

Évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (ci-après, le Plan d'action mondial)

Volume 1 : Rapport

Évaluation institutionnelle
commanditée par le
Bureau de l'évaluation de l'OMS

novembre 2020

Remerciements

Le Bureau de l'évaluation souhaite remercier les consultants de l'équipe chargée de l'appui de l'évaluation, Roger Drew et Florianne Gaillardin (de RS Drew Ltd), grâce à qui cette évaluation a pu voir le jour. Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement les membres du groupe consultatif d'évaluation pour les conseils et les orientations qu'ils ont fournis tout au long de l'évaluation. Le groupe consultatif d'évaluation se composait d'un représentant d'un État Membre de chaque Région de l'OMS et d'experts internationaux (dont Prof. Liming Li, Prof. Jean Claude Mbanaya, Prof. Nizal Sarrafzadegan et Prof. Boyd Swinburn). En outre, les indications et contributions précieuses des représentants des États Membres, des organismes du système des Nations Unies, du milieu universitaire, des organisations de la société civile, des acteurs non étatiques et d'autres partenaires du développement et des membres du personnel de l'OMS, qui ont généreusement donné de leur temps pour apporter un éclairage à cette évaluation, soit en se prêtant à un entretien soit en répondant à un questionnaire structuré, ont également été fortement appréciées.

Les rapports d'évaluation réalisés par le Bureau de l'évaluation de l'OMS sont publiés afin de respecter un engagement institutionnel pris en matière de transparence grâce à la publication des toutes les évaluations menées à terme. Ces rapports sont conçus pour encourager un libre échange d'idées parmi les personnes intéressées par le sujet et garantir à celles et ceux qui soutiennent le travail de l'OMS qu'elle examine rigoureusement ses stratégies, ses résultats et son efficacité de manière générale.

L'analyse et les recommandations contenues dans ce rapport sont celles de l'équipe d'évaluation indépendante et ne reflètent pas nécessairement l'avis de l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'une publication indépendante établie par le Bureau de l'évaluation de l'OMS. Le texte n'a pas été édité selon les normes officielles de publication et l'OMS décline toute responsabilité en cas d'erreur. Les appellations employées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires ou de leurs autorités, ou du tracé des frontières.

Les demandes de renseignement sur la présente évaluation doivent être envoyées au :

Bureau de l'évaluation de l'Organisation mondiale de la Santé

Courriel : evaluation@who.int

Table des matières

Résumé d'orientation	i
1. Introduction.....	1
2. Méthodologie	4
3. Constatations.....	6
3.1. Objectif 1	6
3.2. Objectif 2	22
3.3. Objectif 3	38
3.4. Objectif 4	46
3.5. Objectif 5	52
3.6. Objectif 6	57
3.7. Questions transversales.....	62
4. Conclusions et enseignements tirés.....	82
5. Recommandations	85

Ce rapport est accompagné d'un volume de six annexes (en anglais) dont le contenu est le suivant :

Annexes (volume séparé)

Annexe 1 : cadre de référence

Annexe 2 : documents examinés

Annexe 3 : répondants

Annexe 4 : description méthodologique détaillée

Annexe 5 : évaluation des indicateurs de progrès et d'autres données secondaires par rapport aux objectifs du Plan d'action mondial

Annexe 6 : comparaison entre le Plan d'action mondial et les cibles et indicateurs des ODD

Sigles et abréviations

ACTIFS	un module technique pour promouvoir l'activité physique.
AFRO	Région africaine de l'OMS
AGT	acides gras trans
AIEE	Agence internationale de l'énergie atomique
AMRO	Région OMS des Amériques
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CSU	couverture sanitaire universelle
COVID	maladie à coronavirus 2019
DALY	années de vie ajustées sur l'incapacité
ÉM	États Membres
EMRO	Région OMS de la Méditerranée orientale
ENG	indicateur de respect des engagements
EURO	Région européenne de l'OMS
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCTC	Convention-cadre pour la lutte antitabac
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
GAP/NCD	Plan d'action mondial
GCM/NCD	Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles
GISAH	Système mondial d'information sur l'alcool et la santé
GNUE	Groupe des Nations Unies pour l'évaluation
GSM	système mondial de gestion de l'OMS
HEARTS	un module technique pour promouvoir la santé cardiovasculaire
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IFBA	Alliance internationale des produits alimentaires et des boissons
I\$	dollar international ¹
LME	liste des médicaments essentiels
MNT	maladie non transmissible
MPOWER	un programme axé sur la réduction de la consommation de tabac
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	objectif de développement durable
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMPI	Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
ONG	organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PA	indicateur de mise en œuvre du Plan d'action
PAM	Programme alimentaire mondial
PEN	ensemble d'interventions essentielles en matière de MNT

¹ Une unité monétaire hypothétique dont la parité de pouvoir d'achat est la même que celle du dollar des États-Unis aux États-Unis d'Amérique à un moment donné.

PFR	pays à faible revenu
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRE	pays à revenu élevé
PRITI	pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure
PRITS	pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure
REPLACE	un programme d'action sur l'élimination des acides gras trans produits industriellement
RNB	revenu national brut
SAFER	initiative pour réduire l'usage nocif de l'alcool
SEARO	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
SHAKE	un guide technique élaboré en vue de réduire l'apport en sel
SMART	précis, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps [<i>Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound</i>]
SMI	santé de la mère et de l'enfant
SSR	santé sexuelle et reproductive
STEPS	approche STEPwise de la surveillance des facteurs de risque des MNT
treizième PGT	treizième programme général de travail, 2019-2023 de l'OMS
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNIATF	Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	dollars des États-Unis
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WIN	réseau horizontal interne de l'OMS
WPRO	Région OMS du Pacifique occidental

Résumé d'orientation

1. En 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (ci-après, le Plan d'action mondial). Le Plan d'action mondial propose une feuille de route et une série d'options afin que l'ensemble des États Membres et des autres parties prenantes prennent des mesures coordonnées et cohérentes à tous les niveaux (du niveau local au niveau mondial) afin d'atteindre les neuf cibles volontaires mondiales, y compris la réduction relative de 25 % de la mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques d'ici 2025. Aux neuf cibles volontaires mondiales s'ajoutent 25 indicateurs de résultats sanitaires figurant dans un cadre mondial de suivi, neuf autres indicateurs de mise en œuvre du Plan d'action mondial (ci-après, les « indicateurs PA ») ainsi que 10 indicateurs de respect des engagements (« indicateurs ENG »). La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a prolongé jusqu'en 2030 l'application du Plan d'action mondial de sorte qu'il soit aligné sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030.
2. Le mandat relatif à la tenue d'une évaluation à mi-parcours des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial découle du premier alinéa du paragraphe 1 de la résolution WHA66.10 (2013) portant adoption du Plan d'action mondial. Au paragraphe 60 du Plan d'action mondial, le Secrétariat est prié de convoquer un groupe représentatif de parties prenantes, dont des États Membres et des partenaires internationaux, qui sera chargé de mener une évaluation à mi-parcours de l'application de cet instrument. Un groupe consultatif d'évaluation a été mis en place à cette fin : il est composé d'un représentant d'un État Membre de chaque Région de l'OMS et de neuf experts internationaux.
3. L'objectif de l'évaluation à mi-parcours était d'évaluer les résultats pour les six objectifs du Plan d'action mondial (voir l'Encadré S1) ainsi que les enseignements tirés de la mise en œuvre du Plan d'action mondial dans les États Membres, par les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques, et aux trois niveaux de l'OMS (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège)

Encadré S1. Objectifs du Plan d'action mondial

Objectif 1. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

Objectif 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

Objectif 5. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

4. L'évaluation a un triple objectif :
 - recenser les succès obtenus, les problèmes rencontrés et les lacunes constatées dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial depuis 2013 ;
 - tirer des enseignements et formuler des recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre du Plan d'action mondial jusqu'en 2030 ;

- fournir des éléments pour le prochain rapport de l'OMS sur la situation mondiale en matière de lutte contre les MNT, ainsi que pour d'autres rapports, notamment concernant les contributions de la promotion de la santé mentale, de la réduction de la pollution de l'air et du renforcement des systèmes de santé à la réduction de la mortalité prématurée imputable aux MNT.
5. Les évaluations à mi-parcours n'ont généralement pas comme objet d'apprécier les résultats ou l'impact. La présente évaluation porte donc principalement sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des mesures prévues dans le Plan d'action mondial. L'intérêt principal de l'évaluation tient aux objectifs qui lui étaient assignés, notamment :
- rassembler des données sur les progrès accomplis, y compris par les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques. L'analyse de ces progrès a notamment été l'occasion d'examiner l'usage que les différentes parties prenantes ont fait du Plan d'action mondial. Les principaux indicateurs utilisés dans ce cadre étaient les indicateurs PA et les indicateurs ENG ;
 - prendre du recul et examiner globalement ce qui s'est passé depuis 2013, notamment en cherchant à comprendre pourquoi les choses se sont déroulées d'une certaine manière et comment on pourrait améliorer la situation ;
 - apporter des éléments pour orienter les futurs travaux dans le cadre du Plan d'action mondial (jusqu'en 2030). On a cherché à ce que ces éléments soient pertinents pour chaque groupe de parties intéressées (États Membres, OMS, partenaires internationaux et acteurs non étatiques), couvrent des domaines qui doivent être corrigés ou ajustés et/ou demandent des investissements et un appui supplémentaires, et s'attachent à préserver la dynamique engagée ;
 - tirer des enseignements afin d'ajuster le Plan d'action mondial du point de vue des options de politique générale, de la supervision et de la coordination entre l'OMS, les États membres et les partenaires internationaux.
6. La présente évaluation a porté sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial en tant que tel sans couvrir l'ensemble du programme de lutte contre les MNT. Ainsi, elle s'est articulée autour des thèmes traités dans le Plan d'action mondial, à savoir les quatre types de MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, affections respiratoires chroniques et diabète) et sur les quatre facteurs de risque comportementaux communs à ces maladies (tabagisme, mauvaise alimentation, inactivité physique et usage nocif de l'alcool). Cependant, la Déclaration politique de 2018 a appelé à inclure d'autres MNT (par exemple les troubles de la santé mentale) et d'autres facteurs de risque (par exemple la pollution de l'air), qui ont donc également été pris en compte. L'évaluation avait une vocation technique et n'a pas couvert les questions stratégiques, notamment les nouvelles mesures possibles. La période couverte s'étend de 2013 à 2020. Compte tenu de la quantité de données déjà collectées et des contraintes associées à la pandémie de COVID-19, les données secondaires y ont été largement utilisées. Quand des données primaires ont été collectées dans ce cadre, elles étaient qualitativement différentes de celles recueillies systématiquement. Les responsables de l'évaluation se sont intéressés non seulement à la façon dont les différents acteurs ont travaillé individuellement, mais aussi aux partenariats et réseaux qui ont été constitués.
7. Cinq principales questions ont été formulées sur la base des objectifs de l'évaluation :
- Dans quelle mesure le Plan d'action mondial a-t-il été mis en œuvre avec succès au regard de chacun des six objectifs définis, en particulier par les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques et le Secrétariat de l'OMS, aux trois niveaux de l'Organisation ?
 - Quels ont été, pour chacun de ces objectifs, les obstacles et les lacunes dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ?
 - Quels enseignements ont été tirés pour en améliorer l'application ?
 - Quelles recommandations formuler pour améliorer la mise en œuvre du Plan d'action mondial au regard des objectifs et mesures convenus ?

- Dans quelle mesure le Plan d'action mondial permet-il de mettre en évidence ses contributions aux résultats escomptés ? Comment améliorer cet aspect à l'avenir ?

Méthodologie

8. L'ensemble du processus et l'approche méthodologique ont suivi les principes énoncés dans le Manuel pratique de l'OMS sur l'évaluation (*WHO Evaluation Practice Handbook*) et dans les publications sur les normes et règles d'évaluation, et sur les lignes directrices déontologiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation. La phase initiale a principalement consisté à améliorer la conception ; elle s'est achevée en juin 2020 suite à l'examen du premier rapport par le groupe consultatif d'évaluation. Les données secondaires existantes ont ensuite été recensées et passées en revue lors de la phase de collecte des données, ce qui a nécessité d'examiner plus de 360 documents. Une attention particulière a été accordée à l'examen des données communiquées par les États Membres en rapport avec deux ensembles d'indicateurs (PA et ENG). Des données primaires supplémentaires ont été recueillies en utilisant des questionnaires structurés et moyennant des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés. Les points focaux nationaux pour les MNT de tous les États Membres ont été invités à remplir un questionnaire structuré et 39 réponses ont été reçues. En outre, il a été demandé à l'ensemble des acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS et aux centres collaborateurs de l'OMS dans les domaines concernés s'ils souhaitaient recevoir et remplir un questionnaire. Au total, 60 acteurs non étatiques et 37 centres collaborateurs de l'OMS ont demandé le questionnaire et l'ont reçu, et 18 et 12, respectivement, l'ont rempli. Des informateurs clés ont été choisis parmi un vaste éventail de groupes de parties prenantes. Plus de 100 entretiens ont été menés, à chaque fois à distance.

Principales constatations

Objectif 1 du Plan d'action mondial. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

9. Une des grandes réussites du Plan d'action mondial et des mesures en découlant est d'avoir donné une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale. Plusieurs mécanismes ont contribué à ce succès, notamment a) les réunions de haut niveau des Nations Unies sur les MNT ; b) la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT mise en place par le Directeur général de l'Organisation ; c) la désignation d'un ambassadeur mondial chargé des MNT et des traumatismes ; d) la création de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; et e) la création du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles. En outre, nombre de ces initiatives, en particulier des réunions de haut niveau, ont profité de l'attention accrue portée à ces questions aux échelons régional et national. Cette plus grande visibilité devrait permettre qu'une priorité plus élevée leur soit accordée à l'avenir dans les Régions et dans les pays. Des progrès ont bien été accomplis si l'on se fie à l'indicateur retenu pour cet objectif – à savoir, le nombre de pays dotés d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national opérationnel et multisectoriel sur les MNT. Moins d'un quart des pays (24 %) étaient dotés d'un tel instrument en 2013 ; en 2019, c'était le cas de plus de la moitié d'entre eux (57 %), près de la moitié en restant encore dépourvus. Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre cet indicateur et la catégorie de revenu des pays.
10. Le fait qu'un pays soit doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT ne signifie pas nécessairement que des mesures adaptées y sont prises pour prévenir et combattre ces maladies. Cependant, les données issues de l'évaluation montrent qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre le fait d'être doté d'un tel instrument et un score de mise en œuvre ajusté en fonction de la mesure dans laquelle les autres indicateurs ENG ont été atteints. Cette corrélation n'est néanmoins pas observée dans les pays à faible revenu et toute amélioration risque d'être éphémère. Une comparaison entre les pays ayant introduit un

tel instrument entre 2013 et 2019 a montré qu'entre 2015 et 2019, c'est dans ceux qui l'avaient mis en place le plus récemment que les résultats se sont le plus améliorés. Ces données tendent à indiquer qu'un certain niveau de ressources pourrait être nécessaire pour mettre en œuvre les politiques, les stratégies et les plans, et que les effets de leur introduction peuvent être de courte durée.

11. Les MNT bénéficient aujourd'hui d'une plus grande visibilité et de nombreux pays ont élaboré une politique, une stratégie ou un plan d'action pour les combattre ; il y a lieu de s'en réjouir, mais les progrès seront limités à moins d'une forte augmentation des ressources disponibles. Les données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation sur l'aide au développement en faveur de la santé montrent qu'en 2018, seuls 2 % de cette aide étaient consacrés aux MNT alors que ces maladies représentent près des deux tiers (62 %) de la charge de morbidité mondiale. Cet organisme relève également que si l'aide au développement en faveur de la santé consacrée aux MNT est passée de 600 millions de dollars des États-Unis en 2012 à près de 800 millions de dollars des États-Unis en 2013, elle a plafonné depuis. Cela signifie que la plus grande attention dont bénéficient les MNT sur le plan international depuis 2013 ne s'est pas encore traduite par une hausse des financements internationaux.

Objectif 2 du Plan d'action mondial. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

12. Pour mesurer si les capacités nationales permettent d'intensifier l'action des pays face aux MNT, il faut notamment déterminer si les ministères de la santé sont dotés d'un service, d'une antenne ou d'un département chargé des MNT et si ce dernier est opérationnel, et s'il existe un mécanisme national opérationnel de coordination pour la prévention et la maîtrise des MNT. En 2013, un peu plus de la moitié des pays (51 %) étaient dotés d'une telle entité ; ce chiffre a augmenté et, en 2019, plus des trois quarts des pays (76 %) étaient dans ce cas. Moins d'un tiers des pays (31 %) étaient dotés en 2015 d'un mécanisme national de coordination pour les MNT et cette part était passée en 2019 à un peu moins de la moitié des pays (46 %). Ces deux indicateurs sont fortement corrélés au niveau de revenu du pays. Par exemple, en 2019, moins d'un quart des pays à faible revenu (21 %) étaient dotés d'un mécanisme national de coordination pour lutter contre les MNT, contre plus de la moitié des pays à revenu élevé (55 %). Il existe une corrélation statistiquement significative entre le fait d'être doté d'un service, d'une antenne ou d'un département opérationnel chargé des MNT et celui de posséder un mécanisme national de coordination. En 2019, par exemple, plus de la moitié des pays (57 %) dotés d'un service, d'une antenne ou d'un département chargé des MNT possédaient également un mécanisme national de coordination (contre 12 % des pays qui n'en étaient pas pourvus). Cela tend à indiquer que, pour mettre en place un mécanisme national de coordination pour lutter contre les MNT et le faire fonctionner, il faut disposer de certaines ressources financières, humaines et institutionnelles, fournies par exemple par un service chargé des MNT. Il ne semble pas toutefois qu'être doté d'un mécanisme national de coordination permette de réaliser davantage de progrès dans des domaines autres que les services de santé, par exemple sur le plan des facteurs de risque. Cela s'explique peut-être par la composition et le fonctionnement de certains de ces mécanismes. La taxation du tabac fait figure d'exception. Les pays dotés d'un mécanisme national de coordination pour lutter contre les MNT ont statistiquement plus de chances que les autres d'avoir réduit l'accessibilité économique du tabac par une augmentation des droits d'accise et des prix.

13. De 2013 à 2019, certains indicateurs PA se sont beaucoup améliorés, par exemple les indicateurs PA2 (service chargé des MNT) et PA3a-d (politiques sur les facteurs de risque des MNT). Pour les indicateurs PA1 (politiques, stratégies et plans d'action contre les MNT), PA5 (politiques de recherche), PA6 (systèmes de suivi et de surveillance) et PAX (mécanismes de coordination nationaux), les résultats restent médiocres même s'il y a eu certains progrès. Peu de progrès ont été accomplis dans l'élaboration de lignes directrices, de protocoles et de normes pour la prise en charge des MNT moyennant une approche fondée sur les soins de santé primaires (PA4) (voir le Tableau S1).

14. Le Tableau S2 présente les indicateurs ENG selon un même modèle. Si, sur le plan des pays satisfaisant pleinement aux indicateurs, la situation s'est améliorée pour 14 indicateurs entre 2015 et 2019, ces avancées sont modestes et les résultats restent globalement médiocres. En 2019, seuls trois indicateurs étaient pleinement atteints par plus de la moitié des pays. Les résultats sont bien meilleurs si l'on considère les pays qui ont au minimum partiellement atteint l'un des indicateurs : ainsi, en 2019, la moitié des pays étaient dans ce cas pour 13 indicateurs. Entre 2015 et 2019, des améliorations ont été observées pour 15 indicateurs désormais partiellement atteints au moins.

15. Pour de nombreux indicateurs de progrès, il existe une corrélation positive significative entre les résultats obtenus et la catégorie de revenu auquel le pays appartient. Pour tous les indicateurs AP, sauf un (PA1), une telle corrélation est observée. Cela est aussi vrai pour plus de la moitié (58 %) des indicateurs ENG (signalés par un astérisque dans le Tableau S2). Il existe également une corrélation positive entre les résultats obtenus pour les indicateurs ENG considérés dans leur ensemble, ce que l'on appelle le « score de mise en œuvre », et la catégorie de revenu du pays (voir la Figure S1).

