande échelle pour prévenir les MNT : Les meilleurs choix de l'OMS (en gras) et d'autres interventions connexes

Tabagisme	Consommation nocive d'alcool	Alimentation malsaine	Inactivité physique
<p>Environnements physiques Disponibilité de produits ou d'opportunités de changement de comportement : <i>par gamme de produits dans les magasins/café.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la proportion de boissons alcoolisées.⁷ • Reformuler à faible teneur en sel. • Diversifier les options à faible teneur en sel. • Réduire la proportion d'aliments malsains (par rapport aux aliments plus sains) dans les magasins de détail.⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la proportion de boissons alcoolisées.⁷ • Reformuler à faible teneur en sel. • Diversifier les options à faible teneur en sel. • Réduire la proportion d'aliments malsains (par rapport aux aliments plus sains) dans les magasins de détail.⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la proportion de boissons alcoolisées.⁷ • Reformuler à faible teneur en sel. • Diversifier les options à faible teneur en sel. • Réduire la proportion d'aliments malsains (par rapport aux aliments plus sains) dans les magasins de détail.⁸
<p><i>par âge.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Âge minimal et relèvement de l'âge légal pour la vente et le tabagisme.⁹ • Âge minimal et relèvement de l'âge pour la vente et la consommation d'alcool. • Réduire les heures de vente (en particulier la nuit et les week-ends). • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge minimal et relèvement de l'âge légal pour la vente et le tabagisme.⁹ • Âge minimal et relèvement de l'âge pour la vente et la consommation d'alcool. • Réduire les heures de vente (en particulier la nuit et les week-ends). • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge minimal et relèvement de l'âge légal pour la vente et le tabagisme.⁹ • Âge minimal et relèvement de l'âge pour la vente et la consommation d'alcool. • Réduire les heures de vente (en particulier la nuit et les week-ends). • Réduire la densité des points de vente.¹⁰
<p><i>par temps (p. ex., les heures d'ouverture des magasins).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la densité des points de vente.¹⁰
<p><i>par zone (locale).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la densité des points de vente.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • L'aménagement urbain pour relier les quartiers avec des réseaux routiers praticables et des transports publics. <i>(suite)</i>

Tableau 47.1 (suite)

Tabagisme	Consommation nocive d'alcool	Alimentation malsaine	Inactivité physique
par niveau (national).	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser le commerce illicite • Interdiction de fumer dans les espaces publics intérieurs, sur les lieux de travail et dans les transports publics. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction des graisses trans industrielles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès pratique et sûr à des espaces publics ouverts de qualité, avec des infrastructures favorisant les déplacements à pied et à vélo.
Taille	<p>Réduire les portions et la taille des emballages.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les tailles des rations (portions), des emballages (bouteilles et boîtes) et des verres.¹² 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la taille des portions et des emballages pour réduire la taille et le volume des aliments et des boissons malsains.
Basé sur l'information.	<ul style="list-style-type: none"> • Étiquettes graphiques d'avertissement sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étiquettes d'avertissement sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étiquetage sur le devant des emballages y compris des informations sur le contenu des aliments et des informations interprétatives (par exemple, le système de feux tricolores).
Campagnes médiatiques de masse.	<ul style="list-style-type: none"> • Emballage neutre. • Interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrictions globales en matière de publicité. • Restreindre ou interdire les promotions liées au parrainage et aux activités ciblant les jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrictions en matière de publicité, de promotion et de parrainage.¹³

(suite)

<i>Tabagisme</i>	<i>Consommation nocive d'alcool</i>	<i>Alimentation malsaine</i>	<i>Inactivité physique</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser aux méfaits du tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser aux méfaits de l'alcool, y compris sur le lien avec différents cancers.¹⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser aux méfaits du sel. • Sensibiliser à une alimentation saine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser aux bienfaits de l'activité physique.
<p>Environnements économiques. Taxes et autres interventions basées sur les prix (par exemple, prix unitaire minimal pour l'alcool), afin de réduire la demande. Subventions pour augmenter la demande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les taxes et les prix. • Augmenter les taxes sur le lien avec différents cancers.¹⁴ • Augmenter les taxes au sucre. • Taxe sur les aliments sucrés et salés.¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxe sur les boissons édulcorées • Taxation des usagers de la route utilisateurs de véhicules privés.¹⁷ • Supprimer les subventions sur les combustibles fossiles.¹⁸ • Subventionner les transports publics.²¹ • Subventionner des aliments plus sains.¹⁹ • Subventionner les options alimentaires indigènes plus saines et produites localement (pour promouvoir la sécurité et la souveraineté alimentaires).²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les taxes sur le carburant.¹⁶ • Taxation des usagers de la route utilisateurs de véhicules privés.¹⁷ • Supprimer les subventions sur les combustibles fossiles.¹⁸ • Subventionner les transports publics.²¹ • Améliorer l'accessibilité financière des vélos, y compris les vélos électriques et les systèmes de location de vélo.²²

interventions. Dans certains cas, ces populations sont essentiellement invisibles pour les autorités responsables de la prise de décision, comme c'est le cas des pauvres vivant dans les zones urbaines de nombreuses régions du monde, y compris le milliard le plus pauvre.^{5,6}

Exemples de changements structurels dans les environnements physiques et économiques. Des exemples d'interventions au niveau de la population, conçues pour modifier les comportements à grande échelle sont présentées dans Le Tableau 47.1. Il s'agit à la fois des meilleurs choix de l'OMS et d'autres interventions. Il est possible de les distinguer des interventions au niveau individuel (à haut risque) (Chapitre 36). Elles se répartissent entre celles qui modifient l'environnement physique, celles qui sont centrées sur l'information sanitaire et celles qui modifient l'environnement économique. Il convient de noter que certains des meilleurs choix de l'OMS ne sont pas des interventions visant à modifier les comportements en tant que tels, comme la reformulation d'aliments ou de boissons afin d'éliminer les acides gras trans ou de réduire la teneur en sel ou en sucre. Il s'agit plutôt d'interventions qui, si elles étaient appliquées à grande échelle et rendues largement disponibles à des prix abordables, permettraient de réduire l'exposition aux facteurs de risque (dans le cas présent, la consommation de graisses trans) au niveau de la population de manière suffisante pour contribuer à la prévention des MNT.

Questions clés pour la mise en œuvre d'interventions visant à modifier les comportements à grande échelle

Les éléments à prendre en considération suivants sont importants pour la mise en œuvre de programmes et de politiques de lutte contre les MNT visant à modifier les comportements à grande échelle.²³

1. Renforcement du leadership politique et de la gouvernance

Des structures de gouvernance pangouvernementales, pansociétales, transparentes et responsables aux niveaux local, national et international sont nécessaires pour minimiser les conflits d'intérêts et répondre aux besoins et aux valeurs des citoyens. L'action collective des professionnels de la santé et des organisations de la société civile, invoquant les cadres pertinents fondés sur les droits (voir le Chapitre 52 sur les droits de l'homme), peut être déterminante. Les plans de lutte contre les MNT à tous les niveaux devraient inclure des interventions structurelles et sociales qui encouragent les changements de comportement d'une manière qui favorise la justice et l'équité. Des évaluations solides et axées sur l'équité devraient être intégrées dans tous les programmes et interventions.

2. *Collaborer avec l'industrie et le secteur privé tout en se protégeant contre l'ingérence des entreprises dans la politique*

Changer les comportements à grande échelle nécessitera parfois un engagement avec l'industrie, à l'exception de l'industrie du tabac (Article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac - protection des politiques de santé publique en matière de lutte antitabac contre les intérêts commerciaux et autres intérêts directs de l'industrie du tabac). Tout engagement de ce type doit cependant être protégé contre les conflits d'intérêts et l'ingérence des entreprises dans l'élaboration des politiques. Cette ingérence vise notamment à empêcher ou retarder la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes visant à réduire les MNT. Ces activités sont bien documentées dans les industries de l'alimentation, de l'alcool et des combustibles fossiles (ainsi que dans l'industrie du tabac). L'influence des intérêts corporatistes dans les organes et activités de l'ONU, y compris l'OMS, est particulièrement préoccupante²⁴ (voir le Chapitre 56 sur le secteur privé).

Les systèmes de prévention et de gestion des conflits d'intérêts dans les politiques gouvernementales axées sur la santé publique comprennent la mise en place de groupes indépendants chargés de donner des conseils sur l'implication des entreprises dans les politiques.²⁵ L'efficacité de ces systèmes doit être évaluée. Les gouvernements doivent pleinement mettre en œuvre les cadres juridiques pertinents ainsi que les systèmes qui permettent aux entreprises de collaborer avec les décideurs sans interférer dans l'élaboration de politiques efficaces.

3. *Demande croissante de la part du public*

Le soutien du public (y compris des organisations de la société civile) est essentiel pour les politiques qui encouragent la mise en place et l'application réussies d'interventions qui modifient les comportements à grande échelle. Malheureusement, le soutien du public est souvent inversement lié à l'ampleur de l'effet de l'intervention - c'est-à-dire qu'il est le plus élevé pour les interventions étayées par des informations (qui ont souvent un faible impact global) et le plus faible pour les interventions fondées sur les prix (qui ont généralement un impact global plus important). Le public soutient davantage les interventions en communiquant sur leur efficacité,²⁶ et en veillant à ce qu'elles soient équitables, c'est-à-dire qu'elles n'aient pas d'impact disproportionné sur les plus pauvres et qu'elles s'appliquent de la même manière aux plus riches.

Les trois éléments à prendre en considération, énumérés ci-dessus, sont étroitement liés. Par exemple, une gouvernance inadéquate permet à l'opposition commerciale de bloquer ou de retarder des politiques efficaces, peu demandées par le public. Par conséquent, les interventions visant à résoudre l'un des problèmes susmentionnés peuvent en renforcer d'autres, par exemple l'augmentation de la demande publique pour des politiques efficaces peut

aboutir à des systèmes de gouvernance plus efficaces qui empêchent l'interférence des acteurs commerciaux.

En conclusion, la réalisation du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT exige des décideurs et des praticiens qu'ils accordent la priorité aux meilleurs choix et aux autres interventions du Tableau 47.1 susceptibles de modifier les comportements à grande échelle. Le suivi régulier des résultats de ces interventions dans le cadre des évaluations permettra de les affiner afin d'optimiser leur impact. Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT doit être mis à jour de toute urgence afin d'inclure des interventions structurelles et sociales plus explicitement spécifiques susceptibles de favoriser des comportements plus sains pour lutter contre la charge de morbidité des MNT parmi toutes les couches de la société, y compris les plus pauvres.

Remarques

- 1 Hollands GJ et al. The TIPPME intervention typology for changing environments to change behaviour. *Nature Hum Behaviour* 2017;1:0140.
- 2 Marteau TM et al. Increasing healthy life expectancy equitably in England by 5 years by 2035: could it be achieved? *Lancet* 2019;393:2571–3.
- 3 Bloomberg MR et al. *Health taxes to save lives: employing effective excise taxes on tobacco, alcohol, and sugary beverages: the task force on fiscal policy for health*. New York: Bloomberg Philanthropies, 2019.
- 4 Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decision about health, wealth and happiness*. New Haven, CT: Yale University Press, 2009. (note: Thaler is the 2017 Nobel Prize winner in Economic Sciences and the book was a New York Times bestseller).
- 5 Hollands GJ et al. Non-conscious processes in changing health-related behaviour: a conceptual analysis and framework. *Health Psychol Rev* 2016;10:381–94.
- 6 Nambiar D, Mander H. Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bull WHO* 2017;95:152.
- 7 Blackwell AK et al. The impact on selection of non-alcoholic vs alcoholic drink availability: an online experiment. *BMC Public Health* 2020;20:526.
- 8 Reynolds JP et al. Impact of decreasing the proportion of higher energy foods and reducing portion sizes on energy purchased in worksite cafeterias: a stepped-wedge randomised controlled trial. *PLOS Medicine* 2021;18:e1003743.
- 9 Bonnie RJ et al. (Eds.). *Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products*. Washington, DC: National Academies Press, 2015.
- 10 Valiente R et al. Tobacco retail environment and smoking: a systematic review of geographic exposure measures and implications for future studies. *Nicotine Tob Res* 2021;23:1263–73.
- 11 Lee I et al. Cigarette pack size and consumption: an adaptive randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2021;21:1420.
- 12 Pilling M et al. The effect of wine glass size on volume of wine sold: a mega-analysis of studies in bars and restaurants. *Addiction* 2020;115:1660–7.
- 13 Mytton OT et al. The potential health impact of restricting less-healthy food and beverage advertising on UK television between 05.30 and 21.00 hours: a modelling study. *PLoS Med* 2020;17:e1003212.
- 14 Weerasinghe A et al. Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:398.

- 15 Scheelbeek PF et al. Potential impact on prevalence of obesity in the UK of a 20% price increase in high sugar snacks: modelling study. *BMJ* 2019;366:l4786.
- 16 Brown V et al. Obesity-related health impacts of fuel excise taxation- an evidence review and cost-effectiveness study. *BMC Public Health* 2017;17:359.
- 17 Hosford K et al. The effects of road pricing on transportation and health equity: a scoping review. *Transp Rev* 2021;4:766-87.
- 18 Erickson P et al. Why fossil fuel producer subsidies matter. *Nature* 2020;578:E1-4.
- 19 Blakely T et al. The effect of food taxes and subsidies on population health and health costs: a modelling study. *Lancet Public Health* 2020;5:e404-13.
- 20 Weiler AM et al. Food sovereignty, food security and health equity: a meta-narrative mapping exercise. *Health Policy Plan* 2015;30:1078-92.
- 21 Martin A et al. Financial incentives to promote active travel: an evidence review and economic framework. *Am J Prev Med* 2012;43:e45-57.
- 22 Scheepers CE et al. Shifting from car to active transport: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Transp Res Part A Policy Pract* 2014;70:264-80.
- 23 Swinburn BA et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet* 2019;393:791-846.
- 24 Lauber K et al. Big food and the World Health Organization: a qualitative study of industry attempts to influence global-level non-communicable disease policy. *BMJ Glob Health* 2021;6:e005216.
- 25 Buse K et al. Thinking politically about UN political declarations: a recipe for healthier commitments—free of commercial interests (comment). *Int J Health Policy Manag* 2021 (August 9).
- 26 Reynolds JP et al. Communicating the effectiveness and ineffectiveness of government policies and their impact on public support: a systematic review with meta-analysis. *R Soc Open Sci* 2020;7:190522.

48 Promouvoir les comportements en matière de santé au niveau individuel pour la prévention et la lutte contre les MNT

Paul Aveyard, Wendy Hardeman, Robert Horne

Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine et l'inactivité physique sont des facteurs de risque comportementaux importants, communs et modifiables des MNT. Alors que de nombreux chapitres de cet ouvrage (notamment le Chapitre 47 sur le changement de comportement à grande échelle) décrivent des actions au niveau de la population pour réduire ces facteurs de risque, le présent chapitre se concentre sur le changement de comportement et l'amélioration de l'observance du traitement au niveau individuel pour réduire le risque de MNT.

Les gouvernements incluent rarement des actions explicites et des ressources spécifiques pour aider les individus à modifier leur comportement comme priorité dans les ensembles de services de santé de base. Cette situation est sous-tendue par l'idée fautive selon laquelle les individus peuvent facilement modifier leurs comportements en matière de santé (par exemple, les informations transmises dans les cliniques par le biais d'une affiche, d'un aide-mémoire ou d'un simple conseil d'un agent de santé se traduiront rapidement par un changement de comportement). Cela s'explique en grande partie par le fait que l'impact réel du libre arbitre sur le comportement est considérablement moins important que ce que la plupart des individus imaginent.

Comprendre le changement de comportement

La sociologie, la génétique et les neurosciences contribuent toutes de manière significative à façonner le comportement d'un individu et leur rôle doit être pris en compte et abordé lorsque la modification du comportement d'un individu particulier est souhaitée :

- La sociologie peut aider à expliquer comment les décisions personnelles sont largement régies par de grandes structures sociales telles que la catégorie socio-économique, le genre et l'identité ethnique.
- La génétique explique comment les choix de comportement (par exemple, l'alimentation, la consommation d'alcool et l'exercice physique) sont en partie déterminés biologiquement.

- Les neurosciences expliquent comment les comportements sont souvent inconsciemment influencés par l'environnement, les impulsions internes et le besoin de récompenses immédiates (par exemple, par le biais du système cérébral de la dopamine) expliquant, par exemple, pourquoi les individus peuvent adopter des comportements agréables, mais potentiellement malsains (par exemple, le « centre de récompense » du cerveau qui valorise les aliments riches en graisses et en glucides).

Il est important de comprendre que le comportement est le résultat d'impulsions et d'une réflexion consciente pour déclencher et soutenir le changement de comportement. La théorie PRIME de la motivation (Encadré 48.1), par exemple, reconnaît l'importance d'un certain nombre de forces conscientes et subconscientes interdépendantes en ce qui concerne le tabagisme, la consommation d'alcool, l'exercice physique et les comportements alimentaires.

ENCADRÉ 48.1 THÉORIE PRIME DE LA MOTIVATION¹

La théorie PRIME propose que les **R**éponses soient déterminées par un ensemble de facteurs interdépendants :

- **P**lans – intentions conscientes de se comporter d'une certaine manière.
- **I**mpulsions et inhibitions – tant instinctives qu'acquises.
- **M**otivations – désirs (états futurs imaginés du monde avec des sentiments associés de plaisir ou de satisfaction anticipés), et/ou besoins (états futurs imaginés du monde avec des sentiments associés de soulagement anticipé de la détresse ou de l'inconfort).
- **E**valuations – croyances sur ce qui est bon ou mauvais, bien ou mal, nuisible ou bénéfique.

La théorie PRIME précise que les individus agissent à tout moment de la manière dont ils ont le plus besoin ou le plus envie d'agir. Les principaux moteurs du comportement, l'impulsion d'agir ou les inhibitions de l'impulsion, sont motivés par des désirs et des besoins concurrents. L'envie représente le désir, tandis que le besoin est une émotion négative qui est soulagée par l'action. Dans ce contexte, l'envie de fumer se combine avec le besoin de soulager l'anxiété générée par les fonctions cognitives supérieures, y compris l'évaluation de ce qui est bien ou mal, qui indiquent que fumer est nocif.

Les programmes comportementaux individuels de prévention des MNT doivent donc reconnaître et mobiliser des forces pour aider les personnes à utiliser leur

motivation réflexive consciente et leurs ressources psychosociales pour contrer les autres facteurs qu'elles ne perçoivent pas comme les affectant, mais qui peuvent compromettre leurs tentatives de changement de comportement. Le principe des programmes comportementaux est donc de renforcer la motivation et la capacité de l'individu à changer de comportement. Le changement de comportement nécessite souvent un déclencheur et une action de soutien.

Déclencher un changement de comportement

Les interventions à l'échelle de la population peuvent déclencher un changement de comportement individuel en créant, par exemple, une forte perception que le tabagisme est nocif et donc mauvais, et le besoin de soulager l'anxiété peut alors déclencher des tentatives de sevrage tabagique. Des événements tels que le Nouvel An ou les journées nationales sans tabac cristallisent le besoin d'agir en une impulsion pour agir, capitalisant ainsi sur cette motivation latente. En se concentrant sur la valeur de l'impulsion momentanée, la théorie du double processus incite les organismes de santé publique à fournir des programmes, souvent des interventions légères, qui cristallisent la motivation latente à changer de comportement en fournissant des incitations.

Des conseils opportunistes très brefs (<2 minutes) pour le tabagisme, l'alimentation^{2,3} malsaine, l'obésité et la consommation nocive d'alcool sont efficaces,^{4,5,6,7} et peuvent être rentables pour déclencher un changement,^{8,9} alors que des conseils plus longs (jusqu'à 30 minutes) sont nécessaires pour augmenter l'activité physique.¹⁰

Les comportements des cliniciens sont également déterminés par des forces conscientes et moins conscientes, de sorte que des politiques et des incitations spécifiques au contexte sont nécessaires pour les motiver à amener les patients à modifier leurs comportements.¹¹ En outre, les cliniciens peuvent manquer de connaissances, de compétences et de ressources (en temps et financières) pour mettre en œuvre les interventions requises.

Soutenir le changement de comportement

Si les conseils brefs sont utiles pour déclencher un changement de comportement, des programmes plus larges de soutien au comportement sont importants pour apporter un soutien durable aux individus afin qu'ils conservent leur volonté et leur motivation et qu'ils puissent changer de comportement à long terme.

L'équilibre momentané entre les désirs et les besoins permet d'expliquer la rechute et les interventions possibles pour réduire la rechute. Prenons l'exemple du tabagisme : à chaque fois qu'il est possible de fumer, la « nécessité de ne pas fumer » doit être suffisamment forte pour l'emporter sur « l'envie de fumer ». Cela signifie que l'inhibition doit l'emporter sur l'impulsion de fumer à tout moment. Ceci est d'autant plus important que si l'on fume, cela interfère immédiatement avec la neuroadaptation à l'abstinence, avec un

retour rapide au besoin de fumer. Des facteurs cognitifs secondaires, tels que la dramatisation en réponse à une rechute, interviendront également et mineront la motivation en abaissant la perception qu'a une personne de sa capacité à maintenir l'abstinence. Il est donc important de discuter de ces aspects avec la personne concernée pour l'aider à trouver des réponses adéquates.

Ce modèle de « tentative d'arrêt » s'applique à l'alcool, mais moins à la perte de poids. Contrairement au tabac et à l'alcool, la perte de poids ne conduit pas facilement à une neuroadaptation à l'état de poids corporel inférieur, car l'obésité est moins une dépendance apprise. Les forces biologiques qui régulent l'appétit (par exemple, les boucles neuro-hormonales adipocyte-intestin-cerveau) et l'équilibre énergétique (par exemple, le taux métabolique de base, qui diminue en réponse à la perte de poids) tendent à conduire à une reprise de poids à long terme (c'est-à-dire un « retour » au statu quo ante) lorsque la tentative cesse. Cela explique pourquoi la plupart des personnes qui perdent du poids à court terme le reprennent (souvent en quelques mois). L'objectif est donc de renforcer la motivation à maintenir le nouveau comportement et à s'en tenir aux règles comportementales qui peuvent contribuer à la formation d'habitudes solides et donc à la protection contre la rechute.

Les programmes de soutien comportemental visent à identifier et à doter les individus des ressources nécessaires pour lutter contre les forces des compulsions, des pulsions ou des envies, qui sont souvent provoquées par des indices ou habituelles, et peuvent être très pénibles (par exemple, le tabagisme). Les programmes de soutien comportemental aident également les patients à identifier et à résoudre les problèmes liés à des environnements sociaux et physiques plus larges. Ces obstacles sont également importants pour comprendre pourquoi les personnes appartenant à des groupes socio-économiques et éducatifs inférieurs éprouvent davantage de difficultés à modifier leur comportement.

Un programme de soutien comportemental réussi comprend :

- *Fixer un objectif*, à la fois l'objectif final et les objectifs comportementaux intermédiaires.
- *Élaborer un plan d'action*. On parle parfois « d'intentions de mise en œuvre », ce qui aide les individus à élaborer des plans spécifiques pour déterminer comment, quand et où les comportements clés doivent être mis en œuvre, et à prévoir ce qu'il faut faire si ces plans initiaux sont interrompus ou modifiés.¹²
- *Suivi et retour d'information*. Si cela peut accroître l'efficacité (par exemple, mesurer le poids corporel tous les jours), cela peut également saper la motivation, car cela renforce les notions de culpabilité et de honte lorsque le changement escompté ne se produit pas. Les programmes doivent donc concevoir le changement de comportement comme une opportunité d'apprentissage qui comprendra des succès et des échecs, avec l'auto-expérimentation comme élément central.¹³

Les programmes de soutien comportemental sont souvent dispensés par des spécialistes, soit en personne, soit à distance par téléphone ou par des dispositifs numériques. Les programmes de soutien comportemental se sont avérés efficaces pour réduire la consommation d'alcool, arrêter de fumer et traiter l'obésité, mais il existe moins de preuves que ces programmes améliorent l'activité physique à long terme.^{14,15,16} Les cliniciens cherchent de plus en plus à prescrire des interventions comportementales¹⁷ (par exemple, des services d'aide à l'arrêt du tabac en personne ou en ligne, des abonnements à des salles de sport, des programmes basés sur des podomètres ou une prescription écrite de marche régulière chaque semaine).¹⁸

Un certain nombre de médicaments peuvent améliorer le succès des tentatives de changement de comportement. Les médicaments de sevrage tabagique réduisent l'intensité de l'envie de fumer et sont d'un coût modeste, les traitements de substitution à la nicotine étant inclus dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Les médicaments destinés à favoriser l'abstinence alcoolique (par exemple, le disulfirame) sont généralement prescrits dans des structures spécialisées, telles que les services d'aide aux toxicomanes, car ces médicaments peuvent avoir des effets désagréables en cas de consommation d'alcool, quelle qu'en soit la quantité. Les médicaments contre l'obésité sont efficaces (en particulier les agonistes du GLP-1 qui agissent sur la régulation de l'appétit et peuvent réduire le poids corporel jusqu'à 15 % (Chapitre 10 sur l'obésité), mais ils sont coûteux, ce qui limite actuellement leur utilisation.

Interventions individuelles pour améliorer l'observance médicamenteuse

Les interventions comportementales visant à améliorer l'observance médicamenteuse nécessitent une action de/par : (i) la politique et la pratique de la santé (par exemple, si une formation à la mise en œuvre d'interventions comportementales est disponible) ; (ii) des interactions entre le patient et le fournisseur de soins de santé et le soutien social (par exemple, lorsqu'une relation patient-médecin de confiance à long terme a été mise en place) ; (iii) le patient lui-même (par exemple, les connaissances scientifiques et l'éducation).

Les taux d'observance varient, non seulement entre les individus, mais aussi chez un même individu, au fil du temps et selon les traitements. Pour cette raison, les interventions visant à améliorer l'observance d'un patient doivent être axées sur la compréhension des interactions entre l'individu, son cadre de vie et la maladie/le traitement en question. La non-observance résulte souvent des croyances du patient (éventuellement en écho à celles qui sont socialement ou culturellement répandues dans un contexte particulier), par exemple la manière dont les individus jugent leur besoin personnel de traitement (croyances de nécessité, p. ex. « Ai-je vraiment besoin de ce traitement ? ») par rapport à leurs préoccupations concernant les conséquences négatives potentielles (p. ex. effets secondaires, stigmatisation, interférence dans la vie quotidienne, coût financier). Du point de vue du patient, la non-observance est souvent « logique »,

compte tenu de sa compréhension de l'affection ou des affections, de ses expériences et de ses attentes concernant les symptômes (par exemple, absence de symptômes associés à l'hypertension et à la dyslipidémie) et de ses croyances (par exemple, méfiance à l'égard des médicaments en général et/ou de l'industrie pharmaceutique en général, ou inquiétudes concernant la dépendance), même si ces croyances ne sont pas étayées par des données probantes.

L'approche des perceptions et des aspects pratiques^{19,20,21} (Encadré 48.2), qui peut également être mise en œuvre sous forme numérique, s'est révélée rentable pour accroître l'observance thérapeutique.²²

ENCADRÉ 48.2 L'APPROCHE DES PERCEPTIONS ET DES ASPECTS PRATIQUES (PAPA)

- Une approche centrée sur le patient, « sans culpabilisation », qui encourage les patients à révéler leurs doutes et leurs inquiétudes concernant le traitement et à en discuter, et qui tient compte du fait que les croyances et les préférences des patients influencent la manière dont le traitement est prescrit.
- Trois éléments essentiels :
 - Fournir une justification « de bon sens » de la nécessité du traitement qui tienne compte de la perception qu'ont les patients de la maladie (y compris des conséquences actuelles et à long terme), de leurs expériences, de leurs attentes et des réponses aux deux questions fondamentales qui constituent une croyance nécessaire : « *Pourquoi dois-je faire cela pour atteindre un objectif qui est important pour moi ?* » et « *Puis-je m'en sortir sans le faire ?* ».
 - Recueillir et traiter les préoccupations.
 - Rendre l'observance aussi facile et pratique que possible en tenant compte des aspects pratiques qui influencent la capacité à adhérer.
- Une série de techniques de changement de comportement peut être appliquée pour recueillir et traiter les perceptions et les aspects pratiques (par exemple, les idées fausses et les préoccupations) et les obstacles pratiques (par exemple, les limitations en termes de capacités et de ressources).
- Les interventions peuvent être intégrées dans des approches plus globales qui s'attaquent également aux causes environnementales et sociétales de la non-observance.

L'importance des cadres politiques pour soutenir les programmes individuels de changement de comportement

Des politiques sont nécessaires pour créer et mettre en œuvre des interventions comportementales dans les services de soins de santé de routine (par exemple, des protocoles, des formations et des structures qui soutiennent les interventions brèves), ce qui implique que ces interventions soient explicitement et correctement chiffrées et financées et qu'elles soient systématiquement fournies dans le cadre des services de soins de santé.²³ Plus généralement, les programmes de changement de comportement au niveau des soins de santé ont davantage de chances de réussir lorsque des politiques et des programmes centrés sur la population sont en place pour encourager l'individu à adopter un comportement sain (par exemple, les villes qui encouragent le vélo, la marche et les transports publics, l'interdiction de fumer à l'intérieur des bâtiments et les taxes sur le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre).

De même, la politique doit soutenir le suivi de la prestation de services afin d'évaluer la mise en œuvre d'interventions visant à modifier les comportements, ainsi que la formation des fournisseurs de soins de santé à ces interventions.²⁴ Ce suivi peut permettre d'améliorer les normes de qualité de la prestation de services. L'offre d'interventions comportementales, en particulier chez les personnes présentant des facteurs de risque de MNT, devrait être évaluée dans le cadre d'enquêtes auprès de la population (par exemple, les enquêtes STEPS) et d'enquêtes sur les services de santé (par exemple, l'enquête SARA, y compris les protocoles utilisés).

Remarques

- 1 West R, Michie S. UBC briefing 9: a brief description of the PRIME theory of human motivation. London: Unlocking Behaviour Change, 2019.
- 2 Krist AH et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021;325:265–79.
- 3 Alcohol-use disorders: prevention. Public health guideline [PH24]. NICE, 2010.
- 4 Kaner EFS et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2:CD004148.
- 5 Stead LF et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2:CD000165.
- 6 Aveyard P et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet* 2016;388:2492–500.
- 7 Hardeman W et al. Evaluation of a very brief pedometer-based physical activity intervention delivered in NHS health checks in England: The VBI randomised controlled trial. *PLOS Med* 2020;17:e1003046.
- 8 Retat L et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: cost-effectiveness analysis in the BWeL trial. *Int J Obes* 2019;43:2066–75.
- 9 Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006;31:62–71.
- 10 Lamming L et al. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med* 2017;99:152–63.

- 11 Williams SJ, Calnan M. Perspectives on prevention: the views of general practitioners. *Sociology Health & Illness* 1994;16:372–93.
- 12 Sheeran P. Intention—behavior relations: a conceptual and empirical review. *Eur Rev Soc Psychol* 2002;12:1–36.
- 13 Kangovi S, Asch DA. Behavioral phenotyping in health promotion: embracing or avoiding failure. *JAMA* 2018;319:2075–76.
- 14 Curry SJ et al. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320:1163–71.
- 15 Curry SJ et al. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320:1899–909.
- 16 Mangione CM et al. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017;318:167–74.
- 17 Thornton JS et al. Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *Clin J Sport Med* 2016;26:259–65.
- 18 GcVS et al. Cost-effectiveness and value of information analysis of brief interventions to promote physical activity in primary care. *Value Health* 2018;21:18–26.
- 19 Horne R et al. Supporting adherence to medicines for long-term conditions: a perceptions and practicalities approach based on an extended common-sense model. *Eur Psychol* 2019;24:82–96.
- 20 Clifford S et al. Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharm World Sci* 2006;28:165–70.
- 21 Elliott RA et al. The cost effectiveness of a telephone-based pharmacy advisory service to improve adherence to newly prescribed medicines. *Pharm World Sci* 2008;30:17–23.
- 22 Chapman S et al. Personalised adherence support for maintenance treatment of inflammatory bowel disease: a tailored digital intervention to change adherence-related beliefs and barriers. *J Crohns Colitis* 2020;14:1394–404.
- 23 van den Brand FA et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD004305.
- 24 Brose LS et al. Changes in success rates of smoking cessation treatment associated with take up of a national evidencebased training programme. *Prev Med* 2014;69:1–4.

49 Technologies numériques pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Surabhi Joshi, Cheick Oumar Bagayoko,
Awa Babington-Ashaye, Antoine Geissbuhler*

Les technologies de santé numérique sont des solutions qui utilisent la technologie pour améliorer la santé et la fourniture des soins de santé, y compris la prévention et la lutte contre les MNT. Bien que les technologies numériques soient utilisées dans les soins de santé depuis des décennies, les progrès récents en matière de connectivité réseau, d'informatique en nuage, d'Internet des objets (IdO) et d'intelligence artificielle (IA) ont considérablement accru l'efficacité potentielle et la capacité de déploiement à l'échelle et d'adoption de ces technologies. Les définitions utilisées dans ce chapitre figurent dans l'Encadré 49.1.

ENCADRÉ 49.1 DÉFINITION DES TERMES SÉLECTIONNÉS

- *Santé numérique* : solutions assistées et facilitées par la technologie pour la fourniture de soins, la prise en charge des maladies et la promotion du bien-être.
- *Technologies de la santé numérique* : solutions technologiques utilisées pour la santé numérique.
- *Intelligence artificielle (IA)* : capacité d'un ordinateur à effectuer des tâches qui sont habituellement effectuées par des humains parce qu'elles requièrent de l'intelligence et du discernement, comme la fourniture de conseils et de recommandations de traitement en fonction de l'état spécifique du patient.
- *Blockchain* : un exemple de dispositif d'enregistrement électronique partagé (DEEP). Un DEEP fait référence à l'infrastructure technologique et aux protocoles qui permettent l'accès, la validation et la mise à jour simultanés des documents qui utilisent un réseau informatique réparti sur plusieurs entités ou sites. Contrairement aux bases de données traditionnelles, les DEEP n'ont pas de magasin de données central ni de fonction d'administration, ce qui permet l'échange d'informations sans intermédiaire et offre donc des niveaux élevés de sécurité et de confidentialité.

- *Robot(s) conversationnel(s)* : programme(s) informatique(s) conçu(s) pour simuler une conversation avec des utilisateurs humains, en particulier sur Internet.
- *Exploration de données* : processus d'extraction de données utilisables à partir d'un ensemble plus large de données brutes.
- *Internet des objets (IdO)* : un système de dispositifs informatiques, de machines, d'objets ou de personnes interconnectés, dotés d'identifiants uniques (UID), qui ont la capacité de partager des données sur un réseau sans nécessiter d'interactions entre humains ou entre humains et ordinateurs/appareils.¹
- *Interopérabilité* : il s'agit de la capacité des technologies numériques à échanger et à utiliser des données entre elles sur la base de normes et de standards communs.
- *Santé mobile* : un sous-ensemble de la santé numérique visant à utiliser la technologie mobile pour améliorer les résultats en matière de santé.

La santé numérique et les technologies de santé numérique constituent une partie de plus en plus importante du système de santé, car, utilisées efficacement, elles peuvent : (i) améliorer l'accès aux soins de santé ; (ii) réduire les inefficacités du système de santé ; (iii) améliorer la qualité des soins ; (iv) réduire le coût des soins de santé ; (v) permettre l'autonomisation et l'éducation des patients, et (vi) fournir des soins de santé plus personnalisés aux patients.² Exemples :

- Renforcer la coordination et la continuité des soins (dossiers électroniques des patients, outils d'amélioration des décisions cliniques, outils de communication, télémédecine). Ceci est particulièrement important pour les MNT afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'évaluer facilement et rapidement les comportements en matière de santé, les facteurs de risque et les paramètres cliniques (par exemple, le tabagisme, l'hypertension, le diabète, l'indice de masse corporelle) des patients au fil du temps, afin d'ajuster l'accompagnement et les traitements. En outre, les systèmes électroniques centralisés sont également très utiles pour obtenir des données (par exemple, la tension artérielle, les médicaments, etc.) des patients lorsqu'ils se font soigner par différents prestataires.
- Permettre l'autonomisation et l'éducation des patients, notamment grâce aux informations qu'ils peuvent rechercher sur Internet (par exemple les sites Web conseillés par les fournisseurs de soins, l'OMS, Wikipédia et d'autres sites Web de confiance), les jeux électroniques à fort potentiel éducatif (également appelés « jeux sérieux »), les vérificateurs de symptômes, les robots conversationnels, les robots sociaux interactifs³ et d'autres outils de changement de comportement.
- Améliorer les mesures des résultats rapportés par les patients (par exemple, la tension artérielle [PA] ou la glycémie mesurée par les patients à leur

domicile et qui peut être partagée électroniquement et automatiquement avec les fournisseurs de soins de santé afin d'adapter la prise en charge).