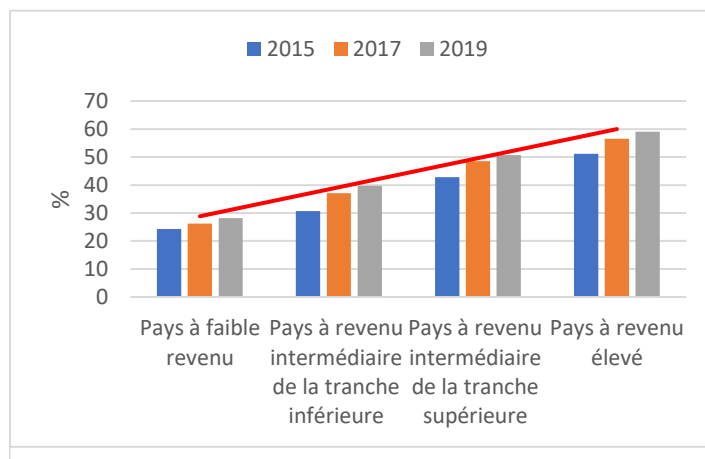
Tableau S1 : Progrès accomplis au regard des indicateurs de mise en œuvre du Plan d'action mondial (PA), sur la base de données ventilées pour 194 pays (le code couleur correspond au niveau de performance : vert foncé >80 % ; vert clair 60-79 % ; jaune 40-59 % ; et orange <40 %)

Indicateur	2013	2015	2017	2019
PA1 : Plan d'action national	24 %	37 %	51 %	57 %
PA2 : Service chargé des MNT	51 %	60 %	66 %	76 %
PA3a : Politique relative à l'usage nocif de l'alcool	48 %	61 %	71 %	74 %
PA3b : Politique relative à l'activité physique	52 %	64 %	77 %	79 %
PA3c : Politique antitabac	63 %	73 %	83 %	79 %
PA3d : Politique relative à une alimentation saine	55 %	66 %	78 %	80 %
PA4 : Directives cliniques	49 %	38 %	46 %	48 %
PA5 : Politique de recherche sur les MNT	s. o.	22 %	28 %	33 %
PA6 : Système de surveillance des MNT	23 %	26 %	38 %	42 %
PAX : Mécanisme mondial de coordination	s. o.	31 %	37 %	46 %

Tableau S2 : Pourcentage de pays dans lesquels les indicateurs de respect des engagements (ENG) ont été pleinement atteints ou partiellement atteints au moins, en 2015, 2017 et 2019 (le code couleur correspond au niveau de performance : vert foncé >80 % ; vert clair 60-79 % ; jaune 40-59 % ; et orange <40 %)

Indicateur	Pleinement atteint			Partiellement atteint au moins		
	2015	2017	2019	2015	2017	2019
ENG1 : Cibles nationales en matière de MNT	30 %	48 %	57 %	45 %	62 %	68 %
ENG2 : Données sur la mortalité*	36 %	38 %	40 %	62 %	62 %	61 %
ENG3 : Enquêtes sur les facteurs de risque*	28 %	19 %	27 %	79 %	89 %	85 %
ENG4 : Plan d'action national	33 %	51 %	57 %	45 %	62 %	66 %
ENG5a : Taxation du tabac*	2 %	16 %	19 %	36 %	52 %	51 %
ENG5b : Lieux sans tabac	25 %	28 %	31 %	64 %	69 %	72 %
ENG5c : Mises en garde illustrées*	22 %	40 %	47 %	70 %	74 %	78 %
ENG5d : Interdiction de la publicité pour le tabac	15 %	19 %	25 %	70 %	74 %	78 %
ENG5e : Campagne antitabac dans les médias*	s. o.	22 %	20 %	s. o.	35 %	41 %
ENG6a : Restrictions sur la vente d'alcool	15 %	14 %	16 %	90 %	84 %	87 %
ENG6b : Interdiction de la publicité pour l'alcool	20 %	23 %	27 %	63 %	38 %	38 %
ENG6c : Taxation de l'alcool	22 %	17 %	24 %	73 %	87 %	68 %
ENG7a : Politiques sur la teneur en sel*	32 %	26 %	20 %	32 %	44 %	44 %
ENG7b : Politiques sur la teneur en graisses*	21 %	35 %	30 %	21 %	35 %	39 %
ENG7c : Promotion des aliments visant les enfants*	22 %	30 %	31 %	s. o.	s. o.	s. o.
ENG7d : Code sur le lait maternel	37 %	20 %	18 %	37 %	69 %	70 %
ENG8 : Promotion de l'activité physique dans les médias*	61 %	52 %	52 %	61 %	52 %	65 %
ENG9 : Directives cliniques*	26 %	46 %	48 %	50 %	77 %	78 %
ENG10 : Chimiothérapie et conseils*	14 %	27 %	34 %	20 %	31 %	41 %

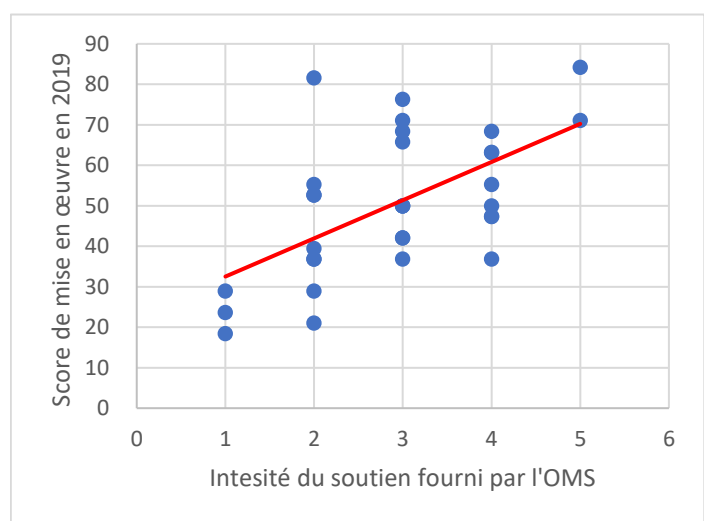
Figure S1 : Score moyen de mise en œuvre pour l'ensemble des États Membres en fonction de la catégorie de revenu du pays en 2015, 2017 et 2019



16. Les données sur les dépenses consacrées à la lutte contre les MNT pendant la période 2015-2017, ventilées par sources nationales et extérieures, sont disponibles pour 44 pays dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé. Plus des deux tiers de ces pays (68 %) sont situés dans la Région africaine de l'OMS. Globalement, les dépenses consacrées aux MNT dans l'ensemble des 44 pays ont représenté au total 12,2 milliards de dollars des États-Unis sur trois ans, soit environ 4 milliards de dollars des États-Unis par an. La quasi-totalité de ces sommes (95 %) provenait de sources nationales. En comparaison, les dépenses consacrées aux maladies infectieuses dans ces pays au cours de la période se sont établies à 35,9 milliards de dollars des États-Unis dont moins de la moitié (49 %) étaient issues de sources nationales. Globalement, les dépenses nationales consacrées aux MNT ont été en moyenne de 23 dollars des États-Unis par personne et par an dans les pays à faible revenu, 214 dollars des États-Unis dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 527 dollars des États-Unis dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

17. Certains pays obtiennent de meilleurs résultats que ne présageait leur catégorie de revenu. En 2020, Allen et al.² ont présenté des données empiriques émanant d'un pays en particulier, qui tendent à indiquer que ce cas de figure pourrait s'expliquer par un engagement politique de haut niveau et un fort soutien de l'OMS. L'évaluation présente un certain nombre de données à l'appui de ces hypothèses (pour l'engagement politique à haut niveau, voir le paragraphe 9 ci-dessus). L'évaluation menée par le personnel de deux Régions de l'OMS a mis en évidence une corrélation positive entre l'intensité du soutien apporté par l'OMS et le score de mise en œuvre obtenu pour 2019 (voir la Figure S2). Plusieurs autres facteurs pourraient être évoqués et sont abordés dans le rapport principal.

Figure S2 : Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est : comparaison du score de mise en œuvre en 2019 et évaluation de l'intensité du soutien de l'OMS



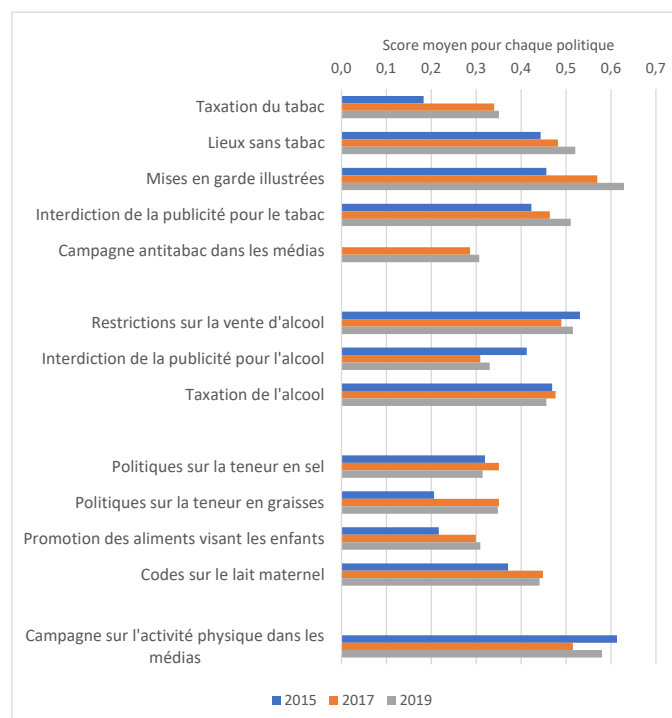
Objectif 3 du Plan d'action mondial. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

18. Globalement, les pays ont bien progressé dans la mise en place de politiques nationales sur les quatre principaux facteurs de risque (voir le Tableau S1). Par exemple, la part des pays dotés d'une politique spécifique est passée de 48 % en 2013 à 74 % en 2019 pour l'usage nocif de l'alcool ; de 52 % à 79 % pour l'activité physique ; de 63 % à 79 % pour le tabagisme ; et de 55 % à 80 % en ce qui concerne l'alimentation saine. Une corrélation statistiquement significative a été observée entre le fait d'être doté de l'une ou l'autre de ces politiques et le niveau de revenu du pays.

² Allen, L. N., Nicholson, B. D., Yeung, B. Y. T., Goiana-da-Silva, F. Implementation of Non-Communicable Disease Policies: A Geopolitical Analysis of 151 Countries, *Lancet Global Health*, 2020; 8:e50-58 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30446-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30446-2), consulté le 20 novembre 2020).

19. En ce qui concerne les mesures sur les facteurs de risque, les progrès sont plus contrastés (voir le Tableau S2) et dépendent de la mesure dans laquelle les indicateurs ont été pleinement atteints ou au moins partiellement atteints. En combinant ces résultats de façon à établir un score de mise en œuvre pour chaque indicateur (voir la Figure S3), il apparaît que des progrès ont été accomplis d'année en année sur le plan des mesures de lutte antitabac, mais que les avancées sont minimes pour celles relatives à l'usage nocif de l'alcool ou à l'activité physique. Concernant les mesures en faveur d'une alimentation saine, le tableau est mitigé : s'il y a eu des avancées régulières du point de vue de la promotion des aliments visant les enfants, les progrès sont faibles voire inexistants pour les politiques de réduction de la teneur en sel. Cette situation pourrait s'expliquer par l'existence de cadres solides pour la lutte antitabac (citons notamment la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac) et pour les substituts du lait maternel, qui limitent l'ingérence de l'industrie.

Figure S3 : Score moyen de mise en œuvre pour les principales mesures sur les facteurs de risque : 2015, 2017 et 2019



20. Dans la plupart des cas, l'adoption d'une politique sur un facteur de risque donné est associée à la mise en œuvre de mesures connexes par le pays concerné (voir le Tableau S3). Néanmoins, ce n'est pas le cas pour l'usage nocif de l'alcool. Par exemple, moins d'un quart (23 %) des pays dotés d'une politique sur l'usage nocif de l'alcool ont adopté une mesure de taxation de l'alcool, contre un tiers (33 %) des pays qui n'ont pas une telle politique. Une corrélation est observée entre l'existence d'une politique sur le tabagisme et certaines mesures, liées à l'emballage en particulier, mais cette corrélation n'est pas observée avec d'autres mesures, comme les prix et les environnements sans tabac.

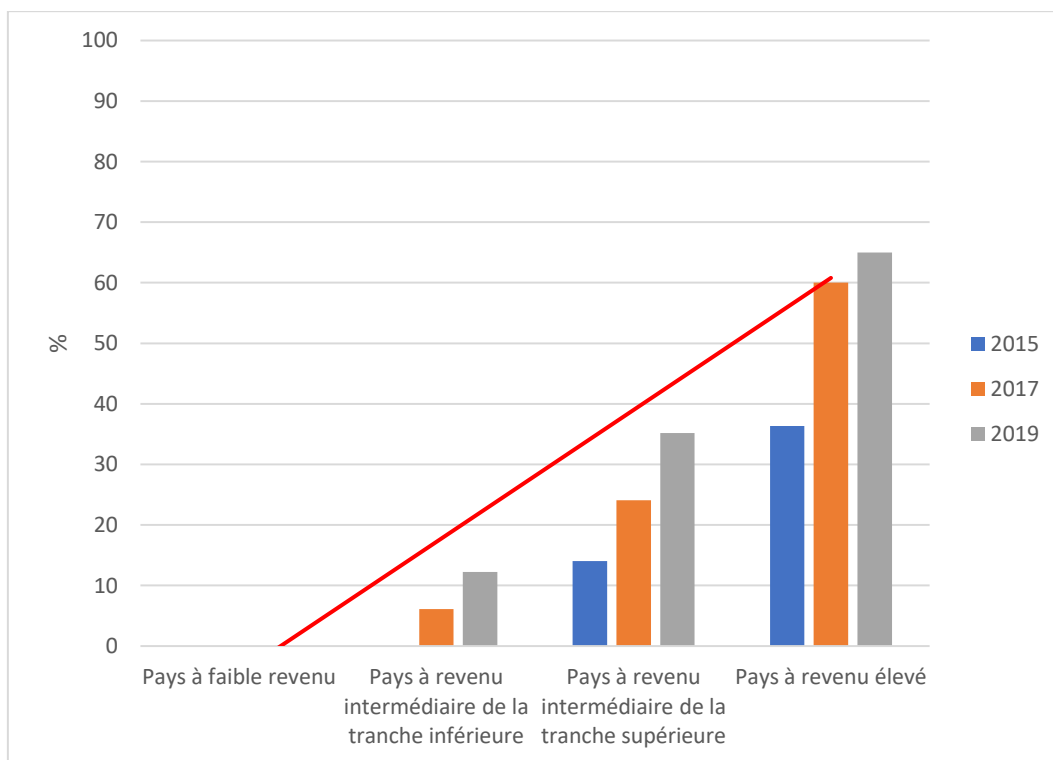
Tableau S3 : Le fait pour un pays d'être doté de certaines politiques est-il corrélé à l'application des principales mesures de lutte contre les MNT ?

Politique	Mesure	Corrélation significative	Valeur-p	Pourcentage (%) de pays appliquant pleinement la mesure		Pourcentage (%) de pays appliquant la mesure de façon partielle	
				avec politique	sans politique	avec politique	sans politique
Usage nocif de l'alcool (PA3a)	Disponibilité (COM6a)	Non	0,35	15 %	20 %	93 %	95 %
	Publicité (ENG6b)	Non	0,70	31 %	33 %	46 %	38 %
	Taxation (ENG6c)	Non	0,72	23 %	33 %	77 %	71 %
Tabagisme (PA3c)	Tarifification (ENG5a)	Non	0,06	21 %	18 %	59 %	33 %
	Lieux sans tabac (ENG5b)	Non	0,40	32 %	31 %	74 %	64 %
	Emballage (ENG5c)	Oui	< 0,001	54 %	26 %	86 %	51 %
	Publicité (ENG5d)	Oui	0,03	24 %	28 %	84 %	54 %
	Campagnes (ENG5e)	Oui	0,04	27 %	6 %	53 %	27 %
Alimentation saine (PA3d)	Teneur en sel (ENG7a)	Oui	< 0,001	25 %	0 %	52 %	11 %
	Teneur en graisses (ENG7b)	Oui	< 0,001	37 %	9 %	48 %	11 %
	Promotion des aliments visant les enfants (ENG7c)	Oui	< 0,001	38 %	6 %	s. o.	s. o.
	Code sur le lait maternel (ENG7d)	Oui	0,04	18 %	14 %	74 %	54 %
Activité physique (PA3b)	Campagnes dans les médias (ENG8)	Oui	< 0,001	60 %	23 %	75 %	31 %
Directives cliniques (PA4)	Chimiothérapie et conseils (ENG10)	Oui	< 0,001	50 %	23 %	59 %	30 %

Objectif 4 du Plan d'action mondial. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

21. Les pays ont peu progressé dans la mise en place de lignes directrices/normes/protocoles nationaux fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge des principales MNT moyennant une approche fondée sur les soins de santé primaires (voir le Tableau S1). En 2013, moins de la moitié des pays (49 %) disposaient de lignes directrices/normes/protocoles nationaux de ce type ; ce niveau était inchangé (48 %) en 2019. Il y a eu une augmentation du pourcentage des pays capables de fournir une chimiothérapie, y compris le contrôle de la glycémie, et des conseils aux personnes à risque concernées afin de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires. Ce pourcentage est passé de 14 % en 2015 à 34 % en 2019 (voir le Tableau S2), mais les deux tiers des pays environ ne sont toujours pas en mesure de fournir cette chimiothérapie et ces conseils. En outre, aucun indicateur ne permet de déterminer si des personnes présentant des MNT (par exemple hypertension et diabète) bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement, et si leurs affections sont effectivement prises en charge. Il existe une corrélation particulièrement forte entre la capacité du pays à fournir cette chimiothérapie et ces conseils et la catégorie de revenu auquel il appartient (voir la Figure S4). En 2019, aucun pays à faible revenu n'avait pleinement atteint cet indicateur alors que près des deux tiers (65 %) des pays à revenu élevé étaient dans ce cas.

Figure S4 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) étant pleinement en mesure de fournir une chimiothérapie, y compris le contrôle de la glycémie, et des conseils aux personnes à risque concernées afin de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (2015, 2017 et 2019)



Objectif 5 du Plan d'action mondial. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

22. Peu de progrès ont été accomplis concernant cet objectif. En 2015, quand des données ont commencé à être collectées pour l'indicateur correspondant, à peine plus d'un cinquième (22 %) des pays étaient dotés d'une politique et d'un plan opérationnels sur la recherche sur les MNT. En 2019, ce chiffre était passé à un tiers

seulement (33 %) des pays. Autrement dit, les deux-tiers environ des pays ne possèdent pas un tel instrument. En 2019, seuls quatre pays à faible revenu avaient une telle politique contre plus de la moitié des pays à revenu élevé (58 %). L'ensemble d'indicateurs ENG ne comporte aucun indicateur sur la recherche. Même s'il existe un indicateur PA pour cet aspect, le Secrétariat de l'OMS n'a pas, en 2019, fait rapport à ce sujet à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé.

Objectif 6 du Plan d'action mondial. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

23. Une certaine amélioration a été constatée dans la proportion de pays qui ont fixé des cibles et des indicateurs assortis de délais à l'échelle nationale pour lutter contre les MNT. Celle-ci est passée de moins d'un tiers des pays (30 %) en 2015 à plus de la moitié des pays (57 %) en 2019. Il n'y a pas de corrélation entre cet indicateur et la catégorie de revenu du pays. Il existe toutefois une corrélation significative statistiquement entre cet indicateur et le fait de disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national pour lutter contre les MNT. Il semble que les pays qui élaborent ce type de politique, stratégie ou plan fixent aussi généralement des cibles au niveau national. Ainsi, parmi les pays ayant une politique, une stratégie ou un plan d'action national, plus des trois quarts (78 %) s'étaient fixé des cibles. Parmi ceux qui n'ont pas de politique, de stratégie ou de plan d'action national, moins du quart (22 %) avaient défini des cibles. Une corrélation tout aussi significative statistiquement a été observée entre le fait de disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national pour lutter contre les MNT et le fait d'avoir mené une enquête sur les facteurs de risque (comme STEPS) au cours des cinq dernières années. Toutefois, seulement un quart environ des pays (27 %) ont pleinement atteint cet objectif et aucune amélioration n'a été observée entre 2015 et 2019. Une corrélation a été constatée entre le fait d'avoir mené une enquête sur les facteurs de risque et la catégorie de revenu du pays ; d'autre part, le fait de disposer d'un système opérationnel permettant de produire des données fiables de mortalité par cause est largement corrélé à la catégorie de revenu du pays. Par exemple, en 2019, aucun pays à faible revenu ne disposait d'un tel système contre plus des trois quarts des pays à revenu élevé (78 %). Selon les préoccupations exprimées, les enquêtes STEPS sont coûteuses et ne sont pas viables à long terme. Les enquêtes sont sans doute davantage susceptibles d'être maintenues lorsqu'elles sont intégrées aux efforts de renforcement des capacités nationales et se rapportent à des questions de santé plus générales.
24. Les indicateurs relatifs aux enquêtes sur les facteurs de risque et au système d'enregistrement des données de mortalité par cause sont combinés pour évaluer dans quelle mesure un pays pourra rendre compte de ses résultats par rapport aux cibles volontaires à l'échelle mondiale en matière de MNT. Bien que la proportion de pays susceptibles de le faire soit passée de 23 % en 2013 à 42 % en 2019, plus de la moitié des pays (58 %) ne sont pas encore considérés comme en mesure de rendre compte de leurs résultats par rapport à ces cibles selon les données ainsi obtenues.
25. L'OMS a mis en place un système selon lequel les pays fournissent tous les deux ans des données sur les indicateurs de progrès, données que l'on s'efforce de vérifier moyennant des demandes ou contrôles de documents justificatifs, par exemple. Toutefois, il n'y a pas de vérification interne ou externe des données, même si, dans quelques pays, la société civile a produit des rapports parallèles. Les indicateurs de progrès ne suivent que les mesures prises par les États Membres et il n'existe pas d'indicateurs similaires pour l'OMS, les partenaires internationaux ou les acteurs non étatiques. En ce qui concerne les indicateurs PA, l'indicateur sur la recherche n'a pas fait l'objet de rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019. Toutefois, le Secrétariat de l'OMS a confirmé qu'il faisait toujours partie de l'ensemble d'indicateurs et qu'il serait inclus dans les rapports officiels à l'avenir. Les définitions des indicateurs PA doivent être mises à jour et il est difficile de savoir si le Secrétariat de l'OMS utilise 2010 ou 2013 comme année de référence pour les rapports sur les progrès accomplis soumis à l'Assemblée de la Santé. D'une manière générale, les données relatives à ces indicateurs ne sont pas facilement accessibles au public, en ligne notamment. Un meilleur accès à ce vaste ensemble de données pourrait en faciliter l'analyse par les chercheurs externes et la société civile, et permettre éventuellement au Secrétariat de l'OMS de l'analyser de façon collaborative.

26. En ce qui concerne les principes sur lesquels repose le Plan d'action mondial, le rôle et la responsabilité de premier plan des gouvernements ont été reconnus. De multiples acteurs, dont l'OMS (voir l'Encadré S2), des partenaires internationaux et des acteurs non étatiques (voir l'Encadré S3), ont soutenu les États Membres en apportant des contributions complémentaires. Toutefois, les fonds internationaux consacrés à la lutte contre les MNT n'ont pas augmenté depuis 2013. Une autre source d'inquiétude vient du fait que les conflits d'intérêts ne sont pas traités efficacement, les exemples d'ingérence de l'industrie et de son entrave aux progrès dans la prévention et la lutte contre les MNT étant nombreux. Bien que la promotion de l'action multisectorielle ait rencontré un certain succès (par exemple au sein de l'Organisation des Nations Unies grâce aux travaux de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles), la lutte contre les MNT continue d'être considérée avant tout comme une question de santé. Même si faciliter la participation de multiples partenaires et la collaboration intersectorielle demeure d'une importance cruciale, l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles (GCM/MNT) a révélé que promouvoir l'action multisectorielle était l'une des trois fonctions du mécanisme de coordination pour lesquelles les preuves de résultats tangibles faisaient le plus défaut. Au niveau national, il s'est avéré difficile d'établir des mécanismes de coordination efficaces au-delà des ministères de la santé. Jusqu'à présent, les interventions de lutte contre les MNT n'ont pas mis l'accent sur les besoins des groupes vulnérables ni identifié les obstacles et les risques spécifiques auxquels ceux-ci sont confrontés. Bien que des progrès aient été réalisés, davantage pourrait être fait pour que la lutte contre les MNT soit intégrée aux programmes plus généraux de santé et de développement, plus précisément à leurs composantes relatives à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable.

Encadré S2. L'OMS a joué un rôle fondamental en aidant les États Membres à mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT

L'OMS a su jouer avec dynamisme un rôle directeur et rassembleur en donnant une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale et auprès des États Membres par le biais d'initiatives telles que les réunions de haut niveau, la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT et l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

Dans leurs commentaires, les États Membres ont indiqué que l'OMS a fourni un appui technique adapté au contexte national sous de très nombreuses formes, en soutenant notamment l'élaboration de plans nationaux de lutte contre les MNT ou d'argumentaires d'investissement (par l'intermédiaire de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles), les interventions ciblant des facteurs de risque spécifiques et la réalisation d'enquêtes sur les facteurs de risque. Ce soutien a été rendu possible par une mobilisation de tous les niveaux de l'OMS, des bureaux de pays (le cas échéant), des bureaux régionaux et du Siège, et de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

L'OMS a fourni des conseils stratégiques précieux pour le Plan d'action mondial dans son ensemble, par exemple en identifiant et en hiérarchisant un certain nombre de « meilleurs choix » d'un bon rapport coût/efficacité et en mettant au point des outils complets pour lutter contre les MNT dans leur ensemble (par exemple PEN) ou contre certaines MNT et leurs facteurs de risque (par exemple HEARTS, MPOWER, SAFER et SHAKE).

27. La pandémie de COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes atteintes de MNT. Les personnes ayant certaines MNT sont davantage exposées à un risque de forme grave de la maladie et, dans de nombreuses communautés, les services liés aux MNT ont été réduits, au moins temporairement, pour permettre aux systèmes de santé de réagir face à la pandémie. En outre, les ressources humaines et financières ont été détournées de la lutte contre les MNT. Les répercussions économiques de la pandémie sur les MNT seront sans doute importantes, mais elles ne se sont pas encore pleinement manifestées. Toutefois, la COVID-19 est l'occasion de voir les MNT et la santé mentale sous un jour nouveau, en particulier lorsque l'on s'efforcera de « reconstruire en mieux » dans la phase de relèvement qui suivra la pandémie.

Encadré S3. Les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques ont contribué au Plan d'action mondial de diverses façons

La société civile joue un rôle actif et diversifié dans le domaine des MNT à l'échelle internationale, régionale et dans de nombreux pays, notamment par l'intermédiaire d'associations réunissant des personnes ayant l'expérience de ces maladies. La collaboration entre l'OMS et la société civile peut encore progresser, par exemple pour veiller à ce que le Plan d'action mondial soit mis en œuvre de manière à en promouvoir les principes clés en matière de droits humains, d'équité et d'autonomisation des personnes et des communautés.

Les institutions des Nations Unies et d'autres organisations multilatérales actives aux niveaux national, régional et mondial sont en mesure de s'investir sur des aspects du Plan d'action mondial qui nécessitent une collaboration multisectorielle et peuvent être hors du mandat et du champ d'intervention de l'OMS. Leur approche est exposée dans la publication « Une collaboration renforcée pour une meilleure santé »,¹ parue en 2019, qui présente un plan d'action mondial visant à accélérer les progrès des pays pour atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé. Nombreux sont les exemples d'institutions des Nations Unies s'engageant de cette façon, aux niveaux national, régional et international. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire, en particulier à l'échelon national où l'équipe de pays des Nations Unies considère largement les MNT comme un problème de santé du ressort de l'OMS.

Certes, de nombreux établissements publics et universitaires de recherche mènent activement des recherches sur les MNT, toutefois ces travaux ne semblent guère coordonnés ni contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Même si des cas isolés de soutien aux capacités nationales de recherche existent, une démarche beaucoup plus systématique pourrait être engagée dans ce domaine.

La contribution du secteur privé au Plan d'action mondial a été mitigée. Il existe de nombreux exemples d'ingérence de l'industrie, en particulier en ce qui concerne le tabac mais aussi l'alcool, les aliments hautement transformés et les substituts du lait maternel. Cependant, la collaboration a parfois aussi été efficace, par exemple en vue de la reformulation de certains produits alimentaires. Une collaboration plus large et plus efficace avec le secteur privé est possible dans de nombreux domaines, y compris pour améliorer la gouvernance et le soutien aux États Membres afin de s'assurer que les facteurs commerciaux ne sapent pas les politiques de santé publique.

¹ *Une collaboration renforcée pour une meilleure santé – Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327846/9789242516432-fre.pdf>, consulté le 20 novembre 2020).

28. Le champ d'application du programme international relatif aux MNT a été élargi, avec la déclaration politique de 2018, pour inclure la santé mentale et la pollution de l'air. Il y a de solides arguments en ce sens. La pollution de l'air a été reconnue comme un facteur de risque important pour un certain nombre de MNT. Quant aux troubles de santé mentale, ils coexistent souvent avec d'autres MNT. En outre, la prise en charge de ces affections dans les pays au niveau des soins primaires se fait souvent par les mêmes personnes dans les mêmes établissements. Dans les bureaux de pays de l'OMS, nombreux sont les membres du personnel qui travaillent à la fois sur les MNT et sur la santé mentale. Toutefois, des réserves sont émises, en particulier par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale. La signification pratique du passage de 4 ensembles de maladies et 4 facteurs de risque (« 4 x 4 ») à 5 ensembles de maladies et 5 facteurs de risque (« 5 x 5 ») pour le Plan d'action mondial n'apparaît pas clairement, d'autant plus que les plans d'action mondiaux actuels sur la santé mentale comme sur les MNT ont déjà été prolongés jusqu'en 2030.
29. Il est trop tôt pour évaluer dans quelle mesure la transformation récente a doté l'OMS de la structure et des capacités nécessaires pour soutenir efficacement les interventions nationales contre les MNT. L'évaluation a conforté dans une certaine mesure l'idée selon laquelle un soutien intense de l'OMS peut être utile à certains pays qui cherchent à lutter contre les MNT. La restructuration offre l'occasion d'intégrer plus pleinement la prise en charge des MNT à des interventions sanitaires plus larges, y compris le programme mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle. Toutefois, il sera important de coordonner efficacement les mesures de soutien à la prévention des MNT et celles visant à appuyer le diagnostic et la prise en charge. Manifestement,

de manière générale, l'OMS manque de ressources humaines et financières suffisantes au niveau des pays pour apporter un soutien efficace à leur action face aux MNT et à la santé mentale en particulier un soutien technique de plus en plus demandé par les États Membres, notamment dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19, ainsi que du relèvement et de la préparation future.

Conclusions et enseignements tirés

30. L'évaluation a permis de tirer un certain nombre de conclusions et d'enseignements. Ceux-ci sont résumés ci-après et ont inspiré les recommandations figurant dans la section qui suit :

- C1. Dans l'ensemble, le Plan d'action mondial a contribué à donner une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale et dans de nombreux pays, ce qui a contribué à une augmentation du nombre de pays ayant adopté une politique, une stratégie ou un plan d'action national pour lutter contre les MNT. Toutefois, il est urgent d'accélérer la mise en œuvre de ces plans et des ressources financières sont nécessaires aux niveaux interne et international pour cette mise en œuvre.
- C2. L'identification par l'OMS de ce qu'elle considère comme les meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT a fourni aux États Membres une série d'options de politique générale qu'ils peuvent envisager lorsqu'ils recherchent des mécanismes d'un bon rapport coût/efficacité fondés sur les meilleures données actuelles. Globalement, les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ont été lents et progressifs et n'ont pas connu l'accélération rapide à laquelle les processus de haut niveau associés au Plan d'action mondial permettaient d'aspirer.
- C3. Des progrès graduels ont été réalisés dans la lutte contre le tabagisme, tandis que pour d'autres facteurs de risque, tels que l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique, ils n'ont pas encore été observés. Il est possible que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le suivi de sa mise en œuvre soit un facteur clé à cet égard.
- C4. On sait désormais qu'il est crucial de ne pas se concentrer sur une seule MNT. Bien que des progrès aient été réalisés dans l'élaboration de protocoles et la mise à disposition de médicaments essentiels contre les MNT, ceux-ci font encore défaut dans de nombreux pays. Il faut faire davantage pour s'assurer que les MNT sont prises en charge efficacement dans le cadre des soins primaires afin que les personnes atteintes de MNT, comme l'hypertension et le diabète, soient diagnostiquées, traitées et que leurs maladies soient maîtrisées. Il convient de veiller à ce que ces dispositions s'appliquent aussi aux groupes vulnérables, aux différents groupes d'âge et aux personnes vivant des situations d'urgence.
- C5. L'investissement en faveur de la recherche et le soutien à celle-ci sont loin d'être optimaux bien que la persistance de nombreuses lacunes en matière de données probantes soit reconnue, notamment en ce qui concerne les meilleurs choix dans différents contextes et la meilleure façon de promouvoir la mise en œuvre d'interventions jugées très efficaces, en fonction des contextes. La recherche apparaît très largement comme le maillon le plus faible dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial.
- C6. Il existe deux séries d'indicateurs de progrès, l'une axée sur la mise en œuvre du Plan d'action, l'autre sur la réalisation des engagements, l'une et l'autre se chevauchant parfois. Les données sont communiquées régulièrement par presque tous les États Membres, mais il serait possible d'utiliser et d'analyser beaucoup plus de données.

Questions transversales

- C7. L'OMS ne dispose pas de ressources financières et humaines suffisantes pour apporter un soutien technique à la mise en œuvre du programme de lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays et

compte tenu de leur demande croissante de soutien technique. Les travaux menés sur les facteurs de risque par l'Organisation sont fragmentés et pâtissent d'un manque de leadership manifeste.

- C8. La collaboration multisectorielle, par exemple au-delà du secteur de la santé et du secteur privé, exige des personnes ayant les compétences et l'expérience appropriées dans le secteur privé, dans les domaines politique et diplomatique, et dans l'utilisation des réseaux. L'OMS n'a guère donné d'orientations claires sur la manière dont les pays peuvent mettre en place une riposte multisectorielle efficace, associant d'autres institutions des Nations Unies, la société civile, les organisations du secteur privé, etc., y compris sur la façon de gérer et d'éviter les conflits d'intérêts commerciaux. Le rôle que peut jouer la société civile dans le soutien à la riposte aux MNT n'a pas été pleinement exploité. Les personnes ayant l'expérience de ces maladies sont en grande partie absentes des processus de prise de décisions.
- C9. D'une manière générale, la mise en œuvre du Plan d'action mondial par les États Membres et le soutien technique apporté par l'OMS n'ont pas mis l'accent sur les besoins des groupes vulnérables ni identifié les obstacles et les risques spécifiques auxquels ceux-ci sont confrontés. Les données ventilées sur la prévalence des MNT et leurs facteurs de risque dans différents segments de la population sont limitées, ce qui est un frein à l'identification et à la conception d'interventions ciblées. On pourrait mettre davantage l'accent sur les connaissances en matière de santé, tant pour la prévention que pour la prise en charge des MNT. Les éléments clés sur lesquels il convient d'insister sont la communication centrée sur le patient et un matériel facile à comprendre et à utiliser pour encourager l'autoprise en charge des patients.
- C10. Bien qu'il y ait eu une décision de principe sur l'ajout de la santé mentale et de la pollution de l'air dans le programme international de lutte contre les MNT, c'est-à-dire le passage des « 4 x 4 » aux « 5 x 5 », les modalités pratiques de ce changement au sein du Plan d'action mondial ne sont pas claires.
- C11. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a, de manière efficace, joué un rôle fédérateur et favorisé la coordination entre les institutions des Nations Unies à l'échelle nationale, régionale et mondiale, y compris moyennant des visites fortement médiatisées dans les pays qui ont permis de sensibiliser davantage les gouvernements nationaux et les organismes des Nations Unies sur le terrain à la lutte contre les MNT. Les progrès de l'action conjointe ont été entravés par le manque d'adhésion à tous les niveaux et l'insuffisance des ressources consacrées au programme de lutte contre les MNT dans l'ensemble du secteur des Nations Unies.
- C12. À ce jour, le mécanisme mondial est le premier et le seul dispositif en bonne et due forme relevant des États Membres au sein du Secrétariat de l'OMS qui vise à faciliter la collaboration multipartite et intersectorielle dans le domaine des MNT. Son mandat particulier repose principalement sur sa capacité à collaborer et à créer des liens entre les acteurs multisectoriels, y compris les États Membres, les acteurs non étatiques, ceux des Nations Unies et les autres programmes techniques, aux niveaux mondial, régional et national. Tant que les fonctions du mécanisme mondial envisagées à l'origine restent d'actualité et continuent d'apporter des contributions pertinentes au Plan d'action mondial, au treizième programme général de travail, 2019-2023, et aux cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, leur maintien s'impose. Mais le mécanisme doit évoluer, voire être remplacé par un modèle plus ciblé et axé sur l'action ou suivant une autre approche sur la base d'une collaboration plus étroite avec les autres acteurs internes et externes.³

³ Le rapport complet sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).

Recommandations

31. L'évaluation a permis de formuler les recommandations suivantes :

Objectif 1 du Plan d'action mondial. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

R1. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des mécanismes de financement durables pour permettre une accélération spectaculaire de la mise en œuvre des MNT.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des propositions spécifiques sur la façon dont le financement des MNT peut être incorporé aux plans visant à « reconstruire en mieux » ;
- l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'OMS et les partenaires internationaux devraient poursuivre leur projet de création d'un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, les organisations philanthropiques et les autres organismes de financement devraient allouer des fonds supplémentaires pour la lutte contre les MNT, y compris par l'intermédiaire du fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait continuer de travailler avec l'Organisation de coopération et de développement économiques pour introduire un code-objet afin de suivre les dépenses consacrées aux MNT dans le cadre de l'aide publique au développement.

Objectif 2 du Plan d'action mondial. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

R2. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quelle est la meilleure façon d'utiliser les ressources financières limitées disponibles pour les MNT en mettant l'accent sur les options les plus rentables au vu des données disponibles.** Plus précisément :

- les États Membres devraient identifier les moyens de fournir les ressources financières internes nécessaires pour lutter efficacement contre les MNT, de recenser ces ressources et d'en tirer parti, y compris, le cas échéant, dans le cadre de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19 et des plans d'action pour le relèvement ;
- les États Membres devraient concentrer leurs ressources financières sur les mesures qui présenteront le meilleur rapport coût/efficacité sur la base des meilleures données disponibles ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait actualiser les meilleurs choix sur la base des dernières données disponibles, issues notamment de contextes régionaux et nationaux variés ;
- les États Membres devraient adapter les meilleurs choix à leur situation avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS, si nécessaire ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner si d'autres orientations peuvent être données sur le financement total nécessaire à la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MNT les plus rentables ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de recueillir plus de données sur les niveaux de dépenses consacrées dans les pays aux MNT et d'en rendre compte.

Objectif 3 du Plan d'action mondial. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

R3. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme n'ont pas encore été observés pour d'autres facteurs de risque.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès constants observés en matière de lutte antitabac ne sont pas observés pour d'autres facteurs de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner pourquoi, en particulier, les politiques sur l'usage nocif de l'alcool ne sont pas associées à la mise en œuvre des mesures d'un bon rapport coût/efficacité répertoriées pour lutter contre ce facteur de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quels sont les obstacles, dans les pays à revenu élevé, à la mise en œuvre des mesures pour lesquelles il n'existe pas de corrélation avec la catégorie de revenu ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner (dans le cadre de l'examen des meilleurs choix) si la gamme des interventions rentables portant sur l'activité physique peut être élargie ;
- les États Membres devraient élaborer et renforcer les cadres réglementaires appropriés pour tous les facteurs de risque, avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS.

Objectif 4 du Plan d'action mondial. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

R4. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient faire davantage pour s'assurer que les personnes touchées par les MNT bénéficient d'un diagnostic, reçoivent un traitement et voient leur maladie prise en charge.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens pratiques de mieux intégrer la lutte contre les MNT aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des orientations plus concrètes sur la prise en charge des MNT dans le cadre des soins primaires ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient améliorer le suivi du nombre et de la proportion de personnes recevant des médicaments essentiels dans les établissements de soins de santé primaires, en particulier pour réduire les risques cardiovasculaires, en veillant à ce que les besoins de groupes spécifiques soient pris en compte ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient reconnaître et souligner qu'il importe de ne pas se concentrer uniquement sur une seule MNT.

Objectif 5 du Plan d'action mondial. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

R5. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer les meilleurs moyens de faire progresser la recherche sur les MNT dans l'ordre des priorités.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer si l'insuffisance du financement ou l'absence d'un mécanisme de financement efficace pourrait expliquer la faiblesse des progrès réalisés en matière de recherche sur les MNT et, si c'est le cas, quelle pourrait être la solution ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan clair sur la façon dont il soutiendra ce domaine de travail, y compris en recensant les priorités et les besoins actuels en matière de recherche et en déterminant comment y répondre ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait définir les rôles et les responsabilités de chacun pour cet objectif, sachant en particulier qu'une division des sciences a été créée ;

- le Secrétariat de l'OMS devrait déterminer, en consultation avec les centres collaborateurs de l'OMS, par quels moyens ceux de ces centres qui travaillent sur les MNT peuvent contribuer à cet objectif.

Objectif 6 du Plan d'action mondial. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

R6. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner les moyens de renforcer davantage le suivi et la surveillance des interventions de lutte contre les MNT.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer comment mener des enquêtes sur les facteurs de risque d'une manière plus rentable et viable à long terme, qui permette de renforcer les capacités locales et soit cohérente avec d'autres systèmes nationaux de données ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait s'assurer que les futurs rapports aux États Membres sur l'ensemble des indicateurs PA incluent l'indicateur sur la recherche (AP5) ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait réviser et mettre à jour les définitions des indicateurs PA, et déterminer quelle sera l'année de référence pour les rapports de situation soumis à l'Assemblée de la Santé, puis faire rapport aux États Membres sur ces points ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait rendre les données plus facilement accessibles au public, en ligne par exemple, et utiliser davantage les données disponibles, notamment dans le cadre d'analyses internes en collaboration avec ses partenaires ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient élaborer un système de mesures pour les acteurs autres que les États membres, c'est-à-dire l'OMS, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient renforcer les mécanismes de validation des données communiquées par les pays, par exemple grâce à des vérifications internes au pays ou menées par la société civile ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait informer les États Membres des incidences de l'extension du Plan d'action mondial jusqu'en 2030 en matière de suivi et de notification, notamment pour ce qui est des données à rapporter en 2025 et en 2030 ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient s'assurer que l'évaluation finale du Plan d'action mondial permet d'apprécier les progrès réalisés au niveau des résultats, comme le précise le cadre mondial de suivi. Pour ce faire, il faudra disposer d'un cadre approprié, par exemple sous la forme d'une théorie du changement, et étudier et analyser les corrélations entre les progrès attestés et les changements observés dans les résultats. L'évaluation devrait également examiner pourquoi certains pays obtiennent des résultats supérieurs aux attentes compte tenu de la catégorie de revenu à laquelle ils appartiennent, au moyen d'études de cas.

Questions transversales

R7. **Le Secrétariat de l'OMS devrait entreprendre un examen fonctionnel afin d'examiner dans quelle mesure sa structure et ses capacités sont optimales pour fournir un soutien technique dans la lutte contre les MNT.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan de ressources pour lutter contre les MNT qui décrira les ressources humaines et financières nécessaires et disponibles pour fournir un soutien technique à la lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays. Celui-ci s'attachera à axer les ressources de l'OMS sur les principales causes de mortalité et de morbidité auxquelles sont confrontés les pays ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait évaluer dans quelle mesure les structures actuelles destinées à la lutte contre les MNT sont optimales, en particulier en termes de cohérence de l'approche face aux facteurs de risque et dans l'optique d'une contribution maximale à la prise en charge des MNT dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ;

- le Secrétariat de l’OMS devrait examiner les mécanismes de coordination entre les départements et les équipes de l’OMS qui sont mis à la disposition des hauts responsables, entre autres, afin d’assurer la cohérence des différents éléments de l’action engagée face aux MNT.

R8. **Le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient examiner comment promouvoir et soutenir plus efficacement la collaboration multisectorielle dans le domaine des MNT.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS devrait recruter des personnes ayant un ensemble de compétences plus diversifiées, par exemple en ce qui concerne la collaboration multisectorielle ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait continuer de mettre en œuvre efficacement le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques qui fait office de guide pour travailler auprès des acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait aider les États Membres à collaborer de manière appropriée et efficace avec le secteur privé en donnant des exemples de collaboration efficace avec celui-ci et en offrant des conseils sur la façon dont les États Membres peuvent se protéger contre les ingérences indues de l’industrie en s’appuyant sur l’expérience de l’OMS dans ce domaine (la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, par exemple) ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait fournir un appui technique pour l’achat de médicaments et de technologies médicales conformément à la cible 9 du Plan d’action mondial qui vise à la disponibilité et à l’accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait mieux collaborer avec la société civile, et aider les États Membres à faire de même, notamment en produisant des éléments de preuve des bonnes pratiques dans ce domaine, en soutenant la société civile dans le suivi des contributions au Plan d’action mondial et en publiant des lignes directrices sur la participation de la société civile à l’action multisectorielle, y compris en renforçant la responsabilisation en matière de notification sur les MNT et en veillant à ce que les personnes atteintes de MNT participent aux processus de prise de décisions et de suivi.

R9. **Les États Membres et le Secrétariat de l’OMS devraient se concentrer davantage sur les répercussions particulières que les MNT ont sur certains groupes,** en particulier les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes âgées, les peuples autochtones, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants, comme le prévoit le Programme de développement durable à l’horizon 2030. Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS devrait aider les pays à procéder à la collecte et à l’analyse de données ventilées sur la prévalence des MNT et les facteurs de risque dans les groupes vulnérables ;
- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient concevoir des interventions tenant compte des déterminants de la santé, y compris les lacunes et les obstacles auxquels sont confrontés les groupes identifiés conformément aux principes énoncés dans les objectifs de développement durable, à savoir ne laisser personne de côté et aider les plus défavorisés en premier ;
- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de promouvoir de meilleures connaissances en matière de santé à la fois pour la prévention et la prise en charge des MNT, y compris en accordant une plus grande attention à la communication centrée sur le patient et en privilégiant les documents faciles à comprendre et à utiliser pour aider à l’autoprise en charge par le patient.