- Formation des travailleurs de la santé par des moyens électroniques (téléconférences, tutoriels en ligne, etc.)
- Renforcer la capacité des professionnels de la santé à obtenir et à utiliser des données, par exemple, pour la planification ou les prévisions en temps réel.

Renforcer la fourniture de soins de santé pour la prévention et la lutte contre les MNT

Les technologies numériques sont principalement utilisées par les soignants pour la collecte de données sur les patients, la prestation de soins et la coordination à différents niveaux de la fourniture de soins, comme nous l'avons souligné plus haut. En ce qui concerne les MNT, qui évoluent sur de nombreuses années, les dossiers médicaux électroniques (DME) sont particulièrement utiles pour la conservation et l'accès aux données des patients. En outre, les DME permettent de consigner et de suivre les facteurs de risque comportementaux et physiologiques des individus (par exemple, tabagisme ou consommation d'alcool, taux de cholestérol et de glucose dans le sang, tension artérielle, poids corporel), ce qui n'aurait pas été fait et/ou enregistré si le soignant n'avait pas été invité à saisir les données dans le système. Les logiciels de DME peuvent également apporter une aide à la décision clinique en utilisant des algorithmes basés sur des données et des informations relatives à un patient (par exemple, suggestions de diagnostics différentiels, rappels de mesures préventives, examens complémentaires nécessaires, traitement et conséquences négatives potentielles du traitement). La téléconsultation (par exemple, les consultations en personne ou l'accès aux résultats d'examens radiologiques ou cardiaques) permet une communication audio et/ou vidéo à distance entre les patients et les soignants, soit en temps réel, soit à une date ultérieure. La téléconsultation améliore l'accès aux soins d'experts pour les personnes vivant dans des endroits reculés.

Exemple : La collaboration entre Babyl (une application mobile de services de soins de santé développée par une entreprise privée rwandaise) et le gouvernement du Rwanda a abouti au lancement dans le pays de services de téléconsultation vidéo et d'alerte par SMS dans les centres de santé publics.⁴ Pour encourager l'adoption et l'utilisation de ces services électroniques, le gouvernement a étendu la couverture d'assurance pour les téléconsultations et a collaboré avec Babyl pour mettre en place des protocoles et des normes (y compris des procédures de sécurité lors du partage de données personnelles avec des tiers) encadrant l'utilisation des services de santé numériques.

Exemple : L'utilisation de la télé-expertise au Sénégal dans la lutte contre la rétinopathie diabétique. Cette activité, lancée par le ministère sénégalais de la Santé avec le soutien de l'OMS et de l'Union internationale des télécommunications (UIT), relie les cliniques du diabète situées dans des zones reculées aux ophtalmologues du CHU de Fann à Dakar. Les examens oculaires (par exemple, le fond d'œil) sont réalisés par des médecins généralistes, des infirmières ou des

agents de santé communautaire et les résultats et/ou les images sont envoyés à des spécialistes pour avis en utilisant la plate-forme de télé-expertise développée par le Réseau de Télémédecine d'Afrique Francophone. Les images et les diagnostics sont utilisés en parallèle pour former une plate-forme d'IA, dans le but d'automatiser et d'améliorer le processus de dépistage.

Améliorer la promotion de la santé, la culture sanitaire et l'autonomisation des patients

Outre les informations sur la santé que les individus peuvent trouver eux-mêmes sur l'Internet, certaines technologies numériques avancées sont accessibles au client et peuvent favoriser l'éducation, l'accès aux dossiers médicaux (par exemple, lorsqu'un patient peut récupérer ses données médicales sur le site Web du fournisseur de soins de santé) et la gestion de la qualité de vie. Il s'agit notamment de promouvoir « l'inclusion numérique », c'est-à-dire les activités nécessaires pour garantir que tous les individus et toutes les communautés, y compris les plus défavorisées, aient accès aux outils numériques et puissent les utiliser.⁵ Parmi les exemples de technologies nouvelles et potentiellement utiles, citons les robots conversationnels médicaux, qui utilisent le traitement du langage naturel pour comprendre les requêtes des patients et l'IA pour fournir des réponses aux questions. Les robots conversationnels ont divers niveaux de sophistication. Ils peuvent être informatifs, ne fournissant que des réponses préenregistrées à un nombre limité de questions des patients, ou prescriptifs, utilisant l'exploration de données et l'IA. Les robots conversationnels peuvent également être utilisés pour renforcer les connaissances en matière de santé et encourager les changements de comportement.

Exemple : Programme SMS Be He@lthy Be Mobile de l'OMS en collaboration avec le gouvernement indien pour le sevrage tabagique. Il s'agissait de la plus grande initiative mobile basée sur les SMS au monde dédiée à l'arrêt du tabac avec un taux d'arrêt documenté de 7,2 % après six mois.⁶ Un autre exemple est l'utilisation de dispositifs de surveillance à distance des patients (par exemple, des dispositifs électroniques qui enregistrent les signes vitaux des patients, les mesures de la glycémie ou de la tension artérielle), qui peuvent se connecter à d'autres dispositifs et téléphones mobiles en utilisant des protocoles IdO (c'est-à-dire des modes de communication qui protègent et assurent une sécurité optimale des données échangées entre les appareils connectés). Les données fournies par ces dispositifs peuvent ensuite être utilisées dans des analyses avancées et des algorithmes d'IA pour identifier les patients à risque et suggérer des interventions précoces. Ces systèmes, qui impliquent des échanges de données avec des tiers, nécessitent évidemment des niveaux élevés de sécurité en termes de confidentialité et d'utilisation des données, ce qui peut être réglementé au niveau national par des lois spécifiques.

Renforcement des systèmes de santé

Les technologies numériques sont des outils importants permettant de renforcer l'infrastructure qui couvre la connectivité des réseaux, l'informatique dématérialisée (c'est-à-dire l'utilisation de serveurs distants hébergés sur Internet pour stocker, gérer et traiter les données, plutôt qu'un serveur local ou un ordinateur personnel), les interactions avec les fournisseurs, les régulateurs et les assureurs. Les stratégies et les projets informatiques des grandes administrations de santé visant à collecter et à utiliser de grandes quantités de données sur les patients n'ont pas toujours été couronnées de succès ou rentables.^{7,8}

Exemple : La Banque mondiale utilise la blockchain pour suivre les expéditions de médicaments sur ordonnance afin d'accroître le niveau de sécurité et de confidentialité lors du partage des données des patients avec des tiers. Dans cet exemple, l'objectif est de réduire la contrefaçon et le vol de médicaments et d'améliorer la responsabilité dans les chaînes d'approvisionnement en médicaments sur ordonnance. Si la question de la sécurité se pose pour toutes les maladies, elle revêt une importance particulière pour les MNT en raison des volumes considérables de médicaments échangés (par exemple, des centaines de millions de patients dans le monde ont besoin de médicaments pour abaisser leur tension artérielle pendant de nombreuses années). Un autre exemple est l'utilisation de multiples sources de données géospatiales et de modèles informatisés pour améliorer l'évaluation de l'accessibilité des établissements de soins de santé et mieux informer les stratégies d'extension des services de soins de santé.⁹

Difficultés de mise en œuvre et stratégies d'atténuation

Bien que les technologies numériques offrent un énorme potentiel pour améliorer la qualité de la prestation des soins de santé et atténuer les contraintes de capacité (par exemple, pour améliorer l'accès et minimiser les coûts à long terme), il existe un certain nombre de problèmes liés à leur adoption.

Coûts et avantages

Les technologies numériques nécessitent un investissement initial important en termes d'approvisionnement, de personnalisation, de formation et de gestion avant que les avantages ne se concrétisent. Par exemple, la mise en œuvre d'un système de DME pourrait coûter 600 millions de dollars américains à un grand réseau hospitalier américain.¹⁰ Compte tenu des nombreux défis liés au déploiement de DME fiables, les avantages de l'utilisation des technologies numériques ne sont pas toujours évidents, certaines études montrant un avantage global,^{11,12} tandis que d'autres montrent un impact négatif des technologies numériques sur la qualité des résultats des soins.^{13,14,15}

La mise en œuvre des technologies numériques (y compris les DME) est suivie d'une période de performances plus faibles due à l'adaptation, au cours de laquelle les processus organisationnels et la technologie elle-même passent

par une série de mises à jour avant que des processus technologiques stables ne soient rationalisés. En outre, certaines études ont également montré que les avantages des technologies numériques ne peuvent se concrétiser que lorsqu'elles sont pleinement intégrées dans l'ensemble des services de santé, au lieu de fonctionner de manière indépendante et cloisonnée. Les organisations qui adoptent les technologies numériques doivent donc être conscientes de ces défis et être conseillées et guidées par des experts indépendants (c'est-à-dire pas seulement par les fabricants des systèmes électroniques envisagés) qui ont une grande expérience de la mise en œuvre de ces systèmes.

Interopérabilité

L'interopérabilité est la capacité des technologies numériques à échanger et à utiliser des données entre elles sur la base de normes et de critères communs. Comme mentionné précédemment, il est essentiel que les multiples technologies numériques puissent fonctionner de manière intégrée afin d'en maximiser tous les avantages. L'interopérabilité est essentielle pour atteindre cet objectif.

L'interopérabilité technique garantit que plusieurs systèmes électroniques peuvent se connecter et échanger des données de manière fluide, fiable et sûre. Il s'agit là du principal défi, car les différents fournisseurs de soins de santé (hôpitaux publics et privés, praticiens publics ou privés, pharmacies, etc.) utilisent souvent des systèmes électroniques et des logiciels différents qui ont été mis en œuvre à des moments différents et ne peuvent donc pas se connecter facilement les uns aux autres.

L'interopérabilité sémantique garantit que la signification des données échangées est comprise correctement par tous les systèmes. L'interopérabilité peut permettre des alertes en temps réel basées sur les informations du patient, un accès plus rapide à des DME complets, des analyses de données avancées et un meilleur engagement du patient, autant d'éléments susceptibles d'améliorer les résultats de la prestation de soins.

La réalisation de l'interopérabilité est un défi en raison des différentes structures de stockage des données et des terminologies utilisées par les différents fournisseurs, ainsi que des personnalisations effectuées par les organisations individuelles. Des protocoles de communication normalisés, des terminologies et des descriptions formelles des domaines de connaissance (ontologies) sont nécessaires pour parvenir à l'interopérabilité. Lors de la conception de systèmes liés à la santé, il est important de s'assurer que leurs développeurs connaissent bien les principaux systèmes et plans électroniques existants dans un pays donné, utilisés par le gouvernement et les autres principaux fournisseurs de soins de santé et de services connexes.

Infrastructure de communication

Le coût et la qualité de l'infrastructure de communication (par exemple, le haut débit mobile, la connectivité Internet) constituent également un obstacle à

l'adoption et à l'utilisation des technologies de santé numérique. Ce problème peut être particulièrement important dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et dans les zones rurales d'autres pays, où la connectivité Internet est très faible ou inexistante. Cela permet de faire des « bonds en avant » en utilisant les technologies les plus récentes. Les technologies de santé numérique transmettent souvent des volumes importants d'informations chiffrées entre elles et entre plusieurs appareils connectés. Les informations transmises sont souvent constituées de scans et d'images haute résolution, ce qui nécessite une bonne connectivité Internet et une large bande passante. C'est pourquoi le soutien des pouvoirs publics au développement de l'infrastructure de communication peut être déterminant pour l'adoption et l'utilisation réussies des technologies numériques.

Défis réglementaires

La transformation vers un environnement de prestation de soins de santé fondé sur la technologie ou la médiation, qui implique le partage de données individuelles avec des tiers, doit être soutenue par un cadre réglementaire adéquat. Un certain nombre d'aspects doivent faire l'objet de mesures réglementaires de soutien. Par exemple, les décideurs peuvent inciter les organisations à adopter des technologies numériques en partageant les coûts avec des incitations monétaires supplémentaires basées sur des étapes importantes de l'utilisation de la technologie. Ce type de législation (ou d'accords juridiques) peut aider les organisations à surmonter les difficultés liées au coût élevé de la transformation, de l'adoption et de l'intégration de multiples technologies numériques. La loi HITECH, adoptée par le Congrès américain en 2009 et visant à inciter les hôpitaux à adopter et à utiliser les technologies de DME, est un exemple d'action législative allant dans ce sens.

En outre, la législation relative à la sécurité des patients et à la confidentialité des données et les normes d'interopérabilité sont des conditions nécessaires qui peuvent contribuer à améliorer l'adoption, l'utilisation, la sécurité, la confidentialité et les avantages des technologies numériques. Dans certains pays, ces lois peuvent être très restrictives et limiter l'utilisation des données personnelles et/ou exiger que les patients donnent leur consentement éclairé sur l'utilisation qui en est faite et pour quelles données spécifiques avant que celles-ci puissent être partagées.

Résilience et sécurité des systèmes de santé

Les données stockées sur les serveurs et tous les appareils interconnectés (y compris l'IdO) peuvent faire l'objet d'une cyberattaque, avec des conséquences telles que des demandes de rançon par des cybercriminels, la suppression ou la publication des données sur le Darknet, et/ou la mise hors service ou la destruction des appareils. Une situation vécue par de nombreux hôpitaux. Cela signifie que les plates-formes électroniques doivent être correctement sécurisées,

que le risque de cyberattaques doit être régulièrement évalué et analysé par des sociétés informatiques spécialisées, dont le travail consiste à détecter les failles en matière de sécurité et à y remédier, y compris par la certification (renseignements sur la sécurité).¹⁶ Les professionnels de la santé doivent recevoir une formation spécifique sur ces questions.

Remarques

- 1 Malhotra P et al. Internet of things: evolution, concerns and security challenges. *Sensors* 2021;21:1809.
- 2 Global strategy on digital health 2020–2025. WHO, 2021.
- 3 Bouchard K et al. The social robots are coming: preparing for a new wave of virtual care in cardiovascular medicine. *Circulation* 2022;145:1291–93.
- 4 LaRock Z. Telehealth unicorn Babylon signed a decade-long deal with the Rwandan government to give consumers free access to its services, 2020. Insider Inc. (Axel Springer). <https://www.businessinsider.com/babylon-lands-10-year-deal-with-rwanda-government-2020-3>.
- 5 Rodriguez JA et al. Digital inclusion as health care – supporting health care equity with digital-infrastructure initiatives. *NJEM* 2022;386:1101–03.
- 6 Gopinathan et al. Self-reported quit rates and quit attempts among subscribers of a mobile text messaging-based tobacco cessation programme in India. *BMJ Innov* 2018;4:147–54.
- 7 Godlee F. What can we salvage from care data? *BMJ* 2016;354:i3907.
- 8 Greenhalgh T, Bowden T. There is goes again. *BMJ* 2011;343:d5317.
- 9 Lyer HS et al. Geospatial evaluation of trade-offs between equity in physical access to healthcare and health systems efficiency. *BMJ Glob Health* 2020;5:e003493.
- 10 Barlas S. Hospitals scramble to meet deadlines for adopting electronic health records: pharmacy systems will be updated slowly but surely. *Pharmacy & Therapeutics* 2011;36:37.
- 11 Jha AK et al. Use of electronic health records in US hospitals. *NEJM* 2019;360:1628–38.
- 12 McCullough JS et al. The effect of health information technology on quality in U.S. hospitals. *Health Affairs* 2010;29:647–54.
- 13 Koppel R et al. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *JAMA* 2005;293:1197–203.
- 14 Linder JA et al. Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States. *Arch Intern Med* 2007;167:1400–05.
- 15 DesRoches CM et al. Electronic health records' limited successes suggest more targeted uses. *Health Affairs* 2010;29:639–46.
- 16 Kim Y et al. Analysis of cyber attacks and security intelligence. In Park J et al. (eds.), *Mobile, ubiquitous, and intelligent computing -lecture notes 274, in electrical engineering* (pp. 489–94). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2014.

50 Une communication efficace pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Jaimie Guerra, Elorm Ametepe, Pascal Bovet,
Nick Banatvala*

La communication en matière de santé publique a été décrite comme « le développement scientifique, la diffusion stratégique et l'évaluation critique d'informations sanitaires pertinentes, exactes, accessibles et compréhensibles, communiquées à des publics cibles et recueillies auprès de ces derniers, afin de promouvoir la santé publique ».¹ Les disciplines qui contribuent à la communication en matière de santé publique comprennent la communication, l'éducation à la santé, le marketing commercial et social,² le journalisme, les relations publiques, la psychologie et les sciences du comportement, l'informatique ainsi que l'épidémiologie.

Lorsqu'ils sont bien conçus, soigneusement mis en œuvre et renforcés au fil du temps, les programmes de communication en matière de santé publique ont la capacité de susciter des changements chez les individus et les populations en les sensibilisant, en améliorant leurs connaissances, en façonnant leurs attitudes, en stimulant leur motivation et, en fin de compte, en modifiant leurs comportements. En l'absence de campagnes de communication sur la santé publique expliquant efficacement pourquoi et comment les individus devraient adopter des comportements sains, bon nombre des interventions décrites dans le présent compendium ont moins de chances de se traduire par des gains significatifs en matière de santé, même dans des environnements favorables à la promotion de la santé publique. Outre la promotion de comportements sains parmi les personnes ciblées, les initiatives de communication en matière de santé publique peuvent également contribuer à modifier les normes sociales et à promouvoir des changements politiques qui favorisent un environnement plus propice à l'adoption de comportements sains.

La communication en matière de santé publique peut être factuelle (par exemple, « le sel augmente votre tension artérielle »), susciter la peur (par exemple, « fumer tue », « plus de collations pour des pantalons plus grands »), encourager l'action (par exemple, en fournissant un numéro de téléphone pour les services de sevrage tabagique ou en incitant les individus à mesurer leur tension artérielle) ou souligner les avantages (par exemple, « embrassez un non-fumeur, appréciez la différence », ou « avec un cœur en bonne santé, le rythme continue »). L'impact peut être maximal en utilisant une combinaison de ces éléments. La communication doit utiliser des canaux adaptés au public ; dans

les années 2020, il convient davantage d'utiliser les réseaux sociaux plutôt que de la presse écrite, qui pour beaucoup appartient à une époque révolue.

Trop souvent, les campagnes de communication sur la santé sont paternalistes, avec une communication à sens unique entre des experts « bienfaisants » et des publics passifs.³ Pour être efficaces, les programmes de communication doivent être cohérents avec les idées, les besoins et les valeurs du public.⁴ Il convient, pour cela, de comprendre les connaissances, la culture et la diversité du public dans le domaine de la santé. Les campagnes de communication ont plus de chances d'être efficaces lorsqu'il existe une communication bilatérale entre les promoteurs et les destinataires afin de garantir que les messages sont accessibles, compris et acceptés, que les communautés sont impliquées et investies dans les objectifs des programmes et que les messages sont modifiés en fonction des besoins.

Ce chapitre décrit : (i) le défi de la communication sur les MNT et leurs facteurs de risque ; (ii) les principes d'une communication efficace et le ciblage du public ; (iii) le rôle et l'impact des campagnes médiatiques de masse ; et (iv) les opportunités et les défis des réseaux sociaux.

Le défi de la communication sur les MNT

L'expression « maladies non transmissibles » constitue au prime abord un obstacle à la communication. Bien qu'elle soit largement utilisée par les professionnels de la santé publique et de la politique, en particulier aux niveaux mondial, régional et national, la plupart des individus ne comprennent pas facilement ce que signifie l'expression MNT.^{5,6} L'expression suggère malheureusement ce que les maladies ne sont pas (c'est-à-dire « non transmissibles ») plutôt que ce qu'elles sont (maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, cancer, maladies pulmonaires chroniques ou diabète). Cela fait des MNT un concept difficile et peu excitant à saisir, auquel il est difficile de faire écho, et pour lequel il est ardu de susciter l'attention et de mobiliser des ressources. Les individus ne parlent pas de souffrir d'une MNT, ils parlent d'avoir une crise cardiaque, un AVC ou du diabète. Ou de souffrir d'un cancer du sein, du col de l'utérus ou de la prostate. Ou encore de bronchite chronique ou d'asthme. De même, les individus ne pensent pas aux facteurs de risque des MNT, mais plutôt à l'hypertension artérielle ou à l'hypercholestérolémie, à la surcharge pondérale, au tabagisme ou à la consommation excessive d'alcool.

Même se concentrer sur des maladies ou des facteurs de risque spécifiques peut s'avérer difficile. Les personnes présentant des facteurs de risque ou ayant un comportement malsain peuvent être asymptomatiques. En outre, l'impact du changement de comportement (ou de l'observance du traitement des MNT) au niveau de la population peut ne pas être garanti pour l'individu concerné (par exemple, certaines personnes ayant un régime alimentaire sain ou prenant un traitement antihypertenseur peuvent encore avoir une crise cardiaque et certains fumeurs vivront jusqu'à un âge avancé).

Néanmoins, le changement de comportement peut se traduire par des avantages rapides pour de nombreuses personnes (par exemple, l'arrêt du tabac entraîne une amélioration de la fonction respiratoire, une réduction des poussées de bronchite, des économies financières ; la réduction de la consommation d'alcool entraîne une amélioration de la santé physique et mentale ; la perte de poids et l'augmentation de l'activité physique entraînent une réduction de la tension artérielle et permettent de se sentir mieux et d'avoir une meilleure estime de soi). Il est important de mettre l'accent sur ces « gains rapides » dans les campagnes d'éducation à la santé.

Expliquer aux patients, aux décideurs et aux bailleurs de fonds qu'un traitement à long terme de l'hypertension réduira le risque d'accident vasculaire cérébral d'un pourcentage donné au cours des dix prochaines années est un défi bien plus grand que d'expliquer qu'une thérapie antimicrobienne ou antivirale sera efficace dans le traitement d'une infection sur une courte période.

Des tentatives ont été faites pour présenter les MNT comme une question de sécurité sanitaire,^{7,8} mais cela n'a pas eu le même écho que pour les maladies infectieuses.

Principes d'une communication efficace

Pour communiquer efficacement, le langage et la terminologie doivent trouver un écho auprès du public et être aussi simples, concis et concrets que possible. La capacité d'assimilation de nouvelles informations est également limitée : aujourd'hui, les individus sont soumis à plus d'informations en une journée que durant toute leur vie il y a quelques générations, d'où la nécessité de fournir des informations claires et faciles à assimiler, de manière convaincante et attrayante. L'humour peut également jouer un rôle important. De nombreuses personnes ne prêtent attention à un sujet que pendant quelques secondes, en particulier lorsque le message n'a pas été sollicité par la personne concernée. Jusqu'à présent, le programme de lutte contre les MNT a été largement mené par les professionnels, où la complexité est reconnue et même célébrée. Toutefois, pour que la communication en matière de santé publique soit efficace, il faut inverser ce modèle : les messages doivent être simples, clairs et sans ambiguïté. Les messages doivent pouvoir trouver un écho immédiat compte tenu de la myriade d'informations concurrentes que les individus reçoivent chaque jour. Les principes clés d'une communication efficace sont l'accessibilité, la praticabilité, la crédibilité, la pertinence, l'opportunité et la compréhensibilité.⁹

Les approches paternalistes, négatives ou qui portent des jugements ont peu de chances d'entraîner un changement de comportement (et peuvent être contre-productives, notamment chez les jeunes), en particulier lorsque l'environnement n'est pas propice au changement de comportement. Des messages cohérents, positifs et responsabilisants, diffusés au bon moment et de manière soutenue, ont plus de chances de réussir dans un environnement favorable (par exemple, une campagne « 5 par jour » encourageant les individus à manger cinq fruits et légumes par jour a plus de chances de réussir lorsque ces fruits

et légumes sont accessibles et abordables, et que les réseaux sociaux locaux et les influenceurs promeuvent des façons attrayantes de les consommer). Les campagnes éducatives visant à alerter les individus sur les risques d'un régime alimentaire malsain (qui peut être perçu par le public comme ennuyeux et négatif) ont peu de chances d'avoir un impact important si d'autres médias diffusent des messages (excitants et positifs) sur le plaisir instantané indubitable découlant du même comportement malsain (par exemple, la consommation d'une boisson sucrée ou d'un gâteau à la crème). Les messages devraient donc mettre l'accent sur les possibilités de plaisir « sain » (par exemple, « plus de légumes, moins de sel ») ou encourager les actions positives (par exemple, « manger intelligemment, perdre du poids », « s'engager à être en forme », « joindre le geste à la parole »). Là encore, ces mesures seront plus efficaces si des interventions réglementaires et autres sont mises en place pour réduire la commercialisation d'alternatives malsaines.

Cibler les publics appropriés de la manière adéquate

Il existe plusieurs publics lorsqu'il s'agit de MNT. Le premier groupe comprend : (i) les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, de diabète, de cancer et/ou de maladies respiratoires chroniques ; (ii) les personnes présentant des facteurs de risque (ou à haut risque) d'une ou plusieurs de ces maladies ; et (iii) le reste de la population (en bonne santé). Le deuxième groupe comprend les dirigeants communautaires, y compris les influenceurs sociaux et autres. Le troisième groupe est composé des professionnels de la santé. Le quatrième groupe comprend les décideurs au sein du gouvernement et de la société, y compris les partenaires de développement. Il est essentiel d'identifier le message clé pour le public ciblé, car cela permet de déterminer les outils qui seront utilisés (par exemple, les réseaux sociaux, la télévision, la radio, les journaux, les dépliants, les lettres, les pétitions), les approches (publicité et marketing, mailings, rapports détaillés), ainsi que le contenu et le ton du message.

De nombreux experts en communication soulignent l'importance d'avoir un seul résultat/objectif global de communication (SOCO). Pour ce faire, il faut comprendre : (i) quel est le problème ; (ii) pourquoi se concentrer sur ce

Tableau 50.1 Analyse des parties prenantes ou du public pour un seul résultat/objectif de communication global (SOCO)

Les réfractaires (résistants actifs) : ceux qui ont un niveau d'énergie élevé et qui ne sont pas d'accord avec le SOCO.	Les experts (défenseurs actifs) : ceux qui ont un niveau d'énergie élevé et qui sont d'accord avec le SOCO.
Les opposants systématiques (résistants passifs) : ceux avec un faible niveau d'énergie et en désaccord avec le SOCO.	Les soutiens silencieux (soutiens passifs) : ceux qui ont un niveau d'énergie faible et qui sont d'accord avec le SOCO.

problème – et pourquoi maintenant ; (iii) qui doit changer de comportement (c'est-à-dire le public cible) ; (iv) quel changement est nécessaire, et (v) les avantages qui en résulteront. Il n'est guère pertinent d'essayer de faire passer des messages de santé publique s'il est difficile de justifier les raisons pour lesquelles la question est importante pour le public et pourquoi celui-ci devrait s'en préoccuper, c'est-à-dire la manière dont le changement sera bénéfique pour chacun et/ou leur entourage (par exemple, l'avantage d'arrêter de fumer pour leur enfant à naître, ou le fait d'arrêter de fumer les rendra plus attrayants ; ou la mise en œuvre d'un changement de politique permettra à un fonctionnaire d'atteindre ses objectifs annuels et entraînera une progression de sa carrière).

Il est également important de connaître (et d'avoir des plans de gestion) les différents groupes qui peuvent avoir un impact sur les résultats visés (Tableau 50.1).

Une stratégie de communication doit viser à impliquer activement des experts et des personnes d'influence, à transformer les opposants systématiques en éviteurs, les éviteurs en soutiens silencieux et les soutiens silencieux en experts.

Campagnes médiatiques de masse

Elles sont largement utilisées pour exposer des proportions élevées de vastes populations à des messages de manière répétée, dans la durée, à un faible coût par personne, et ce, par le biais de médias adéquats, notamment la télévision, la radio, les réseaux sociaux et la presse écrite. L'exposition est généralement passive, en particulier dans les médias traditionnels (journaux, panneaux d'affichage, télévision). En revanche, les réseaux sociaux permettent une participation plus active du public ciblé, et l'évaluation de la campagne peut inclure les niveaux d'engagement des utilisateurs.

L'éducation du public sur les méfaits du tabagisme et du tabagisme passif, la réduction de la consommation de sel dans l'ensemble de la population et l'augmentation de l'activité physique, ainsi que d'autres programmes communautaires d'éducation, de motivation et de protection de l'environnement visant à favoriser les changements de comportement, sont autant de meilleurs choix de l'OMS. Les campagnes médiatiques sur les régimes alimentaires sains, y compris le marketing social pour réduire la consommation de graisses totales, de graisses saturées, de sucres et de sel, et promouvoir la consommation de fruits et légumes constituent des interventions recommandées. De plus amples détails sur l'impact des changements de comportement induits par les campagnes médiatiques de masse sur la prévention et le traitement des MNT sont disponibles ailleurs.¹⁰

Les campagnes médiatiques de masse peuvent cibler l'individu directement (par exemple, pour l'inciter à arrêter de fumer ou à faire plus d'activité physique) ou indirectement (par exemple, les individus qui n'ont pas vu la campagne peuvent être incités à changer de comportement par ceux qui ont été exposés à la campagne).¹⁰ Les campagnes médiatiques de masse (en particulier celles qui passent par les réseaux sociaux) peuvent également susciter un

débat public sur des questions de santé qui peuvent collectivement conduire à des changements de politique publique (par exemple, une campagne décourageant le tabagisme en raison de ses effets secondaires sur les non-fumeurs peut accroître le soutien du public à une nouvelle politique qui restreint le tabagisme dans des lieux spécifiques).

Les ressources dont dispose le secteur privé pour mener des campagnes de marketing commercial à grande échelle, très documentées, intensives et soutenues, dépassent largement celles disponibles pour les campagnes de santé du secteur public. Lorsqu'il existe une concordance entre les messages de santé publique des entités du secteur privé (par exemple, l'industrie des articles de sport et les entreprises spécialisées dans les aliments et les boissons sains) et les autorités de santé publique, une collaboration est possible (Chapitre 57).

Le rôle des réseaux sociaux dans la prévention et la lutte contre les MNT

Les réseaux sociaux, les technologies mobiles et l'accès à Internet ont révolutionné la communication, en fournissant des outils puissants et peu coûteux pour communiquer sur les questions relatives à la prévention et à la prise en charge des MNT.¹¹ Les réseaux sociaux comprennent les plates-formes de réseautage social, par exemple Facebook/Meta,¹² YouTube, Instagram, Twitter, LinkedIn, TikTok, qui ont toutes une énorme portée mondiale (chacune ayant plus d'un milliard d'utilisateurs). Les applications de messagerie et de chat (y compris certaines des applications susmentionnées ainsi que WhatsApp, Snapchat, Telegram, Signal, WeChat, Skype, Viber) sont consultées et utilisées par des milliards de personnes chaque jour. Ensemble, ces médias sont souvent vus/utilisés par les individus pendant plusieurs heures chaque jour. Les réseaux sociaux offrent donc d'importantes possibilités d'éducation à la santé et de partage d'informations, et peuvent apporter un soutien social, psychologique ou par les pairs, encourager les soins personnels et l'autogestion, soutenir les campagnes de santé publique, promouvoir le renforcement des capacités des professionnels de la santé, et approuver et soutenir l'élaboration des politiques.^{13,14}

Malgré les possibilités décrites ci-dessus, les données probantes sont encore limitées, jusqu'à présent, en ce qui concerne l'impact des réseaux sociaux sur la prévention et la prise en charge des MNT. En outre, les réseaux sociaux présentent un certain nombre de risques et de défis, notamment : (i) le mélange d'informations de bonne qualité et de qualité médiocre (les utilisateurs étant souvent incapables de distinguer les informations non référencées, inadéquates ou trompeuses, se concentrant souvent sur des histoires individuelles, sensationnelles, trop émotionnelles ou controversées, voire sur des « infox », de mauvaises histoires ou la mésinformation, qui peuvent être diffusées rapidement et devenir « virales ») ; (ii) la confidentialité et la vie privée des patients ; (iii) les risques pour la réputation professionnelle ;¹⁵ (iv) les intérêts commerciaux (par exemple, la commercialisation des aliments et des boissons sur les réseaux sociaux et certains « influenceurs » ou utilisateurs qui promeuvent des

comportements malsains) ; (v) le manque de surveillance et de réglementation ; et (vi) l'équité en matière d'accès, qui amplifie la fracture numérique.¹³

Suivi et évaluation

Il est important d'évaluer régulièrement les campagnes de communication pour déterminer comment et dans quelle mesure les stratégies et les activités atteignent les publics ciblés et quel est leur impact. Des exemples de cadres et de guides sont disponibles pour évaluer la relation entre les intrants, les activités, les extrants, les résultats et l'impact.^{16,17} L'un des défis réside dans le fait que l'impact des campagnes de sensibilisation sur les comportements sains ciblant la population, comme les avantages de la lutte contre les MNT (ou les facteurs de risque), est souvent éloigné dans le temps et influencé par de nombreux autres facteurs. En outre, des indicateurs de processus sont donc souvent utilisés, par exemple, des enquêtes téléphoniques rapides pour évaluer combien de personnes ont entendu parler de la campagne et des actions entreprises en conséquence.¹⁸ Un protocole pour la revue systématique des examens évaluant l'efficacité des interventions dans les médias de masse pour la prévention et la lutte contre les MNT a récemment été élaboré.¹⁹

Remarques

- 1 Bernhardt JM. Communication at the core of effective public health. *Am J Public Health* 2004;94:2051–3.
- 2 Hunt L. How social marketing differs from commercial marketing. San Diego: Civilian (web site).
- 3 Guttman N. *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000.
- 4 Institute of Medicine. *Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations*. Washington, DC: National Academy Press, 2002.
- 5 Adjaye-Gbewonyo K, Vaughan M. Reframing NCDs? An analysis of current debates. *Glob Health Action* 2019;12:1641043.
- 6 Dugan A. Global study: harm from noncommunicable diseases underrated. Gallup Blog. 21 September 2022. <https://news.gallup.com/opinion/gallup/401279/global-study-harm-from-noncommunicable-diseases-underrated.aspx>
- 7 Three Ways NCDs Impact Global Health Security. US Centres for Disease Control and Prevention, 2018.
- 8 Saha A, Alleyne G. Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bull WHO* 2018;96:792–3.
- 9 Principles for effective communications. WHO, <https://www.who.int/about/communications/principles>.
- 10 Wakefield MA et al. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010;376:1261–71.
- 11 Hawn C. Take two aspirin and tweet me in the morning: how Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care. *Health Aff* 2009;28:361–8.
- 12 Menefee HK et al. Mechanisms of communicating health information through Facebook: implications for consumer health information technology design. *J Med Internet Res* 2016;18:e5949.

- 13 Islam SMS et al. The role of social media in preventing and managing non-communicable diseases in low-and-middle income countries: hope or hype? *Health Policy and Technol* 2019;8:96–101.
- 14 Freeman B et al. Social media campaigns that make a difference: what can public health learn from the corporate sector and other social change marketers? *Public Health Res Pract* 2015;25:e2521517.
- 15 Bernhardt JM. A social media primer for professionals: digital dos and don'ts. *Health Promot Pract* 2014;15:168–72.
- 16 Evaluate complex campaigns. WHO, <https://www.who.int/about/communications/evaluation/campaigns-evaluation>.
- 17 Asibey E et al. Are we there yet? A Communications Evaluation Guide. Naperville, IL: The Communications Network, 2008.
- 18 Bovet P et al. Impact and cost of a 2-week community-based screening and awareness program for diabetes and cardiovascular risk factors in a Swiss canton. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2011;4:213–23.
- 19 Jeet G et al. Protocol for a systematic review of reviews evaluating effectiveness of mass media interventions for prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ Open* 2020;10:e032611.

51 Prévention et lutte contre les MNT dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires

*Éimhín Ansbro, Nick Banatvala,
Sylvia Kehlenbrink, Kiran Jobanputra*

Plus de 80 millions de personnes dans le monde sont déplacées en raison de conflits ou de catastrophes naturelles.¹ Le déplacement peut être dû à un événement grave ou à une situation chronique, qui peut durer plusieurs années, voire plusieurs décennies. Comme pour toute population, une proportion importante des personnes déplacées vivent avec des MNT ou risquent d'en développer. Les populations déplacées peuvent être particulièrement vulnérables pendant les crises en raison de leur mauvaise santé et d'un accès limité aux soins de santé avant leur déplacement. En outre, le déplacement lui-même augmente le risque de mauvais résultats sanitaires pour les personnes atteintes de MNT et crée des défis spécifiques pour les systèmes de santé et pour ceux qui fournissent une assistance médicale humanitaire d'urgence ou à long terme (Encadré 51.1).² En outre, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIPP) sont susceptibles d'avoir un capital social réduit et un accès limité aux ressources communautaires, telles que les marchés du travail, l'éducation, les systèmes de soins de santé et de protection sociale, ce qui compromet davantage leur santé et leur bien-être.³

ENCADRÉ 51.1 DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LES MNT AU SEIN DES POPULATIONS DÉPLACÉES

- Les populations confrontées à des situations d'urgences humanitaires sont susceptibles de présenter une incidence plus élevée de complications liées aux MNT (par exemple, la mortalité cardiovasculaire peut être jusqu'à 2 à 3 fois plus élevée lors d'une urgence humanitaire).^{4,5}
- L'accès aux soins de santé et leur continuité peuvent être médiocres, les équipements de diagnostic et les traitements disponibles étant limités, ce qui entraîne une augmentation de la mortalité due à des complications graves (par exemple, l'acidocétose diabétique pour le diabète de type 1 ou l'infarctus du myocarde en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires) ou une augmentation de la morbidité et

une détérioration de la santé à long terme en raison d'interruptions dans le traitement à long terme (par exemple, le développement d'un handicap irréversible pour le diabète de type 2).

- Les MNT peuvent entraîner un handicap (par exemple, une déficience visuelle due au diabète ou des problèmes de mobilité dus à une maladie cardiovasculaire), limitant la capacité d'une personne à faire face à un déplacement ou à un autre type d'urgence..
- Les populations déplacées sont également davantage susceptibles d'être exposées aux facteurs de risque des MNT en raison du stress psychosocial lié au déplacement, de l'exposition à la violence, de la perturbation du soutien social et de la marginalisation, ce qui peut entraîner une augmentation du tabagisme, une consommation nocive d'alcool, une alimentation malsaine, un manque de possibilités d'activité physique et une dégradation des conditions environnementales, avec l'inhalation de fumée et d'autres produits chimiques toxiques.

Cadres juridiques et mandats

Si, en principe, les réfugiés (ceux qui franchissent les frontières internationales) peuvent accéder à un certain nombre de services en vertu de cadres juridiques et de traités internationaux contraignants, y compris la fourniture de soins de santé, ces cadres ne s'appliquent pas aux PDIPP (celles qui ne franchissent pas la frontière d'un pays) qui, par conséquent, ne sont pas assurées de bénéficier des mêmes protections. Néanmoins, les déclarations politiques issues des réunions de haut niveau sur les MNT, les résolutions du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies (ECOSOC) et de l'Assemblée mondiale de la Santé⁶ et le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT soulignent l'impact des MNT sur les réfugiés et les PDIPP et la nécessité de veiller à ce qu'ils puissent accéder à une prévention, à un traitement et à des soins appropriés.

Les agences ayant pour mandat de soutenir la santé des personnes touchées par des situations d'urgence comprennent les gouvernements (tant ceux qui accueillent les populations déplacées que ceux qui canalisent le soutien à travers leurs programmes d'aide au développement), les agences de l'Organisation des Nations Unies, telles que l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l'Office de secours et de travaux de l'Organisation des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine (UNRWA) et l'OMS. Un certain nombre d'organisations internationales (non mandatées) telles que le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), Médecins sans Frontières (MSF), le Comité international de secours et Save the Children, ainsi que des organisations locales de la société civile sont également des fournisseurs clés

de soins de santé dans les crises humanitaires. Le système de regroupement de l'OMS a été mis au point pour améliorer la collaboration et la coordination entre ces différentes agences sur le terrain.⁷

Actions clés pour garantir l'accès des populations vivant dans des contextes humanitaires à la prévention et aux soins des MNT

Au cours des deux dernières décennies, les acteurs humanitaires ont adapté leurs modèles de soins de santé pour les situations d'urgence, traditionnellement axés sur les soins épisodiques aigus pour la malnutrition, la santé reproductive et les maladies transmissibles, afin de mieux répondre aux besoins de soins chroniques pour les MNT. Le manuel Sphere décrit des actions visant à garantir que les populations dans des contextes humanitaires ont accès à des programmes de prévention, des diagnostics et des thérapies essentielles pour les complications graves et la prise en charge à long terme des MNT (Encadré 51.2).⁸

ENCADRÉ 51.2 ACTIONS CLÉS POUR GARANTIR L'ACCÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS DES CONTEXTES HUMANITAIRES AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES MNT

1. Identifier les besoins sanitaires en matière de MNT et analyser la disponibilité des services avant la crise.
 - Identifier les groupes ayant des besoins prioritaires, y compris ceux qui risquent des complications potentiellement mortelles, comme les diabétiques insulino-dépendants ou les personnes souffrant d'asthme sévère.
2. Mettre en œuvre des programmes à approche progressive fondés sur les priorités en matière de sauvetage et de soulagement des souffrances.
 - Veiller à ce que les patients chez qui on a diagnostiqué des complications potentiellement mortelles (par exemple, crise d'asthme grave, acidocétose diabétique) reçoivent des soins appropriés, y compris des soins palliatifs et des soins de soutien.
 - Éviter une interruption soudaine du traitement pour les patients diagnostiqués avant la crise.
3. Intégrer les soins pour les MNT dans le système de santé à tous les niveaux.

- Mettre en place un système d'orientation pour la prise en charge des complications aiguës et des cas complexes dans les soins secondaires ou tertiaires, ainsi que pour les soins palliatifs et de soutien.
 - Orienter les patients vers des solutions en matière de nutrition ou de sécurité alimentaire, le cas échéant.
4. Mettre en place des programmes nationaux de préparation aux MNT.
- Inclure les médicaments et fournitures essentiels dans les fournitures médicales d'urgence prépositionnées ou d'urgence.
 - Préparer chaque patient avec une réserve de médicaments et des instructions sur l'accès aux soins d'urgence en cas de crise.

Malgré cela, la prise en charge des MNT reste insuffisante dans les contextes humanitaires. Le reste de ce chapitre décrit les actions clés pour renforcer la prise en charge des MNT dans les situations d'urgence humanitaire.

Renforcer la prise en charge des MNT tout au long du cycle de programmation de l'aide humanitaire

Le cycle de programmation de l'aide humanitaire (CPAH) a été élaboré par le Comité permanent interinstitutions et est largement utilisé par les agences humanitaires. Il divise la réponse humanitaire d'urgence en phases comprenant la préparation et l'état de préparation, l'évaluation et l'analyse des besoins, la planification stratégique, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre et le suivi, ainsi que l'évaluation et le rétablissement rapide.⁹ L'OMS et d'autres agences ont mis en évidence les lacunes et les priorités pour l'intégration de la prise en charge des MNT dans le CPAH.¹⁰ Nous soulignons les priorités pour le renforcement de la réponse opérationnelle à travers les phases du CPAH.

La préparation et l'état de préparation

Les plans d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence doivent garantir : l'exhaustivité du profil national des MNT et de l'évaluation des capacités ; l'état de préparation des établissements de santé et la disponibilité des médicaments et équipements essentiels, y compris ceux destinés au traitement des MNT.¹¹ Des stratégies individuelles pour les patients atteints de MNT en cas d'urgence doivent être mises en place, y compris la disponibilité de médicaments de réserve et l'identification d'autres sources de soins cliniques. Il convient d'accorder une attention particulière à la fourniture de soins d'urgence pour les MNT, notamment en formant des partenariats préétablis (par exemple, le groupe de travail Renal Disaster Relief et Insulin for Life). Il est important que les MNT soient incluses dans les initiatives nationales d'analyse des risques de catastrophes.

Évaluation et analyse des besoins

Des informations actualisées sont nécessaires sur la démographie et l'épidémiologie de base, les services et infrastructures de santé existants, l'accès et les obstacles aux services spécifiques aux MNT (ressources humaines, médicaments, équipements) aux différents niveaux de soins de santé, les voies d'orientation et le transport, les chaînes logistiques et d'approvisionnement, et les systèmes d'information sanitaire existants liés aux MNT (dossiers des patients, registres, systèmes d'information sanitaire). Des informations préliminaires sur les MNT dans les pays confrontés à des crises humanitaires peuvent être obtenues par une étude documentaire des profils nationaux des MNT de l'OMS, des enquêtes STEPS (Chapitre 5) et des données interagences. En outre, l'évaluation initiale multisectorielle rapide (MIRA)¹² peut être utilisée pour fournir des informations en temps réel sur les besoins immédiats. Le système de surveillance de la disponibilité des ressources et des services de santé (HeRAMS) et l'outil Health Cluster 3/4W (qui, quoi, où, quand) peuvent fournir un aperçu rapide de la capacité de réponse.¹³

Planification de la réponse stratégique

Il s'agit de définir les éléments prioritaires du programme de lutte contre les MNT à inclure dans la réponse globale, de définir le modèle de prestation de services et de planifier la transition vers la phase prolongée (ou de rétablissement) de l'urgence. Contrairement à certains domaines de la santé (tels que la santé reproductive), il n'existe pas d'ensemble convenu d'activités prioritaires ou d'ensemble minimal de services initiaux (EMSI)¹⁴ pour les MNT dans la phase d'intervention d'urgence. Toutefois, les directives du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS sur l'intégration de la prise en charge des MNT dans les interventions d'urgence et la préparation aux situations d'urgence¹⁵ et les directives opérationnelles de l'OMS sur le maintien des services essentiels pendant la pandémie de COVID-19 fournissent une liste de priorités pour la prise en charge des MNT qui pourrait s'appliquer à de nombreux contextes humanitaires.¹⁶ Le groupe de travail informel interagences sur les MNT a élaboré des directives opérationnelles pour la prise en charge des MNT dans les situations d'urgence, qui peuvent contribuer à la définition du modèle de prestation de services. Il s'agit notamment du (i) triage, des soins vitaux et de soins de suivi - y compris les voies d'orientation ; (ii) de la prévention, y compris la promotion de la santé et l'éducation des patients, notamment la réduction du risque de COVID-19 (car les personnes vivant avec des MNT courent un risque accru de développer la maladie et ses complications) ; (iii) de l'engagement communautaire ; (iv) de la formation ; et (v) de la surveillance et de la tenue de registres, y compris l'importance de la protection des données.¹⁷

La réduction de la mortalité est la priorité immédiate. Les personnes atteintes de MNT (qui sont souvent négligées en cas de crise) peuvent être triées comme suit : premièrement, celles dont la vie est menacée (par exemple, crise d'asthme

grave, crise cardiaque, acidocétose diabétique, ainsi que celles qui ont besoin d'un soulagement de la douleur, y compris pour les soins palliatifs) ; deuxièmement, celles qui courent un risque immédiat de complications si les soins ne sont pas prodigués ou sont interrompus (par exemple, diabète insulino-dépendant, angine de poitrine instable) ; troisièmement, celles qui sont stables, mais à risque en cas d'interruption du traitement (par exemple, traitement anti-hypertenseur ou anticoagulant) ; et enfin, les personnes non diagnostiquées et symptomatiques.

Mobilisation des ressources

Un kit sanitaire d'urgence pour les MNT a été élaboré et inclus dans le kit sanitaire d'urgence interagences. Chaque kit de prise en charge des MNT comprend un traitement de soins primaires pour l'hypertension, les troubles cardiaques, le diabète et les maladies respiratoires chroniques pour une population de 10 000 personnes pendant une période de trois mois, avec des médicaments conformes à la Liste 2015 des médicaments essentiels de l'OMS et à l'ensemble des interventions essentielles de l'OMS pour la lutte contre les MNT (PEN OMS) pour les soins primaires dans les contextes à faibles ressources. L'efficacité du kit de prise en charge des MNT est en cours d'évaluation. L'ensemble PEN de l'OMS fournit des algorithmes cliniques simplifiés qui peuvent être utilisés pour renforcer la formation du personnel à la prise en charge des MNT.

Mise en œuvre et surveillance

Dans la phase post-aiguë ou prolongée d'une situation d'urgence, la prise en charge des MNT devrait être élargie pour inclure la gestion des présentations subaiguës et chroniques des MNT précédemment identifiées, en fournissant des soins continus et des soins palliatifs. Une fois l'ensemble initial de services mis en place, il convient de procéder à une évaluation plus complète des besoins et d'élargir les services afin de prendre en charge les personnes traitées avant la situation d'urgence pour des pathologies telles que le diabète non insulino-dépendant, les maladies coronariennes, l'hypertension, le cancer ou les maladies respiratoires chroniques. La décision de rechercher activement les cas précédemment non détectés ou asymptomatiques dépendra de la capacité des services de santé.

La prise en charge des MNT devrait être intégrée dans les services de soins de santé primaires existants dès le début de l'intervention ou le plus tôt possible, les ressources étant utilisées pour renforcer les systèmes nationaux. Dans la mesure du possible, les agences humanitaires peuvent fournir des services directement ou soutenir les services publics. Des voies d'orientation doivent être rapidement mises en place, mais elles dépendront des ressources et du contexte.¹⁸ Dans les pays où la plupart des soins quotidiens pour les MNT sont dispensés au niveau secondaire/tertiaire, des efforts devraient être déployés

pour réorienter les soins vers le niveau de soins primaires, plus rentable, avec un renforcement rapide de la formation du personnel.

Plusieurs organisations (MSF, CICR) ont élaboré des guides cliniques prêts à l'emploi pour la prise en charge des MNT dans le contexte des urgences humanitaires.¹⁹ Un ensemble d'interventions essentielles pour la lutte contre les MNT dans les contextes humanitaires (PEN-H)²⁰ a été adapté à partir de l'ensemble PEN de l'OMS pour les soins primaires.²¹ L'ensemble PEN-H est principalement destiné aux médecins, aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux autres membres du personnel clinique qui assurent la prise en charge des MNT dans ces contextes. Il couvre les MNT et leurs facteurs de risque et fournit des diagrammes détaillés pour le diagnostic et la prise en charge d'une série de maladies cardiovasculaires (y compris les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et l'hypertension), du diabète (y compris l'acidocétose diabétique) et des maladies respiratoires chroniques (y compris l'asthme et les bronchopneumopathies chroniques obstructives). La London School of Hygiene and Tropical Medicine gère une base de données de conseils et d'outils cliniques et opérationnels.²²

Il est recommandé d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments génériques de bonne qualité et en équipements conformes aux listes de médicaments essentiels nationales, de l'OMS ou du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Il pourrait ne pas être possible de maintenir les traitements existants des patients et l'introduction de nouveaux traitements ou de traitements coûteux pourrait ne pas être viable. Les difficultés d'approvisionnement, notamment les interruptions physiques dues à l'insécurité, la destruction des réseaux de transport, une demande écrasante, une mauvaise gestion, ou une capacité de stockage insuffisante pour les médicaments, en particulier l'insuline qui nécessite une chaîne du froid, constituent souvent des obstacles immédiats aux soins dans les crises humanitaires.

Les personnes atteintes de MNT et leurs facteurs de risque ont besoin d'un suivi régulier au niveau des soins primaires pour surveiller la prise en charge de la maladie et prévenir ou gérer les complications à long terme (par exemple, utiliser de l'aspirine chez les personnes présentant un risque cardiovasculaire élevé, assurer un bon contrôle de l'hypertension et du diabète et dépister certaines complications, telles que le pied diabétique). Cela implique un accès régulier à des consultations cliniques, à des médicaments, à des dispositifs médicaux et à des tests en laboratoire. La promotion de l'autogestion et de l'autonomisation des patients pourrait être bénéfique, mais les preuves de leur utilisation dans des contextes humanitaires font défaut. La fourniture de soins de qualité nécessite la collecte et le suivi de données ainsi que des systèmes de soins chroniques performants.

L'éducation des patients est particulièrement importante dans le cas des populations mobiles où les patients ont souvent accès à des services de santé et à des fournisseurs de soins différents. L'observance thérapeutique peut être améliorée si le personnel suit des protocoles simplifiés et s'il possède de bonnes compétences en matière de communication. La promotion de la santé est

importante et peut être porteuse d'un message de vie. Bien que les personnes en situation de crise humanitaire puissent avoir des options alimentaires limitées ou abordables et puissent dépendre d'une aide alimentaire riche en calories, initialement conçue pour lutter contre la sous-nutrition, des organisations telles que le Programme alimentaire mondial peuvent être en mesure de fournir des alternatives appropriées, par exemple, des aliments à faible teneur en sel ou en matières grasses, des bons alimentaires ou un système de paiement en espèces, y compris pour les personnes souffrant de MNT spécifiques telles que l'hypertension, le diabète ou l'hypercholestérolémie. Les conseils en matière d'exercice physique doivent être adaptés au contexte, en tenant compte des normes de sécurité et des normes culturelles.

La prévention primaire n'est pas prioritaire lors des interventions d'urgence, mais elle est importante lorsque les situations d'urgence deviennent chroniques. Les responsables communautaires (y compris les professionnels de la santé déplacés qui peuvent ne pas être autorisés à travailler dans le secteur de la santé là où ils se sont installés), les bénévoles et les groupes d'entraide peuvent mener des activités de promotion de la santé et encourager les individus à accéder aux services de santé et à suivre un traitement à long terme.

Évaluation et rétablissement précoce

L'association Sphere a identifié des indicateurs et des objectifs généraux pour mesurer les performances en matière de prévention et de prise en charge des MNT, mais un ensemble d'indicateurs communs et spécifiques couvrant les niveaux du système de santé, des établissements et des patients est en cours d'élaboration par le groupe de travail informel interagences sur les MNT en contextes humanitaires.

Les revues opérationnelles internes ainsi que les évaluations post-intervention sont essentielles pour garantir l'apprentissage continu et l'amélioration des services destinés aux personnes atteintes de MNT. La planification du rétablissement doit commencer dès le début de la phase post-aiguë/prolongée (>6 mois) de la crise, afin de garantir que les systèmes de santé publique et de soins de santé soient entièrement rétablis à temps.²³

Remarques

- 1 UNHCR. Global trends: forced displacement in 2021. Geneva: UNHCR, 2022. <https://www.unhcr.org/globaltrends.html>.
- 2 Slama S et al. Care of non-communicable diseases in emergencies. *Lancet* 2017;389:326–30.
- 3 Responding to the challenge of non-communicable diseases. UNHCR and UN Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs, 2018.
- 4 Hayman KG et al. Burden of cardiovascular morbidity and mortality following humanitarian emergencies: a systematic literature review. *Prehosp Disaster Med* 2015;30:80–8.
- 5 Jawad M et al. The impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review. *Heart* 2019;105:1388–94.

- 6 WHA74 Agenda Item 13.2: resolution on diabetes prevention and management, including access to insulin; WHA72 Agenda Item 12.4: Promoting the Health of Refugees and Migrants. WHO.
- 7 Health Cluster coordination guidance for heads of WHO country offices as cluster lead agency. WHO, 2019.
- 8 Sphere Association. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018.
- 9 IASC Reference Module for the Implementation of the Humanitarian Programme Cycle. Inter-Agency Standing Committee, United Nations, 2015.
- 10 Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases Report by the Director-General, Annex 4. WHO, EB 150/7, 2022.
- 11 WHO Guidance on preparing for national response to health emergencies and disasters. WHO, 2021.
- 12 IASC. Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment Guidance Revision July 2015.
- 13 Health Cluster 3/4W Tool. WHO, 2021.
- 14 Minimum Initial Services Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health (SRH) in Crisis Situations. United Nations Population Fund, 2020 (web site).
- 15 Integration of NCD care in emergency response and preparedness. WHO, Regional Office for South-East Asia, 2018.
- 16 UN Interagency Task Force on NCDs. *Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic*. WHO and UNDP, 2020.
- 17 Integrating non-communicable disease care in humanitarian settings – an operational guide. UNHCR, International Rescue Committee and the Informal Inter-Agency Group on NCDs in Humanitarian Settings, 2020.
- 18 UNHCR's principles and guidance for referral health care for refugees and other persons of concern. UNHCR, 2009.
- 19 Non-communicable diseases: programmatic and clinical guidelines. MSF, 2016.
- 20 Miller L, Mendis S et al. Package of essential non-communicable diseases interventions for humanitarian settings (PEN-H). International Rescue Committee and USAID, 2020.
- 21 Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2020.
- 22 Mortlock A et al. NCDs in humanitarian settings: resources and tools. London School Hygiene and Tropical Medicine, web site.
- 23 Disaster recovery guidance series: health sector recovery. PAHO/WHO/IRP/GFDRR, 2017.

52 Le rôle des droits de l'homme dans la prévention et la lutte contre les MNT

*Lynn Gentile, Maria Chiara Campisi,
Nyasha Chingore*

Les droits de l'homme sont des droits que chacun possède du simple fait d'exister en tant qu'être humain. Ces droits universels sont inhérents à toute personne dans le monde, indépendamment de sa nationalité, de son sexe, de son origine nationale ou ethnique, de sa couleur, de sa religion, de sa langue ou de tout autre statut. Ils vont du plus fondamental (le droit à la vie) à ceux qui font que la vie vaut la peine d'être vécue, tels que les droits à l'alimentation, à l'éducation, au travail, à la santé et à la liberté. Ils ne sont accordés par aucun État, mais sont reconnus dans des instruments juridiques internationaux, régionaux et nationaux qui en font des droits opposables. Les droits de l'homme font partie des principes fondamentaux du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.

Les droits de l'homme sont des instruments importants pour la santé, y compris pour la prévention et la lutte contre les MNT

Les droits de l'homme constituent des normes contraignantes

Le droit à la santé est reconnu par de nombreux instruments relatifs aux droits de l'homme, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits de l'enfant. Il est également reconnu par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Contrairement aux options politiques, les droits de l'homme sont juridiquement contraignants pour les États et doivent être mis en œuvre.

Les droits de l'homme étant interdépendants et intimement liés, le droit à la santé ne peut être pleinement réalisé que si les autres droits de l'homme sont respectés. Le degré de jouissance des droits à la protection sociale et au travail, par exemple, aura une incidence sur la possibilité d'accéder aux services de santé. Notre accès à une alimentation et à une nutrition adéquates et saines influe sur notre santé. Les droits civils et politiques tels que la liberté d'association et de réunion permettent aux individus de s'organiser et de plaider en faveur de meilleurs services de santé, tandis que le droit à l'information permet aux individus de prendre des décisions éclairées sur leur santé et leur mode de vie.

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme vise à garantir que les lois, les politiques, les pratiques et les processus ayant un impact sur la santé favorisent la réalisation du droit à la santé pour tous et sont guidés par les principes des droits de l'homme. À ce titre, les États ont l'obligation de garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des biens, établissements et services de santé pour tous, sur un pied d'égalité. Ils doivent être de bonne qualité, scientifiquement et médicalement appropriés, et respecter la confidentialité et l'éthique médicale. Une approche fondée sur les droits de l'homme exige également que le gouvernement et les prestataires de services soient tenus responsables du respect de leurs obligations en vertu du droit à la santé. Lorsque l'action est inadéquate ou que des violations ont été commises, des recours efficaces doivent être facilement accessibles.

Les droits économiques et sociaux tels que le droit à la santé peuvent être réalisés progressivement. Les États doivent toutefois continuer à garantir la jouissance des niveaux minimaux essentiels du droit à la santé. Ces « obligations fondamentales » comprennent :

- Accès non discriminatoire aux établissements, biens et services de santé (y compris les médicaments essentiels), en particulier pour les groupes vulnérables ou marginalisés.
- Garantir l'accès à un minimum d'aliments essentiels, adéquats sur le plan nutritionnel et sûrs.
- Adopter et mettre en œuvre une stratégie nationale de santé publique et un plan d'action qui répondent aux préoccupations de l'ensemble de la population en matière de santé.¹
- Plus généralement, il s'agit de garantir l'accès à l'éducation, à un logement adéquat, à l'eau potable et à l'assainissement.

Les droits de l'homme offrent une protection particulière aux groupes vulnérables et marginalisés

Les droits de l'homme concernent tout particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité et de marginalisation, telles que celles qui sont les plus susceptibles d'être touchées par les MNT – et les moins susceptibles de bénéficier des mesures prises pour y remédier. Ces groupes sont souvent victimes de discrimination ou de stigmatisation, ce qui porte atteinte à leur droit à l'égalité d'accès à des services de santé de bonne qualité. Le cadre des droits de l'homme encourage l'adoption de mesures temporaires spéciales pour parvenir à une égalité réelle, et ces mesures constituent un outil utile pour parvenir à l'égalité des chances en matière de vie saine, en particulier lorsqu'elles sont utilisées dans un environnement juridique et politique où l'égalité et la non-discrimination sont activement protégées. En mettant l'accent sur l'accès universel et égal aux soins, biens et établissements de santé de qualité et sur la protection des groupes marginalisés, une approche fondée sur les droits de l'homme est essentielle pour élargir l'accès aux soins préventifs, curatifs et

palliatifs pour les personnes qui vivent avec une MNT ou qui risquent d'en développer une.

Les droits de l'homme requièrent une action sur les déterminants sous-jacents

Le droit à la santé comprend une action sur les facteurs socio-économiques, commerciaux, environnementaux et structurels sous-jacents qui déterminent ou influencent la capacité des personnes à vivre dans le meilleur état de santé possible. Ces « déterminants » de la santé se trouvent principalement en dehors du système de soins de santé, dans les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Par conséquent, la santé des individus, des communautés et des populations exige plus que des soins médicaux.² S'attaquer aux facteurs de risque des MNT signifie, par exemple, prendre en compte la manière dont le statut socio-économique, l'âge, les normes culturelles, le genre et d'autres distinctions affectent l'exposition des différentes populations, et s'attaquer aux causes profondes de ces différences. Les MNT sont plus répandues parmi les personnes socialement et économiquement défavorisées, telles que les personnes vivant dans la pauvreté ou celles ayant un niveau d'éducation relativement faible. S'attaquer aux inégalités et à la discrimination, y compris là où elles se croisent, est donc une intervention clé pour la lutte contre les MNT.

Les droits de l'homme appellent à la participation des individus, des communautés et de l'ensemble des parties prenantes

Participer aux décisions qui affectent notre vie est un droit et un principe fondamental de l'approche fondée sur les droits de l'homme. Par conséquent, les communautés, la société civile et les personnes atteintes de MNT ont le droit de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la surveillance de la riposte aux MNT. Faciliter la participation de la communauté est également bénéfique, car les services de santé et les services connexes sont plus susceptibles de répondre aux besoins réels des personnes atteintes de MNT. Les interventions au sein de la communauté comprennent la sensibilisation, les campagnes, la prestation de services et la recherche participative.

Droits de l'homme et politique de santé

Les organes de l'Organisation des Nations Unies chargés de veiller à ce que les États respectent leurs obligations en matière de droits de l'homme ont fourni des directives sur les mesures nécessaires pour intégrer les droits de l'homme dans la politique de santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, par exemple, a travaillé sur l'interprétation du contenu du droit à la santé protégé par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Les éléments suivants sont particulièrement adaptés à la planification et à la programmation de la lutte contre les MNT :

Collecte de données

La collecte de données complètes fait partie d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme.¹ Les données devraient être ventilées par âge, genre, exposition aux facteurs de risque, prévalence des MNT, région géographique, éducation, catégories de richesse et autres distinctions pertinentes au niveau local. Les données ventilées permettent d'identifier les disparités et les obstacles à l'accès aux soins de santé, les tendances de discrimination, les zones mal desservies, les problèmes de santé prioritaires, les déterminants sous-jacents et les populations ou groupes vulnérables. Les actions pertinentes sont notamment les suivantes :

- Allouer des ressources suffisantes pour développer et institutionnaliser la capacité de collecte de données.
- Analyser, diffuser et utiliser des données ventilées pour l'élaboration de politiques, l'évaluation de l'impact, la programmation et le partage d'informations, par exemple sur les stratégies de réduction des coûts telles que les meilleurs choix en matière de MNT.
- Utiliser des données désagrégées pour identifier les lacunes en matière de responsabilité et pour suivre et examiner les performances des systèmes de santé, y compris la mesure dans laquelle les systèmes de santé mettent en œuvre avec succès les droits de l'homme liés à la santé dans le cadre de la lutte contre les MNT.

Prévention

Il va sans dire que l'exposition aux facteurs de risque des MNT a une forte influence sur la probabilité de développer une MNT. D'autres facteurs déterminants de la santé dans le contexte des MNT sont la pauvreté, la discrimination, l'accès à l'éducation, un logement adéquat, l'alimentation et la nutrition, le développement de la petite enfance et la santé à l'adolescence (Chapitre 37 sur le parcours de vie). Dans la mesure où les MNT sont largement évitables, les décisions politiques devraient s'efforcer d'agir à la fois sur les déterminants applicables aux MNT et sur les facteurs de risque connus de ces maladies, notamment le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'inactivité physique et l'alimentation malsaine (Chapitre 17 sur les déterminants sociaux). À l'instar des secteurs ayant un impact sur la santé, tel que le secteur du commerce, l'agriculture, les systèmes alimentaires, l'éducation, le logement et la finance sont concernés, et une action coordonnée est essentielle (Chapitre 36 sur la population et les stratégies à haut risque ; Chapitre 41, sur les mesures fiscales ; Chapitre 53 sur les interventions pangouvernementales). Les approches fondées sur les droits de l'homme soutiennent, par exemple :

- Une évaluation approfondie, aux niveaux national et infranational, des obstacles administratifs, structurels, sociaux et autres à l'accès au traitement

et aux soins, et de la manière dont ils affectent les différents groupes de population.

- Une évaluation approfondie de la prévalence des facteurs de risque des MNT, y compris le surpoids ou l'obésité, le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'inactivité physique et les régimes alimentaires malsains dans tous les groupes de population (voir les chapitres consacrés à ces facteurs de risque).
- Des interventions rentables pour la prévention des maladies pulmonaires professionnelles, des interventions fondées sur le mode de vie pour prévenir le diabète, des programmes scolaires complets comprenant une éducation physique de qualité, la disponibilité d'installations et de programmes adéquats pour favoriser l'activité physique de tous les enfants et l'accès à une énergie propre pour la cuisine afin de réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

Cadres juridiques

Les lois déterminent, en grande partie, la mesure dans laquelle chacun jouit de sa santé et de ses droits en matière de santé. Les mesures visant à garantir un environnement juridique favorable devraient avoir pour objectif premier d'abroger, de supprimer ou de modifier les lois et politiques qui restreignent ou entravent la réalisation de ces droits, et de promulguer des lois et politiques positives pour les soutenir.³ Une approche holistique de la création d'un environnement juridique favorable va au-delà des lois spécifiques à la santé et examine ce qui rend les personnes vulnérables. Par exemple, l'inégalité de genre est un facteur majeur de la vulnérabilité des femmes au cancer du col utérin. Les cadres juridiques destinés à soutenir la prévention et la lutte contre les MNT sont importants aux fins suivantes :

- Réduire l'exposition aux facteurs de risque des MNT.
- Réglementer le secteur privé pour s'attaquer aux déterminants commerciaux de la santé.
- Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les inégalités, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé.
- Garantir la participation des parties prenantes à la définition des priorités, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes, ainsi qu'aux mécanismes de responsabilisation.
- Permettre aux gouvernements d'assumer pleinement la responsabilité d'une riposte efficace aux MNT et aux détenteurs de droits de revendiquer leur droit à la santé.

Un certain nombre de ces questions sont décrites plus en détail dans le Chapitre 46 sur le droit et les MNT.

Planification et budgétisation

Même dans des environnements où les ressources sont limitées, le droit à la santé implique que les États doivent allouer le maximum de ressources disponibles pour sa réalisation optimale.⁴ Cela implique une allocation proportionnée et rationnelle des ressources pour la lutte contre les MNT, couvrant les secteurs de la santé et de l'appui à la santé tels que l'éducation, l'alimentation et la protection sociale. Voici quelques exemples de mesures :

- Une évaluation des mesures relatives aux droits de l'homme requises dans le cadre de la lutte contre les MNT (par exemple, protection de la santé des enfants, promotion de l'allaitement maternel, réglementation de l'industrie alimentaire) dans tous les secteurs concernés, en utilisant des données désagrégées pour identifier les priorités.
- L'élaboration de plans d'action complets et assortis d'échéances prévoyant des actions explicites pour garantir la mise en œuvre de ces mesures, ainsi que des systèmes de surveillance correspondants.
- Identifier, grâce au partage des bonnes pratiques et à la fourniture d'un soutien technique, des interventions efficaces pour la prévention et le traitement des MNT, adaptées au contexte national.
- La mise en place de processus participatifs d'élaboration et d'examen du budget impliquant la représentation de toutes les parties prenantes, en particulier les personnes vivant avec des MNT.
- Évaluations de l'impact des politiques et programmes relatifs aux MNT sur les droits de l'homme – soit en tant que mesure autonome, soit en tant qu'élément intégré dans des évaluations d'impact plus larges.
- L'allocation de ressources adéquates pour mettre en œuvre les domaines susmentionnés.

Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des soins de santé

Selon les estimations, plus de 90 % des personnes vivant dans des pays à faible revenu n'ont pas de droit légal à une protection en matière de santé et au niveau mondial, environ 39 % d'entre elles ne bénéficient pas de cette protection.⁵ Même lorsque les droits légaux à une protection en matière de santé sont prévus, ils sont souvent inadéquats ou ne sont pas mis en œuvre, de sorte qu'ils ne répondent pas aux exigences de disponibilité et d'accessibilité financière. Une grande partie de la population (en particulier dans les zones rurales) est également exclue de l'accès aux services de santé en raison, par exemple, du nombre insuffisant de travailleurs de la santé qualifiés, de la médiocrité des infrastructures, des ensembles limités d'avantages sociaux et du montant élevé des co-paiements.⁶ Du point de vue des droits de l'homme, les États (en tant que principaux détenteurs d'obligations) sont contraints de veiller à la création de conditions propres à assurer à chacun tous les services et soins médicaux appropriés en cas de besoin.¹ Il s'agit là d'un objectif important de la couverture sanitaire universelle (Chapitre 38).

L'élargissement de la protection en matière de santé relative aux MNT sur une base équitable nécessite d'identifier les lacunes dans la couverture sanitaire et l'accès aux services, en tenant compte des populations dont les coûts de santé sont susceptibles de les exposer à des difficultés financières. La protection en matière de santé pour tous devrait ensuite être intégrée dans le cadre législatif et politique afin de garantir la reconnaissance formelle et la protection du droit à la santé. Les éléments suivants sont des éléments clés à intégrer dans le cadre :

- Le coût du service doit être couvert collectivement par des paiements périodiques réguliers qui peuvent prendre la forme de cotisations d'assurance sociale ou d'impôts, ou des deux.
- Les services de santé doivent couvrir tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une activité professionnelle rémunérée.
- Des soins préventifs et curatifs complets doivent être disponibles en permanence, organisés rationnellement, dispensés par un nombre suffisant d'agents de santé qualifiés et, dans la mesure du possible, coordonnés avec les services de santé généraux.
- Des soins préventifs et curatifs complets, disponibles à tout moment et en tout lieu pour tous les membres de la communauté couverte par le service, sur la base de la non-discrimination.
- La mise en place ou le renforcement de socles de protection sociale comprenant des garanties de sécurité sociale de base et incluant, au minimum, l'accès à un ensemble de biens et de services définis au niveau national et essentiels pour les MNT, et répondant aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.
- Des programmes d'alphabétisation juridique visant à renforcer la responsabilité des États et à donner aux individus et aux communautés les moyens d'accéder aux services de santé et de faire valoir leurs autres droits en matière de santé.