R10. **Il est nécessaire de définir comment la santé mentale et la pollution de l’air peuvent être intégrées en pratique dans le Plan d’action mondial.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient envisager d’élaborer un modèle de fonctionnement conjoint ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait proposer aux États Membres les ajustements nécessaires à apporter aux systèmes de suivi actuels. La révision et l’actualisation du Cadre de suivi constitueraient un moyen d’intégrer la santé mentale et la pollution de l’air aux MNT et aux facteurs de risque actuels, tout en assurant un meilleur alignement avec les principales évolutions dans les domaines de la santé

et du développement au niveau international depuis 2013, notamment les objectifs de développement durable et leurs cibles et indicateurs.

R11. **L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) devraient examiner comment ils peuvent apporter un soutien supplémentaire aux pays, promouvoir des activités conjointes entre les institutions des Nations Unies et renforcer davantage la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT parmi les hauts responsables des institutions des Nations Unies.** Plus précisément :

- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient quantifier et identifier les ressources nécessaires et les options envisageables pour répondre aux demandes des pays, y compris pour un soutien et un suivi sur la durée, concernant la lutte contre les MNT dans le contexte des plans nationaux de riposte à la COVID-19 et de relèvement dans la période qui suivra ;
- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de mener davantage d'actions conjointes ;
- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de consolider la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT aux niveaux de direction dans l'ensemble du système des Nations Unies.

R12. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient envisager de mettre en œuvre les recommandations issues de l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles.**⁴ Selon la principale recommandation issue de l'évaluation finale du mécanisme mondial, les options suivantes devaient être prises en considération pour aller de l'avant : a) une approche renforcée et plus ciblée de l'exécution des fonctions essentielles par le mécanisme mondial, ou b) l'abandon du mécanisme et la mise en place d'un nouveau modèle opérationnel au sein de l'OMS pour assurer l'exécution effective de ses fonctions. En outre, l'évaluation finale comportait quatre recommandations supplémentaires, fondées sur les recommandations de l'évaluation préliminaire, qui n'ont généralement pas été mises en œuvre, et qui visaient à élaborer un plan stratégique à moyen terme, améliorer la portée au niveau national, formuler une stratégie de collaboration claire et rationaliser les approches de mobilisation des ressources. On trouvera des informations plus précises sur ces recommandations dans le résumé d'orientation sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination.⁵

⁴ Le rapport complet sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).

⁵ Le rapport sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).

1. Introduction

1. En 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (ci-après, le Plan d'action mondial). Le Plan d'action mondial propose une feuille de route et une série d'options afin que l'ensemble des États Membres et des autres parties prenantes prennent des mesures coordonnées et cohérentes à tous les niveaux (du niveau local au niveau mondial) afin d'atteindre les neuf cibles volontaires mondiales, y compris la réduction relative de 25 % de la mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques d'ici 2025. Aux neuf cibles volontaires mondiales s'ajoutent 25 indicateurs de résultats sanitaires figurant dans un cadre mondial de suivi, neuf autres indicateurs de mise en œuvre du Plan d'action mondial (ci-après, les « indicateurs PA ») ainsi que 10 indicateurs de respect des engagements (« indicateurs ENG »). La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a prolongé jusqu'en 2030 l'application du Plan d'action mondial de sorte qu'il soit aligné sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030.
2. Le mandat relatif à la tenue d'une évaluation à mi-parcours des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial découle du premier alinéa du paragraphe 1 de la résolution WHA66.10 (2013) portant adoption du Plan d'action mondial. Au paragraphe 60 du Plan d'action mondial, le Secrétariat est prié de convoquer un groupe représentatif de parties prenantes, dont des États Membres et des partenaires internationaux, qui sera chargé de mener une évaluation à mi-parcours de l'application de cet instrument. Un groupe consultatif d'évaluation a été mis en place à cette fin : il est composé d'un représentant d'un État Membre de chaque Région de l'OMS et de neuf experts internationaux.
3. L'objectif de l'évaluation à mi-parcours était d'évaluer les résultats pour les six objectifs du Plan d'action mondial (voir l'Encadré 1) ainsi que les enseignements tirés de la mise en œuvre du Plan d'action mondial dans les États Membres, par les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques, et aux trois niveaux de l'OMS (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège).

Encadré 1. Objectifs du Plan d'action mondial

Objectif 1. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

Objectif 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

Objectif 5. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

4. L'évaluation a un triple objectif :
- recenser les succès obtenus, les problèmes rencontrés et les lacunes constatées dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial depuis 2013 ;
 - tirer des enseignements et formuler des recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre du Plan d'action mondial jusqu'en 2030 ;
 - fournir des éléments pour le prochain rapport de l'OMS sur la situation mondiale en matière de lutte contre les MNT, ainsi que pour d'autres rapports, notamment concernant les contributions de la promotion de la santé mentale, de la réduction de la pollution de l'air et du renforcement des systèmes de santé à la réduction de la mortalité prématurée imputable aux MNT.
5. Les évaluations à mi-parcours n'ont généralement pas comme objet d'apprécier les résultats ou l'impact. La présente évaluation porte donc principalement sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des mesures prévues dans le Plan d'action mondial. L'intérêt principal de l'évaluation tient aux objectifs qui lui étaient assignés, notamment :
- rassembler des données sur les progrès accomplis, y compris par les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques. L'analyse de ces progrès a notamment été l'occasion d'examiner l'usage que les différentes parties prenantes ont fait du Plan d'action mondial. Les principaux indicateurs utilisés dans ce cadre étaient les indicateurs PA et les indicateurs ENG ;
 - prendre du recul et examiner globalement ce qui s'est passé depuis 2013, notamment en cherchant à comprendre pourquoi les choses se sont déroulées d'une certaine manière et comment on pourrait améliorer la situation ;
 - apporter des éléments pour orienter les futurs travaux dans le cadre du Plan d'action mondial (jusqu'en 2030). On a cherché à ce que ces éléments soient pertinents pour chaque groupe de parties intéressées (États Membres, OMS, partenaires internationaux et acteurs non étatiques), couvrent des domaines qui doivent être corrigés ou ajustés et/ou demandent des investissements et un appui supplémentaires, et s'attachent à préserver la dynamique engagée ;
 - tirer des enseignements afin d'ajuster le Plan d'action mondial du point de vue des options de politique générale, de la supervision et de la coordination entre l'OMS, les États membres et les partenaires internationaux.
6. La présente évaluation a porté sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial en tant que tel sans couvrir l'ensemble du programme de lutte contre les MNT. Ainsi, elle s'est articulée autour des thèmes traités dans le Plan d'action mondial, à savoir les quatre types de MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, affections respiratoires chroniques et diabète) et sur les quatre facteurs de risque comportementaux communs à ces maladies (tabagisme, mauvaise alimentation, inactivité physique et usage nocif de l'alcool). Cependant, elle a également admis que la Déclaration politique de 2018 avait appelé à inclure d'autres MNT (par exemple les troubles de la santé mentale) et d'autres facteurs de risque (par exemple la pollution de l'air), qui ont donc également été pris en compte. L'évaluation avait une vocation technique et n'a pas couvert les questions stratégiques, notamment les nouvelles mesures possibles. La période couverte s'étend de 2013 à 2020. Compte tenu de la quantité de données déjà collectées, et des contraintes associées à la pandémie de COVID-19, les données secondaires y ont été largement utilisées. Quand des données primaires ont été collectées dans ce cadre, elles étaient qualitativement différentes de celles recueillies systématiquement. Les responsables de l'évaluation se sont intéressés non seulement à la façon dont les différents acteurs ont travaillé individuellement, mais aussi aux partenariats et réseaux qui ont été constitués.

7. Cinq principales questions ont été formulées sur la base des objectifs de l'évaluation :

- Dans quelle mesure le Plan d'action mondial a-t-il été mis en œuvre avec succès au regard de chacun des six objectifs définis, en particulier par les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques et le Secrétariat de l'OMS, aux trois niveaux de l'Organisation ?
- Quels ont été, pour chacun de ces objectifs, les obstacles et les lacunes dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ?
- Quels enseignements ont été tirés pour en améliorer l'application ?
- Quelles recommandations formuler pour améliorer la mise en œuvre du Plan d'action mondial au regard des objectifs et mesures convenus ?
- Dans quelle mesure le Plan d'action mondial permet-il de mettre en évidence ses contributions aux résultats escomptés ? Comment améliorer cet aspect à l'avenir ?

2. Méthodologie

8. Il a été spécifié dans le mandat de l'évaluation que le Secrétariat de l'OMS devait convoquer un groupe représentatif de parties prenantes, dont des États Membres et des partenaires internationaux, pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du présent plan d'action à mi-parcours. Un groupe consultatif d'évaluation, constitué d'un représentant d'un État Membre de chaque Région de l'OMS et de neuf experts internationaux, a été mis en place à cette fin. Pour réaliser l'évaluation, le groupe consultatif d'évaluation a reçu le soutien de l'équipe chargée de l'appui de l'évaluation, dirigée par le directeur du Bureau de l'évaluation de l'OMS, Elil Renganathan et composée de deux consultants, Roger Drew et Florianne Gaillardin.
9. L'ensemble du processus et l'approche méthodologique ont suivi les principes énoncés dans le Manuel pratique de l'OMS sur l'évaluation (*WHO Evaluation Practice Handbook*)⁶ et dans les publications sur les normes et règles d'évaluation, et sur les lignes directrices déontologiques pour l'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.⁷ L'évaluation a été divisée en trois phases (phase initiale ; collecte des données ; analyse et de notification des données). La phase initiale a principalement consisté à améliorer la conception de l'évaluation ; elle s'est achevée en juin 2020 avec l'élaboration du premier rapport.
10. Les données secondaires existantes ont ensuite été recensées et passées en revue lors de la phase de collecte des données. Cela a nécessité d'examiner plus de 360 documents (voir l'annexe 2). Une attention particulière a été accordée à l'examen des données communiquées par les États Membres en rapport avec deux ensembles d'indicateurs : PA et ENG. Les progrès ont été mesurés au regard des indicateurs individuels et des indicateurs ENG dans leur ensemble et évalués à l'aide du score de mise en œuvre décrit par Allen et al⁸ (voir l'annexe 4). Un rapport détaillé de ce travail peut être consulté à l'annexe 5. Des données primaires supplémentaires ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés et moyennant des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés.
11. Trois groupes de parties prenantes, à savoir des États Membres, des organisations en relations officielles avec l'OMS et des centres collaborateurs de l'OMS, ont été invités à remplir des questionnaires structurés. En juillet 2020, des courriels ont été envoyés aux points focaux nationaux pour les MNT dans chaque État Membre, dans les langues habituellement utilisées avec eux pour recueillir des données pour les enquêtes sur les capacités des pays (anglais, espagnol, français, portugais, et russe), afin de leur demander de répondre à un court questionnaire structuré. La date butoir a été repoussée pour qu'un maximum d'États Membres ait l'occasion de répondre. Trente-neuf d'entre eux ont envoyé une réponse en fin de compte. Il a été demandé à l'ensemble des acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS et aux centres collaborateurs de l'OMS dans les domaines concernés (la promotion de la santé et l'éducation sanitaire ; les MNT ; et les facteurs de risque) s'ils souhaitaient recevoir un questionnaire. Au total, 60 acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS et 37 centres collaborateurs de l'OMS ont demandé le questionnaire et 18 et 12, respectivement l'ont rempli. Les réponses de chaque groupe de parties prenantes ont été synthétisées pour pouvoir être utilisées lors de la rédaction du rapport.
12. Des entretiens ont également été menés avec certain nombre d'informateurs clés choisis. En raison des contraintes imposées par la pandémie de COVID-19, tous les entretiens ont été réalisés à distance. On trouve dans l'annexe 3 la liste exhaustive des répondants ayant pris part aux entretiens ou ayant répondu aux questionnaires structurés et dans l'annexe 4, tous les détails relatifs à la méthodologie.

⁶ OMS (2013) *WHO Evaluation Practice Handbook* disponible à l'adresse

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1 (consulté le 24 septembre 2020)

⁷ Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (2016) *Normes et règles d'évaluation* disponible à l'adresse

<http://www.unevaluation.org/document/download/2700> (consulté le 24 septembre 2020) et Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (2008) *UNEG Ethical Guidelines for Evaluation* disponible à l'adresse <http://www.unevaluation.org/document/detail/102> (consulté le 24 septembre 2020)

⁸ Allen, L.N., Nicholson, B.D., Yeung, B.Y.T and Goiana-da-Silva, F. (2020) Implementation of Non-Communicable Disease Policies: A Geopolitical Analysis of 151 Countries, *Lancet Glob Health*, 2020, 8: e50-58 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30446-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30446-2) (consulté le 26 juillet 2020).

13. Les responsables de l'évaluation, comme pour toutes les évaluations de cette nature, se sont heurtées à quelques limites : la date de l'évaluation, la disponibilité et la qualité des données, et le manque d'études de cas nationales, par exemple. Ces limites sont présentées en détail dans l'annexe 4. Néanmoins, le groupe consultatif d'évaluation estime que ces difficultés ont été surmontées avec succès ce qui a permis de réaliser une évaluation du Plan d'action mondial solide, rigoureuse et de qualité.

3. Constatations

14. Cette section s'articule autour des six objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Pour chaque objectif, chacune des sous-sections cherche à répondre aux questions 1 et 2, à savoir 1) « Dans quelle mesure le Plan d'action mondial a-t-il été mis en œuvre avec succès au regard de chacun des six objectifs définis, en particulier par les États Membres et le Secrétariat de l'OMS, aux trois niveaux de l'Organisation ? » 2) « Quels ont été, pour chacun de ces objectifs, les obstacles et les lacunes dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ? ». Généralement, ces sous-sections commencent par une évaluation générale des progrès effectués par rapport à l'objectif concerné. Elles se poursuivent avec un examen des mesures prises par les États Membres, axé plus particulièrement sur les indicateurs de progrès pertinents pour cet objectif, et se terminent par un passage en revue des contributions faites par l'OMS, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques. La structure, qui varie selon les objectifs, est indiquée à l'aide de sous-titres apparents. Une dernière sous-section entend répondre à ces deux mêmes questions d'évaluation pour un certain nombre de questions transversales. Des conclusions et recommandations pertinentes sont présentées dans des zones de texte à la fin de chaque section, consacrée à un objectif particulier, et à la fin de la section dédiée aux questions transversales.

3.1. Objectif 1. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

Progression globale

15. Une des plus grandes réalisations et réussites du Plan d'action mondial est d'avoir donné une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale. Cependant, cela ne s'est pas encore traduit par l'accroissement des niveaux de financement internationaux alloués à la lutte contre MNT.

Rencontres et dialogue au niveau international

16. Une chronologie des grandes étapes du Plan d'action mondial est présentée à la Figure 1.⁹ À partir de 2009, les gouvernements s'accordent de plus en plus sur le fait que fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale figurent parmi les principaux défis pour le développement au XXI^e siècle. Il a été estimé que cela nuisait au développement socioéconomique partout dans le monde, et compromettrait la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international. En septembre 2011, une première Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies s'est tenue à New York. À l'issue de cette réunion, une déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des MNT¹⁰ a été adoptée. Une Deuxième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies a été organisée à New York, en juillet 2014 pour évaluer les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des MNT. La Réunion a débouché sur l'adoption d'un document final.¹¹ En septembre 2018, une Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies a lieu à New York pour procéder à un examen plus approfondi des progrès accomplis à l'échelle mondiale et nationale concernant la lutte contre les MNT. Elle a

⁹ Une chronologie plus étalée dans le temps et qui commence en 2000 peut être consultée dans la brochure de l'OMS (en anglais seulement) réalisée pour la conférence de Mascate en 2019.

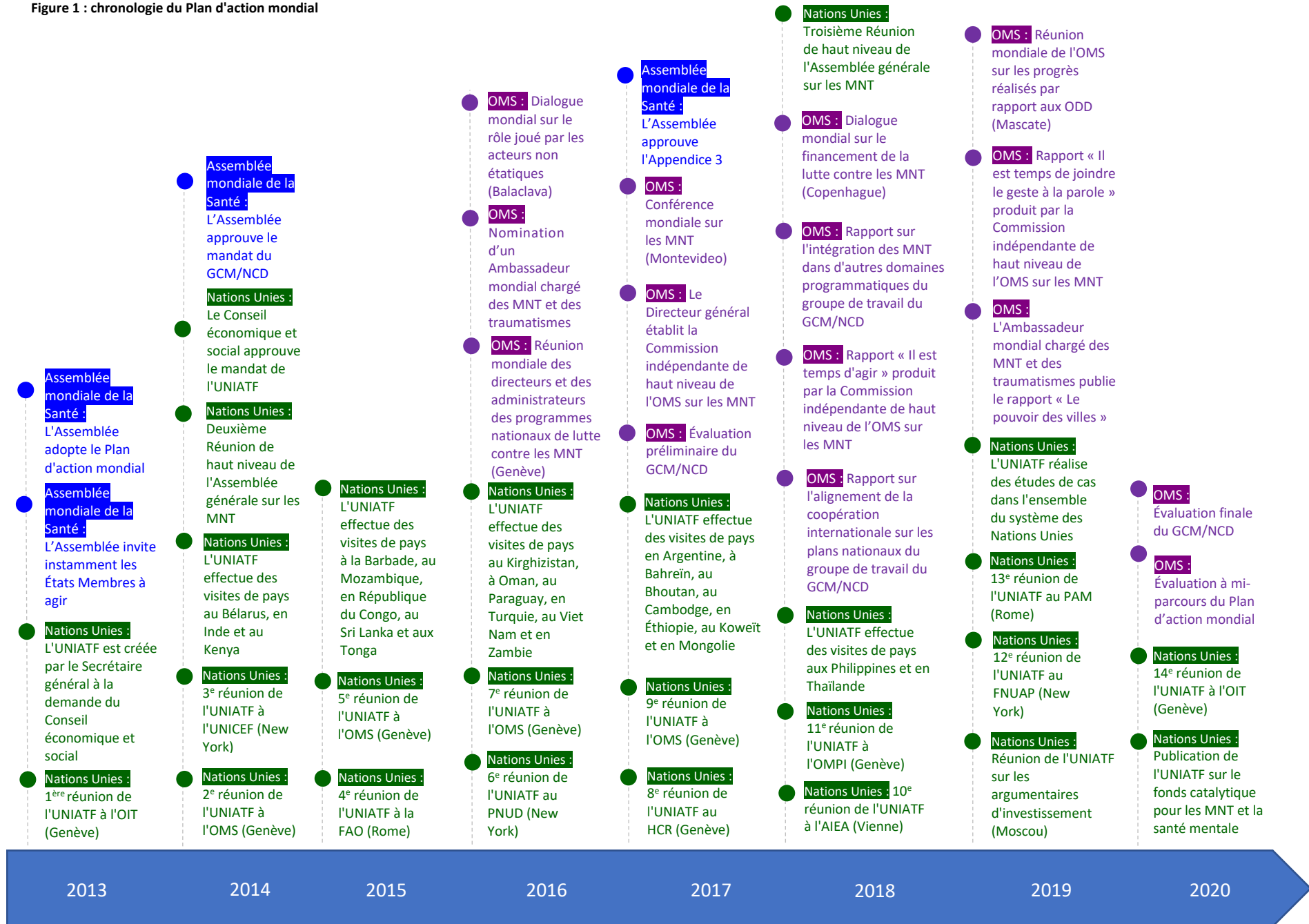
¹⁰ Assemblée générale des Nations Unies (2011) *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, Assemblée générale des Nations Unies A/66/L.1 disponible à l'adresse <https://undocs.org/en/A/66/L.1> (consulté le 16 septembre 2020)

¹¹ Assemblée générale des Nations Unies (2014) *Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur l'étude et l'évaluation d'ensemble des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, Assemblée générale des Nations Unies A/68/L.53 disponible à l'adresse <https://digitallibrary.un.org/record/774662?ln=fr> (consulté le 16 septembre 2020)

conduit à une nouvelle déclaration politique qui entérine le concept : « Le temps d’agir ».¹² Ces réunions ont mobilisé des dirigeants de haut niveau du monde entier sur des questions relatives aux MNT. La tenue de trois réunions de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies en moins de dix ans représente le plus haut niveau d’engagement pour une problématique de santé, à l’exception peut-être du VIH.