Responsabilité

La responsabilité fondée sur les droits de l'homme appelle à promouvoir la responsabilité de multiples acteurs à différents niveaux, à l'intérieur et au-delà du secteur de la santé, tout en soulignant que la responsabilité ultime du respect des droits de l'homme incombe aux gouvernements. Une obligation importante est le devoir de protéger les droits de l'homme contre les violations commises par des tiers, tels que les entités du secteur privé, qui s'applique clairement à la lutte contre les MNT. La responsabilité exige de nombreuses formes d'examen et de contrôle, telles que les mécanismes et processus administratifs, sociaux, politiques et juridiques. Voici quelques exemples d'actions :

- Des examens réguliers, menés de manière participative et inclusive, pour déterminer si et dans quelle mesure les systèmes de santé fournissent des

services de lutte contre les MNT conformes aux normes en matière de droits de l'homme.

- La mise en place et/ou renforcement de processus et mécanismes transparents, inclusifs et participatifs, compétents pour recommander des mesures correctives, en particulier au niveau national, tant au sein du système de santé que du système judiciaire.⁷
- Veiller à ce que les violations du droit à la santé et des droits liés à la santé puissent être combattues efficacement, notamment par des mesures législatives portant sur la responsabilité pénale et civile, garantissant l'accès à la justice et prévoyant une indemnisation le cas échéant. La CCLAT de l'OMS, par exemple, aborde la question de la responsabilité et offre aux parties la possibilité de prendre des mesures législatives ou de promouvoir leurs lois existantes, le cas échéant, pour traiter la question de la responsabilité pénale et civile.

Remarques

- 1 CESCR general comment no. 14: the right to the highest attainable standard of health (Art. 12). Office of the High Commissioner for Human Rights, 2000.
- 2 Report of the special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras. Office of the High Commissioner for Human Rights Council, United Nations, 2015.
- 3 Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality: report of the office of the United Nations high commissioner for human rights. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2012.
- 4 International covenant on economic, social and cultural rights. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1966.
- 5 World social protection report 2014–15: building economic recovery, inclusive development and social justice. ILO, 2014.
- 6 Scheil-Adlung X (Ed.). *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. ILO, Geneva, 2015.
- 7 Keeping promises, measuring results. Commission on information and accountability for women's and children's health, WHO, 2011.

Partie 6

Action des parties prenantes pour la prévention et la lutte contre les MNT

53 Intervention pangouvernementale pour la prévention et la lutte contre les MNT

Roy Small, Tamu Davidson, Conrad Shamlaye, Nick Banatvala

L'action pangouvernementale pour la lutte contre les MNT est un exemple de l'approche de la santé dans toutes les politiques (HiAP), qui promeut une action conjointe entre les secteurs pour faire progresser la santé et l'équité en matière de santé. Cette approche prend systématiquement en compte les implications sanitaires des décisions de politique publique et recherche des synergies entre la santé et le développement au sens large.^{1,2} Les acteurs extérieurs au secteur de la santé ont un impact important sur la prévention et la lutte contre les MNT – et l'action multisectorielle est donc la pierre angulaire de presque tous les plans d'action nationaux de lutte contre les MNT, ainsi que du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, des déclarations politiques et des résultats des réunions de haut niveau. L'importance d'une action conjointe entre les différents acteurs gouvernementaux est soulignée tout au long de ce compendium, notamment dans les chapitres consacrés aux meilleurs choix et aux autres interventions recommandées, aux déterminants sociaux de la santé, aux déterminants commerciaux de la santé et aux MNT tout au long de la vie.

Une approche pangouvernementale encourage les secteurs à collaborer, à identifier et à agir en vue de gains mutuellement bénéfiques (gagnant-gagnant) tout en évitant les politiques et les actions conflictuelles. Trop souvent, les secteurs travaillent en vase clos, avec des incitations qui ne sont pas toujours alignées sur la santé publique. Il est important que les différentes parties du gouvernement soient transparentes sur leurs responsabilités respectives dans la mise en œuvre de l'action nationale de lutte contre les MNT. Cela nécessite une compréhension commune et un accord sur les buts et les objectifs, des incitations suffisantes à agir, des objectifs quantifiables et un engagement à suivre les progrès et à en rendre compte. Ce chapitre décrit les actions que les ministères en dehors du ministère de la Santé peuvent entreprendre pour renforcer les interventions nationales de lutte contre les MNT et le rôle des ministères de la Santé à cet égard.³

Exemples d'actions par secteur

Agriculture

- Mettre en œuvre des droits à l'importation et à l'exportation qui rendent les aliments nutritifs (tels que les fruits et les légumes) plus abordables et les aliments et boissons malsains moins abordables.
- Développer et promouvoir des initiatives visant à améliorer l'accès à des aliments sains et nutritifs, telles que la promotion de l'agriculture familiale, des jardins dans les villes et des ventes directes de la ferme au client.
- Évaluer et suivre les politiques et programmes alimentaires afin de déterminer leur impact sur la santé et la nutrition.
- Promouvoir et soutenir des alternatives économiquement viables à la culture du tabac et protéger les enfants contre leur utilisation comme main-d'œuvre pour la culture du tabac.
- Protéger contre l'ingérence de l'industrie dans l'élaboration des politiques (par exemple, les organisations d'agriculteurs et de consommateurs qui servent de groupes de façade à l'industrie du tabac ou de l'alimentation).

Éducation, sports, enfance et jeunesse

- Inclure les risques liés au tabac, à l'alcool, à une mauvaise alimentation et à l'inactivité physique dans le programme scolaire de base.
- Inclure une activité physique de qualité en quantité suffisante dans le programme scolaire et promouvoir les activités extrascolaires, ainsi que les initiatives d'éducation nutritionnelle (par exemple, les programmes de marche vers l'école et les activités de jardinage).
- Interdire la publicité, la promotion et le parrainage du tabac, de l'alcool et des aliments et boissons malsains dans et autour des écoles ainsi que dans d'autres lieux où les jeunes se rassemblent fréquemment, notamment en comblant les lacunes des initiatives de responsabilité sociale des entreprises, et veiller à ce que les réglementations concernant la commercialisation et la vente de ces produits soient appliquées.
- Établir des normes pour garantir que les aliments et les boissons fournis ou vendus dans les écoles sont sains et respectent les directives en matière de nutrition saine.
- Collaborer avec les ministères de la Santé pour veiller à ce que les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite B (qui protègent respectivement contre les cancers du col utérin et du foie) soient inclus dans les programmes de vaccination systématique des enfants.

Environnement et énergie

- Promouvoir les transports publics à faibles émissions et mettre en œuvre des systèmes de tarification pour les usagers de la route ou les routes urbaines afin d'encourager la mobilité active.

- Supprimer progressivement les subventions aux combustibles fossiles et taxer les carburants et les véhicules à moteur afin de réduire l'exposition aux particules.
- Déterminer comment l'épidémie nationale de MNT s'articule avec les politiques climatiques, environnementales, énergétiques et autres, et mettre en place une collaboration intersectorielle pour améliorer la santé des populations et de la planète, conformément au Compendium de l'OMS et à d'autres directives de l'ONU sur la santé et l'environnement.⁴

Finances et planification

- Collaborer avec d'autres institutions du gouvernement pour comprendre l'impact total des MNT sur les budgets de santé et l'économie, le retour sur investissement de l'intensification des actions de prévention et de lutte contre les MNT, et la manière dont les contributions budgétaires du secteur non sanitaire peuvent être stratégiquement allouées pour s'attaquer aux déterminants des MNT, avec la mise en place de mécanismes de responsabilité pour la mise en œuvre.
- Collaborer avec les ministères de la Santé et d'autres secteurs pour veiller à ce que le financement du secteur public pour les MNT soit adéquat et utilisé pour des interventions fondées sur des données probantes et rentables, notamment en promouvant la couverture sanitaire universelle et en incluant les populations marginalisées.
- Soutenir et, le cas échéant, diriger l'élaboration, la mise en œuvre et l'administration efficace des taxes de santé sur le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre, réformer les subventions aux combustibles fossiles et envisager la possibilité d'investir des recettes fiscales supplémentaires dans des politiques et des programmes de lutte contre les MNT et de développement durable en général (voir Chapitre 3).
- Soutenir les initiatives gouvernementales visant à désinvestir dans les industries nuisibles à la santé comme l'industrie du tabac.
- Investir dans des moyens de subsistance alternatifs et des cultures plus saines, plus économiquement productives et plus respectueuses de l'environnement pour les cultivateurs de tabac.

Aliments et médicaments

- Promouvoir l'utilisation d'un étiquetage nutritionnel clair, précis et facilement compréhensible (voir Chapitre 24).
- Réglementer et, à terme, éliminer l'utilisation des acides gras trans dans la chaîne alimentaire.
- Tester, mesurer et réglementer le contenu des produits du tabac, de l'alcool et des produits alimentaires, le cas échéant.

- Adopter des mesures exigeant la divulgation au public des composants toxiques des produits du tabac et des avertissements sanitaires illustrés bien conçus pour les produits du tabac.

Affaires étrangères

- Soutenir l'élaboration (et le suivi) des accords bilatéraux et multilatéraux qui incluent ou établissent des protections solides pour promouvoir des mesures efficaces de prévention et de lutte contre les MNT, par exemple des mesures réglementaires, fiscales et législatives sur le prix et la réglementation des produits nocifs pour la santé.
- Promouvoir et renforcer la coopération internationale en matière de renforcement des capacités, la mobilisation et l'utilisation des ressources, et l'échange d'informations sur les meilleures pratiques.
- Faciliter la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) et du protocole pour l'élimination du commerce illégitime des produits du tabac.

Administration interne/affaires intérieures

- Soutenir la mise en œuvre et l'application de restrictions/interdictions et d'autres mesures de santé publique visant à réduire l'exposition de la population au tabac, à l'alcool et aux aliments et boissons malsains, par exemple en réduisant les heures de vente et en limitant la commercialisation, y compris auprès des enfants.
- Promouvoir des lois et soutenir leur mise en œuvre et leur application pour garantir que tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics soient des espaces non-fumeurs.

Justice et droit

- Fournir des conseils et une assistance dans l'élaboration de lois et de réglementations (par exemple, les lois sur l'étiquetage nutritionnel et la publicité, les réglementations en matière de lutte antitabac, de consommation nocive d'alcool et de pollution atmosphérique).
- Apporter un soutien à l'application et/ou au respect des lois et règlements de prévention et de lutte contre les MNT.
- Identifier et promouvoir les possibilités de faire progresser la prévention et la lutte contre les MNT dans les lois pertinentes des secteurs autres que celui de la santé (par exemple, la protection de l'environnement, le droit du travail et les lois sur les lieux de travail sains).
- Protéger les obligations découlant de la CCLAT de l'OMS dans les accords bilatéraux et multilatéraux.

Travail et emploi

- Sensibiliser le public et les employeurs aux pertes de productivité dues aux MNT et aux moyens de les éviter.
- Interdire l'usage du tabac sur le lieu de travail et permettre aux employés d'accéder à des services de sevrage tabagique.
- Élaborer des directives internes concernant la consommation d'alcool par le personnel, notamment en limitant ou en interdisant la consommation sur les lieux de travail et pendant les heures de travail.
- Établir des normes, des garanties et des réglementations pour protéger les travailleurs des polluants atmosphériques et d'autres conditions dangereuses.
- Assurer la disponibilité d'aliments et de boissons sains sur les lieux de travail, y compris dans les distributeurs automatiques.
- Unir les partenaires clés tels que les chambres de commerce, les employés et les organisations d'employeurs afin d'identifier et d'encourager les interventions collectives de lutte contre les MNT.

Médias, information et communication

- Sensibiliser à l'épidémie de MNT et aux mesures que les gouvernements, les acteurs non étatiques et le public peuvent prendre pour prévenir les MNT et garantir l'accès de tous à un diagnostic et à un traitement précoces.
- Travailler avec les décideurs, la société civile et les groupes de consommateurs pour promouvoir et mettre en œuvre les restrictions/interdictions et les recommandations internationales et nationales en matière de publicité, de promotion et de parrainage concernant le tabac, l'alcool et les aliments et boissons malsains, et mettre en évidence les problèmes liés à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments.
- Sensibiliser la population aux tactiques des fabricants de tabac, d'alcool, d'aliments et de boissons et de combustibles fossiles pour entraver la mise en œuvre de mesures efficaces de prévention et de lutte contre les MNT.
- Contrôler et demander des comptes au gouvernement, à l'industrie et à d'autres acteurs quant à leur riposte aux MNT.

Autorités fiscales et douanières

- Participer à l'adoption et à la mise en œuvre de mesures efficaces pour percevoir les taxes sur le tabac, l'alcool et les boissons édulcorées au sucre et réduire l'évasion fiscale.
- Soutenir l'élaboration de politiques fiscales qui réduisent l'accessibilité des produits nocifs pour la santé et augmentent les recettes publiques.
- Encourager les comportements et l'utilisation de produits sains par des mesures tarifaires et fiscales (par exemple, subventionner les ventes et les vendeurs de fruits et légumes, réduire les droits d'importation sur le poisson frais et appliquer des droits d'accise aux producteurs de

denrées alimentaires transformées afin d'encourager la reformulation des produits).

Protection sociale et familiale

- Veiller à ce que les populations marginalisées (par exemple les femmes, les enfants, les populations autochtones et les pauvres) bénéficient d'un accès équitable aux services de santé essentiels liés aux MNT et profitent des programmes de promotion de la santé.
- Sensibiliser au marketing des industries du tabac, de l'alcool et des aliments et boissons auprès des groupes susmentionnés, et soutenir les efforts de lutte contre ce phénomène, ainsi que les mesures visant à réduire la pollution de l'air à l'intérieur des bâtiments.
- Veiller à ce que les MNT soient prises en compte dans les politiques de protection sociale au sens large.
- Promouvoir l'importance de la collecte de données sur les déterminants sociaux des MNT, les tendances en matière de MNT et l'impact des programmes de lutte contre les MNT sur les populations marginalisées.

Commerce

- Garder à l'esprit que la libéralisation non réglementée du commerce et les investissements étrangers directs, ainsi que la publicité, le marketing et la promotion transnationaux augmentent la disponibilité du tabac, de l'alcool et des produits alimentaires et boissons malsains.
- Utiliser des mesures tarifaires et fiscales, des droits de douane à l'importation et à l'exportation et des subventions pour réduire la demande de tabac et d'alcool et promouvoir une alimentation saine.
- Lors de la conclusion d'accords commerciaux, négocier des protections solides en matière de santé publique (par exemple, la protection des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC) et inclure une formulation qui clarifie le droit de réglementer les produits nocifs pour la santé.

Urbanisme et transport

- Améliorer les infrastructures de soutien, ainsi que la sécurité et l'accessibilité de la marche et du vélo, et les transports publics.
- Promouvoir des mesures structurelles visant à réduire la pollution de l'air ambiant et domestique (voir Chapitre 27).
- Promouvoir un accès sûr aux espaces verts, aux installations récréatives et aux rues piétonnes.
- Promouvoir l'interdiction de fumer dans les lieux publics, notamment dans les transports, sur les lieux de travail, dans les logements et dans les parcs/espaces verts ; contribuer au suivi et à l'application des politiques antitabac.

- Sensibiliser aux méfaits du tabagisme passif dans les lieux publics, les véhicules privés et les résidences.
- Promouvoir le concept et le développement des villes-santé (voir ci-dessous).

Collaborer efficacement entre les secteurs

En tant que chef de file de la prévention et de la lutte contre les MNT, le secteur de la santé doit collaborer efficacement avec les autres ministères, ce qui peut s'avérer difficile.⁵ La collaboration intersectorielle exige de comprendre que :

- Les ministères de la Santé et les autres ministères répondent à des parties prenantes qui ont des intérêts différents et ne partagent pas toujours les mêmes buts et objectifs. D'autres ministères peuvent avoir besoin d'aide pour comprendre l'impact des MNT sur leur secteur et les mesures qu'ils peuvent prendre pour y remédier tout en défendant leurs intérêts fondamentaux. Les études de cas d'investissement dans la lutte contre les MNT, décrits au Chapitre 40, ainsi que la sensibilisation des différentes parties du gouvernement par le système des Nations Unies et d'autres partenaires de développement, peuvent être utiles à cet égard.
- Les ministères autres que celui de la Santé doivent être impliqués dans l'élaboration des plans d'action nationaux multisectoriels et ne doivent pas être tenus de mettre en œuvre un plan qui ne leur appartient pas. Pour ce faire, le secteur de la santé doit collaborer avec les ministères autres que ceux de la Santé dès le début du processus d'élaboration du plan, et maintenir un engagement significatif tout au long de la rédaction, de la finalisation, du lancement, de la mise en œuvre et du suivi. Les ministères de la Santé doivent également participer à l'élaboration des stratégies et des plans d'action des autres ministères et les soutenir. La mise en place ou le renforcement de mécanismes de gouvernance dédiés à l'action pangouvernementale en matière de MNT, et la tenue de réunions régulières, sont également importants pour garantir l'adhésion et l'appropriation à grande échelle.
- L'adhésion à un niveau élevé dans tous les ministères est nécessaire pour démontrer le leadership et l'engagement - avec des incitations (par exemple, promotion ou détachement) pour le personnel engagé dans la prévention et la lutte contre les MNT en tant que question pangouvernementale. La collaboration intergouvernementale doit être un objectif clair dans les plans de travail annuels du personnel concerné travaillant sur les MNT.
- Des experts spécialisés peuvent également stimuler le progrès, et de nombreux pays renforcent leur réponse en veillant à ce que l'engagement intergouvernemental implique un éventail de personnel technique et de cadres supérieurs.
- Des efforts devraient être déployés pour se rassembler autour d'un ensemble d'actions prioritaires sur la prévention et la lutte contre les MNT, guidés par les meilleurs choix de l'OMS, en évaluant les coûts des actions et en attribuant des rôles et des responsabilités, ainsi que des calendriers et des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps.

- Les ministères des Finances, les parlementaires et d'autres acteurs doivent être soutenus pour rendre disponibles des budgets pour différents secteurs afin de mettre en œuvre leurs domaines de responsabilité. Des mécanismes de responsabilité et de surveillance doivent être mis en place pour suivre les progrès, célébrer et partager les réussites et identifier les difficultés.
- Des groupes interministériels (qui peuvent couvrir les MNT dans leur ensemble ou des questions spécifiques, par exemple la nutrition ou la lutte contre le tabagisme) doivent être mis en place pour convenir des mesures à prendre, suivre les progrès accomplis et veiller à ce que les partenaires soient tenus responsables. L'implication des partenaires de la société civile renforcera l'efficacité et l'impact de ces groupes.
- Les réseaux informels sont importants pour instaurer la confiance et la compréhension entre les secteurs.

Les gouvernements peuvent considérer que les fonctions de convocation et de coordination de la réponse multisectorielle du gouvernement aux MNT sont plus efficaces si elles sont prises en charge par un bureau central de coordination, tel que le cabinet du chef de l'État, le bureau du Conseil des ministres ou un ministère de la Planification du développement.

Le rôle et l'importance des chefs d'État et de gouvernement

Les chefs d'État et de gouvernement et leurs bureaux ont un rôle crucial à jouer pour faire avancer la lutte contre les MNT. Leur leadership contribue à :

- Faire de la santé un objectif central du développement national.
- Fournir un engagement politique soutenu pour promouvoir la santé publique en tant que priorité du gouvernement et, dans ce cadre, maintenir la prévention et la lutte contre les MNT à l'ordre du jour national, notamment en réunissant différentes agences gouvernementales et en encourageant l'action au-delà du gouvernement.
- Respecter les obligations découlant de la CCLAT de l'OMS (si le pays endosse le rôle de Partie à la convention ; dans le cas contraire, promouvoir l'adhésion).
- Prendre des mesures pour empêcher l'industrie d'interférer dans l'élaboration des politiques gouvernementales.
- Tenir les ministères responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques qui soutiennent la prévention et la lutte contre les MNT.

Le rôle et l'importance des organes législatifs

Les organes législatifs tels que le parlement, le congrès et le sénat sont également essentiels pour soutenir une réponse pangouvernementale aux MNT. Ils devraient agir pour :

- Soutenir l'adoption et la supervision des politiques et de la législation dédiées à la prévention et à la lutte contre les MNT et veiller à ce que les politiques gouvernementales ne nuisent pas et protègent la santé contre les intérêts commerciaux indus et autres intérêts particuliers.
- Veiller à ce que les effets sur les MNT, en particulier sur les populations vulnérables, soient pris en compte dans toutes les nouvelles législations et tous les nouveaux budgets, ainsi que dans le renforcement de l'environnement juridique et politique pour la prévention et la lutte contre les MNT.
- Tenir les acteurs gouvernementaux et non étatiques responsables de leur soutien (ou de leur manque de soutien) à la mise en œuvre des stratégies et des plans d'action nationaux de lutte contre les MNT.
- Prendre des mesures pour réduire les conflits d'intérêts entre les fonctionnaires et les industries nuisibles à la santé, et veiller à ce que les intérêts commerciaux n'influencent pas négativement les processus législatifs en matière de santé.

Le rôle et l'importance des villes et des conseils locaux

L'augmentation des populations urbaines signifie que les villes constituent un cadre important pour l'action multisectorielle de lutte contre les MNT et les exemples fournis précédemment s'appliquent également aux conseils et organismes locaux et régionaux - et à leurs représentants élus, y compris les maires.⁶ Le Partenariat pour des villes-santé est un réseau mondial d'environ 70 villes engagées dans la prévention des MNT et des traumatismes.⁷ Des exemples d'actions pangouvernementales dans le cadre de ce réseau sont notamment les suivants : (i) assainir l'air avec de nouvelles zones non-fumeurs à Bandung, en Indonésie ; (ii) réduire la pollution atmosphérique et sonore à Barcelone, en Espagne ; (iii) créer des environnements scolaires et de restauration plus sains à Lima, au Pérou ; (iv) lutter contre le double défi du tabagisme et de la COVID-19 à Ahmedabad, en Inde ; et (v) construire une ville sans tabagisme et plus équitable à Kampala, en Ouganda.

Remettre en cause les perceptions erronées du public et des politiques

Les perceptions erronées qui persistent autour des MNT affaiblissent et sapent les interventions pangouvernementales. Lorsque les pays ne tiennent pas compte de l'ensemble des coûts des MNT dans tous les secteurs ou ne donnent pas la priorité au droit à la santé, ils peuvent estimer que les avantages économiques fournis par les industries nuisibles à la santé (par exemple, les recettes fiscales et les possibilités d'emploi de l'industrie du tabac) justifient la déréglementation. L'augmentation des niveaux de MNT est souvent considérée comme un sous-produit inévitable du vieillissement de la population et des succès remportés dans la lutte contre les maladies transmissibles ; cependant, comme de nombreuses maladies transmissibles, les MNT sont à l'origine d'une mortalité et d'une morbidité *prématurées*

considérables qui peuvent être évitées. Les individus sont souvent tenus pour seuls responsables des comportements malsains en se concentrant sur des paradigmes de choix qui ne tiennent pas compte de la manière dont l'environnement au sens large façonne les choix. L'effet négatif de ces exemples de perception erronée est de décharger les gouvernements de leur responsabilité et de leur obligation de protéger les populations contre les MNT et leurs facteurs de risque. L'élaboration de politiques fondées sur des données probantes, la responsabilisation des individus et l'engagement de la communauté et de la société civile, y compris l'engagement des médias, sont importants pour lutter contre les perceptions erronées.

Le secteur privé

Les intérêts d'un certain nombre d'entités du secteur privé, notamment l'industrie du tabac, sont en conflit avec la prévention et la lutte contre les MNT. Lorsque les intérêts du secteur privé et du public ne sont pas alignés, le risque que ces entreprises interfèrent avec les efforts déployés par les gouvernements pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des actions fondées sur les droits et les données probantes en vue de prévenir et de lutter contre les MNT est important. La CCLAT de l'OMS oblige les gouvernements à se protéger contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans l'élaboration des politiques (Chapitre 33), et des mécanismes de gouvernance robustes entre les secteurs sont importants pour réduire l'ingérence de l'industrie de manière plus générale. Les efforts visant à mieux aligner les intérêts du secteur privé et du public peuvent faire progresser la prévention et la lutte contre les MNT (par exemple, la reformulation des produits alimentaires, la collaboration avec l'industrie des articles de sport). La société civile, y compris les médias, a un rôle à jouer pour mettre en évidence l'impact du secteur privé sur les MNT. Les rôles du secteur privé et des partenariats public-privé sont décrits dans les chapitres 56 et 57 de l'ouvrage.

Remarques

- 1 Health in all policies (HiAP). *Framework for country action*. WHO, 2014.
- 2 Health in all policies: a guide for state and local governments. American Public Health Association, 2013.
- 3 Examples adapted from: (i) Secretariat of the WHO FCTC and UNDP. National Coordinating Mechanisms for Tobacco Control. Toolkit for Parties to implement Article 5.2(a) of the WHO FCTC. 2019; and (ii) What government ministries need to know about NCDs. WHO & UNDP, 2019.
- 4 Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment - 2022 update. WHO, 2022.
- 5 Juma P. Multi-sectoral action in non-communicable disease prevention policy development in five African countries. *BMC Public Health* 2018;18:953.
- 6 The Power of Cities: Tackling Noncommunicable Diseases and Road Traffic Injuries. WHO 2020.
- 7 Partnership for healthy cities. <https://cities4health.org/about-us>.

54 Intervention pansociétale pour la prévention et la lutte contre les MNT

*Nick Banatvala, Roy Small, Pascal Bovet,
Cristina Parsons Perez*

L'approche pansociétale prolonge l'approche pangouvernementale en mettant davantage l'accent sur les rôles du secteur privé, de la société civile, des décideurs tels que les parlementaires,¹ des institutions universitaires et de recherche, des organisations professionnelles et des médias. Elle encourage la coopération, la coordination et la cohérence institutionnelles entre les secteurs du gouvernement et de la société en général pour la prévention et la lutte contre les MNT.

Ce chapitre décrit le rôle des parlementaires et des législateurs, de la société civile, des établissements d'enseignement et de recherche et des organisations professionnelles dans la lutte contre les MNT. Il décrit également les questions clés liées au développement et au maintien des partenariats. Les rôles des gouvernements, du secteur privé et des médias dans la lutte contre les MNT sont abordés dans d'autres chapitres et résumés dans le Tableau 54.1.

Parlementaires et législateurs

Les parlementaires et les législateurs sont d'une importance cruciale pour la prévention et la lutte contre les MNT. Bon nombre des meilleurs choix de l'OMS (Chapitre 34) nécessitent des mesures législatives et/ou réglementaires, par exemple : (i) l'augmentation des droits d'accise et des prix sur les produits du tabac, l'alcool, les véhicules et les carburants (Chapitre 41) ; (ii) l'élimination du tabagisme passif dans les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics ; (iii) l'élimination des graisses trans produites industriellement de la chaîne alimentaire ; et (iv) l'interdiction de l'utilisation de l'amiante et d'autres substances toxiques dans les nouvelles constructions et leur élimination là où elles sont actuellement utilisées.

Les législateurs sont bien placés pour faciliter une riposte pangouvernementale et pansociétale aux MNT - et pour contribuer à garantir que les gouvernements et les principales parties prenantes soient tenus responsables de leurs actions (Encadré 54.1).

Tableau 54.1 Le rôle des gouvernements, du secteur privé et des médias dans la prévention et la lutte contre les MNT

<i>Secteur</i>	<i>Exemples d'actions</i>
Gouvernement (Chapitre 53).	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la direction, la planification et la coordination d'une action multisectorielle efficace. • Intégrer la prévention et la lutte contre les MNT dans le programme national de développement et allouer des ressources adéquates de manière efficace et durable. • Assurer un accès équitable à la prévention et à la prise en charge des MNT grâce à la couverture sanitaire universelle et aux mesures visant à s'attaquer aux déterminants des MNT. • Définir et appliquer des normes pour les services de santé préventifs, promotionnels, curatifs et de réadaptation. • Garantir un environnement juridique, réglementaire et fiscal propice à la santé et au bien-être de tous. • Favoriser les partenariats, en assurant des garanties pour une collaboration efficace avec le secteur privé.
Entités du secteur privé (Chapitres 56 et 57).	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer de manière constructive avec les gouvernements pour créer des environnements qui réduisent l'exposition de la population aux facteurs de risque des MNT et permettent l'accès aux services de santé. • Reformuler les aliments afin d'éliminer les acides gras trans et de limiter la teneur en graisses saturées, sucre et sel. Accroître la disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments et de boissons sains et nutritifs. • Garantir des pratiques de commercialisation responsables, en particulier auprès des enfants et des jeunes. • Garantir des conditions de travail sûres, y compris l'élimination du tabagisme passif, et mettre en œuvre des programmes de dépistage et de bien-être sur le lieu de travail. • S'attaquer aux processus environnementaux à l'origine des MNT et de leurs effets néfastes sur la planète.
Médias (Chapitre 50 sur la communication efficace).	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le public aux MNT et aux moyens de réduire les risques. • Plaider en faveur d'une action législative et réglementaire sur la commercialisation du tabac, de l'alcool et des aliments et boissons malsains, en particulier auprès des enfants et des jeunes. • Tenir compte de l'impact sur les MNT dans la décision de ce que les médias vont ou ne vont pas promouvoir/annoncer. • Maintenir les MNT à l'ordre du jour du public grâce à une couverture répétée. Contribuer à sensibiliser et à mobiliser les dirigeants politiques/décideurs sur les MNT. • Publier des recherches scientifiques de haute qualité sur les MNT et présenter les données dans des formats adaptés aux publics ciblés. • Tenir les intervenants responsables de leurs actions.

**ENCADRÉ 54.1 EXEMPLES DE LA MANIÈRE DONT
LES LÉGISLATEURS PEUVENT
FACILITER UNE INTERVENTION
PANGOUVERNEMENTALE
ET PANSOCIÉTALE POUR LA
PRÉVENTION ET LA LUTTE
CONTRE LES MNT²**

- Sensibiliser les collègues législateurs, les autres branches du gouvernement et le grand public à la nécessité d'agir.
- Promouvoir l'action multisectorielle, notamment par le biais de mécanismes de coordination multisectoriels solides.
- Assurer la cohérence horizontale et verticale des politiques, c'est-à-dire entre les secteurs gouvernementaux aux niveaux local, national, régional et mondial.
- Faire pression pour intégrer les MNT dans les stratégies nationales de développement, les politiques, les programmes et les cadres de financement.
- Faire participer la société civile et les personnes atteintes de MNT aux mesures nationales de lutte contre les MNT.
- Soutenir les cadres juridiques pour la participation sociale à la prise de décision en matière de santé et pour la création d'un espace civique.
- Lors de l'attribution des budgets et de l'examen des dépenses, prendre en compte le coût économique d'une lutte insuffisante contre les MNT et le retour sur investissement d'une action à plus grande échelle.
- Encourager la diffusion d'informations exactes et fiables et signaler les informations inexactes ou trompeuses.
- Aider le gouvernement à surveiller la santé publique, à défendre les politiques de santé publique en cas de litige et à renforcer l'application de la législation, par exemple en veillant à ce que des mesures soient prises à l'encontre des personnes qui enfreignent la loi.
- Garantir la transparence et la responsabilité dans les processus législatifs et de contrôle, par exemple en soutenant l'élaboration et la diffusion de codes de conduite clairs et de mécanismes de divulgation pour se prémunir contre l'ingérence de l'industrie dans l'élaboration des politiques, et en demandant à l'industrie de rendre compte de ses engagements volontaires.

Il est important que les législateurs soient conscients des biais potentiels liés aux intérêts directs de l'industrie et des autres parties prenantes. Des mécanismes de gouvernance solides doivent être mis en place pour éviter que les législateurs ne soient

influencés de manière inappropriée, notamment en veillant à ce qu'ils déclarent les conflits d'intérêts liés aux actions de prévention et de lutte contre les MNT.

Société civile

La société civile désigne les organisations volontaires, non gouvernementales et à but non lucratif formées par des personnes de la sphère sociale partageant des valeurs, des croyances ou des causes communes. Elle comprend des coalitions et des réseaux de la société civile, des mouvements sociaux et de protestation, des organismes bénévoles, des organisations de campagne, des groupes autochtones, des associations professionnelles, des organisations caritatives, des groupes confessionnels, des syndicats et des fondations philanthropiques. La société civile a été une force puissante dans d'autres interventions globales en matière de santé et de développement, telles que la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA et le changement climatique. Les déclarations politiques des réunions de haut niveau sur les MNT soulignent l'importance de la société civile pour une intervention efficace ainsi que la nécessité d'encourager des partenariats entre les gouvernements et la société civile (Chapitre 31).

Les OSC jouent un rôle essentiel dans quatre domaines majeurs de la prévention et de la lutte contre les MNT (Encadré 54.2)

ENCADRÉ 54.2 LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MNT (DE NCD ALLIANCE)³

- *Sensibilisation* : Cibler le grand public ou des populations spécifiques avec des initiatives visant à accroître les connaissances et à modifier les attitudes et les comportements (Chapitre 47) ; susciter une demande publique pour l'amélioration des droits et des services (Chapitre 52).
- *Plaidoyer* : Faire évoluer le système et influencer la législation, le financement ou la politique de prévention des MNT (par exemple, Chapitre 41) et/ou de contrôle ; mobiliser les communautés et les personnes atteintes de MNT comme agents du changement (y compris en contribuant à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique et des programmes) (Chapitre 55).
- *Accès* : Fournir des services de santé, apporter un soutien juridique et assurer une assistance pratique pour l'accès aux services de santé (par exemple, le transport et l'orientation des patients) (Chapitre 55), y compris dans les situations humanitaires (Chapitre 51).
- *Responsabilité* : Suivre les progrès nationaux et les actions des secteurs privé et public par rapport aux engagements et aux normes (Chapitre 35).

Dans le domaine des MNT, de nombreuses OSC se concentrent sur une seule maladie ou un seul facteur de risque. Cela peut être avantageux, car les individus ne sont pas atteints d'une « MNT » - ils ont, par exemple, une maladie cardiovasculaire, un cancer, un diabète ou une maladie respiratoire chronique, et les programmes pour des pathologies ou des risques spécifiques peuvent être très différents. Cependant, de nombreuses personnes souffrent d'une combinaison de ces maladies, et l'attention, l'investissement et l'action en matière de MNT nécessitent de mobiliser les efforts et les voix des ONG travaillant sur des aspects spécifiques aux maladies. NCD Alliance a été créée pour relever ce défi en développant un réseau d'organisations membres, d'alliances nationales et régionales de lutte contre les MNT, de plus de 1 000 associations membres de ses fédérations fondatrices, d'OSC mondiales et nationales, d'associations scientifiques et professionnelles, et d'universités et d'instituts de recherche.⁴ Le réseau croissant de plus de 66 alliances nationales et régionales de lutte contre les MNT à travers le monde prouve que la formation de coalitions fait partie intégrante de la société civile de lutte contre les MNT. Compte tenu des liens entre les MNT et la santé et le développement en général, les alliances de lutte contre les MNT collaborent de plus en plus avec d'autres communautés, telles que celles qui travaillent sur le VIH et le climat, pour se concentrer sur des solutions gagnant-gagnant.

Des exemples d'actions visant à maximiser le potentiel des OSC et des communautés pour accélérer la réalisation des objectifs mondiaux en matière de MNT ont été décrits.⁵ Il s'agit notamment des actions suivantes :

- Mettre en place des environnements juridiques, sociaux et politiques favorables à l'épanouissement de la société civile. Dans de nombreux pays, les possibilités d'épanouissement de la société civile sont réprimées.⁷ Les gouvernements doivent être encouragés à promouvoir et à élargir l'espace civique pour les OSC, et leurs partenaires de développement doivent les soutenir dans ce processus.
- Accroître les investissements dans le financement durable des OSC et les systèmes communautaires afin de soutenir les OSC et de renforcer les capacités et les compétences en matière de gouvernance, de plaidoyer, de suivi budgétaire, de documentation des meilleures pratiques et de responsabilisation des autres.
- Encourager l'ONU et les gouvernements à « joindre le geste à la parole » en ce qui concerne leur engagement en faveur d'une participation significative de la société civile, c'est-à-dire aller au-delà du symbolisme en considérant les OSC et les personnes atteintes de MNT comme des partenaires égaux (Chapitre 55) et des experts à part entière, et en créant des processus pleinement inclusifs à tous les niveaux de la conception des politiques et des programmes, de la gouvernance, de la fourniture de services et des mécanismes de responsabilité.
- Encourager la communauté de lutte contre les MNT à demander des comptes aux gouvernements et aux autres partenaires de développement.

Dans ce contexte, les gouvernements, avec le soutien de l'ONU et d'autres partenaires de développement, doivent mettre en place des mécanismes de responsabilité nationaux inclusifs et transparents qui impliquent les OSC et les personnes atteintes de MNT, et encourager les efforts de responsabilité indépendants tels que les rapports parallèles des OSC.

Associations professionnelles

Les organismes professionnels sont chargés de fixer des normes professionnelles, d'accréditer les professionnels et d'assurer la formation continue et le développement professionnel, notamment en veillant à ce que leurs membres soient aptes à exercer leurs fonctions. Les organismes professionnels jouent également un rôle important dans la production de données, le plaidoyer en faveur de la prévention et de la lutte contre les MNT, la fourniture d'un soutien technique pour l'élaboration de règles et normes et le soutien de leur mise en œuvre. Les organismes professionnels peuvent influencer les politiques relatives au partage ou à la répartition des tâches (ce qui peut être particulièrement utile pour les MNT qui nécessitent un traitement et des soins à long terme). S'il est important que les organismes professionnels fassent respecter les normes visant à garantir la qualité des soins, ils doivent également être ouverts au soutien de méthodes de travail efficaces, nouvelles et innovantes.

Le Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT (MMC/MNT) a été créé en 2014 pour soutenir les approches pansociétales. Le MMC/MNT facilite l'engagement multipartite et la collaboration et l'action intersectorielles dans plus de 450 États membres de l'OMS, organismes des Nations Unies et acteurs non étatiques, afin de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Des exemples d'activités du MMC/MNT sont présentés dans l'Encadré 54.3.

ENCADRÉ 54.3 EXEMPLES D'ACTIVITÉS DU MMC/MNT DE L'OMS⁶

Groupes de travail : (i) comment concrétiser l'engagement des gouvernements à collaborer avec le secteur privé ; (ii) comment concrétiser l'engagement des gouvernements à fournir un financement pour les MNT ; (iii) l'inclusion des MNT dans d'autres domaines programmatiques ; (iv) l'alignement de la coopération internationale sur les plans nationaux de lutte contre les MNT ; (v) l'éducation à la santé ; et (vi) les connaissances en matière de santé sur les MNT.

Communautés de pratique : y compris (i) la participation significative des personnes atteintes de MNT ; (ii) les MNT, la pauvreté et le développement ; (iii) les MNT et la culture sanitaire ; (iv) les MNT, la santé et le droit ; et (v) les femmes et les MNT.

Campagnes de communication : par exemple, Beat NCDs, NCDs & Me.

Portail d'action et de connaissances sur les MNT (KAP) : une plate-forme interactive en ligne pour améliorer la compréhension, l'interaction et l'engagement de ses membres dans la prévention et la lutte contre les MNT.

Responsabilité : suivi des engagements et des contributions de la société civile, des fondations philanthropiques et des institutions universitaires dans la lutte contre les MNT.

Syndicats

Les syndicats ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, y compris la prévention des MNT, sur le lieu de travail, en travaillant en partenariat avec les employeurs et les travailleurs à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un lieu de travail sain. Le lieu de travail peut être un environnement qui protège la santé des travailleurs et leur permet de faire des choix sains, sans les stigmatiser. Parmi les exemples d'initiatives sur le lieu de travail, citons l'aide au sevrage pour les personnes qui souhaitent arrêter de fumer, l'accès à des aliments et des boissons sains et abordables pour les employés et la mise en œuvre d'un dépistage régulier des MNT et de leurs facteurs de risque sur le lieu de travail.⁷

Institutions universitaires et de recherche

Bien qu'il existe des interventions abordables et rentables pour lutter contre les MNT, leur mise en place est insuffisante dans le monde entier. La recherche comparative, appliquée et opérationnelle, intégrant à la fois les sciences sociales et biomédicales, est nécessaire pour développer et maximiser l'impact des interventions existantes. Les institutions universitaires et de recherche, travaillant en partenariat avec les décideurs et les bailleurs de fonds, sont essentielles pour :

- Évaluer et analyser les déterminants des MNT au sein de diverses populations et de divers sous-groupes, et établir des rapports à ce sujet.
- Évaluer et analyser les facteurs influençant les déterminants multisectoriels, macroéconomiques et sociaux des MNT et les facteurs de risque dans différents contextes, et en rendre compte.
- Développer et évaluer les interventions existantes et nouvelles, y compris les pratiques et les protocoles, ainsi que l'efficacité, la disponibilité, l'accessibilité et le rapport coût-efficacité des interventions dans le secteur des soins de santé et dans d'autres secteurs, dans différents contextes.
- Recueillir et diffuser des données épidémiologiques et socio-économiques (par exemple, des enquêtes) pour suivre les progrès et l'impact des interventions (éventuellement en collaboration avec les autorités locales).

- Élaborer des cadres de surveillance (par exemple, des registres des maladies, des bases de données sur les politiques et les pratiques, etc.) qui peuvent contribuer aux mécanismes de responsabilisation ou en faire partie.
- Collaborer avec le gouvernement à la conception, à la mise en œuvre et/ou à l'évaluation des politiques et des programmes.
- Veiller à ce que les connaissances et les compétences (notamment en matière de MNT) soient continuellement évaluées, renforcées, partagées et enseignées aux niveaux pré-universitaire et post-universitaire.

Plus généralement, les institutions universitaires et de recherche sont importantes pour renforcer la base scientifique nécessaire à la prise de décision et la mise en pratique de la recherche, pour fournir des conseils techniques aux décideurs et aux praticiens travaillant au sein des gouvernements et dans d'autres agences (élaboration de directives et d'autres outils), et pour contribuer au renforcement des capacités par le biais de la formation de premier et de deuxième cycle et du développement professionnel.

Développer et maintenir des partenariats

Une intervention pansociétale efficace est possible à la fois grâce aux actions individuelles des groupes de parties prenantes et au partenariat entre ces groupes. La clé du succès réside dans l'appréciation de ce que chaque groupe apporte et dans la compréhension du pouvoir, de l'influence et de l'intérêt de chaque partenaire à mener à bien les actions. Cela est particulièrement important lors de l'élaboration de plans multipartites et de politiques ou programmes spécifiques qui nécessitent une action au-delà du secteur de la santé (par exemple, les taxes sur les produits du tabac).

L'analyse institutionnelle et contextuelle (AIC) est un outil qui permet d'analyser les facteurs politiques et institutionnels d'un pays ou d'une localité donné(e) et la manière dont ces facteurs peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la prévention et la lutte contre les MNT. Les AIC peuvent mettre en évidence les obstacles à l'accès aux services et à leur fourniture, ainsi qu'à la mise en œuvre et à l'application des lois et des politiques relatives aux MNT. Elles informent également sur la manière dont ces obstacles peuvent être surmontés, notamment grâce à un leadership et à des alliances plus solides. La méthodologie d'une AIC en matière de MNT est décrite ailleurs⁸ en complément d'exemples de sa mise en pratique.^{9,10}

Une analyse des parties prenantes de la lutte contre les MNT au Bangladesh, par exemple, a permis de déterminer ce qui suit : (i) les décideurs, les partenaires de développement, les prestataires de services, l'industrie, les institutions universitaires et de recherche, les médias et les sociétés civiles sont les principales catégories de parties prenantes ; (ii) le gouvernement, les partenaires de développement et la société civile avaient les niveaux de pouvoir et de soutien les plus élevés en ce qui concerne les MNT ; (iii) les industries du tabac et de l'alimentation occupaient des positions puissantes s'opposant aux principales

interventions de lutte contre les MNT ; et (iv) les ministères non liés à la santé avaient les niveaux d'intérêt les plus bas.¹¹

Parmi les exemples de partenariats, citons ceux entre le secteur public et le secteur privé (Chapitre 57), ainsi que ceux entre les gouvernements et les ONG pour la promotion de la santé et la prestation de services. Un troisième exemple est un partenariat entre un éventail de partenaires de la société civile et du développement (universités, ONG, organisations internationales et médias) pour suivre les progrès et demander des comptes aux gouvernements.¹² Des conseils pour développer et maintenir des partenariats entre les secteurs sont largement disponibles, y compris des outils pour : (i) identifier les organisations et les individus à impliquer ou envisager d'impliquer dans un projet potentiel ; (ii) définir les éléments du partenariat à convenir par les partenaires ; (iii) évaluer la valeur, les risques et les implications d'une opportunité de partenariat et informer une décision de poursuite ou d'abandon ; (iv) évaluer systématiquement la valeur qui pourrait être créée par le partenariat et à quel coût.¹³

Des mécanismes de gouvernance nationaux et locaux solides et inclusifs sont essentiels pour une action pansociétale bien coordonnée pour les MNT, notamment pour planifier, orienter, suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique nationale avec la participation effective des secteurs autres que celui de la santé. Des mécanismes et des structures de gouvernance efficaces garantissent un leadership clair, un engagement continu des parties prenantes et la mise en œuvre efficace d'une stratégie ou d'un plan d'action national multisectoriel de lutte contre les MNT.¹⁴

Remarques

- 1 Governance snapshot: whole-of-society approach: the coalition of partners for strengthening public health services in the European region. WHO, 2019.
- 2 What legislators need to know: noncommunicable diseases. WHO and UNDP, 2018.
- 3 Shoba J et al. Practical guide on how to build effective national and regional NCD alliances. NCD Alliance, 2016.
- 4 NCD Alliance. NCD Alliance Network. <https://ncdalliance.org/who-we-are/ncd-alliance-network>.
- 5 Dain K.A. "whole of society" approach to non-communicable diseases must include civil society organisations. *BMJ Opinion*. December 6, 2019.
- 6 2014–2019: 5 Years of the global coordination mechanism on NCDs. WHO, 2020.
- 7 *Work and well-being: a trade union resource*. London: Trade Union Congress, 2015.
- 8 Non-communicable disease prevention and control: a guidance note for investment cases. WHO and UNDP, 2019.
- 9 The investment case for noncommunicable disease prevention and control in the Kingdom of Saudi Arabia: return on investment analysis & institutional and context analysis, August 2017. United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of NCDs. WHO and UNDP, 2018.
- 10 Hutchinson B et al. The investment case as a mechanism for addressing the NCD burden: evaluating the NCD institutional context in Jamaica, and the return on investment of select interventions. *PLoS One* 2019;14:e0223412.

- 11 Elfarra R.M. A stakeholder analysis of noncommunicable diseases' multisectoral action plan in Bangladesh. *WHO South-East Asia J Public Health* 2021;10:37–46.
- 12 NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the sustainable development goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2022;399:1266–78.
- 13 Stibbe D et al. THE SDG PARTNERSHIP GUIDEBOOK: a practical guide to building high-impact multi-stakeholder partnerships for the sustainable development goals. The Partnership Initiative and UN DESA, 2020.
- 14 Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases. Module 2. Establishing stakeholder engagement and governance mechanisms. WHO, 2022.

55 Le rôle des personnes atteintes de MNT dans la prévention et la lutte contre les MNT

*Johanna Ralston, Cristina Parsons Perez,
Charity Muturi, Catherine Karekezi*

Les personnes atteintes de MNT ont une expérience unique de la vie avec une et souvent plusieurs MNT. Ce sont des experts à part entière qui peuvent fournir des informations de première main sur les défis posés par la prévention, le diagnostic, le traitement, la prise en charge et les soins palliatifs des MNT. Cela signifie qu'ils sont des acteurs essentiels de la conception et de la mise en œuvre des politiques et des programmes de prévention et de lutte contre les MNT, y compris des questions plus générales liées au système de santé telles que la prestation de soins de santé, ainsi que la conception et la mise en œuvre de la recherche. Grâce à leur expérience directe de l'impact des MNT sur leur mode de vie et de travail, les personnes atteintes de MNT peuvent identifier les obstacles et les solutions que les décideurs et les professionnels de la santé ne voient pas ou ne peuvent pas fournir. Les personnes atteintes de MNT peuvent également jouer un rôle essentiel en aidant d'autres personnes à accepter et à gérer leur maladie, soit directement, soit par l'intermédiaire d'associations ou de groupes d'entraide formels ou informels spécialisés dans la maladie.

La Charte mondiale sur la participation significative des personnes atteintes de MNT (élaborée par NCD Alliance en collaboration avec des personnes atteintes de MNT) décrit cette population comme « un large groupe d'individus qui ont ou ont eu une ou plusieurs MNT ainsi que les partenaires de soins ». ¹ La Charte souligne que les personnes atteintes de MNT apportent une variété de perspectives, de compétences et d'expertise provenant d'un éventail de milieux professionnels, socio-économiques et culturels.

La voix des personnes et des patients

En plus d'être des partenaires potentiels importants parmi ceux qui planifient et fournissent les soins de santé, les personnes atteintes de MNT peuvent faire entendre leur voix au sein de la communauté au sujet de leurs maladies, en aidant à réduire la stigmatisation et la discrimination, en s'attaquant aux facteurs de risque modifiables et en veillant à ce que leur voix et celle de leur communauté soient entendues dans le plaidoyer pour des ressources et des services de la prévention et de lutte contre les MNT, y compris la couverture sanitaire universelle et la réduction des dépenses de santé à la charge du malade. ²

Contrairement aux personnes atteintes du VIH/SIDA, les voix des personnes atteintes de MNT ne faisaient pas partie intégrante du récit original sur les MNT. Au début du XXI^e siècle, l'approche des MNT a été façonnée par des professionnels représentant les quatre principales MNT, afin de galvaniser l'action politique et de mobiliser des ressources pour répondre au manque d'attention porté à ces maladies, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans la mesure où les personnes atteintes de MNT et les communautés n'ont pas été systématiquement impliquées au départ, leur absence a constitué un obstacle majeur aux progrès de la prévention et de la lutte contre les MNT. L'utilisation d'un langage mettant les personnes au premier plan, y compris la voix des patients et un récit définissant les individus au-delà de leurs maladies, a été essentielle pour faire évoluer le discours sur le SIDA, passant des patients atteints du SIDA aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par exemple, l'Exposé de politique de l'ONUSIDA sur la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) souligne spécifiquement l'importance de la participation des personnes vivant avec le VIH à l'élaboration, à la mise en œuvre, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes. Le GIPA a permis d'accroître et de mobiliser les ressources, de renforcer les programmes et les politiques de lutte contre le VIH/SIDA et de fixer et d'atteindre des objectifs ambitieux.³ La communauté de lutte contre les MNT a tiré des enseignements de cette expérience, réalisant le pouvoir des connaissances de première main et l'importance d'un langage centré sur les personnes, faisant désormais référence, par exemple, à une femme atteinte de diabète plutôt qu'à une femme diabétique, ou à une personne atteinte d'obésité plutôt qu'à une personne obèse.

De même, les ripostes apportées à la récente pandémie de COVID-19 ont souligné le rôle de l'engagement communautaire dans la promotion de la confiance envers le gouvernement et les institutions publiques et dans la garantie que les politiques de santé sont adaptées aux contextes locaux et aux réalités vécues. L'importance des personnes atteintes de MNT a été soulignée comme étant cruciale dans les interventions nationales de la lutte contre la COVID-19 et dans le rétablissement.⁴ L'inclusion de personnes ayant une expérience vécue est importante pour renforcer la confiance du public (qui est souvent faible) dans la réponse aux directives de santé publique – particulièrement importante pour les personnes atteintes de MNT, qui courent un risque élevé de complications en raison de la COVID-19.

Les personnes atteintes de MNT doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes, ainsi qu'à de nombreux aspects de la prestation des soins de santé, mais cela n'est pas toujours simple, car les MNT se composent d'un grand nombre d'affections. Il peut donc être difficile d'obtenir des messages cohérents. En outre, les personnes atteintes de MNT peuvent ne pas souhaiter parler en public de leur maladie pour de nombreuses raisons, notamment par crainte d'être stigmatisées ou victimes de discrimination. Néanmoins, un certain nombre d'organisations peuvent contribuer à relever ces défis, canalisant et amplifiant la voix des personnes atteintes de MNT, p. ex., les hôpitaux et les centres de soins, y compris les groupes de soutien aux patients ; les

groupes de la société civile (y compris les alliances nationales de lutte contre les MNT et les groupes spécifiques à une maladie ou à un risque) ; les organisations confessionnelles et d'autres groupes communautaires.

Les moyens d'impliquer les personnes atteintes de MNT dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des services

La Charte mondiale décrite ci-dessus définit les modalités de collaboration avec les personnes atteintes de MNT pour ceux qui participent à l'élaboration des politiques et des services. Adaptées de la Charte, elles sont les suivantes :

- Garantir un engagement de haut niveau en faveur d'une participation significative des personnes atteintes de maladies non transmissibles, d'une manière qui reconnaisse la valeur des expériences vécues et de l'engagement communautaire, notamment en intégrant la participation significative dans les politiques et les processus organisationnels, avec les ressources et les capacités internes nécessaires pour la soutenir.
- Identifier, créer et formaliser des opportunités et des mécanismes pour une participation significative des personnes atteintes de MNT, y compris dans les rôles de gouvernance et de prise de décision, les politiques, les programmes, les services et tous les aspects de la lutte contre les MNT qui les concernent.
- Veiller à ce qu'une participation significative soit adaptée au contexte et s'étende à toutes les étapes de la conception et de la planification, ainsi qu'à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation.
- Créer des environnements et des mécanismes propices à une participation durable et efficace, en particulier celle des groupes marginalisés, afin de surmonter les obstacles et de remédier aux déséquilibres de pouvoir, aux inégalités et aux injustices. Il s'agit notamment de partager les connaissances avec les personnes atteintes de MNT selon des modalités culturellement appropriées et accessibles, telles que des plates-formes adéquates pour l'échange d'informations, l'utilisation des langues locales et le partenariat avec des services locaux, ce qui permet aux personnes atteintes de MNT de se sentir en confiance pour participer et de partager leurs points de vue sans jugement, stigmatisation ou discrimination.
- Définir clairement et convenir d'emblée de l'objectif et des conditions de participation, des rôles, des responsabilités et des attentes de toutes les parties (y compris les groupes identifiés de personnes atteintes de MNT) afin d'instaurer la confiance, l'engagement et la responsabilité mutuelle. Fournir un retour d'information sur les résultats de l'engagement et faire participer les personnes atteintes de MNT à l'évaluation régulière de ces efforts.
- Élaborer des stratégies transparentes pour sélectionner des personnes atteintes de MNT et garantir leur légitimité en tant que représentants, et s'efforcer de faire participer un large éventail de groupes, de thèmes, d'expériences, d'expertises et d'antécédents.

Tableau 55.1 Exemples de manières dont l'implication des personnes atteintes de MNT peut se traduire par des actions concrètes en faveur de la prévention et de la lutte contre les MNT

Processus d'élaboration des politiques.	Les personnes atteintes de MNT participent à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques et plans de santé et de développement liés aux MNT, et aux politiques et plans de développement plus généraux à tous les niveaux.
Élaboration et mise en œuvre du programme.	Les personnes atteintes d'une MNT apportent leurs connaissances et compétences en participant à la gouvernance des organisations mondiales et nationales et au choix, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien, ainsi qu'à la recherche.
Leadership et soutien, mise en réseau et partage au sein du groupe.	Les personnes atteintes de MNT prennent la direction de groupes ou de réseaux de soutien relatifs aux MNT, recherchent des ressources externes, encouragent la participation de nouveaux membres ou participent simplement en partageant leurs expériences avec d'autres.
Plaidoyer.	Les personnes atteintes de MNT plaident en faveur d'une réforme de la législation (y compris les droits), de l'accès aux services, de la fourniture de soins de santé adéquats, y compris le traitement, les soins et le soutien, de la prévention des MNT, de la mobilisation des ressources pour soutenir les réseaux de lutte contre les MNT et de l'inclusion dans la recherche.
Campagnes et discours publics.	Les personnes atteintes de MNT sont les porte-parole de campagnes ou interviennent lors de manifestations publiques et dans d'autres domaines.
Personnel.	Les personnes atteintes de MNT participent activement à leur santé et à leur bien-être. Elles jouent un rôle actif dans les soins auto-administrés et dans les décisions relatives à la prévention et à la prise en charge des MNT.
Traitement et prise en charge.	Les personnes atteintes de MNT soutiennent le traitement en aidant et/ou en éduquant les autres sur les options de traitement, y compris les aspects spécifiques des soins de santé qui ne sont pas nécessairement pris en compte par les services de santé existants, et partagent leurs expériences sur les effets secondaires et l'observance, en faisant face à la maladie et en s'impliquant en tant qu'agents de santé à domicile et dans la communauté.

(Adapté du cadre GIPA pour le contexte des MNT)

- Renforcer les capacités des personnes atteintes de MNT par une formation, des informations, un contexte, des ressources, des technologies, etc. appropriés, afin d'assurer leur participation effective.
- Fournir un soutien (logistique et financier, si possible) aux personnes atteintes de MNT de manière équitable afin que leur participation soit reconnue, valorisée et accessible à tous, sans qu'aucun individu ne soit laissé pour compte.
- Utiliser un langage centré sur la personne et inclusif qui respecte la dignité et les préférences des personnes auxquelles il est fait référence.
- Garantir un engagement communautaire durable en soutenant les organisations de la société civile et en mettant en relation les personnes atteintes de MNT avec les communautés qu'elles représentent.

Le Tableau 55.1 donne des exemples de la manière dont les éléments ci-dessus peuvent être traduits en activités concrètes. Il est basé sur le GIPA et adapté aux personnes atteintes de MNT.

Exemples de bonnes pratiques

Au niveau mondial, le Groupe de travail de la société civile de l'OMS sur les MNT, le Pacte mondial de l'OMS sur le diabète et le Mécanisme mondial de coordination de l'OMS sur les MNT sont autant d'exemples de bonnes pratiques visant à impliquer de manière significative les personnes atteintes de MNT dans la prévention et la lutte contre ces maladies.⁵ Des exemples régionaux, nationaux et locaux sont fournis ci-dessous.

Élaboration des politiques

- Au Kenya, les personnes atteintes de MNT ont été associées à l'élaboration et au lancement du Plan stratégique national de prévention et de lutte contre les MNT 2020/2021 à 2025/2026. Le plan s'est appuyé sur l'expertise et la légitimité des personnes atteintes de MNT, qui ont été associées à l'élaboration d'une analyse de la situation du pays. Les personnes atteintes de MNT ont soulevé des questions concernant la nécessité d'une plus grande disponibilité et d'un prix plus abordable des médicaments essentiels contre les MNT dans le cadre des soins de santé primaires ; la disparité des coûts des médicaments ; la formation et le recrutement de prestataires spécialisés dans les services fournis pour les MNT ; le renforcement de la sensibilisation aux facteurs de risque modifiables ; et la mobilisation de la communauté pour accroître la sensibilisation aux MNT. Les personnes atteintes de MNT ont également été incluses dans le Sous-comité pour les MNT et la COVID-19 sur l'engagement communautaire du ministère de la Santé, où elles ont fait part des défis à relever, notamment les difficultés d'accès aux cliniques et aux médicaments essentiels, l'incapacité à payer les primes de l'assurance santé publique, les obstacles à l'accès au traitement et les perturbations dans les transports.

- La Coalition européenne des patients atteints de cancer a mobilisé un certain nombre de groupes de patients atteints de cancer sur des questions politiques spécifiques, en mettant l'accent sur les inégalités en matière de santé. En 2014, la Coalition a lancé la Déclaration des droits des patients atteints de cancer avec des membres du Parlement européen. Les personnes atteintes de MNT ont été associées à l'élaboration des plans nationaux.
- Les dirigeants et les décideurs qui ont eux-mêmes été affectés par les MNT, ou en ont vu les effets, peuvent contribuer à promouvoir des politiques de lutte contre les MNT. Parmi les exemples, citons une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les cardiopathies rhumatismales, menée par l'Australie, et la mise en place d'une stratégie nationale sur l'obésité au Royaume-Uni au cours de la pandémie de COVID-19.

Gouvernance et représentation

- La NCD Alliance du Kenya est coprésidente du Comité de coordination inter-agences sur les MNT (CCI-MNT), qui comprend la promotion et la représentation des personnes atteintes de MNT. Le CCI-MNT a été le fer de lance de l'élaboration du Plan stratégique de lutte contre les MNT avec des groupes de travail techniques sur le cancer, le diabète, la nutrition, la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels, ainsi qu'un groupe de plaidoyer comprenant des personnes atteintes de MNT.
- Aux États-Unis, un groupe de médecins a lancé l'Obesity Action Coalition (la Coalition d'action contre l'obésité) pour faire entendre la voix et le point de vue des personnes atteintes d'obésité. Cela a conduit à des changements dans la législation nationale.
- Le personnel et les organes directeurs des Services mondiaux des Alcooliques anonymes comprennent d'anciens alcooliques. Les personnes qui apportent leur soutien dans le cadre des Alcooliques anonymes sont celles qui ont vécu l'alcoolisme.

Programmes, services et recherche

- Le Comité de bioéthique de l'Institut national des maladies respiratoires au Mexique se penche sur des questions complexes telles que les programmes de soins pour les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale. Il comprend des personnes atteintes d'une MNT et étroitement liées à l'alliance nationale de lutte contre les MNT.
- L'initiative PaRis (Patient-Reported Indicator Surveys/Enquêtes à indicateurs déclarés par les patients) de l'OCDE a été mise en place pour évaluer les résultats et les expériences des patients pris en charge au niveau des soins primaires.⁶ Un comité consultatif de patients donne des conseils sur la conception et la mise en œuvre de l'enquête et sur les activités de sensibilisation.

Plaidoyer et campagnes publiques

- Our Views, Our Voices, une initiative de la NCD Alliance et des personnes atteintes d'une MNT, promeut une perspective centrée sur les personnes dans les efforts de plaidoyer des alliances régionales et nationales de lutte contre les MNT.
- Les personnes atteintes de MNT, soutenues par la NCD Alliance du Kenya, ont présenté le programme de plaidoyer des personnes atteintes de MNT au Kenya⁷ au secrétaire du Cabinet de la santé, qui s'est ensuite engagé à mettre en œuvre le programme.
- La NCD Alliance du Kenya, en partenariat avec le ministère de la Santé, a mis en place une plate-forme pour les personnes atteintes de MNT afin de lancer le Plan stratégique national de lutte contre les MNT 2020/2021-2025/2026.

Soutenir d'autres personnes atteintes de MNT

Les personnes atteintes de MNT peuvent jouer un rôle essentiel en aidant les autres à accepter et à prendre en charge leur maladie, soit directement, soit par le biais d'associations spécifiques (diabète, maladies respiratoires chroniques, divers types de cancer, accidents vasculaires cérébraux, par exemple) ou de groupes d'entraide. De telles associations ou fédérations de patients (distinctes des associations professionnelles) existent dans la plupart des pays et sont souvent dirigées par des personnes atteintes de MNT. Il peut s'agir d'organisations à but totalement non lucratif (dont le financement est basé sur l'adhésion) ou de partenariats à but non lucratif entre des individus, le gouvernement et parfois le secteur privé.

Un certain nombre d'associations et de fédérations de patients fournissent des services qui peuvent ne pas être fournis par les services de soins de santé et/ou qui sont mieux fournis par ceux qui ont l'expérience unique de vivre avec une MNT. Elles peuvent fournir des connaissances pratiques et des conseils sur les solutions, comme seuls les experts peuvent le faire. Dans la mesure où plusieurs centaines de millions de patients dans le monde vivent avec une MNT et que nombre d'entre eux souffrent d'un handicap connexe qui nécessite des solutions adaptées au niveau local, ces associations ont un énorme potentiel pour aider les personnes atteintes d'une MNT à rendre plus productive leur vie quotidienne avec leur maladie. Par exemple :

- Les associations de diabétiques peuvent conseiller les personnes atteintes de diabète sur la meilleure façon de gérer les injections répétées, sur les endroits où trouver des soins des pieds et où acheter des chaussures adaptées aux personnes souffrant de complications du pied diabétique.
- Les associations de femmes atteintes d'un cancer du sein peuvent aider les autres patientes à discuter de leurs préoccupations concernant leur état (par exemple, les problèmes liés à la perte de cheveux associée à la chimiothérapie) et la chirurgie (par exemple, l'accès aux perruques, aux implants mammaires) et les programmes d'activité physique (par exemple, pour

améliorer le fonctionnement des membres supérieurs après une opération du sein).

- Les associations de patients ayant subi un AVC peuvent aider à choisir et à acheter des fauteuils roulants et d'autres matériels orthopédiques, ou des équipements spéciaux à installer à domicile pour faciliter la mobilité.

Un chemin à parcourir ...

En définitive, lorsque les individus et les communautés participent à la modélisation de leur propre santé et de leur bien-être, les politiques et les interventions des secteurs public et privé ont plus de chances d'être couronnées de succès (« aucune intervention nous concernant sans nous »). Mais trop souvent, cela ne se produit pas suffisamment en raison de la dynamique du pouvoir, de l'absence d'une culture encourageant cette forme d'engagement et d'obstacles juridiques et structurels, par exemple : (i) le fait de considérer les personnes atteintes de MNT avec pitié plutôt que comme une ressource précieuse ; (ii) le fait de promouvoir un engagement symbolique plutôt que d'encourager le leadership ; (iii) le fait que les professionnels considèrent les personnes atteintes de MNT comme une menace ; et (iv) le fait d'attendre que les contributions des personnes atteintes de MNT soient fournies à titre gracieux, y compris les frais de déplacement et de subsistance.

Pour maximiser la valeur de l'expérience vécue en vue d'améliorer la prévention et les soins de santé, en particulier en ce qui concerne les maladies chroniques invalidantes telles que les MNT, il faudra redoubler d'efforts pour remédier systématiquement aux déséquilibres de pouvoir et ouvrir la voie à des méthodes pour faciliter la participation et l'engagement au plus haut niveau afin d'inclure les personnes ayant une expérience vécue. Les gouvernements et leurs partenaires de développement ont l'importante responsabilité de collaborer avec les personnes atteintes de MNT afin d'élaborer les cadres législatifs et politiques nécessaires pour garantir que les personnes atteintes de MNT soient pleinement incluses dans la prise de décision et le renforcement des capacités afin qu'elles puissent assumer ces rôles.

Remarques

- 1 Global charter on meaningful involvement of people living with NCDs. NCD Alliance (web site).
- 2 Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage. WHO, 2021.
- 3 Policy brief: the greater involvement of people living with HIV (GIPA). UNAIDS, 2007.
- 4 COVID-19 omnibus resolution. UN General Assembly, 2020.
- 5 WHO civil society working group on NCDs, WHO 2018; WHO global diabetes compact, WHO 2021; and WHO global coordination mechanism on the prevention and control of NCDs.
- 6 Putting people at the centre of healthcare, PaRis survey of patients with chronic conditions. OECD, 2019.
- 7 The advocacy agenda of people living with NCDs in Kenya. NCD Alliance website, March 2018.

56 Le rôle du secteur privé dans la prévention et la lutte contre les MNT

*Nick Banatvala, Alan M Trager,
Mary Amuyunzu-Nyamongo, Téa Collins*

Ce chapitre décrit le rôle du secteur privé dans la prévention et la lutte contre les MNT. L'importance du secteur privé dans le cadre d'une approche pan-sociétale de la lutte contre les MNT a été soulignée dans les déclarations de politique de l'ONU sur les MNT de 2011 et 2018 (Chapitre 31) et dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT (Chapitre 32). La Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT a également souligné que les parties concernées du secteur privé peuvent jouer un rôle important en apportant une contribution significative et efficace à la mise en œuvre des mesures nationales de lutte contre les MNT.¹

L'expression « déterminants commerciaux de la santé » est largement utilisée pour décrire la manière dont les activités du secteur privé affectent positivement ou négativement la santé des individus (Encadré 56.1).

ENCADRÉ 56.1 DÉTERMINANTS COMMERCIAUX DE LA SANTÉ

- Décrire comment les activités des entreprises façonnent les environnements physiques et sociaux dans lesquels les individus vivent, apprennent, travaillent et se divertissent – tant positivement que négativement.
- Décrire comment le secteur privé influence l'environnement social, physique et culturel par le biais d'actions commerciales et d'engagements sociétaux (par exemple, chaînes d'approvisionnement, conception et conditionnement de produits, lobbying, modélisation de préférences).
- Avoir un impact sur un large éventail de maladies non transmissibles (obésité, diabète, santé cardiovasculaire et cancer).
- Affecte tout le monde, mais plus particulièrement les jeunes, dont le mode de vie se développe dès le plus jeune âge, ainsi que les personnes dont le niveau de connaissances en matière de santé est plus faible.

Les organisations du secteur privé (y compris les sociétés transnationales, les micro, petites et moyennes entreprises, les coopératives, les entrepreneurs individuels et les agriculteurs) peuvent intervenir dans les secteurs formel et informel.² Le secteur comprend également les fournisseurs de soins de santé privés et commerciaux, qui jouent un rôle important et croissant dans les systèmes de santé du monde entier – dans certains pays, les prestataires privés peuvent même être responsables de la majorité des services de soins de santé. Si, dans les économies de marché, la première responsabilité du secteur privé est envers ses actionnaires et sa rentabilité, cela ne l’empêche pas de contribuer à la prévention et à la lutte contre les MNT, car le profit n’est pas en soi un conflit d’intérêts.³ Une main-d’œuvre en bonne santé est essentielle pour mettre en place et développer des entreprises, et les employeurs du secteur privé considèrent de plus en plus la promotion de la santé et la fourniture de soins de santé à leurs employés comme l’une de leurs fonctions essentielles.

Alignement du secteur privé sur la prévention et la lutte contre les MNT

Les entreprises privées influencent la santé par la distribution et la vente de produits tant nocifs que bénéfiques pour la santé, ainsi que par les activités de lobbying et de marketing qui y sont liées.⁴ Cela signifie que ces industries influencent directement et indirectement les résultats des MNT de manière positive et/ou négative. Si certaines industries ont des valeurs et des modèles de fonctionnement fondamentaux qui sont bien alignés sur les efforts mondiaux

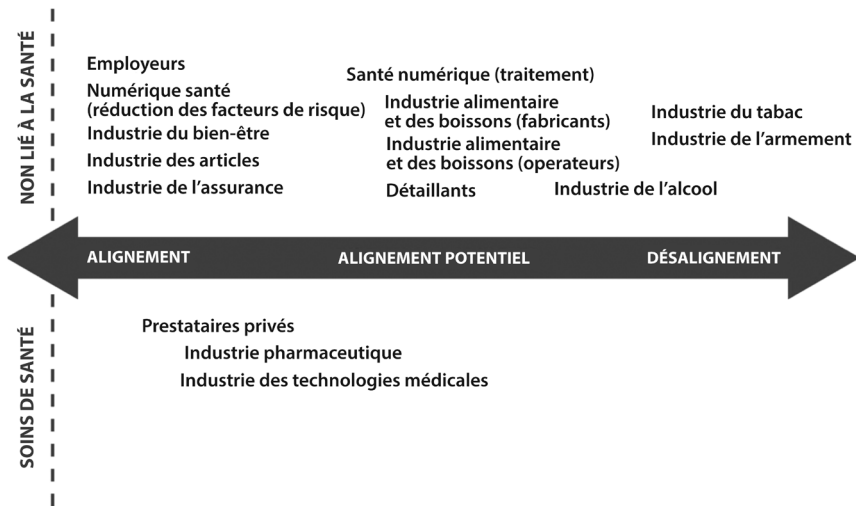


Figure 56.1 Industries classées en fonction de l’alignement des valeurs. (Trager A, Sim SY. Modèles d’entreprise potentiels impliquant le soutien du secteur privé aux mesures nationales de prévention et de lutte contre les MNT. Initiative PPT. 2019).

et nationaux de réduction des MNT, ce n'est pas toujours le cas. En effet, les activités de certaines industries sont totalement inadaptées (Figure 56.1). La nature hétérogène du secteur privé rend complexe l'engagement entre les secteurs public et privé.