¹² Assemblée générale des Nations Unies (2018) *Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l’Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, Assemblée générale des Nations Unies A/RES/73/2 disponible à l’adresse <https://undocs.org/fr/A/RES/73/2> (consulté le 16 septembre 2020)

Figure 1 : chronologie du Plan d'action mondial



17. En outre, l'OMS a organisé un certain nombre de réunions techniques internationales sur les MNT. En octobre 2016, un dialogue mondial a été organisé, à Balaclava, par le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, avec pour thème le rôle joué par les acteurs non étatiques dans le soutien aux États Membres pour la lutte contre les MNT au niveau national dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030.¹³ En octobre 2017, une conférence mondiale sur les MNT s'est tenue à Montevideo avec pour objectif de renforcer la cohérence des politiques de prévention et de maîtrise des MNT. Elle a abouti à la formulation de la *Feuille de route de Montevideo 2018-2030 sur les maladies non transmissibles en tant que priorité pour le développement durable*, qui a été utilisée lors des travaux préparatoires de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018. Les axes de travail soulevés dans cette feuille de route visent, entre autres, à donner un nouvel élan à l'action politique, à permettre aux systèmes de santé de répondre plus efficacement aux MNT, à augmenter de manière significative le financement des ripostes nationales aux MNT et la coopération internationale, à redoubler d'efforts pour mobiliser les secteurs autres que la santé, à chercher des mesures pour lutter contre l'impact négatif des produits et des facteurs environnementaux nocifs pour la santé, à renforcer la contribution et la responsabilité du secteur privé, à consolider le rôle des acteurs non étatiques, à continuer à compter sur le leadership et le rôle clé de l'OMS dans la riposte mondiale face aux MNT, et à se montrer unis.¹⁴ En avril 2018, un dialogue mondial relatif au financement de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles a eu lieu à Copenhague et a mis en évidence qu'il était nécessaire que des mesures soient prises pour accroître les ressources financières disponibles pour la lutte contre les MNT.¹⁵ En décembre 2019, une réunion mondiale a été organisée à Mascate pour accélérer les progrès en vue d'atteindre la cible 3.4 de l'ODD 3 sur les MNT et la santé mentale.¹⁶ La Réunion a examiné les progrès accomplis en matière de maladies non transmissibles (MNT) et de santé mentale sous l'angle des objectifs de développement durable (ODD) et a constaté la nécessité du programme dit 5 x 5 qui intègre les MNT, les troubles de la santé mentale et la pollution de l'environnement.¹⁷

¹³ OMS (2016) *Working Together to Tackle Noncommunicable Diseases GCM/NCD Global Dialogue Meeting on the Role of Non-State Actors in Supporting Member States in their National Efforts to Tackle Noncommunicable Diseases (NCDs) as Part of the 2030 Agenda for Sustainable Development Balaclava, Mauritius, 19-21 October 2016: Final Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/global-dialogue-meeting-report-oct2016.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

¹⁴ OMS (2017) *Highlights from the WHO Global Conference on NCDs: Enhancing Policy Coherence to Prevent and Control Noncommunicable Diseases 18-20 October 2017, Montevideo, Uruguay Meeting Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/montevideo-report.pdf?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

¹⁵ OMS (2018) *WHO Global Dialogue on Partnerships for Sustainable Financing of NCD Prevention and Control: Meeting Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/dialogues/copenhagen-report.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

¹⁶ D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

¹⁷ OMS (2019) *WHO Global Meeting to Accelerate Progress on SDG Target 3.4 on Non-communicable Diseases and Mental Health, 9-12 December 2019, Muscat, Oman* disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/ncds/2556-ncd-global-meeting-booklet-14-11-19.pdf?sfvrsn=1e819c3f_3 (consulté le 16 septembre 2020)

18. En octobre 2017, le Directeur général de l'OMS a créé une Commission indépendante de haut niveau sur les MNT pour que lui soient proposées des solutions audacieuses sur la manière dont les pays peuvent accélérer les progrès vers la réalisation de la cible 3.4 des ODD sur la prévention et le traitement des MNT et la promotion de la santé mentale et du bien-être. La Commission de haut niveau comportait cinq coprésidents et 21 membres¹⁸ issus de toutes les Régions de l'OMS, et dotés d'expérience et de compétences acquises dans tous les secteurs gouvernementaux, au sein des organisations du système des Nations Unies, des ONG, du secteur privé, des milieux philanthropique et universitaire. La Commission a établi deux rapports (voir l'Encadré 2),¹⁹ qui font état de certaines difficultés

Encadré 2. Rapports de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT

En 2018, la Commission de haut niveau a établi son premier rapport : *Il est temps d'agir*, duquel il ressort que « le défi à relever consiste non seulement à obtenir un soutien politique, mais aussi à garantir la mise en œuvre ». Ledit rapport a recensé la charge de morbidité et l'impact des MNT et des troubles mentaux, les politiques et les programmes les plus générateurs de progrès et les engagements mondiaux pour prévenir et traiter les MNT. Dans le rapport, il est néanmoins fait remarquer que les progrès accomplis en vue de respecter ces engagements ont été décevants. Sept obstacles à la mise en œuvre et six recommandations générales sont répertoriés.

En 2019, la Commission a publié son rapport final intitulé *Il est temps de joindre le geste à la parole*, dans lequel sont formulées huit recommandations. Certaines de ces recommandations portent sur tout un éventail de sujets comme la direction stratégique, l'association des MNT et de la santé mentale, la prise en compte des MNT et de la santé mentale lors de la mise en place de la couverture sanitaire universelle, et une collaboration accrue et fructueuse avec le secteur privé et la société civile. Des recommandations spécifiques, telles que la création d'un fonds d'affectation spéciale multidonateurs pour les MNT et les troubles mentaux, ont également été formulées.

auxquelles est confrontée la Commission. Par exemple, tandis qu'on a constaté dans le premier rapport que les membres de la Commission exprimaient « des points de vue et des perspectives riches et variés », on a également fait remarquer que du fait de cette diversité il avait été impossible d'obtenir un consensus sur certains points importants, tels que la taxation des boissons sucrées et la responsabilisation du secteur privé. D'autres ont fait observer que le dernier rapport de la Commission n'accordait pas suffisamment d'attention à la résolution des problèmes d'inégalités face aux MNT, concernant notamment la garantie de systèmes de santé fonctionnels et largement soutenus, l'accès aux médicaments et la lutte contre les MNT dans les situations de crise humanitaire.²⁰

Ambassadeur mondial chargé des MNT et des traumatismes

19. En 2016, Michael R. Bloomberg a été nommé, par l'OMS, Ambassadeur mondial chargé des MNT et des traumatismes. Le travail de l'Ambassadeur porte principalement sur le renforcement de la riposte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire grâce à deux axes de travail (voir l'Encadré 3).

¹⁸ Les membres de la Commission sont présentés en détail à l'annexe 1 de leur premier rapport *Il est temps d'agir* et à l'annexe 2 de leur rapport final *Il est temps de joindre le geste à la parole*.

¹⁹ OMS (2018) *Il est temps d'agir : Rapport de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles* et OMS (2019) *Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles : Rapport final : Il est temps de joindre le geste à la parole*

²⁰ Perone, S.A., Bausch, F.J., Boule, P., Chappuis, F., Miranda, J.J. and Beran, D. (2020) *Report of the WHO Independent High-level Commission on NCDs: Where is the Focus on Addressing Inequalities?* BMJ Global Health 2020; :e002820 doi:10.1136/bmjgh-2020-002820

Encadré 3. Aspects des travaux réalisés dans le cadre de la mission de l'Ambassadeur

Le Partenariat pour des villes saines (<https://partnershipforhealthycities.bloomberg.org/>) rassemble, au sein d'un réseau mondial 70 villes participantes, en partant du principe que les villes occupent une position unique leur permettant d'avoir un impact sur la lutte contre les MNT et les traumatismes. Le Partenariat couvre 14 domaines d'intervention, y compris l'instauration d'espaces non-fumeurs, l'interdiction de la publicité pour le tabac, la hausse des taxes ou impôts/frais sur le tabac, la taxation des boissons sucrées, l'adoption de normes en matière d'aliments servis et vendus dans les établissements publics, la réglementation de la commercialisation des aliments et des boissons et le renforcement de la collecte des données de santé publique et les systèmes de suivi. Dans le domaine d'intervention consacré à la promotion de la mobilité active, l'accent est mis sur les déplacements à vélo qui auraient des effets bénéfiques en termes de pollution de l'air. En 2019, dans le cadre de cet axe de travail, l'Ambassadeur a publié le rapport sur le pouvoir des villes.²¹ Des études de cas ont également été réalisées pour un certain nombre de villes dont Accra, Balanga City, Bangalore, Bangkok, Beijing, Bogor, Bogotá, Cotonou, Fortaleza, Hoi An, Howrah, Indore, Koweït, Le Cap, Londres, New York, Mumbai, Phnom Penh et Vienne.²²

Dans le cadre du projet de retour sur investissement en matière de MNT, un plan d'action mondial appelé « Sauver des vies en dépensant moins »²³ a été élaboré pour lutter contre les MNT, soulignant les avantages sanitaires et économiques de la mise en œuvre des meilleurs choix dans les pays à faible revenu et ceux à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Il a été calculé que pour mettre en œuvre les meilleurs choix de l'OMS, il fallait investir 1,27 dollar des États-Unis de plus par personne et par an dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (tranche inférieure) et que pour chaque dollar investi, le rendement serait d'au moins 7 dollars des États-Unis d'ici à 2030. On trouve également, dans la publication, une série d'options pour financer la mise en œuvre des meilleurs choix dont : l'augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool, les investissements ayant un impact, le financement innovant, le financement catalytique, l'intégration d'une composante MNT, les placements responsables et le suivi des investissements. Certaines de ces options sont présentées plus en détail dans l'Encadré 7 (p.20).

Mécanisme mondial de coordination

20. En 2014, l'OMS a mis en place le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles (GCM/NCD) qui a pour objet « de faciliter et d'améliorer la coordination des activités, la participation des parties prenantes et l'action multisectorielle aux niveaux local, national, régional et mondial afin de contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, tout en évitant les activités redondantes, en utilisant les ressources de manière efficace en vue d'obtenir des résultats et en préservant l'OMS et la santé publique de toute influence indue résultant de conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels ». Le mécanisme mondial de coordination a fait l'objet d'une évaluation préliminaire en 2017²⁴ et une évaluation finale a été effectuée en même temps que la présente évaluation à mi-parcours du Plan d'action mondial. Cette évaluation finale a révélé qu'une proportion importante des activités du mécanisme, sur la période 2018-2020, était liée à deux de ses cinq fonctions, à savoir mener une action de plaidoyer et de sensibilisation et diffuser des connaissances et échanger des informations. Pour les autres fonctions, promouvoir l'innovation et recenser les obstacles ; promouvoir l'action multisectorielle ; et mener une action de plaidoyer pour la mobilisation de ressources ; il y avait moins de preuves de résultats tangibles.

²¹ OMS (2019) *Le pouvoir des villes: combattre les maladies non transmissibles et les accidents de la route* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333764/9789240006157-fre.pdf> (consulté le 16 septembre 2020)

²² Pour en savoir plus <https://www.who.int/ncds/publications/tackling-ncds-in-cities/en/> (consulté le 16 septembre 2020)

²³ OMS (2018) *Sauver des vies en dépensant moins : une riposte stratégique face aux maladies non transmissibles* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273012/WHO-NMH-NVI-18.8-fre.pdf?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

²⁴ OMS (2017) *Preliminary Evaluation of the WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/documents/evaluation/preliminary-evaluation-ncds.pdf?sfvrsn=b5737024_2 (consulté le 16 septembre 2020)

Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies

21. En juillet 2013, le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) a prié le Secrétaire général de créer l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.²⁵ L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a été créée et son cadre de référence a été approuvé par le Conseil économique et social en juillet 2014. Cette mission a été définie en élargissant le mandat de, ce qui s'appelait alors, l'Équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac et en mettant clairement en évidence la répartition des tâches et des responsabilités menées par ses membres en vue de contribuer à la réalisation de chaque objectif du Plan d'action mondial. L'Équipe spéciale est dirigée et hébergée par l'OMS et sert de plateforme de coopération pour plus de 40 organismes des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations intergouvernementales. Elle a pour objectif de faciliter la réalisation des engagements pris dans la Déclaration politique, adoptée au terme de la Réunion de haut niveau de 2011, grâce à la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Les principales réalisations de l'Équipe spéciale ainsi que certaines de ses difficultés sont présentées dans l'Encadré 4.

²⁵ Conseil économique et social (2013) *Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* E/RES/2013/12 disponible à l'adresse <https://undocs.org/fr/E/RES/2013/12> (consulté le 16 septembre 2020)

²⁶ OMS (2019) *Investing in Prevention and Control of Non-communicable Diseases for Sustainable Development: Countries Discussed the Role of Investment Cases* disponible à l'adresse <https://www.who.int/ncds/un-task-force/october2019-investment-case/en/> (consulté le 17 septembre 2020)

²⁷ OMS (2019) *Non-communicable Diseases and Mental Health: Case Studies from across the United Nations System* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326627/WHO-UHC-CD-NCD-19.88-eng.pdf?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

Encadré 4. Principales réalisations de l'Équipe spéciale et difficultés rencontrées

L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles :

- s'est réunie régulièrement, deux fois par an, lors d'événements organisés par différents organismes des Nations Unies (voir la Figure 1)
- a fourni une assistance technique à plus de 30 pays en soutenant notamment l'élaboration d'argumentaires d'investissement et des visites fortement médiatisées dans les pays. Ces visites ont été menées à bien conjointement par plusieurs organismes des Nations Unies et on estime qu'elles ont contribué efficacement à donner une plus grande visibilité aux MNT dans les pays où elles ont été effectuées. L'objectif de ces visites était de créer des groupes thématiques des Nations Unies et de déterminer quels étaient les prochaines étapes qu'il convenait de mener pour que les pays fassent des progrès en matière d'action multisectorielle et multipartite. Les missions conjointes au niveau des pays ont permis de réaliser des progrès en matière de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus, d'aliments sains dans les établissements scolaires et de réglementation du tabac, entre autres. Certains pays souhaitent que l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles s'implique davantage au niveau des pays, notamment pour le suivi et l'évaluation des visites. Ladite Équipe spéciale a examiné le rôle des argumentaires d'investissement au niveau des pays lors d'une réunion à Moscou en 2019.²⁶
- a mis au point des programmes mixtes mondiaux tels que :
 - l'élaboration d'argumentaires d'investissement au niveau des pays avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Ces argumentaires conçus dans les pays ont été appréciés par les personnes interrogées en particulier pour leur capacité à faire travailler les organismes des Nations Unies ensemble et de manière coordonnée.
 - l'initiative pour renoncer au tabac basée sur l'intelligence artificielle
 - SAFER, une feuille de route dirigée par l'OMS visant à prévenir et réduire les méfaits de l'alcool.
 - le programme de réglementation mondiale et de renforcement des capacités fiscales (*Global Regulatory and Fiscal Capacity-Building Programme*, en anglais) en collaboration avec l'Organisation internationale de droit du développement
 - la FCTC 2030, Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en vue de réaliser les objectifs de développement durable
 - le Programme mondial conjoint des Nations Unies pour la prévention du cancer du col de l'utérus, au sein duquel sept organismes des Nations Unies travaillent de concert à l'amélioration de la vaccination contre le papillomavirus humain, du dépistage et du diagnostic de la maladie ainsi que du traitement du cancer du col de l'utérus.
 - l'initiative sur la santé mobile déployée contre les MNT *Be He@lthy, Be Mobile* (« La mobilité c'est la santé ») qui appuie l'utilisation des technologies mobiles pour lutter contre les MNT en partenariat avec l'Union internationale des télécommunications.
 - le Programme mondial conjoint sur l'accès aux médicaments sous contrôle à des fins médicales tout en luttant contre le détournement et l'abus en coopération avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
 - le Programme commun de traitement et de prise en charge des toxicomanes mené avec l'UNODC

L'une des difficultés mises en évidence à cet égard est que les organismes des Nations Unies n'ont pour la plupart pas de budget spécifique pour les activités relatives aux MNT, ce qui réduit la possibilité d'élaborer des programmes conjoints. Les différences entre les principes de fonctionnement des différents organismes des Nations Unies peuvent également entraver la mise en place de ces programmes.

- a rassemblé des exemples de ce que différents organismes entreprennent dans le domaine des MNT dans l'ensemble du système des Nations Unies.²⁷
- a créé plusieurs groupes thématiques qui permettent aux membres de l'Équipe spéciale de mettre en commun et d'harmoniser plus efficacement leurs ressources aux échelons mondial et national. Les domaines couverts comprennent notamment la nutrition, les MNT et l'environnement, la lutte antitabac, l'activité physique, la santé mentale et les situations d'urgence. Malgré ces accomplissements, certains craignent que la riposte face aux MNT reste trop « médicale » ou « axée sur la santé ». Il y a certains domaines où l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles pourrait axer davantage ses efforts sur le problème des MNT dans les situations d'urgence et l'obtention d'une continuité des soins pour les réfugiés ou les personnes déplacées atteints de maladies non transmissibles, par exemple. Un groupe de travail a été créé mais il n'y a pas eu de progrès concrets jusqu'à présent.
- a créé un mécanisme de gouvernance solide doté d'un mandat bien défini et d'un mécanisme de notification. Il comporte un cadre de résultats et une théorie du changement précise. Chaque année, le Directeur général de l'OMS informe le Conseil économique et social des avancées des travaux de l'Équipe spéciale par l'intermédiaire d'un rapport transmis au Secrétaire général des Nations Unies. Cependant, il ressort des réponses des personnes interrogées que le soutien apporté par d'autres organismes des Nations Unies était souvent fourni par des experts techniques dans des organisations spécifiques. Selon elles, il faut encore travailler sur la participation de l'ensemble des organismes au programme de lutte contre les MNT et éviter qu'il y ait un décalage entre les engagements pris au sein de l'Équipe spéciale et les programmes mis en place par certains des organismes membres.
- a mis en place un Secrétariat qui fait preuve de soutien et d'efficacité au sein de l'OMS, dont l'action est néanmoins limitée du fait qu'il ne dispose que de deux membres du personnel et d'un consultant à plein temps.
- Les agences et les programmes de santé à l'échelle mondiale ont contribué à un cloisonnement des domaines, dans lesquels il a été difficile d'intégrer les MNT alors qu'il existait une possibilité de le faire dans nombre d'entre eux.
- On s'inquiète du fait que différents organismes aient des approches et des normes différentes en ce qui concerne les partenariats avec les secteurs néfastes pour la santé.

22. Dans l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, il a été reconnu que des efforts avaient été déployés pour réunir le mécanisme mondial et l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles au sein de la Plateforme mondiale pour les MNT mais qu'il était trop tôt pour évaluer l'efficacité de cette mesure. Néanmoins, l'évaluation a constaté un manque de synergie entre l'Équipe spéciale et le mécanisme mondial. En outre, il est indiqué dans l'évaluation du mécanisme mondial que certains acteurs non étatiques ont relevé un manque de clarté dans la répartition des rôles entre le mécanisme, l'Équipe spéciale interorganisations et les départements techniques de l'OMS, ce qui a donné lieu à des malentendus, à des occasions perdues et a contribué à des retards, des chevauchements et des doublons. Dans l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, la mise sur pied prévue d'un fonds commun pour ledit mécanisme et l'intention de mettre en place un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires sous les auspices de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, est notamment identifiée comme un domaine où il pourrait y avoir un chevauchement.

OMS, partenaires internationaux et acteurs non étatiques

23. Les Encadrés 5 et 6 résument les contributions apportées respectivement par l'OMS et les acteurs non étatiques en vue d'atteindre cet objectif.

Encadré 5. Contributions de l'OMS à la réalisation de l'objectif 1 du Plan d'action mondial. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

L'OMS a réussi à donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) au niveau mondial et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale. Elle a aussi joué un rôle de premier plan dans la promotion d'un programme mondial en faveur de la lutte contre les MNT.

En ce qui concerne son rôle directeur et rassembleur, l'OMS a entrepris une série de mesures pour faire naître un élan autour de la lutte contre les MNT pendant la période précédant la mise au point du Plan d'action mondial, en fournissant aux décideurs des bases factuelles sur le lien entre pauvreté due aux MNT et développement, en suscitant une adhésion politique à la lutte contre les MNT grâce à la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles qui s'est conclue en 2011 par la Déclaration de Moscou sur les MNT. **Error! Bookmark not defined.** Les personnes interrogées ont estimé que l'OMS avait joué un rôle prépondérant dans ces réalisations, l'une d'elles les a qualifiées d' « efforts colossaux ».

L'OMS a également œuvré à l'intégration des MNT dans des programmes de développement tels que les objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle. Elle a également apporté une contribution technique et fourni des conseils pour l'élaboration du document intitulé « L'avenir que nous voulons » qui a lancé le processus de développement des objectifs de développement durable (ODD). L'importance de la lutte contre les MNT et de la couverture sanitaire universelle a été reconnue dans ce processus. Cela s'illustre par l'intégration des MNT à la cible 3.4 des ODD : d'ici 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

En septembre 2019, lors de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, l'engagement a été pris d'étendre progressivement à un milliard de personnes supplémentaires l'accès à des services de santé et à des médicaments essentiels pour la détection précoce, le dépistage et le traitement approprié des maladies non transmissibles et des affections mentales d'ici à 2023.

L'OMS a fourni une assistance technique aux niveaux mondial, régional et national pour renforcer les partenariats multipartites qui permettent de mettre en œuvre des politiques de lutte contre les MNT à plus grande échelle et de mobiliser des ressources. Un ensemble d'initiatives mondiales spéciales a été lancé : l'initiative spéciale pour la santé mentale, l'initiative Global Hearts, l'initiative mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus, l'initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant, l'initiative mondiale pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement de l'alimentation partout dans le monde et la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac 2019-2025.

Pour ce qui est de fournir des conseils stratégiques et d'engager un dialogue, l'OMS s'est attachée à obtenir des ressources et mobiliser les États Membres et la communauté des donateurs pour que leurs engagements politiques se traduisent par des actions. Cela passe par l'organisation des réunions internationales abordées dans le paragraphe 17 (p.8).

Des efforts ont été menés, dans une certaine mesure, en vue d'aider le grand public à mieux comprendre les liens qui existent entre les maladies non transmissibles et le développement durable, toutefois sans parvenir vraiment à atteindre un public autre que le secteur de la santé publique et les cercles d'élaboration des politiques. La campagne mondiale de communication sur les maladies non transmissibles lancée en juillet 2016, qui comprenait une plateforme en ligne *NDCs&me* (« les MNT et moi », disponible en anglais à l'adresse <https://apps.who.int/ncds-and-me/>) constitue un exemple de l'action menée dans ce domaine.

²⁸ OMS (2011) *Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, Moscou, 28-29 avril 2011* disponible à l'adresse https://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_fr.pdf?ua=1 (consulté le 17 septembre 2020)

Encadré 6. Contributions des acteurs non étatiques à la réalisation de l'objectif 1 du Plan d'action mondial. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

Les acteurs non étatiques ont largement contribué à ce qu'un degré de priorité plus important soit accordé aux MNT au niveau international. En 2016, par exemple, l'Assemblée mondiale de la Santé a admis que la participation des acteurs non étatiques s'était révélée être un puissant moteur pour donner un rang de priorité plus élevé à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles dans les programmes d'action nationaux et internationaux. On a estimé que ces acteurs non étatiques se composaient des organisations de la société civile, comme l'Alliance sur les MNT, de fondations philanthropiques, telles que la Bill and Melinda Gates Foundation et Bloomberg Philanthropies, et du milieu universitaire, comme en témoigne la série de publications de *The Lancet* sur les MNT. La même année, le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les MNT a organisé un dialogue mondial sur le thème des acteurs non étatiques (voir le paragraphe 17, p.9).