Pour les entreprises aux activités alignées sur les valeurs, l'engagement est simple : les objectifs de l'entreprise se traduisent déjà par des résultats positifs en matière de santé – et il existe des opportunités de dialogue et de partenariat. Cependant, les choses deviennent plus complexes pour celles qui sont partiellement ou imparfaitement alignées. Ces entreprises peuvent vendre une variété de produits, y compris des produits nocifs pour la santé. Des efforts doivent être déployés pour améliorer l'alignement de ces entités.

Les secteurs désalignés n'offrent aucune possibilité d'engagement, quel qu'il soit. L'industrie du tabac, par exemple, ne fait que nuire à la santé publique et au développement socio-économique en général. Aucun effort ne doit être fait pour collaborer avec cette industrie. L'industrie du tabac n'est pas abordée dans ce chapitre.

Les industries bien alignées

L'industrie du sport et de la condition physique a un rôle important à jouer – à la fois seul et en partenariat avec les gouvernements – lorsqu'il s'agit d'augmenter le niveau d'activité physique de la population. Ces entreprises doivent être encouragées à collaborer avec les autorités locales et nationales, les organisations locales et d'autres entreprises pour garantir que des environnements, des programmes et des possibilités d'activité physique sont largement disponibles et adaptés aux personnes de tous âges et de toutes capacités. Les exemples de collaboration peuvent inclure le développement des connaissances pour améliorer le marketing et les messages sur l'activité physique pour différents sous-groupes de population ; le renforcement de la capacité des professionnels de la santé à aider les individus à améliorer leur niveau d'activité physique ; le développement d'applications de technologies numériques qui promeuvent la santé et l'activité physique ; la contribution à des campagnes d'éducation qui promeuvent l'activité physique ; et être un partenaire pour augmenter la disponibilité et la mise à jour des installations de bien-être physique, par exemple par le biais d'accords subventionnés.⁵

L'industrie de la technologie mobile est de plus en plus utilisée pour soutenir les gouvernements dans la lutte contre les MNT. Les solutions mobiles pour la lutte contre les MNT (y compris les applications utilisées dans les smartphones) peuvent être utilisées pour aider les individus à arrêter de fumer, à surveiller et à augmenter leur niveau d'activité physique, à manger plus sainement et à mieux gérer l'observance thérapeutique. L'industrie des technologies mobiles peut également fournir des ressources, notamment une expertise technique pour des questions telles que l'infrastructure de communication, l'interopérabilité entre différents systèmes de données, les aides au diagnostic et le renforcement des capacités au sens large (Chapitre 49). Cependant, il

est également vrai que de nombreux produits de l'industrie des technologies mobiles – comme les smartphones – peuvent inciter les utilisateurs à être plus sédentaires. Ce même secteur doit contribuer à trouver des solutions à ce problème.

Les employeurs du secteur privé ont un rôle important à jouer dans la lutte contre les MNT sur le lieu de travail. Les MNT imposent des coûts importants aux entreprises, tels que les pertes économiques dues à l'absence au travail (absentéisme), à la présence au travail, mais sans travailler à pleine capacité en raison de la maladie (présentéisme), et à la perte d'employés en raison d'une retraite anticipée ou d'un décès (Chapitre 40). Les employeurs sont donc fortement incités à offrir un environnement de travail sain. LEADERS est un exemple de cadre destiné aux employeurs pour les programmes de santé au travail relatifs aux MNT (Encadré 56.2).⁶

**ENCADRÉ 56.2 LUTTE CONTRE LES MNT
SUR LE LIEU DE TRAVAIL :
LE CADRE LEADERS**

- Montrer l'exemple dès le sommet, avec des politiques et des engagements en place et des dirigeants agissant en tant que modèles.
- Obtenir la coopération, le soutien et la participation des employés (par exemple, les comités de santé sur le lieu de travail, la formalisation de l'engagement avec les employés, le recrutement de champions de la santé), et encourager la participation active des partenaires externes.
- Évaluer les besoins des employés afin d'établir des priorités en matière de santé sur le lieu de travail et concevoir des moyens efficaces et fondés sur des données probantes pour lutter contre les MNT, avec un plan d'action clair.
- Mettre en place des programmes fondés sur les besoins des employés atteints de MNT (ou présentant un risque élevé de MNT) et favorisant un environnement de travail plus propice à la santé. Il s'agit notamment de veiller à ce qu'une législation pertinente soit en place (par exemple, les examens de santé des employés, les réglementations antitabac), d'élaborer et de maintenir des programmes de prévention et de traitement, et d'offrir des incitations à l'utilisation des transports publics, des programmes de marche ou de vélo pour se rendre sur le lieu de travail.
- Évaluer l'impact des programmes.
- Repenser et adapter les programmes en fonction des évaluations.
- Partager les réussites et les défis afin d'encourager une culture de la santé au sein de la société et au-delà.

Industries modérément bien alignées

Il s'agit notamment des *industries pharmaceutiques et médicales*, qui jouent un rôle important dans l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de prévention et de traitement (chapitres 44 et 45) et dans l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière. Les principaux domaines d'action devraient être les suivants :⁷

- Licences et transfert de technologie (par exemple, la licence volontaire dans le cadre de la Communauté de brevets sur les médicaments).
- L'enregistrement plus large et plus rapide des médicaments, des vaccins et des produits biologiques, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Transparence sur le statut d'enregistrement des médicaments, des vaccins et des produits biologiques, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Des prix plus transparents, plus justes et plus équitables (y compris des prix différenciés en fonction du revenu du pays).
- Respect des lois et réglementations reconnues (par exemple, efficacité, normes, sécurité, réglementation).^{8,9}
- La R&D fondée sur les besoins, en particulier pour les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Des stratégies d'accès équitables et accessibles au public pour promouvoir une couverture maximale des médicaments et des produits de santé.
- Promouvoir la responsabilité et la transparence.

La prise en charge des MNT nécessitant souvent un traitement de longue durée, il existe des conflits d'intérêts potentiels entre l'industrie, les associations de patients, les associations professionnelles, les compagnies d'assurance santé et les organisations du secteur public, qui doivent être soigneusement identifiés et gérés. Cela s'applique également aux pays à revenu faible et intermédiaire où de nombreux « médicaments génériques de marque » produits localement sont commercialisés de manière agressive pour le traitement des MNT, ce qui peut conduire à un traitement excessif. Un certain nombre d'industries pharmaceutiques et médicales participent à des initiatives de responsabilité sociale des entreprises (RSE). Toutefois, la nature et l'impact de ces activités sur les MNT doivent être évalués de manière rigoureuse et transparente.

En ce qui concerne les industries privées de la santé et des soins de santé, il est important qu'elles fournissent des interventions de prévention et de traitement fondées sur des données probantes à des coûts équitables et, dans le cas de nouveaux traitements ou d'extensions d'indications de traitements existants, des données complètes sur l'efficacité et les effets secondaires en temps opportun. Les gouvernements doivent collaborer avec le secteur privé pour s'assurer que ces établissements contribuent à la réalisation des objectifs 8 et 9 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT (qui invite les fournisseurs à donner la priorité à ce qui fonctionne plutôt qu'à des technologies plus récentes, souvent plus coûteuses) :

- Au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et un accompagnement (y compris un contrôle glycémique) pour prévenir les crises cardiaques et les AVC.
- Une disponibilité de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels abordables, y compris les médicaments génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT dans les établissements publics et privés.

Il est également essentiel que le secteur des soins de santé n'exclue pas les personnes atteintes d'une MNT ou risquant d'en développer une, que ce soit directement ou par le biais de primes plus élevées. Ces politiques sont susceptibles d'accroître les inégalités et de réduire les chances de bénéficier de soins préventifs, d'un diagnostic précoce et d'un traitement.

Compétences et capacités du secteur privé

Lorsque l'alignement est bon ou raisonnable, le secteur privé devrait être incité à mettre ses compétences et ses capacités à disposition pour soutenir les efforts généraux de lutte contre les MNT. Il peut s'agir de ce qui suit :¹⁰

- Développement de produits nouveaux et actualisés ayant un impact positif sur les MNT.
- Infrastructure d'approvisionnement : dans de nombreux pays, les entreprises contrôlent l'ensemble de l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement – dans le cas des denrées alimentaires, cela peut aller des champs des agriculteurs aux supermarchés.
- Portée et accès : les entreprises peuvent influencer de manière significative le comportement des consommateurs – par le biais du marketing, du processus d'achat (par exemple, le placement ou la promotion de produits sélectionnés, etc.) et, bien entendu, les produits eux-mêmes. Cette influence peut être utilisée de manière productive pour décourager les comportements et les habitudes associés aux MNT, par exemple par le biais d'une campagne de sensibilisation du public.
- Marque : les entreprises peuvent utiliser le capital social de leurs marques « cool » pour influencer le comportement des individus.
- Connaissances et capacités techniques : les entreprises apportent des connaissances/capacités techniques dans toute une série de domaines pertinents, de la formulation des produits au savoir-faire en matière de marketing.
- Approches fondées sur le marché : les entreprises sont bien placées pour créer des modèles économiques durables à long terme (qui influencent à leur tour le comportement des individus) en créant de nouveaux produits, de nouveaux marchés et de nouvelles entreprises viables.

Les actions ci-dessus peuvent être entreprises soit par des entités du secteur privé seules, soit en partenariat avec d'autres, par exemple par le biais : (i) de plates-formes qui permettent la discussion, le partage d'informations et/ou l'action collaborative ; (ii) d'alliances informelles ; ou (iii) de partenariats,¹¹ y

compris des partenariats plus formels tels que les partenariats public-privé qui sont décrits au Chapitre 57. Une documentation complète et la transparence de ces mécanismes sont nécessaires.

Le secteur privé peut également fournir des ressources financières, y compris des dons en nature. Toutefois, les agences doivent faire preuve de prudence lorsqu'elles reçoivent une telle aide, en veillant à nouveau à ce que toute relation de ce type avec l'industrie soit pleinement documentée et transparente.

Secteurs où l'alignement est plus problématique

Collaborer avec des industries alimentaires et des industries de production de boissons non alcoolisées est complexe. Une alimentation saine et nutritive est essentielle à la vie, mais les produits ultra-transformés à forte densité énergétique (tels que les boissons sucrées) constituent un régime alimentaire malsain s'ils sont consommés en excès. L'industrie alimentaire utilise toute une série de tactiques pour encourager les consommateurs (en particulier les enfants) à acheter des produits malsains, d'autant plus que nombre d'entre eux ont des coûts de production faibles, une longue durée de conservation et donc des marges bénéficiaires élevées. Ce problème se pose de plus en plus pour les conglomerats mondiaux implantés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Leurs tactiques consistent notamment à utiliser des techniques de marketing sophistiquées, à interférer dans les processus d'élaboration des politiques publiques, à s'opposer aux pratiques fondées sur des données probantes^{12,13} et à participer à des activités de RSE dont le gain en termes de santé publique est marginal, plutôt que de se concentrer sur la réduction de la charge de morbidité des MNT en améliorant leurs produits de base (Encadré 56.3).

ENCADRÉ 56.3 EXEMPLES D' ACTIONS POUR L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE, Y COMPRIS LES PRODUITS MANUFACTURÉS, LE COMMERCE DE DÉTAIL, LA RESTAURATION HORS FOYER ET LES SERVICES DE RESTAURATION

- Reformuler les aliments pour réduire les concentrations de sodium, de graisses saturées et de sucre en adoptant des objectifs normalisés volontaires ou obligatoires.
- Reformuler les aliments afin d'éliminer ou de réduire considérablement (par exemple, <1 % les acides gras trans produits par l'industrie.
- Fournir un étiquetage nutritionnel sur les aliments préemballés (énergie totale, sucre, graisses saturées, sel, etc.), de préférence en utilisant des systèmes d'étiquetage interprétatifs conviviaux.
- Fournir des données vérifiables pour une plate-forme de responsabilité indépendante..

Les détaillants de l'industrie alimentaire et de l'industrie des boissons non alcoolisées exercent une influence importante sur l'évolution des marchés. Ils devraient être encouragés à travailler avec les fabricants et les autorités nationales et locales pour encourager les individus à adopter une alimentation saine, par le biais de mesures fiscales et autres, telles que le marketing. La législation devrait décourager les détaillants de promouvoir les offres d'achat multiple ou des réductions sur des produits associés à un régime alimentaire malsain, ou de placer ces produits aux caisses.¹⁴

L'alcool est associé à toute une série de problèmes sanitaires et sociaux, et les relations avec l' *industrie de l'alcool* n'en sont que plus complexes. Les personnes travaillant à la promotion de la santé publique au sein du gouvernement et au-delà doivent examiner très attentivement si et comment elles collaborent avec cette industrie, et l'impact de cet engagement, en tenant compte des risques suivants : (i) conflit d'intérêts entre la promotion de la consommation d'alcool et la santé publique ; (ii) influence de l'industrie sur ceux qui élaborent des politiques, des normes et des règles autour de l'alcool ; et (iii) approbation du nom, de la marque, du produit, des opinions ou de l'activité de l'industrie de l'alcool. Le financement (y compris le parrainage d'événements) et/ou les contributions en nature de l'industrie de l'alcool sont particulièrement risqués. Le dialogue avec l'industrie de l'alcool devrait viser à l'encourager à agir conformément à la stratégie mondiale visant à réduire la consommation nocive d'alcool, y compris par des actions d'autorégulation, à adhérer aux normes commerciales les plus strictes en respectant les règles et réglementations existantes et en soutenant les initiatives de santé publique visant à réduire les dommages liés à l'alcool, ainsi qu'à mettre à disposition des données sur les ventes et la consommation de boissons alcoolisées.

Incitations pour un meilleur alignement

Divers leviers peuvent être utilisés pour renforcer l'alignement entre les entités du secteur privé qui sont modérément alignées ou dont l'alignement est problématique. Les gouvernements peuvent utiliser le dialogue pour souligner l'importance qu'ils attachent à la santé publique (bien que toutes les parties du gouvernement n'accordent pas la même priorité à cette question). Alors que certains gouvernements ont encouragé l'action volontaire pour atteindre les objectifs fixés par le gouvernement¹⁵, d'autres considèrent l'action réglementaire et/ou législative comme le moyen le plus efficace (et dans certains cas le seul) d'aider les individus à faire des choix sains. Les personnes chargées de l'élaboration des politiques peuvent tirer parti du nombre croissant d'études de cas nationales et de bilans d'expérience effectués à ce jour.^{16,17,18} La pression des consommateurs et de la société civile est également très importante pour inciter à l'action, faire comprendre aux acteurs du secteur privé que l'amélioration de la santé publique est un élément essentiel de la gouvernance environnementale, sociale et d'entreprise, encourager un suivi transparent et promouvoir la responsabilité.

Transparence des fonctionnaires et de leurs conseillers

Lorsque des fonctionnaires (élus ou non) participant à l'élaboration des politiques publiques ont des intérêts financiers ou autres dans l'industrie, ces informations doivent être bien documentées, transparentes et accessibles au public. De même, s'il est utile pour les gouvernements de faire appel à des experts extérieurs à l'industrie, il peut également être utile (et parfois nécessaire) de faire appel à des experts qui ont une expérience dans le secteur privé et qui peuvent avoir un savoir-faire unique en matière de processus de production de produits (par exemple, dans le secteur alimentaire ou des produits pharmaceutiques). Dans tous les cas, il est impératif que tous les intérêts et conflits potentiels soient bien documentés et accessibles au public.

Remarques

- 1 It's time to walk the talk: WHO independent high-level commission on noncommunicable diseases final report. WHO, 2019.
- 2 Private sector peer learning: peer inventory 1: private sector engagement terminology and typology. Understanding key terms and modalities for private sector engagement in development cooperation. OECD, 2016.
- 3 Hancock C et al. The private sector, international development and NCDs. *Glob Health* 2011;7:23.
- 4 Kickbusch I et al. Commercial determinants of health. *Lancet Glob Health* 2016;4:e895–96.
- 5 More active people for a healthier world. WHO dialogue with the sports industry on the implementation of the global action plan on physical activity (2018–2030). WHO, 2018.
- 6 Tackling NCDs in workplace settings in low- and middle-income countries. A call to action and practical guidance. NCDAlliance, 2017.
- 7 Roundtable on NCDs - strengthening the role and contribution of the pharmaceutical industry to respond to the 2011 political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of NCDs. WHO.
- 8 Health product and policy standards. WHO. <https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards-for-pharmaceuticals/guidelines>.
- 9 Medical device regulations. Global overview and guiding principles. WHO, 2003.
- 10 Bauer K et al. An “all of society” approach involving business to tackle the rise in non-communicable diseases (NCDs). In *Commonwealth health ministers' update 2010* (pp. 137–48). London: Commonwealth Secretariat, 2010.
- 11 Collins et al. Interact, engage or partner? Working with the private sector for the prevention and control of noncommunicable diseases. *Cardiovasc Diagn Ther* 2019;9(2):158–64.
- 12 Lesser L et al. Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. *PLoS Med* 2007;4:e5.
- 13 Lauber K et al. Commercial use of evidence in public health policy: a critical assessment of food industry submissions to global-level consultations on noncommunicable disease prevention. *BMJ Glob Health* 2021;6:e006176.
- 14 Restricting promotions of food and drink that is high in fat, sugar and salt. UK Government. www.gov.uk/government/consultations/restricting-promotions-of-food-and-drink-that-is-high-in-fat-sugar-and-salt.
- 15 Salt targets 2017: Second progress report. A report on the food industry's progress towards meeting the 2017 salt targets. Public Health England, 2020.
- 16 Moodie R et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013;381:670–79.
- 17 Enhancing economic performance and well-being in Chile. Policy actions for healthier and more efficient food markets. OECD, 2021.
- 18 Public health and the food and drinks industry: the governance and ethics of interaction. Lessons from research, policy and practice. UK Health Forum, 2018.

57 Le rôle des partenariats public-privé dans la prévention et la lutte contre les MNT

*Alan M Trager, Ethan Simon, So Yoon Sim,
Nick Banatvala*

Les MNT représentent un défi complexe pour les gouvernements et le secteur privé. Ces maladies sont coûteuses à traiter et à prendre en charge. Elles peuvent avoir un impact négatif sur la productivité au travail et mettre en péril la croissance économique. En exploitant simultanément les forces des secteurs public et privé, les partenariats public-privé (PPP) peuvent produire des résultats là où les gouvernements ou le secteur privé seul pourraient échouer. Par le passé, les PPP ont été largement utilisés pour des projets d'infrastructure, mais ils sont aujourd'hui de plus en plus utilisés pour améliorer les systèmes de santé et de soins de santé. Il est possible d'étendre cette approche à la prévention et à la lutte contre les MNT.

Modèles de fonctionnement

Un PPP est une structure organisationnelle collaborative dans laquelle des partenaires publics, privés et/ou à but non lucratif conviennent de partager les risques, les ressources ainsi que l'autorité et la responsabilité en matière de prise de décision. Si les PPP peuvent être modélisés comme des entreprises classiques (avec un ensemble de structures et de conditions qui définissent les recettes, le financement, la capacité opérationnelle, le suivi, etc.), ils exigent souvent une structure plus subtile et nuancée.

Un modèle de PPP réussi servira à maximiser la valeur à long terme pour les deux parties. Dans le cas du secteur public, cela se traduit généralement par de meilleurs résultats en matière de santé ou par une réduction des coûts. Pour le secteur privé, il s'agit généralement d'une forme de gain commercial, mais il convient de noter que la monétisation immédiate n'est pas une condition nécessaire à la création d'une valeur à long terme. La structuration d'un PPP repose sur trois principes clés. Plus ces conditions sont remplies, plus le risque est faible et plus les opportunités offertes par un PPP sont importantes.

Crédibilité des partenaires, en particulier du secteur public

En ce qui concerne le secteur privé, générer un impact sur les MNT peut s'avérer complexe, coûteux et laborieux. En outre, dans la mesure où la réduction

de l'impact des MNT implique souvent des interventions importantes et durables sur le mode de vie, des années sont souvent nécessaires pour obtenir des résultats. Changer les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, par exemple, ne peut se faire du jour au lendemain. En ce qui concerne les gouvernements, ces perspectives à long terme peuvent souvent être en contradiction avec les cycles politiques à court terme, les changements rapides d'administration et d'agenda et la nécessité de contrôler les dépenses publiques. Pour le secteur privé, cela peut entrer en conflit avec la nécessité pour les actionnaires d'obtenir un retour sur investissement rapide. Il est donc essentiel que les gouvernements maintiennent un engagement cohérent dans leurs partenariats avec le secteur privé, indépendamment des aléas politiques à court terme, et que le secteur privé fournisse des mécanismes pour maintenir un soutien à long terme aux projets malgré les risques à court terme.

Faire du public un partenaire

Les PPP concernant les MNT nécessitent généralement un engagement important de la part du public. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de programmes qui exigent un changement de comportement (par exemple, la promotion de l'activité physique ou d'une alimentation saine). Les PPP qui n'impliquent pas efficacement le public en tant qu'acteur de sa propre santé (et, en fin de compte, de sa qualité de vie) ne connaîtront pas le succès escompté. Dans la mesure où les électeurs ont également tendance à avoir une vision à court terme de l'utilisation des fonds publics, les PPP qui apportent des avantages plus immédiats à la santé publique ou ceux qui démontrent des avantages en termes de recettes (par exemple, les taxes sur les cigarettes ou les boissons édulcorées au sucre) sont plus susceptibles d'être bien accueillis par le public.

Reconnaître qu'il est difficile de changer les comportements

Les habitudes peuvent être difficiles à changer, et de nombreux comportements qui augmentent le risque de contracter une MNT créent une dépendance et/ou font partie des normes culturelles – par exemple la consommation de tabac, d'alcool, de sucre et d'aliments transformés. Il est essentiel que les PPP efficaces tiennent compte de cette réalité en consacrant des ressources adéquates pour induire et encourager les changements de comportement et influencer les normes sociales le cas échéant (par exemple, en utilisant des modèles ou des personnes influentes, etc.). Les PPP qui sous-estiment l'ampleur de ce défi auront beaucoup moins de succès que ceux qui ne le font pas.

Classement des industries en fonction de l'alignement des valeurs

De nombreuses entités du secteur privé influencent les résultats des MNT – parfois pour le meilleur, parfois pour le pire. Déterminer si un partenaire potentiel du

secteur privé a des « valeurs alignées » – c’est-à-dire si la poursuite de ses intérêts directs conduit à une amélioration de la santé publique – est la première étape de la mise en place d’un PPP efficace. Les gouvernements doivent collaborer avec des entités du secteur privé dont les valeurs s’alignent sur l’objectif global de lutte contre les MNT. Les entreprises bien alignées sont celles dont le modèle de fonctionnement tient compte non seulement de la valeur économique, mais aussi des externalités positives en matière de santé et de société. Les secteurs de la santé numérique, du bien-être, des articles de sport et de l’assurance santé sont des exemples d’entreprises susceptibles d’être bien alignées.

D’autres secteurs sont clairement désalignés, comme les secteurs du tabac et de l’armement. Ces industries devraient être exclues des PPP.

La plupart des industries se situent toutefois entre les deux et peuvent être classées comme « potentiellement alignées ». Cette catégorie comprend l’industrie pharmaceutique, l’industrie des technologies médicales, les fournisseurs de soins de santé privés informels et les éléments de l’industrie de la santé numérique axés sur le traitement. Bien que ces industries participent à des activités de promotion de la santé, la viabilité de leurs produits dépend également de la présence de maladies. D’autres peuvent n’être que partiellement alignés, par exemple l’industrie alimentaire et des boissons. Bien que ces industries puissent vendre certains produits malsains, elles peuvent également tirer profit de la reformulation de produits moins sains pour répondre à des normes plus saines. Dans le cadre d’un PPP, elles peuvent être incitées à être plus sélectives en ce qui concerne la fourniture et la publicité de produits malsains. De plus amples détails sur le classement en fonction de l’alignement dans le secteur privé figurent au Chapitre 56 sur le secteur privé.

Les PPP peuvent accélérer la demande de modes de vie plus sains et accroître la disponibilité des biens et services qui favorisent la santé. Grâce à une structure d’incitation bien conçue, le secteur public pourrait, par exemple, aider le secteur privé à accroître l’offre et la disponibilité des options de prévention, de dépistage et de traitement des MNT. Les gouvernements peuvent également collaborer avec le secteur privé pour stimuler la demande d’aliments et de boissons sains, en recourant à la publicité et à d’autres stratégies d’engagement du public. Les PPP peuvent contribuer à accroître la concurrence privée sur les marchés des produits de santé, ce qui peut stabiliser les prix et les rendre plus abordables. Même des projets dans des secteurs non liés à la santé peuvent avoir un impact sur les MNT – dans le secteur du logement, les PPP peuvent être utilisés pour s’assurer que les logements nouveaux ou rénovés comprennent des aires de jeux, un accès aux transports publics et permettent l’achat de denrées alimentaires pour favoriser une alimentation saine. Les PPP conçus pour créer et entretenir des parcs publics peuvent avoir un impact sur la pollution de l’air et encourager l’exercice physique. Cette démarche est cohérente avec l’approche de « la santé dans toutes les politiques » (Chapitre 53).

Tableau 57.1 Modèles de fonctionnement des partenariats public-privé

Modèle de fonctionnement	Description	Application/exemple
Internaliser les externalités positives.	Exploiter les avantages potentiels des entreprises et des secteurs qui encouragent les comportements sains : offre des possibilités directes de partenariat avec des secteurs « parfaitement alignés ».	<ul style="list-style-type: none"> • Le partenariat entre les autorités municipales, les agents immobiliers et la population locale afin de développer des parcs urbains ou des pistes cyclables pour l'exercice physique et la détente.^a • Partenariat entre le gouvernement et les employeurs du secteur privé pour proposer des programmes de bien-être sur le lieu de travail, tels que des programmes d'activité physique sur le lieu de travail, des abonnements à des salles de sport, des applications mobiles pour suivre la condition physique des employés, des dépistages biométriques, des programmes de sevrage tabagique et des tarifs d'assurance réduits pour les employés.
Développer un marché pour les biens et services sains.	Les marchés des biens et services sains offrent des possibilités de révéler une valeur à long terme pour les industries « potentiellement alignées », car les consommateurs sont de plus en plus attirés par les produits sains. La motivation du profit peut pousser les entreprises du secteur de l'alimentation et des boissons à reformuler leurs produits pour qu'ils soient plus sains – moins de sucre, moins de matières grasses, etc. Des incitations élaborées avec soin dans le cadre d'un PPP peuvent contribuer à encourager la reformulation.	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat entre le gouvernement et les entreprises du secteur de l'alimentation et des boissons pour proposer des aliments et des boissons plus sains. Les entreprises participantes peuvent être encouragées à demander des subventions pour développer et promouvoir des menus sains et accélérer les délais de reformulation.^b • Partenariat entre le gouvernement et les employeurs pour accorder des subventions aux employeurs pour l'achat de vélos pour se rendre au travail à vélo ou utiliser les transports publics. • Les entreprises s'engagent, pour chaque produit vendu (par exemple, des produits de bien-être, des articles de sport, des produits de santé numérique), à faire don de produits identiques ou similaires à des pays à revenu faible et intermédiaire ou à des communautés pauvres dans leur propre pays (modèle « un acheté, un offert »).^c

(suite)

Tableau 57.1 (suite)

Modèle de fonctionnement	Description	Application/exemple
Tirer parti des organisations internationales et du secteur à but non lucratif pour atteindre les consommateurs et les patients dans les pays à revenu faible ou les personnes défavorisées vivant dans le même pays.	<p>Implique des organisations locales et internationales et le secteur à but non lucratif pour apporter une assistance opérationnelle et technique, en aidant les secteurs public et privé à collaborer de manière plus harmonieuse. Les industries « imparfaitement alignées » se sont appuyées sur le secteur à but non lucratif pour gérer l'assistance technique à la coordination et à la distribution de biens et de services dans les pays à faible revenu ou aux personnes défavorisées dans la même région, ce qui leur a également permis de s'assurer de nouvelles parts de marché tout en réduisant les coûts de transaction. Ces PPP s'appuient souvent non seulement sur des subventions publiques, mais aussi sur le soutien de donateurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gavi, l'Alliance du vaccin, un partenariat entre les bailleurs de fonds (gouvernements et donateurs) et l'industrie pharmaceutique (production de vaccins, y compris le vaccin contre le virus du papillome humain), collabore avec les PRF pour agréger la demande et créer des marchés viables pour les vaccinations. • Le marché en ligne Defeat-NCDS met en relation les gouvernements, en tant qu'acheteurs de médicaments, de diagnostics et d'équipements, avec les fournisseurs du secteur privé. En permettant à plusieurs pays de mettre en commun leur pouvoir d'achat, les PRF obtiennent plus à des coûts plus réduits, et les fournisseurs sont en mesure de développer des marchés prévisibles. • Partenariats avec des organisations locales (par exemple, la Croix-Rouge locale ou des organisations caritatives qui fournissent de la nourriture aux personnes dans le besoin).
Modèles traditionnels de PPP pour les infrastructures et les services de santé.	<p>Il peut s'agir d'arrangements élaborés ou de subventions publiques plus simples. À distinguer de la privatisation, des initiatives de financement privé ou de la sous-traitance de services. Ce modèle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement fait appel à des partenaires privés pour cofinancer, construire et exploiter les établissements, mais ceux-ci lui appartiennent en dernier ressort. Les partenaires privés sont tenus de respecter les critères de qualité des services convenus. • Partenariats pour réduire les listes d'attente pour les procédures de routine (par exemple, la thérapie au laser pour la rétinopathie diabétique).

(suite)

Tableau 57.1 (suite)

Modèle de fonctionnement	Description	Application/exemple
	<p>permet aux gouvernements de tirer parti de l'agilité et de l'expertise du secteur privé, tout en maintenant la responsabilité et en veillant à ce que des normes soient établies pour des soins de haute qualité.</p>	

- a Donahue J. Parks and Partnership in New York City: Adrian Benepé's Challenge (A). Harvard Kennedy School Case Program, 2004.
- b Trager A, Lundberg C. Do the Elderly Have to Be Ailing? Singapore's Health Promotion Board. 2018.
- c Marquis C, Park A. Inside the Buy-One Give-One Model. Stanford Social Innovation Review, 2014.

Types de modèles de fonctionnement

Les PPP peuvent être divisés en quatre types (Tableau 57.1).

Comme pour tous les modèles de fonctionnement, les parties prenantes doivent garder à l'esprit les aléas liés à l'accès au capital, à la stabilité des flux de trésorerie, à la viabilité commerciale, à la clientèle et au taux de fidélisation, à l'utilisation équitable des ressources humaines, au paysage concurrentiel, aux canaux de commercialisation, aux infrastructures et aux conditions macroéconomiques. Dans le cas des MNT, il existe une tension inhérente entre les actifs à long terme qui nécessitent des subventions et des accords pluriannuels et les cycles politiques à court terme qui peuvent entraîner des réductions de subventions.

Points essentiels à prendre en considération pour la mise en place et le maintien de partenariats public-privé

La gouvernance

S'il existe de nombreuses façons pour les secteurs public et privé de collaborer l'un avec l'autre - des contrats aux simples dialogues - c'est le partage du pouvoir de décision qui rend les PPP uniques. Et si les gouvernements et les entreprises sont souvent satisfaits de partager cette autorité *en théorie*, il peut s'avérer difficile de déterminer comment le pouvoir sera exactement partagé et comment il sera contrôlé et ajusté au fil du temps.

La négociation d'une structure de gouvernance est l'un des premiers défis auxquels les partenaires seront confrontés. Les partenaires doivent négocier de manière à développer la confiance et la crédibilité. Si les conditions de partage de l'autorité peuvent varier considérablement, les PPP efficaces mettent toujours l'accent sur la responsabilité et la transparence (y compris un suivi adéquat des résultats et des finances) et garantissent que les deux partenaires agissent dans l'intérêt supérieur du partenariat. Afin de minimiser les risques liés aux organismes et aux influences externes, les PPP sont généralement constitués en entités indépendantes.

Alignement des intérêts

Si les PPP fonctionnent mieux lorsque les intérêts des deux partenaires sont bien alignés, les gouvernements et les entreprises ont souvent des intérêts divergents qui peuvent entrer en conflit. Les partenaires doivent s'efforcer de dépasser le cadre binaire et réducteur des conflits d'intérêts pour adopter un paradigme plus constructif et nuancé d'un « spectre d'intérêts directs », qui implique une certaine flexibilité autour des intérêts intrinsèques de chaque partie.¹ Par exemple, si les entreprises pharmaceutiques ont un impact positif net global sur la santé publique, la viabilité de leurs produits dépend toujours de l'existence d'une maladie. De même, si les fabricants de boissons édulcorées au sucre contribuent largement à l'obésité et au diabète, ils peuvent aussi tirer profit de la vente d'eau plate ou gazeuse, qui sont des substituts sains. Il peut donc être judicieux que les gouvernements soutiennent certains aspects de l'activité d'un secteur donné, mais pas d'autres. En identifiant les entités du secteur privé dont les objectifs de marché sont raisonnablement alignés sur les services du secteur public, les gouvernements peuvent utiliser l'alignement des valeurs pour identifier les partenaires appropriés pour un PPP.

La présence de conflits d'intérêts ne signifie pas nécessairement qu'un partenariat n'est pas viable. Il est souvent plus productif de gérer les conflits d'intérêts par une conception minutieuse des incitations que de les éviter complètement. Par exemple, les ministères de la Santé qui mettent en place un PPP avec le secteur privé pour fournir des services de santé devront veiller à ce que le contractant ne prennent pas des décisions visant à réduire les coûts, augmenter les profits ou faire des compromis sur la qualité des soins. Pour relever ces défis, il est possible de convenir d'échéanciers de paiement fondés sur des indicateurs de performance afin de déterminer le montant que le gouvernement versera au contractant et de mettre en place des mécanismes qui découragent l'utilisation inappropriée, y compris la surconsommation de services. Cela signifie qu'il faut aller au-delà des indicateurs généraux et non spécifiques tels que le nombre de patients desservis, pour passer à des indicateurs relatifs à la qualité des soins (par exemple, les organisations de maintien de la santé où le financement est alloué à des avantages démontrés et mesurables en matière de santé). De cette manière, le contractant est incité à travailler dans le meilleur intérêt du public et des deniers publics, tout en permettant au

prestataire de trouver de nouvelles efficacités, des innovations, de rationaliser les opérations et de réduire les coûts inutiles.

L'alignement des intérêts exige également que les deux partenaires adoptent une compréhension holistique des « valeurs » convenues. Si une entreprise privée est tenue de rechercher un retour sur investissement positif, ce retour ne doit pas nécessairement se faire exclusivement sous la forme de bénéfices monétaires. Les retombées peuvent inclure des avantages stratégiques, une publicité positive et l'accès à de nouveaux marchés (par exemple, des produits sains pour l'industrie alimentaire). En acceptant un éventail plus large de rendements, un PPP peut mieux internaliser les externalités positives.

Reconnaître les externalités

Les externalités peuvent être négatives ou positives. L'aménagement de pistes cyclables augmentera le nombre de cyclistes dans les rues de la ville. Cela peut augmenter les accidents de vélo (externalité négative), mais aussi accroître l'activité physique et réduire la pollution et le trafic (externalité positive). Le renforcement de l'éducation à la santé et aux MNT profite non seulement aux élèves, mais a également un impact positif sur leurs familles et la communauté dans son ensemble. L'amélioration du dépistage et des interventions sur le mode de vie permet non seulement de prévenir les MNT pour les patients, mais aussi de réduire les dépenses de santé et d'accroître la productivité économique. La consommation d'aliments sains peut réduire les coûts des soins de santé, augmenter la productivité des travailleurs et profiter à l'agriculture locale, réduire l'empreinte carbone et créer de nouveaux emplois. Les modalités de financement des PPP doivent tenter de reconnaître et de quantifier ces externalités dans le modèle de fonctionnement du PPP. Ce faisant, les gouvernements et le secteur privé peuvent identifier et développer davantage d'opportunités gagnant-gagnant.