Concernant la société civile, l'OMS a créé un groupe de travail de la société civile sur les MNT en 2017, axé principalement sur la préparation de la réunion de haut niveau de 2018. Il a été reconnu dans la déclaration politique des Nations Unies sur les MNT de 2018 qu'il était nécessaire que la société civile participe véritablement et que les voix des personnes vivant avec des MNT soient entendues. Les personnes issues de la société civile interrogées dans le cadre de cette évaluation :

- se sont réjouies de l'existence du Plan d'action mondial qui constitue un cadre solide pour les activités de sensibilisation et de la reconnaissance du rôle joué par les acteurs non étatiques dans la riposte aux MNT dans les déclarations politiques
- se sont félicitées que le rôle de la société civile soit de plus en plus reconnu au niveau mondial. L'une des personnes ayant répondu au questionnaire a indiqué que le dialogue avec l'OMS s'améliorait, que le rôle de la société civile était mieux pris en compte et que de grands progrès avaient été réalisés à l'OMS à cet égard au cours des 15 dernières années.

Un certain nombre de difficultés auxquelles se heurte la société civile a été recensé. La disponibilité du financement est limitée et certaines sources de financement, comme les laboratoires pharmaceutiques et les fondations, peuvent présenter des risques de conflits d'intérêts. Selon les répondants issus de la société civile, l'absence de financement durable a mis à mal la capacité des organisations de la société civile à jouer un rôle plus important. En outre, la composition du mouvement de la société civile de lutte contre les MNT lui-même n'a jamais été historiquement équilibrée, comme le montre la surreprésentation des associations professionnelles par rapport aux organisations nées à la suite de la constitution d'un mouvement de citoyens ordinaires ayant une expérience des MNT ou des problèmes de santé mentale. Un des répondants a fait remarquer que de nombreuses organisations de la société civile luttant contre les MNT n'avaient pas pour point de départ des patients mais des organisations professionnelles. Selon cette personne, les actions visant à donner à entendre la voix des patients ne sont menées qu'après coup, dans le cadre d'une approche vraiment descendante. Elle a ajouté que les décisions étaient déjà prises avant que les patients ne soient invités à s'asseoir à la table des discussions et que dans le domaine des MNT, il n'y avait pas de lutte conduite sous l'impulsion de la population.

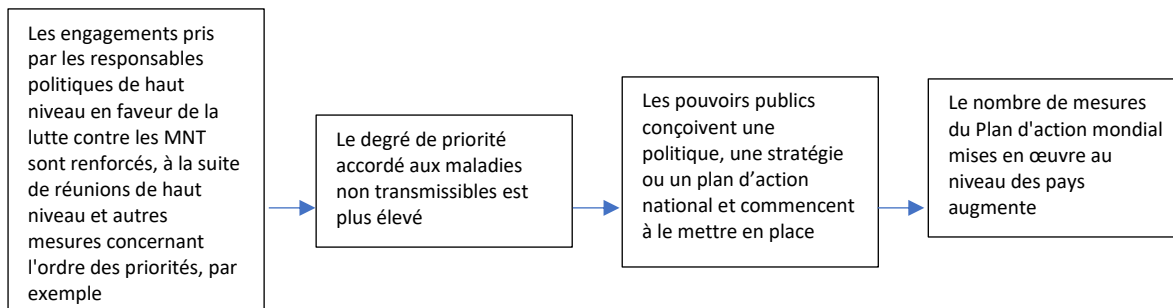
Indicateur de progrès : les pays sont dotés d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT

24. L'indicateur PA retenu pour cet objectif est le fait, pour un pays, de disposer ou non d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action à l'échelle nationale pour lutter contre les MNT. Ce choix semble être fondé sur l'hypothèse implicite que cet indicateur aurait le même effet que l'engagement des pouvoirs publics. Aux fins de la présente évaluation, ces hypothèses ont été formulées de manière explicite dans le modèle simplifié de la Figure 2.²⁹ Ce schéma indique en substance que lorsque les responsables politiques s'engagent en faveur de la lutte contre les MNT à la suite de réunions internationales, un degré de priorité plus élevé est accordé aux

²⁹ Il ne s'agit pas d'une théorie du changement pour le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. L'objectif est plutôt de faire apparaître explicitement certaines des hypothèses contenues dans le Plan d'action mondial et la façon dont les avancées sont mesurées.

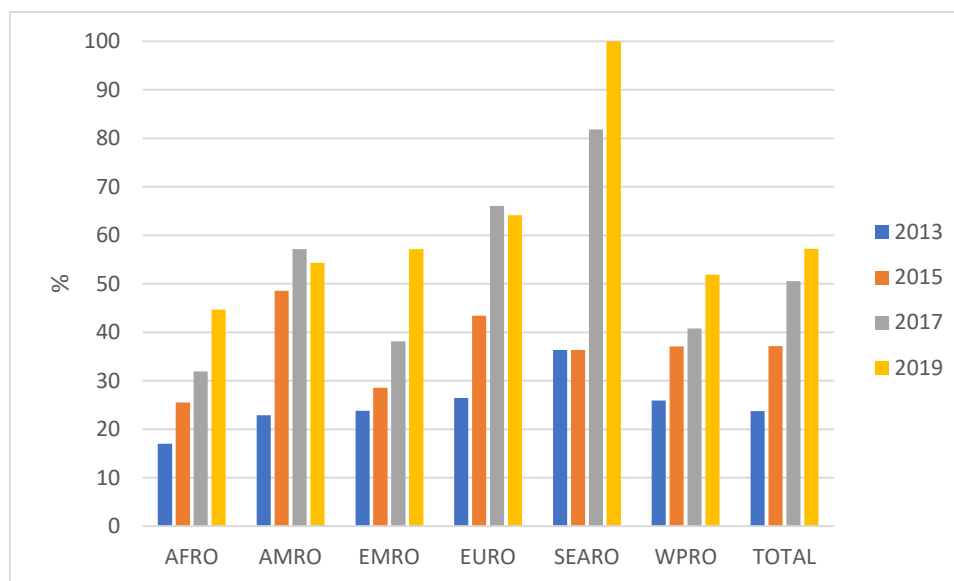
MNT dans les pays et cela se traduit par l'élaboration d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action par les pouvoirs publics à l'échelon national, ce qui conduit à la mise en œuvre des actions visées dans le Plan d'action mondial. Ledit modèle a été testé tout au long de l'évaluation.

Figure 2 : Enchaînement de causalité possible selon lequel un engagement politique de haut niveau pourrait mener à une action plus résolue en matière de lutte contre les MNT dans les pays



25. Des progrès ont été réalisés au regard de cet indicateur. En 2013, moins d'un quart des pays (24 %) étaient dotés d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action de ce type ; en 2019, c'était le cas de plus de la moitié d'entre eux (57 %). Des progrès ont été enregistrés entre 2013 et 2019 dans chacune des Régions de l'OMS et à compter de 2019, tous les pays de la Région de l'Asie du-Sud-Est déclaraient être dotés d'un tel instrument (voir la Figure 3). Au niveau mondial, près de la moitié des pays n'avaient toujours pas mis en place de tel instrument en 2019 ; dans la Région africaine, c'était plus de la moitié des pays. Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre cet indicateur et la catégorie de revenu des pays en 2019 ($p = 0,63$).

Figure 3 : Pourcentage d'États Membres par Région ayant une politique, une stratégie ou un plan d'action opérationnel et multisectoriel au niveau national qui englobe plusieurs MNT et leurs facteurs de risque : 2013, 2015, 2017 et 2019



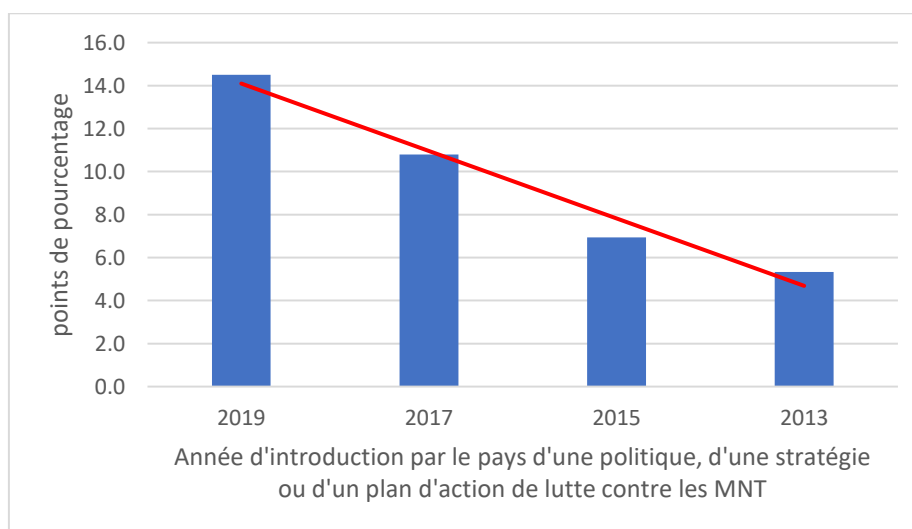
Liens entre le fait d'être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT et les mesures de lutte contre ces maladies

26. Ce que l'on reproche au Plan d'action mondial, en général, et à cet indicateur en particulier, est que l'accent est principalement mis sur le fait d'être doté de politiques, de stratégies ou de plans mais que ces instruments ne se conduisent pas nécessairement à la mise en place des mesures requises. Les responsables de l'évaluation ont examiné dans quelle mesure le fait qu'un pays soit doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT était lié à la réalisation des indicateurs ENG (mesurée à l'aide du score de mise en œuvre

ajusté).³⁰ L'existence d'une forte corrélation statistiquement significative ($p < 0,001$) a été mise en évidence : les pays ayant une politique, une stratégie ou un plan d'action de lutte contre les MNT sont plus susceptibles d'obtenir un score élevé en termes de mise en œuvre de mesures, évaluée par les indicateurs ENG qui correspondent dans une large mesure aux meilleurs choix. Bien que ce résultat aille dans le sens de l'hypothèse de la Figure 2, à savoir, qu'un pays élabore une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT puis met en place des mesures envisagées dans le Plan d'action mondial, il ne permet en aucun cas d'établir un lien de causalité. Un autre facteur pourrait être à l'origine de ces conclusions. Cependant, il y a peu de chance qu'il s'agisse de la catégorie de revenu des pays étant donné qu'il n'y a pas de corrélation entre la catégorie de revenu d'un pays et le fait qu'il soit doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan en matière de MNT. En outre, il existe une corrélation statistiquement significative entre le fait d'être doté d'un tel instrument et le score de mise en œuvre ajusté au sein des groupes de pays (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, $p < 0,001$; pays intermédiaire de la tranche supérieure, $p < 0,001$; pays à revenu élevé, $p = 0,03$) à l'exception des pays à faible revenu ($p = 0,07$). Une des explications possibles est que si un pays a une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT en place (et l'engagement politique que cela implique), il mettra en œuvre d'autres politiques et actions en matière de lutte contre les MNT si le niveau de ressources dudit pays le permet.

27. Certaines données semblent indiquer que le fait d'être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT n'aurait qu'un effet de courte durée sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial. On a noté une corrélation négative statistiquement significative ($p = 0,002$) entre le moment où un pays a adopté une politique, une stratégie ou un plan d'action en matière de MNT et le score de mise en œuvre ajusté (voir la Figure 4). En d'autres termes, les résultats se sont le plus améliorés dans les pays qui ont mis en place ces instruments le plus récemment. En effet, l'amélioration moyenne s'est chiffrée à un peu plus de 5 points dans les pays qui avaient une politique, une stratégie ou un plan d'action en place depuis 2013, contre 14 points dans les pays ayant instauré cette politique, cette stratégie ou ce plan d'action entre 2017 et 2019. Il se pourrait que lorsqu'un pays met au point une politique, une stratégie ou un plan d'action national sur les MNT, cela stimule temporairement les mesures de lutte contre ces maladies mais ne perdure pas sans la mise en place d'autres mesures.

Figure 4 : Comparaison entre l'amélioration moyenne du score de mise en œuvre ajusté entre 2015 et 2019 et le moment où une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT a été instauré(e) (les scores ont été attribués de la manière suivante : les pays qui avaient une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT en place en 2013 ont reçu le score de 4 ; les pays qui avaient une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT en place en 2015 mais pas en 2013 ont reçu le score de 3 ; les pays qui avaient une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT en place en 2017 mais pas en 2015 ont reçu le score de 2 ; et les pays qui avaient une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT en place en 2019 mais pas en 2017 ont reçu le score de 1)



³⁰ Il s'agit du score de mise en œuvre général sans le score pour l'indicateur ENG 4 (être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT).

Financement international

28. On peut se réjouir du fait que les MNT bénéficient aujourd’hui d’une plus grande visibilité et que de nombreux pays aient élaboré une politique, une stratégie ou un plan d’action pour les combattre. Toutefois, les progrès seront limités, à moins que les ressources ne soient disponibles en quantité nécessaire. Or, il est largement admis que ce n’est pas le cas, malgré les engagements politiques de haut niveau pris en 2011, 2014 et 2018. Par exemple, en 2020, l’Alliance sur les MNT (*NCD Alliance*) a montré qu’il existait toujours un déficit de financement en matière de MNT au niveau mondial.³¹ Un des États Membres interrogés a signalé qu’il fallait obtenir des fonds pour les mécanismes de financement avant que les plans ne soient lancés.
29. Ces dernières années, plusieurs suggestions, dont certaines sont présentées dans l’Encadré 7, ont été faites^{32 33} sur la façon dont ces écarts pourraient être réduits. La création d’un fonds catalytique qui serait géré comme un fonds d’affectation spéciale multidonateurs a suscité un intérêt particulier. Un des groupes de travail de la Commission indépendante de haut niveau a élaboré un premier plan d’activité concernant la création d’un tel fonds.³⁷ Les travaux sont désormais menés par l’OMS, la Banque mondiale, le PNUD, l’UNICEF et le FNUAP sous la houlette de l’Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Des plans ont été élaborés et présentés au Conseil économique et social et un cadre de référence a été rédigé. L’objectif du fonds catalytique serait de mobiliser au moins 200 dollars des États-Unis qui seraient décaissés sur cinq ans, afin d’aider jusqu’à 25 pays à accélérer les mesures menées dans les pays pour atteindre les cibles relatives aux MNT aux niveaux national et mondial.³⁸ Il ne s’agit pas d’établir « un Fonds mondial pour les MNT », toutefois, étant donné la taille du financement prévu et les mécanismes de financement catalytiques similaires dans d’autres secteurs, par exemple la nutrition,³⁹ il y a des chances pour que cela mène à la création d’une identité organisationnelle propre. Néanmoins, de nombreuses personnes interrogées ont souligné qu’un fonds d’affectation spéciale multidonateurs pourrait permettre de débloquer des financements pour des programmes de lutte contre les MNT spécifiques. Un des répondants a indiqué qu’il s’agissait d’une bonne occasion de se doter d’un instrument financier pour la lutte contre les MNT et qu’il n’était pas question d’être plus vertical mais plus opérationnel.

³¹ Alliance sur les MNT (2020) *Réduisons les écarts en matière de MNT : des promesses mondiales aux progrès locaux* disponible à l'adresse <https://ncdalliance.org/fr/resources/r%C3%A9duisons-les-%C3%A9cart-en-mati%C3%A8re-de-mnt-des-promesses-mondiales-aux-progr%C3%A8s-locaux-document> (consulté le 17 septembre 2020)

³² Ministère norvégien des Affaires étrangères (2019) *Better Health, Better Lives: combating Non-Communicable Diseases in the Context of Norwegian Development Policy (2020-2024): Summary* disponible à l'adresse https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/utvikling/betterhealth_summary.pdf (consulté le 17 septembre 2020)

³³ Mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les MNT (non daté) *Final Report and Recommendations from the Working Group on Ways and Means of Encouraging Member States and Non-State Actors to Realize the Commitment Included in Paragraph 45(d) of the Political Declaration of the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/wg-final-report-comments/en/> (consulté le 17 septembre 2020)

³⁴ OMS (2018) *Sauver des vies en dépensant moins : une riposte stratégique face aux maladies non transmissibles* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273012/WHO-NMH-NVI-18-8-fre.pdf?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

³⁵ OMS (2019) *Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles : Rapport final : Il est temps de joindre le geste à la parole* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330023?locale-attribute=fr&> (consulté le 17 septembre 2020)

³⁶ OMS (2018) *WHO Global Dialogue on Partnerships for Sustainable Financing of NCD Prevention and Control: Meeting Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/dialogues/copenhagen-report.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

³⁷ Health Finance Institute (non daté) *Outline Business Plan for a Catalytic Multi-Donor Trust Fund for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases and Mental Health* disponible à l'adresse <https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/MDTF-4-business-plan-HFI.pdf> (consulté le 17 septembre 2020)

³⁸ Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2020) *United Nations Multi-Partner Trust to Catalyze Country Action for Non-Communicable Diseases and Mental Health*

³⁹ Dans le domaine de la nutrition, le mécanisme de financement catalytique est devenu l'organisation *The Power of Nutrition* – plus d'informations sont disponibles à l'adresse <https://www.powerofnutrition.org/who-we-are/> (consulté le 17 septembre 2020)

Encadré 7. Mécanismes proposés pour combler le déficit de financement international des MNT

Il est admis que les interventions en matière de lutte contre les MNT doivent être financées à l'aide des ressources nationales, qui seront complétées par la communauté internationale dans certains cas (par ex. : les pays à faible revenu). Exemples d'options au niveau national :

- la vérification de la prise en compte de la lutte contre les MNT dans le budget de la santé du pays
- la taxation des produits nocifs pour la santé tels que le tabac, l'alcool et les aliments riches en matières grasses, en sucre ou en sel
- l'élimination progressive des subventions accordées aux produits nocifs pour la santé
- la promotion du financement par le secteur privé et l'incitation à y recourir (cela concerne les sources nationales et internationales). Il pourrait s'agir d'investissements à impact qui génèrent un rendement financier pour les investisseurs extérieurs

Exemples d'options pour renforcer le financement international :

- un regain d'attention accordée aux MNT de la part des donateurs bilatéraux - la Norvège, par exemple, a intégré dans sa politique de développement une stratégie de lutte contre les MNT, en utilisant notamment des instruments d'aide existants et en les appliquant aux MNT. On pourrait avoir recours pour cela au financement catalytique qui permet de mobiliser davantage d'investissements publics ou privés.
- les mécanismes de financement innovants, comme l'utilisation d'une taxe sur les billets d'avion pour financer Unitaid
- l'intégration de la lutte contre les MNT dans un programme de santé ou un instrument de financement, désignés par le terme de politiques « plus one » en anglais
- le refus de financer des activités ou des acteurs qui entreraient compromettent la réalisation des objectifs du Plan d'action mondial. Cela peut prendre la forme d'un désinvestissement dans certaines industries comme celles du tabac
- la création d'un fonds d'affectation spéciale multidonateurs axé sur les MNT et les troubles de la santé mentale

30. Bien que l'OMS ait œuvré à la mise au point d'un code-objet pour le financement de la lutte contre les MNT qui permettrait de suivre les dépenses consacrées aux MNT dans le cadre de l'aide publique au développement,⁴⁰ il ne semble pas que l'OCDE s'en serve pour son suivi.⁴¹ Néanmoins, il a été signalé, par l'Alliance pour les MNT, que ce code serait utilisé à partir de 2020.⁴² Les données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sur l'aide au développement en faveur de la santé montrent qu'en 2018, seuls 2 % de cette aide étaient consacrés aux MNT alors que ces maladies représentent près des deux tiers (62 %) de la charge de morbidité mondiale. Cet organisme relève également que si l'aide au développement en faveur de la santé consacrée aux MNT est passée de 600 millions de dollars des États-Unis en 2012 à près de 800 millions de dollars des États-Unis en 2013, elle a plafonné depuis. Les principales voies de financement de la lutte contre les MNT, recensées par l'Institute for Health Metrics and Evaluation, étaient les ONG étatsuniennes et l'OMS. La riposte aux MNT est relativement peu soutenue financièrement par l'aide bilatérale directe. Dans son rapport, l'IHME a dressé la liste des 20 premiers bénéficiaires d'aide au développement en faveur de la santé pour la lutte contre les MNT et a remarqué qu'il ne s'agissait pas des pays les plus affectés par ces maladies. Les trois-quarts des

⁴⁰ En 2016, un projet de code-objet qui permettrait au Comité d'aide au développement de l'OCDE de suivre la proportion d'aide publique au développement consacrée aux maladies non transmissibles a été présenté lors de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Dans un rapport soumis à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en 2018, il est précisé que l'élaboration de ce code-objet (par le biais du Comité d'aide au développement de l'OCDE) était une des tâches confiées à l'OMS et que cette tâche avait été achevée en juin 2017.

⁴¹ Sur la page Web de l'OCDE consacrée à l'aide en faveur de la santé (voir <http://www.oecd.org/fr/cad/financementpourledeveloppementdurable/> [consulté le 21 juillet 2020]), on trouve les codes pour la santé (120), la santé, général (121) et les politiques/programmes démographiques et la santé reproductive (130) mais pas le code proposé pour les MNT (123)

⁴² IHME (2019) *Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition* disponible à l'adresse http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2019/FGH_2018_full-report.pdf (consulté le 17 septembre 2020)

bénéficiaires étaient des pays à revenu intermédiaire (12 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 3 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure).

31. En résumé, cela signifie que la plus grande attention accordée aux MNT sur le plan international depuis 2013 et les différentes idées, suggestions et recommandations concernant la manière d'accroître le financement ne se sont pas encore traduites par une hausse des financements internationaux.

Conclusions et recommandations pour l'objectif 1

Dans l'ensemble, le Plan d'action mondial a contribué à donner une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale et dans de nombreux pays, ce qui a contribué à une augmentation du nombre de pays ayant adopté une politique, une stratégie ou un plan d'action national pour lutter contre les MNT. Toutefois, il est urgent d'accélérer la mise en œuvre de ces plans et des ressources financières sont nécessaires aux niveaux interne et international pour cette mise en œuvre.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des mécanismes de financement durables pour permettre une accélération spectaculaire de la mise en œuvre des MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des propositions spécifiques sur la façon dont le financement des MNT peut être incorporé aux plans visant à « reconstruire en mieux » ;
- l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'OMS et les partenaires internationaux devraient poursuivre leur projet de création d'un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, les organisations philanthropiques et les autres organismes de financement devraient allouer des fonds supplémentaires pour la lutte contre les MNT, y compris par l'intermédiaire du fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait continuer de travailler avec l'Organisation de coopération et de développement économiques pour introduire un code-objet afin de suivre les dépenses consacrées aux MNT dans le cadre de l'aide publique au développement.

3.2. Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

Progression globale

32. De manière générale, l'accroissement de la visibilité des MNT aux niveaux international, régional et national n'a entraîné que de progrès modestes en matière de lutte contre les MNT dans les pays. La plupart des pays n'ont pas encore assisté au type d'accélération spectaculaire envisagé par le Plan d'action mondial.

Indicateurs de progrès

33. Pour mesurer si les capacités nationales permettent d'intensifier l'action des pays face aux MNT, il faut notamment déterminer si les ministères de la santé sont dotés d'un service, d'une antenne ou d'un département chargé des MNT et si ce dernier est opérationnel, et s'il existe un mécanisme national opérationnel de coordination pour la prévention et la maîtrise des MNT. En 2013, un peu plus de la moitié des pays (51 %) étaient dotés d'une telle entité ; ce chiffre a augmenté et, en 2019, plus des trois quarts des pays (76 %) étaient dans ce cas. Moins d'un tiers des pays (31 %) étaient dotés en 2015 d'un mécanisme national de coordination pour les MNT et cette part était passée en 2019 à un peu moins de la moitié des pays (46 %). Ces deux indicateurs sont fortement corrélés au niveau de revenu du pays (voir les Figures 5 et 6). Par exemple, en 2019, moins d'un quart des pays à faible revenu (21 %) étaient dotés d'un mécanisme national de coordination pour lutter contre les MNT, contre plus de la moitié des pays à revenu élevé (55 %) (voir la Figure 6).

34. Il existe une corrélation statistiquement significative entre les deux indicateurs, à savoir le fait d'être doté d'un service, d'une antenne ou d'un département opérationnel chargé des MNT et celui de posséder un mécanisme national de coordination ($p < 0,001$). En 2019, par exemple, plus de la moitié des pays (57 %) dotés d'un service, d'une antenne ou d'un département chargé des MNT possédaient également un mécanisme national de coordination (contre 12 % des pays qui n'en étaient pas pourvus). Cela tend à indiquer que, pour mettre en place un mécanisme national de coordination pour lutter contre les MNT et le faire fonctionner, il faut disposer de certaines ressources financières, humaines et institutionnelles, fournies par exemple par un service chargé des MNT.

Les mécanismes mondiaux de coordination sont-ils efficaces ?

35. En principe, on peut s'attendre à ce que les pays qui ont des mécanismes de coordination obtiennent de meilleurs résultats que les autres pays, notamment pour ce qui est des mesures dans des secteurs autres que celui de la santé qui peuvent nécessiter une action multisectorielle. C'est le cas des facteurs de risques, par exemple. Toutefois, peu d'éléments suggèrent que c'est effectivement le cas. Dans l'ensemble, il y a eu peu de

Figure 5 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) où le Ministère de la santé, ou son équivalent, est doté de service(s), d'antenne(s) ou de département(s) opérationnel(s) chargé des MNT en 2013, 2015, 2017 et 2019

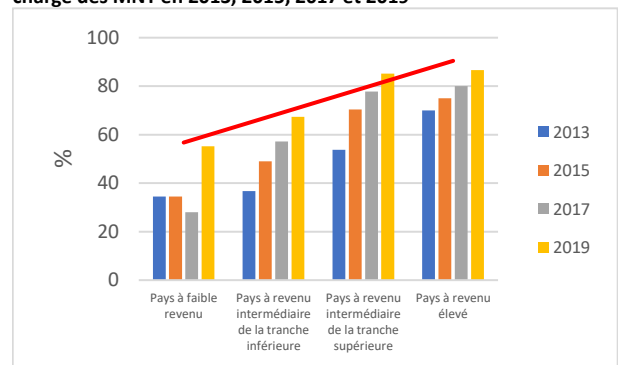
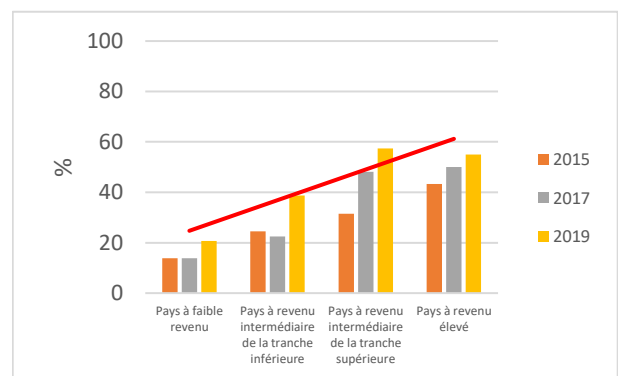


Figure 6 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) ayant mis un mécanisme national opérationnel de coordination en place pour la prévention et la maîtrise des MNT en 2015, 2017 et 2019



différence dans la mise en place de la plupart des mesures entre les pays qui étaient dotés d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT et ceux qui avaient un mécanisme national de coordination. Il y a cependant un domaine qui fait figure d'exception, pour lequel une corrélation statistiquement significative a été observée avec le fait d'avoir un mécanisme national de coordination ($p = 0,03$) mais pas avec le fait d'être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan sur les MNT ($p = 0,69$) : la taxation du tabac. Cependant, dans les cas de l'emballage des produits du tabac et de la publicité pour le tabac, l'inverse était également vrai. Il y avait une corrélation statistiquement significative avec le fait d'avoir une politique, une stratégie ou un plan d'action pour la lutte contre les MNT au niveau national (emballage $p = 0,008$ et publicité $p = 0,002$) mais pas avec celui d'avoir un mécanisme national de coordination (emballage $p = 0,08$ et publicité $p = 0,38$).

36. Les données concernant les mécanismes nationaux de coordination sont très décevantes. À compter de 2019, moins de la moitié des pays disposaient de tels mécanismes et lorsqu'ils étaient en place, ils ne semblent pas avoir engendré les effets positifs escomptés. Cependant, cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a un problème avec le concept même de ces mécanismes. Il est ressorti d'évaluations qualitatives que la composition et le fonctionnement de ces groupes pourraient être problématiques (voir l'Encadré 11, p.36).

Évolution de la riposte nationale aux MNT dans son ensemble

37. À l'examen d'indicateurs spécifiques de la capacité nationale s'ajoute la possibilité d'étudier l'ensemble des indicateurs pour évaluer la mise en place des mesures prévues par le Plan d'action mondial. De 2013 à 2019, certains indicateurs PA se sont beaucoup améliorés, par exemple, les indicateurs PA2 (service chargé des MNT) et PA3a-d (politiques sur les facteurs de risque des MNT). Pour les indicateurs PA1 (politiques, stratégies et plans d'action contre les MNT), PA5 (politiques de recherche), PA6 (systèmes de suivi et de surveillance) et PAx (mécanismes de coordination nationaux), les résultats restent médiocres même s'il y a eu certains progrès. Peu de progrès ont été accomplis dans l'élaboration de lignes directrices, de protocoles et de normes pour la prise en charge des MNT moyennant une approche fondée sur les soins de santé primaires (PA4) (voir le Tableau 1).

Tableau 1 : Progrès accomplis au regard des indicateurs de mise en œuvre du Plan d'action mondial (PA), sur la base de données ventilées pour 194 pays (le code couleur correspond au niveau de performance : vert foncé >80 % ; vert clair 60-79 % ; jaune 40-59 % ; et orange <40 %)

Indicateur	2013	2015	2017	2019	p
PA1 : Plan d'action national	24 %	37 %	51 %	57 %	0,63
PA2 : Service chargé des MNT	51 %	60 %	66 %	76 %	< 0,001
PA3a : Politique relative à l'usage nocif de l'alcool	48 %	61 %	71 %	74 %	0,006
PA3b : Politique relative à l'activité physique	52 %	64 %	77 %	79 %	< 0,001
PA3c : Politique antitabac	63 %	73 %	83 %	79 %	< 0,001
PA3d : Politique relative à une alimentation saine	55 %	66 %	78 %	80 %	< 0,001
PA4 : Directives cliniques	49 %	38 %	46 %	48 %	0,02
PA5 : Politique de recherche sur les MNT	s. o.	22 %	28 %	33 %	< 0,001
PA6 : Système de surveillance des MNT	23 %	26 %	38 %	42 %	0,004
PAx : Mécanisme mondial de coordination	s. o.	31 %	37 %	46 %	0,002

Corrélation avec la catégorie de revenu du pays ?

38. Le Tableau 2 présente les indicateurs ENG selon un même modèle. Si, en ce qui concerne les pays satisfaisant pleinement aux indicateurs, la situation s'est améliorée pour 14 indicateurs entre 2015 et 2019, ces avancées restent modestes et les résultats demeurent globalement médiocres. En 2019, seuls trois indicateurs étaient pleinement atteints par plus de la moitié des pays. Il s'agissait des indicateurs relatifs au fait d'avoir un plan d'action (ENG4), des cibles (ENG1) et des campagnes de promotion de l'activité physique dans les médias (ENG8). Les résultats sont bien meilleurs si l'on considère les pays qui ont au minimum partiellement atteint l'un des indicateurs : ainsi, en 2019, la moitié des pays étaient dans ce cas pour 13 indicateurs. Les indicateurs pour lesquels ce résultat n'a pas été atteint sont : la campagne antitabac dans les médias (ENG5e), l'interdiction de la publicité pour l'alcool (ENG6b), les politiques sur la teneur en sel (ENG7a), les politiques sur la teneur en graisses (ENG7b), la promotion des aliments visant les enfants (ENG7c) et la chimiothérapie et conseils (ENG10).

Entre 2015 et 2019, des améliorations ont été observées pour 15 indicateurs désormais partiellement atteints au moins.

Tableau 2 : Pourcentage de pays dans lesquels les indicateurs de respect des engagements (ENG) ont été pleinement atteints ou partiellement atteints au moins, en 2015, 2017 et 2019 (le code couleur correspond au niveau de performance : vert foncé > 80 % ; vert clair 60-79 % ; jaune 40-59 % ; et orange < 40 %)

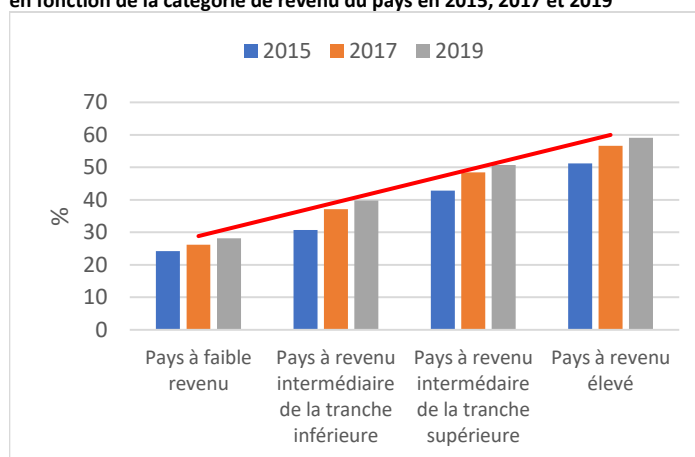
Indicateur	Pleinement atteint			Partiellement atteint au moins			p
	2015	2017	2019	2015	2017	2019	
ENG1 : Cibles nationales en matière de MNT	30 %	48 %	57 %	45 %	62 %	68 %	0,82
ENG2 : Données sur la mortalité	36 %	38 %	40 %	62 %	62 %	61 %	< 0,001
ENG3 : Enquêtes sur les facteurs de risque	28 %	19 %	27 %	79 %	89 %	85 %	0,02
ENG4 : Plan d'action national	33 %	51 %	57 %	45 %	62 %	66 %	0,29
ENG5a : Taxation du tabac	2 %	16 %	19 %	36 %	52 %	51 %	< 0,001
ENG5b : Lieux sans tabac	25 %	28 %	31 %	64 %	69 %	72 %	0,14
ENG5c : Mises en garde illustrées	22 %	40 %	47 %	70 %	74 %	78 %	< 0,001
ENG5d : Interdiction de la publicité pour le tabac	15 %	19 %	25 %	70 %	74 %	78 %	0,60
ENG5e : Campagne antitabac dans les médias	s. o.	22 %	20 %	s. o.	35 %	41 %	0,001
ENG6a : Restrictions sur la vente d'alcool	15 %	14 %	16 %	90 %	84 %	87 %	0,23
ENG6b : Interdiction de la publicité pour l'alcool	20 %	23 %	27 %	63 %	38 %	38 %	0,35
ENG6c : Taxation de l'alcool	22 %	17 %	24 %	73 %	87 %	68 %	0,14
ENG7a : Politiques sur la teneur en sel	32 %	26 %	20 %	32 %	44 %	44 %	< 0,001
ENG7b : Politiques sur la teneur en graisses	21 %	35 %	30 %	21 %	35 %	39 %	< 0,001
ENG7c : Promotion des aliments visant les enfants	22 %	30 %	31 %	s. o.	s. o.	s. o.	< 0,001
ENG7d : Code sur le lait maternel	37 %	20 %	18 %	37 %	69 %	70 %	0,47
ENG8 : Promotion de l'activité physique dans les médias	61 %	52 %	52 %	61 %	52 %	65 %	< 0,001
ENG9 : Directives cliniques	26 %	46 %	48 %	50 %	77 %	78 %	0,001
ENG10 : Chimiothérapie et conseils	14 %	27 %	34 %	20 %	31 %	41 %	< 0,001

Corrélation avec la catégorie de revenu du pays ?

La riposte aux MNT au niveau national est associée à la catégorie de revenu du pays

39. Pour de nombreux indicateurs de progrès, il existe une corrélation significative entre les résultats obtenus et la catégorie de revenu auquel le pays appartient. Pour tous les indicateurs AP, sauf un (relatif aux politiques sur les MNT, PA1), une telle corrélation est observée (voir le Tableau 1). Cela est aussi vrai pour plus de la moitié (58 %) des indicateurs ENG (voir le Tableau 2). Il existe également une corrélation entre les résultats obtenus pour les indicateurs ENG considérés dans leur ensemble, ce que l'on appelle le score de mise en œuvre, et la catégorie de revenu du pays ($p < 0,001$ et voir la Figure 7). Sur cette Figure, on observe que le score de mise en œuvre est supérieur dans les pays dont le revenu est plus

Figure 7 : Score de mise en œuvre moyen pour l'ensemble des États Membres en fonction de la catégorie de revenu du pays en 2015, 2017 et 2019

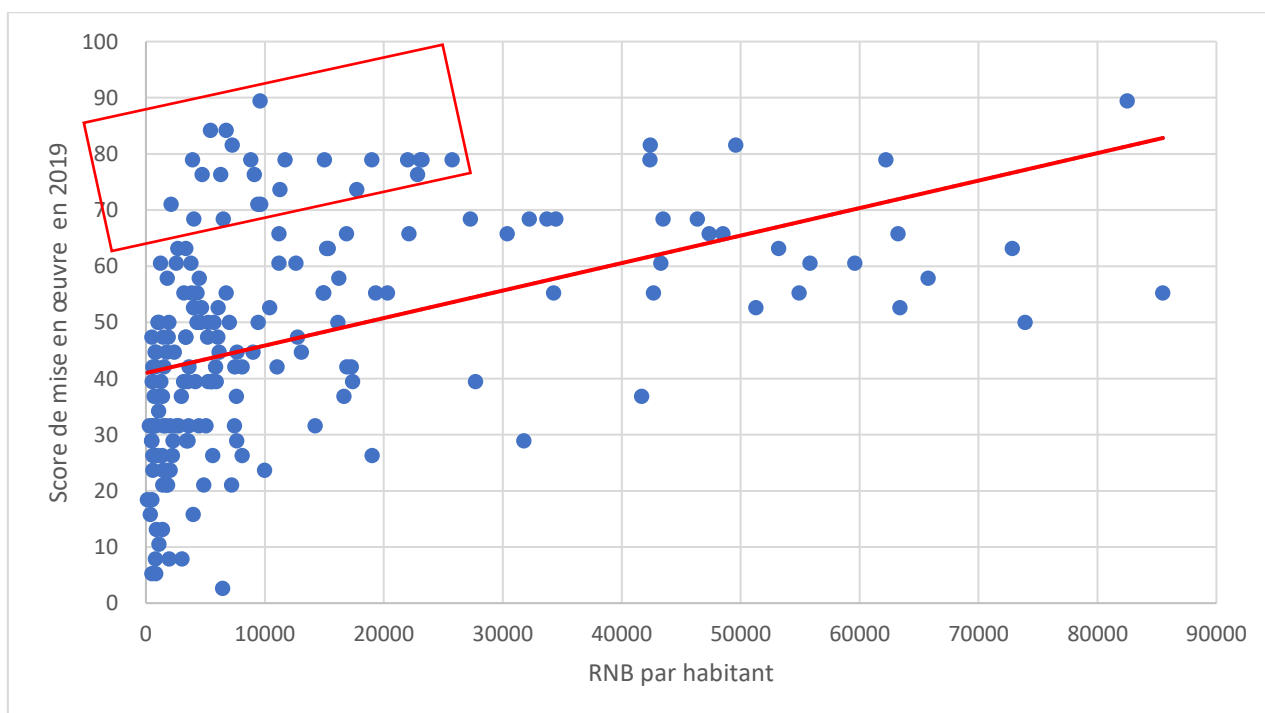


élevé. On remarque également que le score de mise en œuvre moyen a légèrement augmenté pour chaque groupe de pays sur la période 2015 - 2019.

Certains pays obtiennent de meilleurs résultats que ce que pouvait laisser présager leur catégorie de revenu

40. Certains pays obtiennent de meilleurs résultats que ne laissait présager leur catégorie de revenu. Ce phénomène est illustré par la Figure 8 qui compare le score de mise en œuvre des pays pour 2019 avec le revenu national brut (RNB) par habitant. Il y a une corrélation statistiquement significative entre ces variables ($p < 0,001$). De manière générale, les pays à revenu élevé ont un meilleur score que les pays à revenu faible. Cependant, il existe une forte variation entre les pays. Deux pays ayant le même RNB par habitant peuvent avoir des scores de mise en œuvre très différents. Les pays au-dessus de la courbe de tendance rouge ont des scores plus élevés que ce que leurs RNB ne laissaient présager. C'est le cas en particulier pour les pays dans le rectangle rouge dans la Figure 8. Il pourrait s'avérer crucial de comprendre pourquoi ces pays obtiennent de bons résultats pour déterminer quels sont les facteurs qui favorisent les progrès de mise en œuvre et ceux qui, au contraire, les freinent. Des études de cas axées sur les facteurs de réussite dans ces pays pourraient être très instructives mais elles n'ont pas été intégrées dans la méthode de cette évaluation. Bien entendu, cette meilleure « performance » pourrait être liée à un biais dans la présentation des informations et il faudrait sans doute essayer d'établir quels sont les procédés mis en place par ces pays pour pouvoir vérifier les résultats communiqués.

Figure 8 : score de mise en œuvre en 2019 en fonction du RNB par habitant

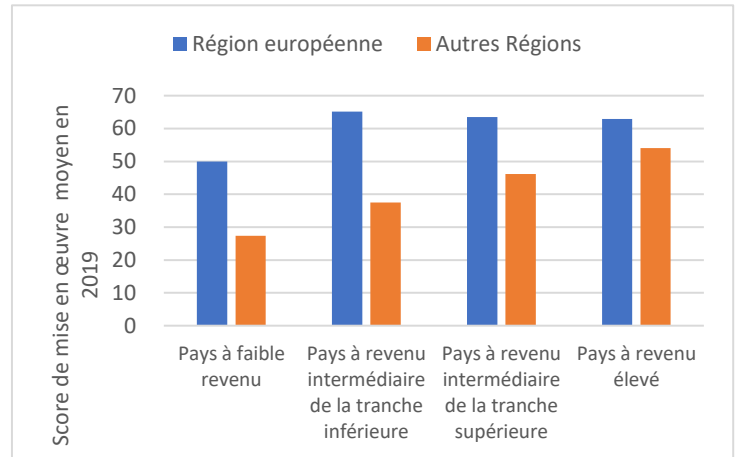


41. D'autres facteurs pourraient avoir influencé la mise en œuvre du Plan d'action mondial, y compris les différences régionales qui ne se sont pas liées aux variations de revenu, la présence d'une société civile active ou un système de santé particulièrement bien conçu ou équitable.

Les pays de la Région européenne sont plus performants que les pays des autres Régions, même après prise en compte de l'écart de revenu

42. En termes de variation régionale, parmi les 23 pays à l'intérieur du rectangle rouge dans la Figure 8, plus de la moitié (12, 52 %) sont dans la Région européenne alors qu'ils ne représentent qu'un quart (53, 27 %) du nombre total de pays. La Figure 9 est une illustration du score de mise en œuvre moyen en 2019 de tous les pays, où la Région européenne est représentée séparément des autres Régions. Elle montre que pour chaque catégorie de pays, les scores moyens sont plus élevés pour les pays de la Région européenne que pour les autres Régions. Ces différences sont statistiquement significatives (pays à faible revenu, $p = 0,04$; pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), $p < 0,001$; pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure), $p = 0,001$; pays à revenu élevé, $p = 0,02$). On remarque également dans la Figure 9 que les pays à revenu intermédiaire (de tranche supérieure et de la tranche inférieure) dans la Région européenne ont des scores de mise en œuvre moyens équivalents ou plus hauts que ceux des pays à revenu élevé.

Figure 9 : Score de mise en œuvre moyen en 2019 (par catégorie de revenu) des pays de la Région européenne et des autres Régions



43. Il semble y avoir un facteur autre que le niveau de revenu qui contribue à ce que les scores de mise en œuvre soient plus élevés dans les pays de la Région européenne que dans les autres Régions. L'existence de normes communes dans toute la Région qui auraient une incidence sur les résultats des pays pourrait être une des explications. Il semble bien qu'en raison d'un certain facteur, un pays de la Région européenne a un meilleur score de mise en œuvre qu'un pays dans la même catégorie de revenu d'une autre Région.