Impliquer les utilisateurs en tant que partenaires

La participation du public est cruciale pour les PPP, mais le « public » n'est pas une entité unique et monolithique. Le « grand public » comprend en réalité un tissu complexe de groupes culturels, sociaux et économiques qui se chevauchent, chacun ayant son propre ensemble multivalent d'intérêts et de normes. Ainsi, une stratégie de communication efficace nécessitera probablement des approches différentes pour les différents segments de la population. Ceci est particulièrement important pour les PPP où les partenariats avec le secteur privé peuvent être perçus avec inquiétude, voire avec hostilité. Les efforts visant à améliorer l'alignement impliquent généralement la participation des utilisateurs en tant que partenaires.

Renforcement des capacités

Peu de professionnels du secteur public ou privé possèdent les connaissances et les compétences nécessaires à l'élaboration et à la gestion des PPP, telles que la négociation, la gestion politique et l'analyse des parties prenantes. Le nombre de personnes ayant une expérience dans le domaine des MNT est encore plus limité. Le renforcement des capacités, le partage des meilleures pratiques et la communication des enseignements tirés sont importants si l'on veut que les PPP maximisent leur potentiel.

Mesure des performances

Comme pour tout programme, il est essentiel de définir le succès et de mesurer régulièrement les performances. Cela peut constituer un défi particulier pour les interventions gérées par des PPP, car ces derniers sont des structures qui couvrent de nombreux secteurs et institutions différents, avec des horizons temporels, des priorités et des valeurs variables.

Remarque

- 1 Trager AM, Simon E. Public-private partnerships for health access: best practices. *World Economic Forum*, 2021.

58 Efficacité de l'aide et rôle des agences de développement multilatérales et bilatérales dans la prévention et la lutte contre les MNT

*Nick Banatvala, Andrea Feigl, Nnenna Ezeigwe,
Dudley Tarlton*

Ce chapitre décrit les programmes d'efficacité de l'aide et de financement du développement et leur pertinence pour ceux qui travaillent à la prévention et à la lutte contre les MNT. Le chapitre décrit également les contributions des agences de développement multilatérales et bilatérales à la réduction de la charge de morbidité des MNT.

Efficacité de l'aide

Une série de forums de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (Rome, 2003 ; Paris, 2005 ; Accra, 2008 ; et Busan, 2011) et de conférences sur le financement du développement (Monterrey, 2002 ; Doha, 2008 ; et Addis-Abeba 2015) ont élaboré et promu un certain nombre de principes et de domaines d'action pour les partenaires qui financent, mettent en œuvre et reçoivent l'aide au développement (gouvernements, agences multilatérales et bilatérales, société civile, organisations philanthropiques et secteur privé) afin d'améliorer l'impact de leurs investissements sur les résultats en matière de santé et de développement, tout en fixant des objectifs pour suivre les progrès accomplis (Encadré 58.1).

ENCADRÉ 58.1 EXEMPLES DE PRINCIPES ET DE BONNES PRATIQUES POUR L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT, QUI DEVRAIENT ÊTRE PRIS EN COMPTE PAR CEUX QUI ŒUVRENT EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LES MNT.

- *Propriété* : Les pays en développement doivent définir leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorer leurs institutions et

lutter contre la corruption, jouer un rôle plus actif dans l'élaboration des politiques de développement et assumer un rôle plus important dans la coordination de l'aide au développement, notamment en collaborant pleinement auprès de leurs parlements et de la société civile.

- *Alignement* : Les pays donateurs doivent s'aligner sur les priorités et les objectifs nationaux et utiliser les systèmes locaux.
- *Harmonisation* : Les pays donateurs coordonnent, simplifient les procédures et partagent les informations pour éviter les doubles emplois.
- *Résultats* : Les pays en développement et les donateurs se concentrent désormais sur les résultats du développement et les résultats sont mesurés.
- *Responsabilité mutuelle et transparence* : Les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.
- *Partenariat* : Les partenariats doivent aller au-delà des donateurs traditionnels pour inclure de nouveaux donateurs gouvernementaux (y compris ceux des économies émergentes), ainsi que des fondations et la société civile.
- *Financement* : Les flux de financement des partenaires de développement doivent s'aligner sur ceux du gouvernement.
- *Intégration* : Une approche qui réunit les priorités économiques, sociales et environnementales des pays, en promouvant la viabilité du commerce et de la dette et en abordant les questions clés de gouvernance.
- *Renforcement des capacités et capacité d'absorption* : veiller à ce que l'aide au développement renforce les capacités sur le terrain et que les capacités soient suffisantes pour absorber l'investissement de manière durable.
- *Additionnalité* : les fonds de développement ne doivent pas remplacer les fonds nationaux, mais plutôt, de préférence, contribuer à (ou catalyser) la quantité (et la qualité) des investissements nationaux.
- *Durabilité* : veiller à ce que l'aide soit fournie de manière à ce que les activités se poursuivent après l'investissement. Pour ce faire, les dimensions sociales, économiques et environnementales doivent être prises en compte.

Le programme sur l'efficacité de l'aide et du développement a des répercussions importantes pour ceux qui travaillent à la prévention et à la lutte contre les MNT. Quelques exemples sont donnés ci-dessous.

- Les pays (et, lorsque la santé est décentralisée, les États ou les provinces) doivent disposer de plans d'action multisectoriels de lutte contre les MNT qui : (i) définissent clairement les rôles et les responsabilités du gouvernement, des agences internationales de développement, de la société civile et du secteur privé ; (ii) sont alignés sur des plans de santé et de

- développement plus larges ; (iii) comportent un ensemble d'actions prioritaires fondées sur des données probantes (meilleurs choix de l'OMS et autres interventions recommandées - Chapitre 34) ; (iv) comportent des objectifs et des indicateurs clairs mesurés à l'aide de processus de suivi et d'évaluation qui contribuent au renforcement des capacités dans le pays et que tous les partenaires utilisent.
- Établir des priorités d'action à partir des demandes et des attentes des nombreuses parties prenantes qui constituent la communauté de lutte contre les MNT et de la myriade de stratégies et de plans d'action mondiaux et régionaux particuliers de lutte contre des maladies ou des risques spécifiques, en plus du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT.¹ Il est souvent plus efficace de se concentrer sur l'obtention d'un petit nombre de résultats bien définis. Les plans multisectoriels de lutte contre les MNT doivent être chiffrés, dotés de ressources et inclure des indicateurs suffisamment spécifiques, limités dans le temps et mesurables, mais aussi significatifs et réalistes pour les décideurs et les praticiens sur le terrain.
 - Les priorités d'action en matière de MNT doivent tenir compte du rapport coût-efficacité (décrit au Chapitre 40 et ailleurs),² de l'égalité, de l'équité et de l'utilité.
 - Égalité : chaque individu ou groupe de personnes a accès aux mêmes ressources ou opportunités.
 - Équité : reconnaître que chaque personne traverse des situations différentes et distribuer les ressources en fonction des besoins des bénéficiaires afin de parvenir à un résultat égal.
 - Utilité : allocation des ressources en fonction de leur capacité à contribuer de la manière la plus utile possible ou à réduire les dommages au minimum, par exemple, en utilisant les ressources disponibles pour sauver le plus de vies possible.
 - Mettre en place des mécanismes de coordination multisectorielle en matière de MNT (au niveau national/fédéral et/ou plus local selon le cas) qui incluent des partenaires au niveau pangouvernemental et pansociétal (y compris ceux atteints de MNT).³ Ces mécanismes sont importants pour garantir que les plans d'action sont élaborés, mis en œuvre, suivis et évalués conformément aux principes et aux approches décrits ci-dessus. Ces mécanismes sont plus efficaces lorsqu'ils sont dirigés par des représentants politiques de haut niveau, ce qui peut encourager une participation plus efficace des secteurs non liés à la santé.
 - Les pays et leurs partenaires de développement coopèrent pour accroître le financement consacré à la lutte contre les MNT : (i) gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire (augmentation des investissements nationaux pour la lutte contre les MNT) ; (ii) gouvernements des pays à revenu élevé et agences de développement (financement catalytique et coopération technique) ; (iii) agences multilatérales (solidarité et coopération à l'échelle mondiale) ; (iv) fondations et philanthropie (financement réactif et catalytique) ; (v) secteur privé (innovation, partenariats

et impact social) ; et (vi) société civile (plaidoyer, expertise technique et responsabilité).⁴

- Les pays qui utilisent des mesures de tarification et de taxation du tabac, de l'alcool et d'autres produits malsains dans le cadre d'une stratégie globale de prévention et de lutte contre les MNT et comme moyen de réduire les coûts des soins de santé, et qui fournissent un flux de recettes pour financer le développement, y compris les activités de santé et l'action sur les MNT plus spécifiquement, bien que les ministères des Finances soient souvent réticents à affecter (hypothéquer) des fonds de cette manière.
- Les petits projets autonomes (par exemple, la mise en place de services de sevrage tabagique dans une petite partie du pays ou la création de services de dépistage des patients atteints de cancer ou de maladies cardiovasculaires non intégrés à un plan gouvernemental durable à long terme) peuvent ne pas être utiles. Il est essentiel d'écouter les priorités des gouvernements en matière de MNT plutôt que les directives normatives, ne serait-ce que pour comprendre les raisons politiques pour lesquelles une intervention particulière en matière de MNT peut ou non être appropriée pour le moment. Compte tenu en particulier de la charge de morbidité croissante des MNT, il est essentiel que les partenaires de développement reconnaissent et alignent leur soutien sur la charge de morbidité dans les pays.
- Les partenaires de développement doivent identifier les moyens d'encourager la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire. La coopération Sud-Sud fait référence à des partenariats dans le cadre desquels deux ou plusieurs pays du Sud poursuivent leurs objectifs individuels ou communs de développement des capacités nationales ou institutionnelles, tandis que la coopération triangulaire fait référence à un partenariat de coopération Sud-Sud avec une assistance financière, technique ou administrative fournie par un partenaire de développement international. Parmi les exemples d'utilisation de ces approches, citons les actions de lutte contre le tabagisme et les actions relatives à la nutrition et à l'activité physique menées dans le cadre de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est.⁵

Agences multilatérales

Les agences de l'Organisation des Nations Unies, les banques de développement, d'autres organisations régionales et internationales, ainsi que les agences gouvernementales bilatérales jouent un rôle important dans l'encadrement et le soutien de la prévention et de la lutte contre les MNT aux niveaux mondial, régional et national.

Agences de l'Organisation des Nations Unies

Les déclarations politiques des réunions de haut niveau de 2011 et de 2018 sur les MNT (Chapitre 31) soulignent le rôle de chef de file de l'OMS en tant qu'institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour la santé, qui soutient

ses États membres (en tenant compte du fait que les gouvernements ont le rôle et la responsabilité principaux de répondre au défi des MNT) dans leurs efforts de prévention et de lutte contre les MNT, notamment en élaborant et en promouvant des normes et des règles (par exemple, des directives sur le dépistage du cancer du col utérin), la prise en charge des MNT dans les soins primaires et les directives sur les apports recommandés en nutriments, tels que le sel et le sucre, en fournissant une assistance technique et des conseils politiques, par exemple en ce qui concerne la mise en œuvre des meilleurs choix de l'OMS et d'autres interventions recommandées décrits dans le présent compendium, et en suivant et en évaluant les progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre les MNT au niveau national (chapitres 4 et 5 consacrés à la surveillance).

Le Directeur général de l'OMS présente chaque année un rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis à la suite de la troisième réunion de haut niveau sur les MNT. Les réunions et résolutions de haut niveau sur les MNT reconnaissent également le rôle de chef de file et d'agence de coordination de l'OMS dans la promotion et le suivi de l'action mondiale contre les MNT, en relation avec les travaux d'autres agences de l'Organisation des Nations Unies, banques de développement et autres organisations régionales et internationales concernées, pour lutter de manière coordonnée contre les MNT.

L'ONU est présente dans presque tous les pays à revenu faible et intermédiaire ; toutefois, le nombre d'agences de l'ONU dans un pays donné varie considérablement. L'équipe de pays des Nations unies (UNCT) permet aux agences de fournir un soutien au gouvernement de manière cohérente et coordonnée, conformément au mandat de chaque agence.

En ce qui concerne les MNT, qui nécessitent une action multisectorielle, cela est particulièrement important, car les agences individuelles ont différents points d'entrée dans le gouvernement. Un certain nombre d'agences de l'ONU disposent de stratégies axées sur (ou mettant l'accent sur) les MNT.^{6,7} En outre, les agences ont élaboré des notes et des études de cas qui décrivent la contribution qu'elles peuvent apporter à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT,^{8,9} par exemple le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) sur le renforcement de la bonne gouvernance et du financement durable, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sur le renforcement des connaissances et des comportements en matière de santé chez les enfants et les adolescents,¹⁰ le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) sur le cancer du col utérin, le HCR (l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés) sur les actions de prévention et de traitement des MNT parmi les populations réfugiées, et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA (ONUSIDA) sur la prévention et le traitement des MNT parmi les personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Un certain nombre de programmes conjoints de l'ONU existent pour apporter un soutien coordonné aux pays.

Au niveau national, un cadre de coopération pour le développement durable des Nations Unies (ou équivalent) guide la planification, la mise en œuvre, le

suivi, l'établissement de rapports et l'évaluation du soutien collectif de l'ONU à la mise en œuvre du Programme d'action à l'horizon 2030, et il est important que les MNT soient prises en compte dans ces cadres.^{11,12}

Agissant pour le renforcement de l'efficacité du développement, le groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT a été créé en 2013 par le Secrétaire général des Nations Unies afin d'exploiter les efforts collectifs du système des Nations Unies pour aider les États membres à intensifier leur action contre les MNT. Le groupe de travail présente chaque année un rapport au Conseil économique et social des Nations Unies. Le groupe de travail est composé de 45 agences du système des Nations Unies et d'un secrétariat de l'OMS. Les activités sont conformes à sa stratégie 2022-2025, à savoir (i) soutenir les pays pour accélérer l'action multisectorielle sur les cibles des ODD liés aux MNT et à la santé mentale - en plaidant pour une action pangouvernementale et pansociétale, et en répondant à la demande croissante d'assistance technique contextuelle de la part des pays ; (ii) mobiliser des ressources pour soutenir l'élaboration d'interventions menées par les pays pour atteindre les cibles des ODD liés aux MNT et à la santé mentale ; (iii) harmoniser l'action et forger des partenariats intersectoriels ; et (iv) servir d'exemple pour un système des Nations Unies toujours plus efficace.

Le groupe de travail a entrepris des missions de programmation conjointe dans plus de 20 pays afin de soutenir les UNCT dans leurs efforts pour fournir une assistance technique aux gouvernements dans la lutte contre les MNT. Les rapports de mission contenant des recommandations ainsi que les rapports d'étape sont du domaine public.¹³ Ces missions permettent de discuter avec les ministres publics, les parlementaires et les partenaires de développement afin de formuler des recommandations sur les mesures à prendre au niveau du cabinet, par exemple la mise en place ou le renforcement des mécanismes de gouvernance pour les MNT, la nécessité d'une action multisectorielle sur les meilleurs choix de l'OMS et d'autres interventions et les moyens de rendre l'aide au développement plus efficace (voir ci-dessous). Le groupe de travail élabore également des documents de politique et de sensibilisation (par exemple, des notes sectorielles, des notes d'agences et des notes spécifiques sur des sujets tels que la riposte aux MNT pendant et après la pandémie de COVID-19 et des exemples d'actions entreprises par les membres du groupe de travail). Le groupe de travail surveille également l'efficacité avec laquelle les UNCT intègrent les MNT dans leurs cadres de planification.¹⁴

La Banque mondiale et les banques régionales de développement

La Banque mondiale et les banques régionales de développement fournissent des conseils politiques, un soutien technique et une assistance financière pour renforcer la réponse du système de santé et s'attaquer aux principaux facteurs de risque des MNT. Les prêts à l'investissement sont efficaces pour intensifier l'action nationale en matière de prévention et de lutte contre les MNT. Par exemple, le prêt de la Banque mondiale à l'Argentine s'est concentré sur la

prévention et la lutte contre les MNT parmi les populations les plus pauvres, avec trois composantes principales : (i) services de santé – formation des équipes médicales à la détection précoce et au contrôle efficace des MNT, actualisation des modèles de soins de santé et mise en place de dossiers médicaux électroniques ; (ii) promotion de la santé – promotion de comportements sains et élaboration de stratégies provinciales de lutte contre les MNT ; et (iii) renforcement institutionnel – ciblage des capacités de suivi et de surveillance des MNT et élaboration d'enquêtes et de campagnes de communication. Les éléments relatifs aux services de santé et à la promotion de la santé se sont concentrés sur la mise en œuvre aux niveaux provincial, municipal et des soins primaires, tandis que le travail de renforcement institutionnel vise le niveau central et la mise en place d'une plate-forme opérationnelle.¹⁵

Le portefeuille de la Banque mondiale comprend également une série d'opérations d'investissement non liées à la santé qui contribuent directement ou indirectement à la prévention des MNT, notamment : (i) la promotion de la santé environnementale ; (ii) l'extension de l'utilisation de cuisinières sûres et efficaces ; et (iii) la promotion de réformes fiscales et réglementaires.

Autres agences multilatérales

D'autres agences multilatérales, comme le Fonds mondial, soutiennent la prévention et la lutte contre les MNT par le biais de leur politique en matière de co-infections et de comorbidités (Chapitre 28). Gavi, l'Alliance du vaccin, un partenariat public-privé pour la santé mondiale, apporte son soutien à un certain nombre de pays pour développer la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite B afin de prévenir respectivement le cancer du col utérin et les maladies chroniques du foie, y compris le cancer hépatocellulaire.

D'autres entités régionales accordent également une plus grande attention aux MNT. Par exemple, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies en Afrique ont récemment élaboré un nouveau plan stratégique quinquennal pour aider les pays d'Afrique à intensifier leurs actions en matière de MNT et de santé mentale.

Agences de développement bilatérales

Dans l'ensemble, les agences gouvernementales de développement doivent encore donner la priorité à la prévention et à la lutte contre les MNT.¹⁶ Les raisons sont notamment les suivantes :

- Un désir compréhensible de constater l'intégration de la prévention et de la lutte contre les MNT dans le système de santé au sens large ou de renforcer les investissements et les cadres de gouvernance au sens large, mais aussi des affirmations erronées et dépassées selon lesquelles les MNT ne sont pas directement liées à la pauvreté ou au développement, et sont attribuables

à l'abondance et à l'occidentalisation. En conséquence, un certain nombre de MNT ne suscitent pas les mêmes sentiments d'empathie et de justice sociale que les maladies infantiles, le VIH, la tuberculose, le paludisme et la mortalité maternelle.

- De nombreux gouvernements font peser la responsabilité de l'acquisition des MNT sur les personnes plutôt que sur la société et sur les choix personnels plutôt que sur les circonstances socio-économiques. Cette conception erronée de la véritable nature des MNT (dont les causes sont profondément enracinées dans la société dans son ensemble, c'est-à-dire les déterminants sociaux et commerciaux) s'étend à la politique de développement.
- Il peut y avoir des conflits entre les politiques visant à fournir une aide au développement pour aider les pays à mettre en place une action fiscale et juridique forte et les politiques visant à promouvoir le commerce international.

Le programme d'action d'Addis-Abeba de 2015 sur le financement du développement souligne que si le développement (et donc la prévention et la lutte contre les MNT) doit être financé principalement par des ressources nationales, il reconnaît également que l'aide au développement est importante pour fournir une assistance technique permettant de catalyser l'intensification de l'action. De plus amples détails sur le financement de l'aide au développement pour la lutte contre les MNT figurent au Chapitre 39.

Néanmoins, il existe un certain nombre d'exemples où des agences bilatérales de développement ont soutenu des projets d'assistance technique liés aux MNT, par exemple le projet CCLAT 2030 financé par l'Australie, la Norvège et le Royaume-Uni.¹⁷ En 2020, la Norvège est devenue le premier pays à publier une stratégie spécifique d'aide au développement pour la prévention et la lutte contre les MNT.¹⁸ Cette stratégie s'aligne explicitement sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT, avec un engagement spécifique à soutenir l'action dans un certain nombre de domaines, notamment la taxation et la réglementation du tabac et de l'alcool, la réduction des décès dus à la pollution de l'air, la réduction de la consommation nocive d'alcool grâce à l'initiative SAFER (Chapitre 26) et l'amélioration des niveaux d'alimentation saine.

Remarques

- 1 Wickramasinghe K. The development of national multisectoral action plans for the prevention and control of noncommunicable diseases: experiences of national-level stakeholders in four countries. *Global Health Action* 2018;11:1532632.
- 2 Jackson-Morris AM et al. 'Implementability' matters: using implementation research steps to guide and support non-communicable disease national planning in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health* 2022;7:e008275.
- 3 Toolkit for developing a multisectoral action plan for noncommunicable diseases. Module 2. Establishing stakeholder engagement and governance mechanisms. WHO, 2022.

- 4 Invest to protect NCD financing as the foundation for healthy societies and economies. NCD Alliance, 2022.
- 5 Collins TE. Time to align: development cooperation for the prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ* 2019;366:l4499.
- 6 Programme guidance for early life prevention of non-communicable diseases. UNICEF, 2019.
- 7 Connecting the dots: towards a more equitable, healthier and sustainable future: UNDP HIV and Health Strategy 2022–2025, 2022.
- 8 UN Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs. United Nations Agency Briefs: responding to the challenge of non-communicable diseases. WHO, 2019.
- 9 UN Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs. Non-communicable diseases and mental health: case studies from across the United Nations system. WHO, 2019.
- 10 Programme guidance for early life prevention of non-communicable diseases. UNICEF, 2019.
- 11 Guidance note on the integration of noncommunicable diseases into the United Nations development assistance framework UNDP/WHO guidance note. WHO and UNDP, March 2015.
- 12 UN Inter-Agency Task Force on NCDs. Governments and United Nations Country Teams: Working together to deliver the NCD-related Sustainable Development Goals, 2021.
- 13 UN Inter-Agency Task Force on NCDs. Country missions and progress reports. <https://www.who.int/groups/un-inter-agency-task-force-on-NCDs/country-missions>.
- 14 United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Integrating NCDs into United Nations Development Assistance Frameworks (UNDAFs): 2017 survey. WHO. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259857>.
- 15 International bank for reconstruction and development project appraisal document on a proposed loan in the amount of us\$ 350 million to the Argentine Republic for a protecting vulnerable people against noncommunicable diseases project. World Bank, Report No: PAD535-AR, 2015.
- 16 Jailobaeva K et al. An analysis of policy and funding priorities of global actors regarding noncommunicable disease in low- and middle-income countries. *Global Health* 2021;17:68.
- 17 FCTC2030. <https://fctc.who.int/who-fctc/development-assistance/fctc-2030>.
- 18 Better Health, Better Lives. Combating Non-Communicable Diseases in the Context of Norwegian Development Policy (2020–2024). Norwegian Ministry of Foreign Affairs and Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2020.

59 Leadership en matière de prévention et de lutte contre les MNT

*Pekka Puska, Nizal Sarrafzadegan,
Bharathi Viswanathan, Nick Banatvala*

La santé publique a été décrite comme l'art et la science de la prévention des maladies, de la prolongation de la vie et de la promotion de la santé grâce aux efforts organisés de la société.¹ Cette définition s'applique certainement à la prévention et à la lutte contre les MNT, pour lesquelles une action pangouvernementale et sociétale est essentielle.

Le leader de la santé publique moderne a été décrit comme un « leader transcendant, collaboratif et au service des autres qui unit et aligne des voix disparates autour d'une mission commune », avec des compétences nécessitant la capacité de « repérer la passion et la compassion, promouvoir le leadership au services des autres, reconnaître l'inconnu, l'ambigu et le paradoxal, communiquer de manière succincte pour reformuler, et comprendre la partie « publique » du leadership en santé publique ».² Le leader de la santé publique moderne doit également trouver le juste équilibre entre le leadership « héroïque » et « non héroïque » et le leadership « positionnel » et « non positionnel » pour atteindre ces objectifs (Tableau 59.1). Il n'existe cependant pas de théorie, de principe ou de style de leadership unique ou « correct ».³

Les approches pangouvernementales (La santé dans toutes les politiques)⁴ et pan-sociétales, ainsi que la nécessité d'agir sur l'ensemble de la vie (Chapitre 37), de relever les défis des déterminants sociaux de la santé (Chapitre 17) et l'ensemble des questions exposées dans le présent compendium, signifient que le leadership en matière de santé publique requiert un éventail de compétences vaste et complet. Cela implique une compréhension approfondie : (i) de la justice sociale et de la répartition des ressources ; (ii) de la prise de décisions lorsque les données sont rares ; (iii) des rôles et responsabilités de l'État et de l'individu ; et (iv) de l'équilibre entre la prévention et les soins.^{2,5}

Ce chapitre décrit le leadership dans le contexte de la mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre les MNT, en mettant l'accent sur les questions relatives à la *manière de procéder*, étant donné qu'une grande partie du reste de ce compendium porte sur *ce qu'il faut faire*. L'incapacité à mettre en place les politiques, stratégies, programmes et objectifs relatifs aux MNT, dont le nombre ne cesse d'augmenter, constitue un défi de taille pour les dirigeants responsables de leur mise en œuvre. Les obstacles auxquels les dirigeants sont confrontés comprennent l'inertie au changement et une série

d'intérêts politiques, socioculturels, commerciaux, professionnels en matière de ressources (humaines et financières).

Leadership pour l'élaboration de programmes efficaces de lutte contre les MNT

L'expérience des grands programmes de prévention et de lutte contre les MNT a permis d'identifier une série de questions qui peuvent guider les responsables dans la conception et la mise en œuvre de ces initiatives.^{6,7,8} Ces questions sont résumées ci-dessous.

Veiller à ce que l'action soit fondée sur des données probantes. Les programmes destinés à la population doivent être fondés sur des preuves solides de l'impact des mesures de prévention et de lutte contre les MNT.

En outre, il est nécessaire de disposer d'informations, dans la mesure du possible, sur la situation locale en matière de MNT et sur la faisabilité, l'acceptabilité par les utilisateurs et les parties prenantes, les capacités existantes et les coûts globaux du programme prévu. De nombreux programmes de prévention reposent sur les seules informations relatives à la santé de la population qui, prises isolément, sont insuffisantes (Chapitre 47 sur l'intensification du changement de comportement). Les dirigeants doivent prendre en compte les questions de persuasion, avoir une bonne compréhension de la théorie sociale et de la manière de modifier les comportements au niveau de la population, et être capables de diriger le soutien social et environnemental et l'organisation communautaire.⁹ Les phrases dont les dirigeants doivent se souvenir comprennent « rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie » de Kurt Lewin (c'est-à-dire qu'une bonne théorie est pratique précisément parce qu'elle fait progresser les connaissances dans la discipline scientifique, oriente la recherche vers des questions cruciales et éclaire la gestion professionnelle) et « la meilleure façon de comprendre quelque chose est d'essayer de la changer ».¹⁰

Tableau 59.1 Styles de leadership

	<i>Leadership héroïque</i>	<i>Leadership non héroïque</i>
Leadership positionnel : comment les décisions sont prises.	Il prend les décisions en s'appuyant sur des connaissances prétendument supérieures. Décide unilatéralement.	Fait preuve d'humilité en menant les autres vers les solutions à l'aide de questions judicieuses. Favorise l'appropriation commune des décisions.
Leadership non positionnel : se servir de l'influence pour persuader.	Fait preuve de courage, prend des risques élevés, remet en question le statu quo, fait bouger les choses.	Promeut une meilleure façon de faire ou d'agir ou donne l'exemple dans des situations quotidiennes à faible risque.

(Source : McCrimmon M. Le leadership héroïque est-il mauvais ? *Ivey Business Journal* Jan/Fév 2010.)

Les responsables des programmes nationaux de lutte contre les MNT dans les années 2020 sont dans une position plus favorable que ceux qui ont défendu les premiers exemples de programmes complets de lutte contre les MNT en ce qui concerne les preuves et l'expérience disponibles en termes de « ce qu'il faut mettre en œuvre », bien que les responsables doivent encore prendre des décisions difficiles concernant la hiérarchisation d'interventions particulières lorsque les ressources sont rares.¹¹ En outre, il y aura toujours des incertitudes et des décisions spécifiques au contexte à prendre en ce qui concerne le « comment mettre en œuvre », y compris la meilleure façon de collaborer avec la population et la meilleure façon de promouvoir le changement de comportement. Gérer l'incertitude et apprendre sur le tas reste plus important que jamais pour les responsables des programmes de lutte contre les MNT.

Exploiter les ressources nécessaires. Les dirigeants doivent se rappeler que la réussite d'un programme ne dépend pas seulement du cadre théorique approprié et des preuves disponibles, mais qu'il nécessite une approche pratique globale. Il est important non seulement de « faire ce qu'il faut », mais aussi « d'en faire assez », et « de le faire au bon moment, lorsque les circonstances s'y prêtent ». Cela nécessite des ressources financières et humaines suffisantes de la part des partenaires, des parties prenantes et des secteurs autres que celui de la santé. Il convient également de décider si le moment est approprié pour l'intervention ou si elle doit être revue à une échelle plus réduite. Des plans solides dont la mise en œuvre laisse à désirer sont décourageants pour toutes les personnes concernées et fournissent des arguments à ceux qui s'opposent au programme. Le programme peut être inefficace parce que la base théorique n'était pas correcte, ou parce que l'intervention n'était pas assez intensive ou n'a pas duré assez longtemps.

Mettre l'accent sur les résultats. Les résultats à long et à court terme doivent être identifiés, les progrès réalisés doivent être suivis et les programmes doivent être adaptés si nécessaire. Le Cadre mondial de surveillance de l'OMS (Chapitre 35) fournit un ensemble de résultats qui peuvent être utilisés ou adaptés au niveau national, en fonction du contexte. Le leadership doit donc être pragmatique et toujours mettre l'accent sur les résultats souhaités dans un délai donné.

Limiter les objectifs. Un défi pour les responsables de la lutte contre les MNT est le nombre impressionnant d'objectifs et d'indicateurs qui ont été développés aux niveaux mondial et régional, en partie à cause de l'ampleur du programme de lutte contre les MNT, qui comprend des maladies, des facteurs de risque et des déterminants unificateurs. En général, il est préférable de se concentrer sur un nombre réduit d'objectifs clés sur lesquels tout le monde peut se concentrer, en reconnaissant que « moins il y en a, mieux c'est » et qu'une réduction de l'exposition aux facteurs de risque est bénéfique pour un certain nombre de MNT, la santé et le développement.

Travailler avec les communautés et leurs structures. Le succès d'un programme dépend en fin de compte de l'appropriation et du soutien des activités par la communauté dans son ensemble et les parties prenantes, de leur participation et de leur réaction comme prévu. Un programme doit servir les intérêts de

la population et non ceux de l'équipe qui le met en œuvre. Les dirigeants doivent avoir une interaction personnelle et une présence dans la communauté, et ne pas se contenter de communiquer par le biais des médias. Chaque communauté possède une structure différente et de nombreux réseaux informels, coalitions et ONG. Les dirigeants doivent être conscients de la capacité de la communauté, de l'acceptabilité de leurs interventions et doivent également penser à l'équité. Il est essentiel de donner à la communauté les moyens d'exiger puis de mettre en œuvre des actions de prévention des MNT.

Travailler avec les services de santé. Si la tâche consistant à influencer les modes de vie de la population nécessite un travail intersectoriel dépassant largement le secteur de la santé, le rôle de ce dernier reste central dans les efforts de prévention et de lutte contre les MNT. Les responsables des politiques et des programmes relatifs aux MNT doivent avoir la confiance des professionnels de la santé et travailler en étroite collaboration avec eux.

Rester flexible. Si un bon cadre théorique et des stratégies bien planifiées sont nécessaires, le responsable doit faire preuve de souplesse pour répondre à l'évolution de la situation politique, socio-économique et épidémiologique, ainsi qu'aux données probantes nouvelles ou émergentes concernant les interventions disponibles. La communication va dans les deux sens : d'une part, communiquer le message et, d'autre part, écouter les points de vue, les questions, les préoccupations et les idées des autres, afin de modifier les interventions et de répondre aux défis, et d'ajuster le travail pour obtenir des résultats positifs, tout en respectant l'appropriation de la communauté.

Veiller à ce que les messages soient positifs. La communication autour de la prévention des MNT a traditionnellement utilisé des messages négatifs (« ce qu'il ne faut pas faire » plutôt que « ce qu'il faut faire »). Il est important que les dirigeants soient en mesure de communiquer des informations aux décideurs et au grand public, d'une manière positive et réaliste qui mette l'accent sur des changements progressifs, réalisables et attrayants. Passer de « ne pas fumer » à « libéré du tabac » ou de « ne pas manger... » à « profiter d'une alimentation saine pour le cœur » en sont quelques exemples. Les communautés ont besoin de connaître les réussites positives et les résultats des programmes auxquels elles participent.

Surveiller et évaluer. Le suivi et l'évaluation (S&E) du processus, de l'impact et des résultats sont essentiels, avec des ressources en rapport avec la taille du programme. Toutes les parties prenantes concernées doivent participer au processus d'évaluation, de la conception à la diffusion des résultats et à leur utilisation. Des enseignements importants peuvent être tirés des succès et des échecs.

Programmes au niveau national

Renforcer les capacités des dirigeants locaux. La direction au niveau national doit travailler avec et par l'intermédiaire de ceux qui dirigent l'action au niveau régional/étatique ou local. Les dirigeants nationaux devraient toujours donner plus de pouvoir aux dirigeants locaux. Les dirigeants nationaux doivent être engagés et fournir des exemples de meilleures pratiques.

Proposer des solutions gagnant-gagnant. Les dirigeants devront reconnaître que les élus et les communautés ont toute une série de priorités concurrentes en plus de la santé. Ils doivent s'efforcer d'identifier des actions gagnant-gagnant qui bénéficient à la santé et à des domaines importants pour d'autres (par exemple, l'augmentation des recettes en taxant les produits nocifs pour la santé ou l'amélioration des transports publics pour atteindre les objectifs environnementaux). De même, la confiance est mieux établie si les actions sont axées sur les domaines dans lesquels il existe un soutien politique et communautaire à l'action. Une fois cette confiance établie, il sera possible d'étendre un programme à des domaines et des actions plus ambitieux. Les dirigeants doivent être conscients des intérêts du secteur privé et travailler avec ceux dont les objectifs sont alignés sur leur programme, et éviter d'être influencés par ceux qui ne le sont pas.

Équilibrer la politique de la carotte et du bâton. La prévention des MNT nécessite une politique mixte « de la carotte et du bâton », et les dirigeants doivent trouver le bon équilibre. Les exemples de carottes incluent l'amélioration de l'accès aux services de sevrage tabagique, des subventions pour la production d'aliments sains, la fourniture d'opportunités de dépistage et de bilans de santé, des prescriptions pour accéder aux clubs de gym, ainsi que des soins de santé gratuits et accessibles. Parmi les exemples de bâtons, citons la taxation des produits malsains et la mise en œuvre et l'application d'un environnement sans tabac. Les élus et les membres de la communauté préfèrent généralement la carotte, mais le bâton (qui peut impliquer des changements réglementaires, fiscaux et législatifs) est souvent plus efficace, moins cher et plus rentable.

Traduire les données probantes dans la pratique. Pour combler le fossé entre les données probantes et la mise en œuvre, il faut comprendre le processus de prise de décision politique et disposer des compétences nécessaires pour influencer les réseaux personnels. La collaboration intersectorielle est importante pour rassembler les individus autour d'un programme commun et elle contribue à garantir l'action et la responsabilité. Il est donc important de disposer d'arguments solides fondés sur des données probantes et d'être en mesure de répondre aux contre-arguments. Cependant, le véritable pouvoir de changement vient des individus : les électeurs ou les consommateurs. C'est un point essentiel pour mobiliser le soutien du public en faveur des actions nécessaires.

Collaborer avec le secteur privé. Un défi particulier pour ceux qui travaillent sur les MNT est de savoir comment et quand impliquer le secteur privé et de quelle manière maximiser l'impact positif et minimiser l'impact négatif qu'il peut avoir sur les objectifs des programmes de lutte contre les MNT. La corporatisation croissante de la santé publique peut étouffer la capacité des dirigeants à agir en tant que défenseurs indépendants de la santé de la population. Il s'agit d'un problème particulier pour ceux qui travaillent sur les MNT, compte tenu de l'influence notable des déterminants commerciaux de la santé (chapitres 56 et 57 sur le secteur privé et les partenariats public-privé).

Renforcer les capacités en matière de leadership

Il existe un certain nombre de cadres de compétences en santé publique pour les responsables de la santé publique. Le projet Leaders for European Public Health en est un exemple. Il décrit 52 compétences dans huit domaines (Encadré 51.1).¹² Ce cadre a également été utilisé par des pays en dehors de l'Europe.¹³ Bien que les compétences et les qualités puissent être apprises et développées dans une large mesure, le leadership est plus naturel pour certains.

ENCADRÉ 59.1 HUIT DOMAINES DE LEADERSHIP EN SANTÉ PUBLIQUE, DÉVELOPPÉS DANS LE CADRE DU PROJET LEADERS FOR EUROPEAN PUBLIC HEALTH

1. Pensée systémique.
2. Leadership politique.
3. Leadership collaboratif : constituer et diriger des équipes interdisciplinaires.
4. Leadership et communication.
5. Conduire le changement.
6. Intelligence émotionnelle et leadership dans les organisations basées sur le travail en équipe.
7. Leadership, apprentissage organisationnel et développement.
8. Éthique et professionnalisme.

L'importance du leadership en santé publique est trop souvent négligée et insuffisamment promue dans de nombreux pays. Trois approches ont été décrites pour mieux former et développer les leaders en santé publique.¹⁴ Premièrement, les programmes de leadership doivent être ciblés sur les personnes qui passent de postes de direction moins exigeants à des postes de direction en santé publique. Deuxièmement, la formation en santé publique doit mettre davantage l'accent sur la compréhension des concepts de pouvoir et d'autorité et sur l'appréciation des disciplines politiques et socio-économiques afin de doter les responsables des compétences nécessaires pour influencer la politique et mobiliser la communauté. Troisièmement, les bonnes pratiques et la manière de les adapter aux situations locales doivent être partagées et évaluées régulièrement et largement, dans la mesure où la politique de santé publique est de plus en plus mondiale.

Les personnes occupant des postes de direction doivent identifier les possibilités de développer et d'évaluer leurs compétences en matière de direction. Cela peut se faire par le biais de programmes de mentorat, de formation en cours d'emploi et d'apprentissage par le biais d'un retour d'information à

360 degrés. Il existe également un certain nombre de cours destinés à aider les dirigeants à acquérir des connaissances et des compétences en matière de prévention et de lutte contre les MNT.^{15,16,17}

Diriger un programme de lutte contre les MNT est un travail difficile et stimulant, mais souvent très gratifiant. Le leadership exige de l'engagement, du dévouement, du travail en réseau et une collaboration étendue avec les secteurs non liés à la santé, tout en reconnaissant que sans lutte, il n'y a souvent que peu ou pas de progrès. Les scientifiques, les praticiens de la santé publique, les cliniciens, les politiciens et les profanes peuvent tous devenir des dirigeants aguerris et efficaces dans la lutte contre les MNT, en combinant leurs compétences formelles et personnelles.

Remarques

- 1 Acheson ED. On the state of the public health [the fourth Duncan lecture]. *Public Health* 1988;102:431–37.
- 2 Koh HK. Leadership in public health. *J Canc Educ* 2009;24:S11–18.
- 3 Freys S. An overview of leadership principles and theories. In Applegate J et al. (eds.), *Leadership in healthcare and public health*. Athens, OH: Ohio University Press, 2018; 27–44.
- 4 Leppo K et al. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Helsinki, 2013.
- 5 Turnock BJ. *Public health: what it is and how it works*, 3rd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning, 2004.
- 6 Puska P. Why did North Karelia – Finland work? Is it transferable? *Global Heart* 2016;11:387–91.
- 7 Soltani S et al. Community-based cardiovascular disease prevention programmes and cardiovascular risk factors: a systematic review and metaanalysis. *Public Health* 2021;200: 59–70.
- 8 Sarrafzadegan N et al. “Isfahan healthy heart program”: a practical model of implementation in a developing country. *Prog Prev Med* 2018;3:e0014.
- 9 Batras D et al. Organizational change theory: implications for health promotion practice. *Health Promot Int* 2016;31:231–41.
- 10 Yorks L. Nothing so practical as a good theory. *Hum Resour Manag Rev* 2005;4: 111–13.
- 11 Puska P et al. *The North Karelia project: from North Karelia to national action*. Helsinki: University Printing House, 2009.
- 12 Czabanowska K et al. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum—a consensus study. *Eur J Public Health* 2013;24: 850–56.
- 13 Mahajan P. European public health leadership competency framework: what does it say about Indian public health professionals? *Eur J Public Health* 2016;26(Suppl 1):79–80.
- 14 Day M et al. Time for heroes: public health leadership in the 21st century. *Lancet* 2012;380:1205–06.
- 15 Galaviz KI et al. The public health leadership and implementation academy (PH-LEADER) for non-communicable diseases. *Health Syst Reform* 2016;2:222–28.
- 16 Erzse A et al. Building leadership capacity to prevent and control noncommunicable diseases: evaluation of an international short-term training program for program managers from low- and middle-income countries. *Int J Public Health* 2017;62:747–53.
- 17 *Non-communicable diseases management course*. Imperial College, London. <https://www.imperial.ac.uk/school-public-health/primary-care-and-public-health/teaching/whoccc/courses/non-communicable-diseases-management-course/>.

Index

- acteurs non étatiques : fondations 271, 460, 463, 494–495; media 60, 154, 156, 163, 165, 217, 281, 294, 306, 420, 422–425, 451, 456, 457, 464; organisations non gouvernementales 271; secteur privé 78, 88, 216, 263, 270, 322, 355, 372, 375, 387, 400, 424, 440, 456, 457, 473, **475–487**, 490, 491, 506; *voir aussi* société civile
- action multisectorielle *voir* Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les MNT 2013–2030; approches populationnelles pour la prévention et la lutte contre les MNT ; intervention pangouvernementale ; intervention pansociétale ; et les chapitres individuels sur les facteurs de risque et les MNT
- activité physique 38, 54, 63, 65, 68, 77–79, 87–91, 120, 148, 173, **213–220**, 241, 261, 262, 269, 282, 295, 304–306, 310, 325, 368, 388, 395, 405, 421, 423, 473, 477, 496
- actions/interventions/ opportunités/ solutions/stratégies gagnant-gagnant 27, 56, 70, 122, 145, 218, 219, 305, 447, 461, 491, 506
- aide au développement 317, 326–332, 375, 428, 493–494, 498, 500
- aide publique au développement (APD) 332
- agences bilatérales de développement **500**
- agences multilatérales de développement **495–499**
- agents infectieux 238–239; champignons 239, protozoaires 239
- alcool 95, 163, 176, **221–228**, 348; consommation nocive 52, 67, **221–228**, 240, 258, 260, 266, 294, 314, 388, 396–398, 428; consommation à risque 224
- Aliments, boissons et taxation pour promouvoir une alimentation saine (Manuel sur) 188
- alimentation *voir* régime alimentaire
- allaitement 88, 103, 146, 160, 166, 282, **311–312**, 441
- allocation des ressources 316, **325–333**
- Analyse CHOICE 280, 320, 321
- analyse économique 341; rapport coût-efficacité 98, 122, 128, 165, 249, 280, 285–286, 321, 335–339, 362, 375, 463, 495; retour sur investissement 287, 320, 336, 339–341, 449, 459, 485, 491
- Analyse institutionnelle et contextuelle (AIC) 339, 464
- années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), *voir* charge de morbidité
- antécédents familiaux, *voir* génétique
- Approche de la santé dans toutes les politiques (HiAP) 447
- approche des perceptions et des aspects pratiques (PAPA) 408
- approche fondée sur le parcours de vie 145, 268, **314–318**
- Approche STEPwise pour la surveillance des facteurs de risque des MNT 38
- approches à haut risque (approches individuelles) pour la prévention et la lutte contre les MNT **79**; *voir également* les chapitres individuels sur les facteurs de risque et les MNT
- approches individuelles pour la prévention et la lutte contre les MNT **79**; *voir également* les chapitres individuels sur les facteurs de risque et MNT
- approches pour la prévention et la lutte contre les MNT, *voir*

- approches individuelles et approches par population
- Assemblée générale des Nations Unies (UNGA) 260
- Assemblée mondiale de la Santé (AMS) 115, 257, 267, 287, 289, 428, 472, 497
- Assurance santé 326-330, 375, 471, 479, 486
- asthme 134-139, 232, 285, 356, 373, 429-433
- AVC 8, 13, 49-53, 61, 71, 177, 221, 284, 352, 359, 474
- Banque mondiale 6-7, 10, 12, 50, 214, 216, 221, 273, 323, 415, 498
- bases de données sur la santé mondiale :
Projet Global Disease Burden (GDB) voir Projet Global Disease (GDB) ;
Global Health Estimates (GHE) 6-7, 13;
Observatoire mondial de la santé (GHO) 5-6
- bilans de santé 67, 318, 361-369
- bon cholestérol voir cholestérol HDL
- BPCO voir bronchopneumopathie chronique obstructive
- Bronchopneumopathie chronique obstructive 10, 133, 138, 243, 257, 285, 356, 374
- Cadre LEADERS 478
- Cadre mondial de surveillance des MNT 100, 290
- cancer **93-101**, 216, 221, 331, 336, 355;
cancer du sein 93 **102-108**, 128, 248-250, 285, 364-369, 420, 473; cancer du col utérin 96, **110-117**, 239, 241, 293, 369, 440, 497; cancer colorectal **119-124**; cancer du foie 93, 94, 239, 243, 285, cancer du poumon 15, 16, 96, 133, 134, 137, 232, 368; cancer de l'œsophage 94, cancer de la prostate **126-131**, estomac 93, 94
cancer colorectal **119-124**
cancer de la prostate **126-131**
cancer de l'estomac 93, 94
cancer du col utérin 96, **110-117**, 239, 241, 293, 369, 440, 497
cancer du foie 93, 94, 239, 243, 285
cancer du poumon 15, 16, 96, 133, 134, 137, 232, 368
cancer du sein 93, **102-108**, 128, 248-250, 285, 364-369, 420, 473
cardiopathies ischémiques (IHD), voir maladies cardiovasculaires
- changement climatique 21, 154, 166, 229, 235-236, 460
- charge de morbidité, voir charge de morbidité
- charge de morbidité **3-13**, 85; pollution atmosphérique 25, 26, 96, 229-236, 266, 304, 454, 455; consommation d'alcool 221; cancer du sein 93, 102-108, 128, 248-250, 285, 364-369, 420, 473; maladie cardiovasculaire 61; cancer du col utérin 110-111; cholestérol et acides gras trans 169-170; maladies respiratoires chroniques 133; cancer colorectal 119-124; diabète 72-73; risques alimentaires 159-160; années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) 4-5, 221, 238, 268, 280, 327, 332, 364; hypertension 65-72; obésité/surpoids 84; activité physique 213-214; cancer de la prostate 126; apport en sodium 159; apport en sucre 175-176; tabagisme 151; mauvaise alimentation 159
- Chefs d'État et de gouvernement 260, 262, 266, 270, 454
- chirurgie bariatrique 78, 90
- Choix contestables 339
- choix gaspillés 339
- cholestérol **169-177**; cholestérol HDL 85, 86, 170, 172, 174-175; cholestérol LDL 171, 175, 248; cholestérol total 44, 54, 171, 172, 179, 291
- Cholestérol HDL 85, 86, 170, 172, 174-175
- Cholestérol LDL 171, 175, 248
- cigarettes électroniques (systèmes d'administration avec et sans nicotine) 155-156
- Coalition européenne des patients atteints de cancer 472
- Coalition pour le climat et l'air pur 236
- Code international de commercialisation des substituts du lait maternel 295, 311, 387
- combinaison médicamenteuse à dose fixe (polypill) 62, 63, 69, 176
- Comité de coordination inter-agences 472
- commerce **274-288**, 379, **450-452**, 481
- Commission du Codex Alimentarius (Codex) 205-211, 388
- communication 41, 154, 164, 165, 182, 184, 198, 217, 274, 275, 321, 412-416, 419-425, 451, 463, 491, 499, 505, 507
- comportement, voir comportement en matière de santé

- comportement au niveau individuel
403-409; à grande échelle **394-401**
- Conférence des parties (CdP) *voir* OMS
- Convention-cadre pour la lutte antitabac
 Conseil économique et social
 des Nations Unies (ECOSOC) 264, 267,
 277, 296, 428, 498
- Convention-cadre de l'OMS pour
 la lutte antitabac (CCLAT) 153-157,
273-279, 294, 388, 391, 443, 450, 454,
 456, 500
- Convention-cadre pour la lutte antitabac
voir Convention-cadre de l'OMS pour la
 lutte antitabac (CCLAT de l'OMS)
- Convention sur la pollution atmosphérique
 transfrontière à longue distance 229-236
- Couverture sanitaire universelle (CSU) 89,
 98, 115, 137, 238, 262-268 278, 295,
316-323, 371, 449, 467
- COVID-19 29, 136, 217, 241-243, 264,
 278, 333, 338, 339, 371, 392, 431, 455,
 468, 471, 498
- crise cardiaque *voir* maladie cardiovasculaire
- Critères REASSURED 384
- cybersanté, *voir* technologies numériques
- cycle de programmation de l'aide
 humanitaire 430-434
- décès prématurés 13, 23, 26, 229, 232, 336,
 341, 342
- Déclarations politiques des Nations Unies
 2011, 2018, 2025 387, 428, 447, 460,
 496
- Déclarations politiques *voir* Organisation
 des Nations Unies Réunions de haut
 niveau sur les MNT prévention et
 contrôle ; Organisation des Nations
 Unies déclarations politiques
- Département des affaires économiques
 et sociales des Nations Unies
 (UNDESA) 236, 296
- dépenses directes, *voir* financement ;
 couverture sanitaire universelle (CSU)
- dépistage 78, 85, 96, 100, 104, 112-117,
 121-123, 127-128, 174, 243, 284-285
 313, **361-369**, 486, 491, 506; dépistage
 opportuniste 123, 365-366, 369; dépistage
 systématique 97, 122, 127, 365, 369
- déterminants commerciaux des MNT/de la
 santé 78, 88, 386, 440, 447, 475, 506
- déterminants sociaux de la santé **143-149**,
 317, 325, 447
- diabète **74-81**, 83, 85, 90, 143, 159, 174,
 179, 190, 213, 232, 243, 247, 257,
 283-284, 311, 323, 377, 433, 440,
 471, 473; diabète gestationnel 75, 310;
 obésité/surcharge pondérale 83, 84, 86,
 191, 420; diabète de type 1 (DT1) 74,
 377, 427; diabète de type 2 (DT2) 74,
 90, 148, 247, 307, 428
 diabète de type 1 (DT1) 74, 377, 427
 diabète de type 2 (DT2) 74, 90, 148, 247,
 307, 428
 diabète gestationnel 75, 310
- Directive européenne de 2014 sur les
 produits du tabac 389
- Directives diététiques nationales
 basées sur l'alimentation 161, 162, 164,
 207
- Directives sur la qualité de l'air 230
- droits de l'homme 268, 389, **436-443**
- dyslipidémie 60, 172, 175, 251, 367, 376
 408
- édulcorants non caloriques 191
- efficacité de l'aide **493-501**
- Enquête mondiale sur le tabagisme
 chez les jeunes 40, 156
- Enquête sur la santé globale des élèves
 en milieu scolaire 39, 156
- Enquête sur le comportement des enfants
 d'âge scolaire en matière de santé 40-41
- Enquête sur l'évaluation (SARA) 138, 308,
 409
- Enquêtes à indicateurs déclarés
 par les patients (PaRis) 472
- Ensemble de services de santé essentiels
 296, 321-323, 371, 452
- Ensemble d'interventions essentielles contre
 les maladies non transmissibles (PEN)
 pour les soins de santé primaires 63,
 432-433
- Ensemble PEN *voir* Ensemble
 d'interventions essentielles contre les
 maladies non transmissibles (PEN) pour
 les soins de santé primaires
- environnement et facteurs de risque
 environnementaux 6, 21, 23, 24, 26, 52,
 53, 143, 145, 149, 161, 162, 165, 182,
 196, 205, 217, 218, 232, 240, 242, 260,
 273, 282, 304, 310-314, 354, 383, 394,
 399, 404, 419
- environnements obésogènes 83, 86-87
- épidémiologie 5, 33, 50, 93, 238, 271,
 419, 431; facteurs de risque *voir*
 pollution de l'air ; alcool ; alimentation ;
 hypertension ; agents infectieux ;
 obésité/surpoids ; (in)activité physique ;

- déterminants sociaux de la santé ; tabac ; tendances *voir* charge de morbidité ; transition
- épigénome 247
- étiquetage (denrées alimentaires) 165, 166, 173, 182, 183, 192, 194, 199, 205-211, 318, 346, 350, 390, 481
- étiquetage nutritionnel 163-166, 173, 182, 183, 192, 199, 205-211, 350, 388, 449-450, 481
- Étiquettes sur le devant des emballages 165, 182, 183, 192, 199, 205-211, 282, 350
- étude des cas d'investissement 320, 339, 341, 453
- Évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services de santé (SARA) 138, 308, 409
- facteurs de risque *voir* épidémiologie
- Fiche d'évaluation des pays en matière de sodium 186
- financement 21, 28, 36, 194, 241, 253, 296, 305, 317, 322, **325-333**, 356, 374, 375, 449, 461, 482, 490, 491, 494; aide au développement 317, 326-332, , 375, 428, 493-494, 498, 500; dépenses directes 317, 327-331, 374
- financement durable *voir* financement
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 333, 497
- Fonds Health4Life des Nations Unies 333
- Fonds Health4Life *voir* Organisation des Nations Unies Fonds Health4Life
- Forum politique de haut niveau des Nations Unies sur le développement durable (HLPF) 264, 267, 296
- frottis cervical 285
- génétique 53-55, 87, 96, 123, 172, 247-253, 307, 382
- génomique 246, 249, 252, 253, 327
- Global Initiative For Asthma (GINA) 138
- Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) 368
- graisses : graisses saturées 160, 163; graisses trans 170; graisses insaturées 166, 169-173, 200, 282
- graisses insaturées 166, 169-173 200, 282
- graisses saturées *voir* graisses
- graisses trans *voir* graisses
- hormonothérapie substitutive 98, 103, 105, 106, 129-131
- hypertension **65-72**; *voir également* les chapitres individuels sur les facteurs de risque et les MNT
- hypertension artérielle *voir* hypertension artérielle
- immunothérapie 98, 131
- impôt direct 345
- impôt indirect 345
- impôts, santé 26, 290, 298, 302-304, 307, 343, 395; *voir aussi* Politiques fiscales
- impôts de santé 327, 332, 341, 345-346, 442
- indice de masse corporelle (IMC) 10, 18, 39, 54, 56, 75, 77, 83, 103, 120, 267, 304, 358, 412
- inégalités *voir* déterminants commerciaux de la santé ; déterminants sociaux de la santé
- infarctus du myocarde *voir* maladie cardiovasculaire
- Initiative SAFER 163, 224, 225, 500
- innovation 28, 349, 374, 381, 491, 495
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Projet Global Disease Burden (GDB) *voir* Projet Global Disease Burden (GDB)
- intervention pansociétale **457-465**
- interventions efficaces *voir* meilleurs choix et autres interventions efficaces et recommandées
- interventions recommandées *voir* meilleurs choix et d'autres interventions efficaces et recommandées
- leadership 210, 218, 234, 267, 268, 287, 352, 354, 399, 453, 454, 464, 465, 470, 474, **502-508**
- législation (y compris les instruments internationaux et leur mise en œuvre au niveau national) 146, 154, 165, 173, 182-183, 193, 196, 198, 205-207, 225, 227, 277, 295, **386-390**, 417, 455, 459-460, 478, 482
- loi *voir* législation
- l'outil en ligne GDB Compare 6, 7
- lutte antitabac 25, 40, 63, 153, **156-157**, **261-262**, **273-279**, 347, 388, 390, 400, 436, 450

- maladie respiratoire chronique (MRC)
290, 359, 461; asthme 134-139, 232,
285, 356, 373, 429-433; pneumoconiose
133-137
- maladies cardiovasculaires (MCV) **49-56**,
58-65, 86, 100, 133, 137, 144, 151, 159,
173, 180, 184, 190, 201, 213, 221, 223,
241, 283, 301, 310, 354, 427, 433, 496;
consommation d'alcool 222; meilleurs
choix 280-288; graisses alimentaires
et cholestérol 169-170; interventions
efficaces 280-288; module technique
HEARTS 63, 71, 356; interventions
recommandées 280-288; scores de risque
55, 62, 70, 248, 251, 307-308; approche
du risque total 60-61, 283, 307
- maladie cérébrovasculaire, *voir* accident
vasculaire cérébral
- maladies monogéniques 247
- maladies polygéniques 54, 247
- mammographie 104, 107, 285
- Manuel de l'OMS pour des solutions
énergétiques propres dans les habitations
(CHEST) 136
- marketing 88, 148, 156, 163-166, 173,
192, 194, 198, 277, 282, 313, 389, 419,
423, 424, 452, 476, 477, 480-482
- mauvais cholestérol, *voir* cholestérol LDL
- MCV, *voir* maladie cardiovasculaire
- Mécanisme mondial de coordination de la
prévention et de la lutte contre les MNT
407
- médias *voir* acteurs non étatiques
- médicaments 25, 45, 62-63, 68-72,
78-81, 90, 98, 105, 111, 131, 137, 138,
172, 175, 176, 240, 243, 296, 323, 355,
371-377, 407, 415, 430, 432, 471, 479,
480
- meilleurs choix et autres
interventions efficaces recommandées
59, 60, 65, 88, 153, 165, 166, 173, 224,
268, 280-285, 338, 441
- microbiote 87, 120, 239-240
- module HEARTS 60, 63, 71, 356-357
- Module MPOWER 63, 153, 157, 275,
279, 347
- Module REPLACE 63, 163, 173, 200
- Module technique SHAKE 163, 185
- MRC, *voir* maladie respiratoire chronique
- nutrition 88, 143-147, 161, 166, 173, 199,
311, 312, 349, 350, 436, 448, 472
- obésité/surpoids 38, 52, 56, 66, 67, 74,
83-91, 119, 143, 159, 166, 172, 190,
206, 240, 247, 282, 310, 312, 405, 407,
440, 472, 490
- objectifs de développement durable (ODD)
23, 28, 29, 100, 236, 261, 264, 277, 289,
295, 371
- Observatoire mondial de la santé (GHO)
5, 6
- organes législatifs 454
- Organisation des Nations unies pour
l'alimentation et l'agriculture (FAO)
167, 205
- Organisation mondiale du commerce
(OMC) 205, 389
- Organisation panaméricaine
de la santé (OPS) 183
- organisations non gouvernementales *voir*
acteurs non étatiques
- outils de diagnostic et de surveillance
383-384
- Pacte mondial contre le diabète 81
- parlementaires et législateurs 457
- Partenariat pour la santé internationale
UHC2030 322
- partenariats public-privé (PPP)
484-492
- particules 52, 133-137, 229-236, 248, 449
- pauvreté 23, 24, 26, 29, 135, 144, 145,
317, 331, 438-439, 462, 493, 499
- personnes atteintes de MNT **467-474**
- Petits États insulaires en développement
25, 296
- pharmacogènes 249, 252
- Plan d'action mondial contre l'alcoolisme
224, 228
- Plan d'action mondial pour
l'activité physique 2018-2030 219-220
- Plan d'action mondial pour la lutte
contre les MNT, *voir* Plan d'action
mondial pour la prévention et la lutte
contre les MNT 2013-2030
- Plan d'action mondial pour
la prévention et la lutte contre les MNT
28, 146, **257-258**, 261, 263, 266-271,
280-287, 325-333, 336 344-350, 411,
424, 436, 447, 455, 467, 484, 493
- pneumoconiose 133, 137
- Politique de fixation des prix des produits
pharmaceutiques dans les pays 2020 373
- politiques de tarification 374

- Politiques fiscales 163, 166, 173, 199, 304, 319, **341-350**, 451
- Politiques nationales du travail 311
- pollution atmosphérique 25, 26, 96, **229-236**, 266, 304, 454, 455; pollution de l'air ambiant 78, 134, 232, 452; pollution de l'air domestique 135, 229, 231, 232; particules 52, 95, 133-135, 229-236, 248, 449
- pollution de l'air ambiant 452
- pollution de l'air domestique 135, 229, 232
- polypill *voir* combinaison médicamenteuse à dose fixe
- prédiabète 75-78, 81
- prestation de services 37, 124, 318, 329, 352-359, 409, 431, 465
- Priorités en matière de lutte contre les maladies (DCP) 319
- produits du tabac chauffés 276
- Programme Be He@lthy Be Mobile 414
- Programme d'action d'Addis-Abeba 2015 332, 500
- Programme de développement durable à l'horizon 2030 264, 266, 296, 316, 371, 388
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 333, 339, 497
- programmes communautaires 257, 282, 312, 423
- programmes de dépistage au sein de la population 362-364; *voir aussi* dépistage
- programmes de lutte contre le cancer 97, 351, 365
- programmes de soutien comportemental 406
- Programmes nationaux de lutte contre le cancer 98, 115, 117
- Projet Global Disease Burden (GDB) 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 157, 332; *voir également* les chapitres consacrés aux facteurs de risque et aux MNT
- Projet Multinational MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) 257
- Propriété intellectuelle (PI) 25, 296, 374 379
- Protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac (OMS) 153, 275, 450
- Questionnaire global sur l'activité physique 219
- radiothérapie 98, 102-106, 110, 115, 123, 127, 130, 285, 378
- rapport coût-efficacité, *voir* analyse économique
- reformulation (des aliments) 399, 452, 456, 486
- reformulation des aliments 163, 166, 181, 185, **196-203**
- régime alimentaire (sain *ou* malsain) 25, 55, 79, 159, **160-162**, 171, 180, 248, 314, 349, 422, 481; fruits et légumes 67, 88, 160-163, 184, 188, 341, 395, 421, 451; sel 52, 54, 59, 63, 66, 68, 72, 88, 148, 161-167, 173, 179-186, 196, 199, 201 206, 282, 290, 295, 344, 396, 399; sucre 28, 88, 165, 189, 193, 202, 264, 318, 331, **344-345**, 349, 395, 409, 449, 485
- régime alimentaire malsain *voir* régime alimentaire
- régime alimentaire sain *voir* régime alimentaire
- registres du cancer 41, **99-100**, 108, 117, 124, 131
- registres du cancer basés sur la population *voir* registres du cancer
- registres hospitaliers du cancer *voir* registres du cancer
- réglementation 164, 182, 193, 210, 218, 224, 274, 277, 295, 318, 346, 372, 380, 387-391, 425, 441, 448, 450-451, 478, 500
- réponse du gouvernement *voir* intervention pangouvernementale
- réponse humanitaire 430
- Réseau CARMEN (Collaborative Action for Risk Factor Reduction and Effective Management of NCDs) 258
- réseaux sociaux 163, 193, 226, 420, 422-424
- résistance à l'insuline 75, 79, 85
- retour sur investissement *voir* analyse économique
- Réunions de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les MNT 260-265, 277, 289, 428, 447, 460, 496
- santé mentale 25, 39, 261, 266, 295, 498, 499
- scores de risque polygénique 55, 248; *voir aussi* maladies cardiovasculaires ; cholestérol ; génétique
- secteur privé *voir* acteurs non étatiques

- sel 52, 54, 59, 63, 66, 68, 72, 88, 148, 161-167, 173, 179-186, 196, 199, 201, 206, 282, 290, 295, 344, 396, 399
- société civile 78, 197, 202, 217, 236, 265, 270, 273, 279, 318, 399, 428, 438, 451, 456, 459, 460-462, 465, 471, **493-494**
- soins palliatifs 97, 98, 107, 115, 116, 124, 130, 131, 242, 285, 354-356, 382, 429-432 467
- soins primaires 41, 70, 105, 107, 115, 136, 137, 219, 224, 242, 262, 284, 295, 312, 327, 328, 352, 355, 356, 366, 368, 376, 383, 432, 472, 497
- Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA 241
- Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les MNT 2000 266
- sucres (y compris les boissons édulcorées au sucre) 28, 88, 165, 189, 193, 202, 264, 318, 331, 344-345, 349, 395, 409, 449, 485
- surpoids, *voir* obésité/surcharge pondérale
- surveillance : contrôle, maladies et facteurs de risque 58-63, 66, 78, 94, 96, 102-103, 110, 120, 121, 127, 135, 143, 177, 239-240, 258, 262, 266, 270-271, 287, 301, 304, 307-308, 310, 313, 329, 344, 366, 373, 379, 387, 389, 409, 428, 433; principes **32-37**; outils **38-45**, 383-384
- Surveillance des progrès (OMS) 293-294
- Surveillance, maladies et facteurs de risque *voir* surveillance
- Syndicats 460, 463
- systèmes de financement de la santé 328
- systèmes de santé 36, 70, 80, 102, 104, 136, 216, 243, 252, 263, 286, 322, **351-360**, 372-375, 415, 484
- tabagisme *voir* tabac
- taxe d'accise 153, 193, 194, 345
- taxe sur la valeur ajoutée (TVA) 326, 345, 350
- taxe sur les ventes 345
- technologies mobiles *voir* Technologies numériques
- technologies numériques 269, 287, **411-418**, 477; Cybersanté 329, 358; interopérabilité 412, 416, 417, 477; Santé mobile 412; télémédecine 412
- Théorie de la motivation PRIME 404
- tour de taille *voir* obésité/ surcharge pondérale
- transition 431; transition démographique 11, 18-21, 33, 50; transition épidémiologique 15-18
- transition démographique 11, 18-21, 33, 50
- transition épidémiologique 15-21
- triglycérides 170
- universalisme proportionné 148
- vaccination 96, 100, 111, 112, 115, 117, 136, 242, 243, 284, 293, 368; *voir également* virus du papillome humain (VPH)
- vaccination *voir* vaccination
- virus du papillome humain (VPH) 96, 110, 116, 239, 284, 448, 488

« Il est crucial de toujours placer les MNT à l'ordre du jour du développement mondial pour améliorer la vie des populations, leurs opportunités et leurs perspectives d'avenir, mais aussi pour promouvoir le développement humain durable. Le style accessible du Compendium en fera une première référence pour les professionnels de la santé et du développement, y compris les ministres et les parlementaires, dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ».
Helen Clark, ancienne Première ministre de la Nouvelle-Zélande et ancienne administratrice du Programme des Nations Unies pour le développement

« La lutte contre la recrudescence des maladies non transmissibles exige des efforts collectifs de la part des responsables politiques, communautaires et économiques, ainsi que des professionnels de la santé et d'autres secteurs. Rédigé par d'éminents experts internationaux, ce compendium complet décrivant les interventions prioritaires est un excellent guide pour tous ceux qui mènent la lutte contre les MNT ».
Danny Faure, ancien président des Seychelles

« Les MNT constituent le plus grand défi de santé mondiale, non seulement parce qu'elles sont une cause croissante de multimorbidité au sein des populations vieillissantes, mais aussi parce que le succès de la lutte contre ces maladies touche à certaines des questions les plus fondamentales relatives à l'organisation de nos sociétés. Le rôle de l'État. La définition de la liberté. Et la responsabilité personnelle qui nous incombe mutuellement pour la protection de notre santé et de notre bien-être. Ce compendium constitue le point de départ définitif d'un débat qui définira le XXI^e siècle ».
Richard Horton, rédacteur en chef, The Lancet

« Avec ses chapitres concis et orientés vers l'action, ce compendium couvre toutes les questions clés relatives aux MNT et constitue une ressource essentielle pour tous ceux qui œuvrent à l'amélioration de la santé aux niveaux mondial, national et local. S'appuyant sur les séminaires bien établis de l'OMS-Lausanne sur les MNT, cet ouvrage pratique mérite une place sur le bureau de tous ceux qui travaillent à renforcer les politiques, la programmation, les soins aux patients et le plaidoyer ».
Lanka Jayasuriya-Dissanayake, présidente de l'Indira Cancer Trust ; précédemment administratrice nationale (MNT), OMS Sri Lanka ; ancienne participante au séminaire de l'OMS-Lausanne

Maladies non transmissibles : Un compendium présente aux lecteurs les maladies non transmissibles (MNT) - leur définition, leur fardeau, leurs déterminants et la manière de les prévenir et d'y faire face.

Mettant l'accent sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ainsi que sur leurs cinq principaux facteurs de risque communs (tabagisme, consommation nocive d'alcool, alimentation malsaine, inactivité physique et pollution atmosphérique), tels que définis par l'Organisation des Nations Unies, cet ouvrage offre un aperçu de l'un des plus grands défis mondiaux du XXI^e siècle. Chaque année, les MNT tuent prématurément des millions de personnes à travers le monde, causant des souffrances indicibles à des centaines de millions d'autres, enfermant de nombreuses personnes dans la pauvreté et freinant la croissance économique et le développement durable. Bien que les ressources entre les pays et au sein de ceux-ci diffèrent largement, les principes clés de surveillance, de prévention et de gestion s'appliquent à tous les pays, de même que la nécessité de concentrer les ressources sur les interventions les plus rentables et abordables, ainsi que la nécessité d'une volonté politique forte, de ressources suffisantes et de partenariats soutenus et élargis. Ce compendium se compose de 59 chapitres courts et accessibles répartis en six sections : (i) description et mesure de la charge de morbidité et de l'impact des MNT ; (ii) charge de morbidité, épidémiologie et interventions prioritaires pour les différentes MNT ; (iii) déterminants sociaux et facteurs de risque des MNT et interventions prioritaires ; (iv) politique mondiale ; (v) questions transversales ; et (vi) action des parties prenantes.

S'appuyant sur l'expertise d'une équipe vaste et diversifiée d'experts politiques et universitaires de renommée internationale, cet ouvrage décrit les principales caractéristiques épidémiologiques des MNT et les interventions fondées sur des données probantes d'une manière concise et utile pour les décideurs de tous les secteurs de la société, ainsi que pour les praticiens de la santé publique et les cliniciens.

Nick Banatvala dirige le Secrétariat du groupe de travail inter-agences de l'Organisation des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, auprès de l'OMS, à Genève. Cette équipe a été créée pour rassembler le système de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales afin d'aider les gouvernements à atteindre les objectifs de développement durable liés aux maladies non transmissibles. Nick est également Professeur honoraire à l'université de Manchester, au Royaume-Uni, et Maître de conférences honoraire auprès de l'Imperial College London.

Pascal Bovet est Consultant principal et ancien professeur de santé publique au Centre universitaire de soins primaires et de santé publique (Unisanté) à Lausanne, en Suisse, et ancien Chef de la section MNT et codirecteur du Centre collaborateur de l'OMS sur les maladies cardiovasculaires chez les populations en transition. Pascal conseille depuis de nombreuses années les gouvernements du monde entier sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

SANTÉ MONDIALE/DÉVELOPPEMENT/MALADIE



Une version PDF de cet ouvrage est disponible gratuitement et en libre accès à l'adresse www.taylorfrancis.com. Elle a été rendue disponible sous une licence Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0.

 **Routledge**
Taylor & Francis Group
www.routledge.com



Une documentation de soutien est disponible pour ce titre à l'adresse www.routledge.com/9781032307923