Des données attestent de l'importance d'un engagement politique à haut niveau pour que la riposte aux MNT soit efficace

44. En 2020, Allen et al.⁴³ ont présenté des données empiriques émanant d'un pays en particulier, qui tendent à indiquer que les bons résultats relatifs de ce pays pourraient s'expliquer par un engagement politique de haut niveau et un fort soutien de l'OMS. L'évaluation fournit un certain nombre de données à l'appui de ces hypothèses. Des données relatives aux engagement politiques de haut niveau ont été présentées dans la section dédiée à l'objectif 1 (voir la Figure 2 et les paragraphes 24-25, à partir de la p.16). S'il est reconnu que le fait de disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT peut remplacer les engagements politiques dans les pays en matière de prévention et de maîtrise des MNT, dans l'évaluation, une corrélation a été observée entre l'engagement politique national mesuré le score de mise en œuvre. Cette corrélation n'est pas observée dans les pays à faible revenu et semble s'estomper avec le temps.

Des données qualitatives et certaines données quantitatives attestent de l'importance du soutien de l'OMS dans la riposte nationale aux MNT

45. Il n'existe pas d'indicateur pour mesurer l'intensité du soutien que l'OMS fourni aux pays pour lutter contre les MNT. Par conséquent, les évaluateurs ont demandé aux responsables des MNT dans les bureaux régionaux

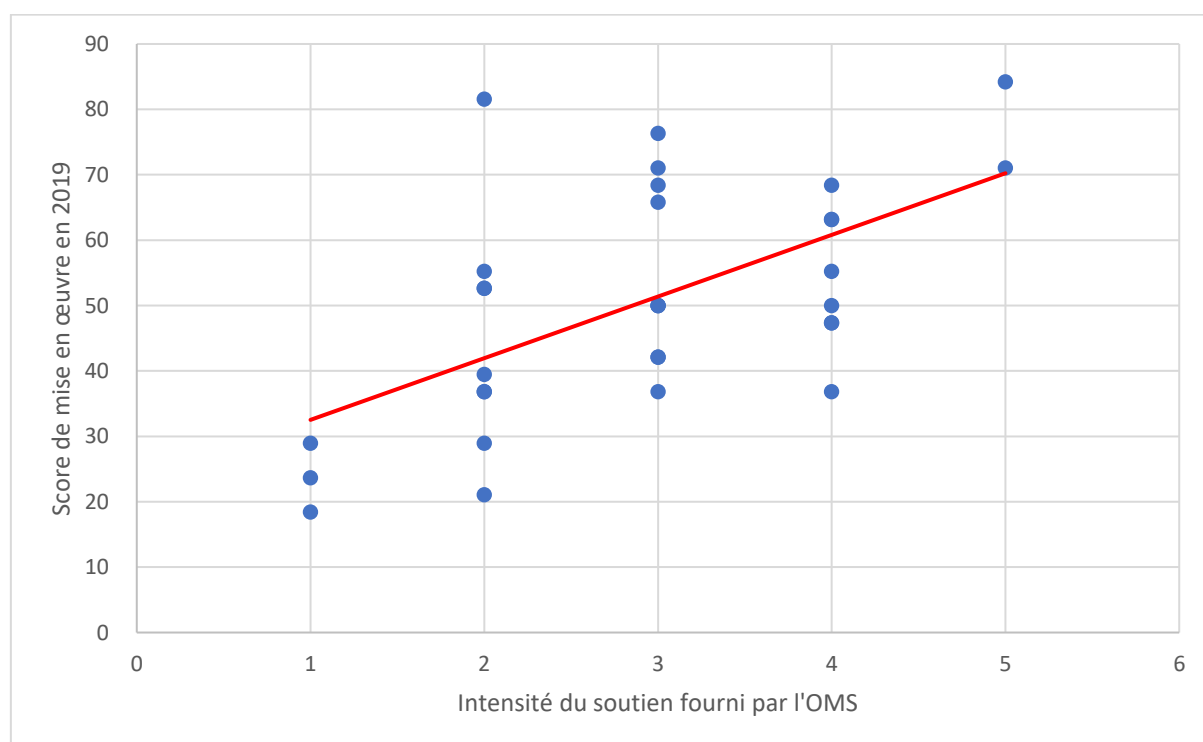
⁴³ Allen, L.N., Nicholson, B.D., Yeung, B.Y.T and Goiana-da-Silva, F. (2020) *Implementation of Non-Communicable Disease Policies: A Geopolitical Analysis of 151 Countries* Lancet Glob Health 2020, 8: e50-58 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30446-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30446-2) consulté le 26 juillet 2020).

d'attribuer à l'intensité du soutien fourni aux pays une note entre 0 et 4. Cela a donné lieu à de nombreuses discussions sur ce que signifiait l'intensité du soutien de l'OMS et sur la manière de la mesurer étant donné :

- que les MNT couvrent un large éventail de maladies et de facteurs de risques, pour lesquels un soutien est fourni par différents responsables techniques
- que l'OMS apporte des formes de soutien technique très variées
- que différentes Régions et différentes personnes au sein des Régions pourraient mesurer cette intensité différemment, notamment en l'absence de critère précis
- l'inquiétude quant à la possibilité de donner l'impression de critiquer des collègues ou des pays

46. Néanmoins, deux Régions (Méditerranée orientale et Asie du-Sud-Est) ont réussi à mener cette évaluation rapide. La Figure 10 représente les scores absolus de mise en œuvre pour tous les indicateurs de respect des engagements en 2019 en fonction de l'évaluation du soutien de l'OMS dans deux Régions. Elle montre qu'il y a une corrélation positive statistiquement significative entre ces deux facteurs (matérialisée par la courbe de tendance rouge dans la Figure 10, $p < 0,001$).

Figure 10 : Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est : comparaison du score de mise en œuvre pour 2019 et de l'évaluation de l'intensité du soutien de l'OMS



47. Cela ne signifie pas qu'il y a nécessairement un lien de causalité entre l'intensité du soutien fourni par l'OMS et la mise en œuvre par les pays de mesures de lutte contre les MNT. Il se pourrait, par exemple, que l'OMS fournisse plus de soutien aux pays ayant les meilleurs résultats en matière de MNT. Cela semble peu probable. Cependant, il pourrait y avoir un facteur commun ayant incidence sur l'intensité du soutien de l'OMS et de la mise en œuvre des mesures de lutte contre les MNT, tel que la disponibilité des ressources, un environnement favorable, etc. Il pourrait aussi y avoir des problèmes dans l'attribution des scores. Ces évaluations sont subjectives et on pourrait supposer que les fonctionnaires régionaux impliqués savaient quels étaient les pays qui avaient de bons résultats en matière de lutte contre les MNT et en ont tenu compte, consciemment ou inconsciemment, dans leurs évaluations. Toutefois, les données empiriques mentionnées par Allen et al. et les

informations qualitatives retournées par les États Membres pendant la présente évaluation (voir les paragraphes 56-59 et les Encadrés 9 et 10, à partir de la p.31) appuient l'hypothèse selon laquelle le soutien de l'OMS pourrait être un facteur d'amélioration du score de mise en œuvre, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

De nombreux autres facteurs peuvent faciliter ou entraver les ripostes nationales aux MNT

48. Dans le cadre de l'évaluation, un grand nombre de suggestions concernant les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la mise en œuvre du Plan d'action mondial ont été formulées. Certaines propositions faites par les États Membres ont été incluses dans le Tableau 3. Bon nombre des facteurs recensés se prêtent mieux à l'analyse qualitative, moyennant des études de cas nationales, par exemple. Dans d'autres cas, lorsqu'une analyse quantitative pourrait être menée, elle se heurte à l'absence d'indicateurs ou de données. Dans une poignée de cas, comme l'engagement politique ou l'intensité du soutien de l'OMS, les évaluateurs sont parvenus à recueillir quelques données quantitatives permettant un certain degré d'analyse.

Tableau 3 : Facteurs facilitateurs et limitatifs qui influencent la mise en œuvre du Plan d'action mondial, observations des États Membres

Facteurs facilitateurs	Facteurs limitatifs
<p>Le niveau général de développement, y compris, par exemple, l'assainissement, le logement et autres infrastructures</p> <p>La volonté politique, par exemple, dans un pays le gouvernement et le Ministère de la santé ont qualifié les MNT de priorité publique pour la première fois en 2015. L'importance des ministères de la santé a été mentionnées dans certains pays. Le fait d'avoir des défenseurs dans la sphère politique pour des problématiques en particulier est important pour certains pays.</p> <p>Les accords internationaux, comme celui sur le tabac, au sein de l'Union européenne</p> <p>La bonne gouvernance, notamment le leadership souvent au sein du ministère de la Santé et la coordination intersectorielle là où cela fonctionne bien.</p> <p>Une équipe qui travaille spécifiquement sur les MNT au sein du Ministère du Santé mais il importe également d'avoir des systèmes qui fonctionnent au niveau infranational, en particulier dans les pays de grande taille et les États fédéraux.</p> <p>La participation active des partenaires, y compris d'autres ministères (ex. : celui de l'éducation), d'organismes des Nations Unies (ex. : l'UNICEF), d'autres pays (ex. : leurs organismes de développement), de la société civile (ex. : Santé Diabète, Santé Sud, World Diabetes Federation), de cliniciens et d'institutions cliniques (pour le dépistage du cancer par exemple) et du secteur privé. Un des pays a déterminé que la création d'un réseau national de lutte contre les MNT était bénéfique car cela permettait d'impliquer des membres de ministères concernés et les principales ONG en matière des MNT.</p> <p>La participation à des réunions internationales grâce à laquelle les connaissances et la compréhension se sont améliorées.</p> <p>L'aide financière extérieure, lorsqu'elle est disponible, comme celle qui est fournie par la Banque mondiale dans certains pays.</p>	<p>Un écart entre les déclarations politiques et l'apport durable de ressources et de soutien. Dans le cadre de l'évaluation, il a été fait remarquer que de nombreux programmes n'avaient pas de poste budgétaire. Même dans les pays à revenu élevé, il n'y a pas nécessairement de mise en à disposition coordonnée des ressources pour la lutte contre les MNT. Une des personnes interrogées a indiqué qu'il fallait obtenir des fonds pour les mécanismes de financement avant que les plans ne soient lancés. Dans certains pays, leurs plans nationaux en matière de MNT comportent un cadre financier. Une autre personne a souligné qu'il ne suffisait pas que les présidents et les ministres de la santé signent des accords internationaux sur les MNT et qu'ils devaient sensibiliser l'opinion et soutenir ces textes dans la pratique.</p> <p>Le fait de placer les MNT avec d'autres priorités, dans le domaine de la santé ou non, notamment aux côtés de maladies transmissibles et d'épidémies qui sont perçues comme plus urgentes. Dans la plupart des pays, les autorités sanitaires nationales doivent présenter les MNT par rapport à d'autres priorités politiques du gouvernement.</p> <p>Les difficultés à promouvoir la coopération intersectorielle et la faible participation des secteurs autres que celui de la santé, deux éléments pour lesquels les possibilités de suivi font défaut. Un des répondants a fait observer qu'un comité intersectoriel a été créé en 2015 sous le contrôle du Premier Ministre mais cela s'est soldé par un échec.</p> <p>Il peut y avoir un manque de savoirs et savoir-faire techniques spécifiques, par ex. : en matière de taxation des boissons sucrées.</p> <p>Dans certains pays, l'incapacité à mobiliser des décideurs a été une vraie difficulté tandis que dans d'autres, la rotation élevée de ces responsables a posé problème.</p> <p>Il peut y avoir un manque de législation favorable et de cadre juridique ainsi qu'une mise en œuvre insuffisante de la législation existante.</p> <p>Certains pays ne sont pas parvenus à intégrer les MNT dans les plans et programmes nationaux pour la santé et le développement.</p> <p>L'ingérence de l'industrie, notamment par le biais du marketing et de la publicité. Dans certains cas, des conflits d'intérêts ont retardé la prise de décision en matière de politique d'intérêt général. L'influence d'intérêts commerciaux sur le fait d'appliquer et de faire respecter la législation est considérée problématique. Un des pays a déclaré que la visibilité et l'implication accrues de l'industrie de l'alcool dans l'élaboration des politiques avaient rendu la mise en œuvre de politiques de santé concernant l'alcool quelque peu difficile. Un autre a fait remarquer qu'il y avait une opposition de la part d'industries très puissantes, du secteur privé, qui ont contrecarré les efforts menés en vue de disposer d'un cadre juridique et réglementaire pour ce qui concerne le tabac, l'alcool et l'alimentation saine.</p> <p>La disponibilité des partenaires à même de travailler sur la lutte contre les MNT et de la soutenir est limitée et certains gouvernements ne mettent pas suffisamment l'accent sur le développement de partenariats. Dans certains pays, la mauvaise organisation de la société civile a été un facteur limitatif.</p>

Facteurs facilitateurs	Facteurs limitatifs
<p>Un plan ou une stratégie spécifique de lutte contre les MNT avec des délais à respecter et des indicateurs clairement définis, d'autant plus si cet instrument est conforme à la stratégie nationale de santé, à la vision du pays et aux ODD. Il est utile d'avoir des objectifs en matière de MNT dans la politique de santé ou le plan stratégique d'ensemble.</p> <p>Des objectifs clairs et quantifiés assortis d'indicateurs et de cibles précis.</p> <p>Des effectifs enthousiastes et formés (dans les domaines des soins cliniques, de la promotion de la santé, des technologies de l'information et de la surveillance).</p> <p>Les pays qui ont un système de santé solide qui fonctionne ou qui sont en mesure de mettre au point un tel système, dans lequel, entre autres, l'accent est mis sur les soins de santé primaires et la médecine de famille qui couvre les MNT.</p> <p>La disponibilité des informations et données sur le sujet, grâce à des enquêtes sur les facteurs de risques et autres thèmes, par exemple. L'existence d'instruments de surveillance comparables au niveau régional a été particulièrement utile pour les campagnes de sensibilisation. Le suivi périodique des progrès effectués pour endiguer les MNT dans chaque État Membre par l'OMS et la publication de rapports mondiaux, grâce auxquels chaque pays peut mieux visualiser sa situation en la comparant à celle de pays similaires est également utile. Cela encourage également les pays à adopter les meilleures politiques à l'échelle nationale en matière de MNT.</p> <p>Une législation adaptée et favorable en vigueur, pour l'alcool ou la santé mentale, par exemple.</p>	<p>La sensibilisation du public aux MNT est faible dans certains pays.</p> <p>La mise en place de structures locales consacrées à la maîtrise des MNT n'a pas été une tâche facile, y compris au niveau infranational.</p> <p>Certaines cibles semblent peu réalisables dans la pratique et les mécanismes permettant de mesurer les progrès effectués pour les atteindre ne sont pas toujours au point.</p> <p>Certains pays ont des systèmes de santé de qualité insuffisante, notamment pour ce qui est des soins de santé primaires et il n'est pas aisé d'y intégrer les MNT. Certains pays n'ont aucune tradition de mise en œuvre d'un système de santé et ne disposent pas de suffisamment d'expérience en la matière.</p> <p>Un manque de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du plan. Une absence de cadre concret pour le suivi des progrès et une surveillance des MNT qui reste inadaptée et fragmentée ont été signalées par certains pays.</p> <p>On note des difficultés spécifiques liées au délai pour l'obtention des documents de base dans d'autres langues que l'anglais (par ex. : en espagnol).</p> <p>Il a parfois été difficile d'utiliser une seule méthode coordonnée dans un État fédéral. Lorsque le système de santé est décentralisé, les entités infranationales peuvent avoir des priorités différentes et des niveaux de financement inégaux.</p> <p>Les petits pays peuvent rencontrer des difficultés dans l'accès au matériel et aux médicaments : vaccins contre le virus du papillome humain (VHP), kits de dépistage du VHP, etc.</p> <p>Les situations d'urgence et les épidémies, comme la COVID-19, et les situations instables en matière de sécurité dans certains cas.</p>

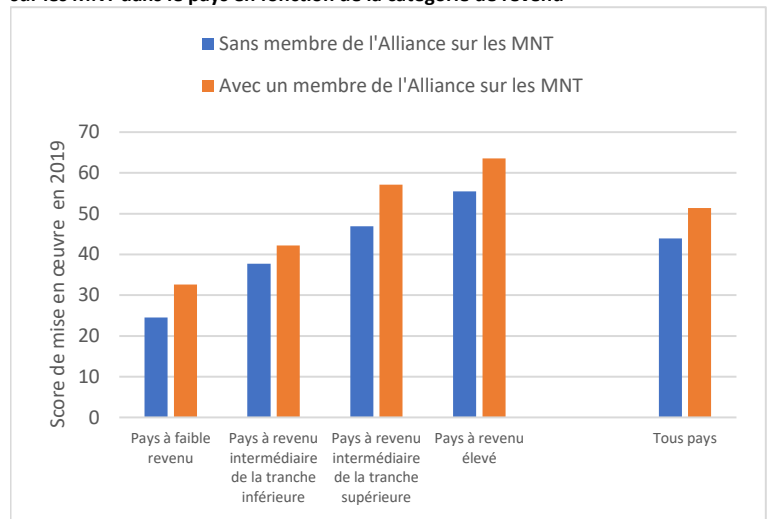
Il semble que la société civile contribue à soutenir les ripostes aux MNT au niveau national

49. Selon une des suggestions en particulier, la forte participation de la société civile à la lutte contre les MNT pourrait faciliter la mise en œuvre du Plan d'action mondial dans un pays. En l'absence d'indicateur établi pour mesurer le poids de la société civile, les évaluateurs ont relevé si les pays avaient ou non une organisation membre de l'Alliance sur les MNT sur leurs territoires.⁴⁴ Une corrélation statistiquement significative a été observée entre ce critère et le score de mise en œuvre en matière de lutte contre les MNT en 2019 ($p = 0,01$). Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre le fait qu'il y ait un membre de l'Alliance sur les MNT dans le pays et la catégorie de revenu du pays ($p = 0,90$). Les scores de mise en œuvre moyens étaient plus hauts dans les pays où il y avait des membres de l'Alliance sur les MNT que dans les pays où il n'y en avait pas et cette tendance a été observée dans l'ensemble des catégories de revenu (voir la Figure 11).

⁴⁴ Nous sommes conscients que cet indicateur n'est pas parfait et qu'il existe de nombreuses autres organisations de la société civile au niveau national que le critère des organisations affiliées à l'Alliance sur les MNT ne prend pas en compte.

50. Cela ne permet pas d'établir un lien de causalité. Il est possible que les membres de l'Alliance sur les MNT s'implantent dans les pays qui font des progrès notables en matière de MNT mais cela semble peu plausible, notamment parce que nombre de ces entités sont présentes depuis des décennies. Ce qui est plus vraisemblable peut-être c'est qu'il existe un facteur commun qui contribue à la présence des membres de l'Alliance sur les MNT et aux progrès en matière de lutte contre les MNT. Il ne s'agit a priori pas du niveau de revenu du pays puisque la présence d'un membre de l'Alliance sur les MNT n'est pas associée à la catégorie de revenu du pays. Cependant, l'existence de solides mécanismes de gouvernance et des espaces civiques propices au développement de la société civile pourrait potentiellement expliquer à la fois l'essor de la société civile impliquée dans la lutte contre les MNT et les taux de mise en œuvre plus élevés dans ce même domaine dans un pays en particulier.

Figure 11 : Score de mise en œuvre moyen en 2019 avec ou sans membre de l'Alliance sur les MNT dans le pays en fonction de la catégorie de revenu



51. Toutefois, il pourrait y avoir un lien de causalité et la logique serait peut-être la même que pour l'engagement politique, c'est-à-dire que le fait d'avoir une société civile active (mesuré par la présence d'un membre de l'Alliance sur les MNT dans le pays) signifierait que le pays serait plus susceptible d'être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action contre les MNT, ce qui conduirait subséquemment à la prise de mesure appropriées pour lutter contre les MNT. Cependant, il n'y a pas de corrélation entre le fait qu'il y ait un membre de l'Alliance sur les MNT dans le pays et celui d'être doté d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action sur les MNT ($p = 0,90$). Il y a cependant des corrélations statistiquement significatives avec certaines mesures, telles que l'emballage des produits du tabac ($p = 0,046$), la réduction de la teneur en sel ($p = 0,02$), la disponibilité des lignes directrices sur la prise en charge des MNT ($p = 0,04$) et, en particulier, les actions concernant les alternatives à l'allaitement ($p = 0,002$). Ces données soutiennent l'hypothèse selon laquelle bien que l'existence d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action soit associée à des efforts de lutte contre les MNT, certaines mesures peuvent être prises sans qu'il existe un tel instrument. Certains pays, dont quelques pays à revenu élevé, n'ont pas nécessairement de politique, de stratégie ou de plan d'action en matière de MNT au niveau national mais ils mettent en œuvre de nombreuses mesures essentielles et de ce fait ont de hauts scores de mise en œuvre.

52. Ces données semblent également étayer l'hypothèse concernant le travail de la société civile sur le tabac et l'alimentation saine et la lutte que mène cette société civile depuis longtemps contre les formes inappropriées de promotion des substituts du lait maternel. Il n'est peut-être pas surprenant que la corrélation entre la société civile et les mesures sur les alternatives à l'allaitement soit particulièrement forte dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ($p < 0,001$) et dans la

Encadré 8. La société civile et les MNT dans la Région des Amériques, une évaluation qualitative

Des progrès ont été réalisés en matière de lutte antitabac et de nutrition dans la Région avec l'appui de la société civile qui a travaillé de concert avec des décideurs et des législateurs qui, individuellement, ont apporté leur soutien. Ces mesures ont été appuyées par de solides plans mondiaux et régionaux sur des sujets spécifiques, tels que l'action de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC) en général et le Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)⁴⁵ et la Déclaration de Rio de Janeiro sur l'élimination des acides gras trans de l'OPS.⁴⁶ Ces plans ont donné des indications importantes aux pays et ont servi de base solide pour les campagnes de sensibilisation de la société civile.

Région africaine ($p = 0,05$) et dans la Région de l'Asie du Sud-Est ($p = 0,001$). Ce qui peut surprendre en revanche, c'est que la corrélation entre la présence de membres de l'Alliance sur les MNT et le score de mise en œuvre général n'a été statistiquement significative que dans une seule Région, celle des Amériques, où on a observé une corrélation très significative ($p < 0,001$). Outre la corrélation avec le score de mise en œuvre général, une corrélation a été observée entre le fait qu'il y ait un membre de l'Alliance sur les MNT dans les pays de la Région des Amériques et un nombre de mesures individuelles relatives au tabac, telles que des environnements sans tabac ($p = 0,003$) et l'emballage des produits du tabac ($p = 0,01$), et à l'alimentation saine, comme la réduction de la teneur en sel ($p = 0,009$), le marketing ciblant les enfants ($p = 0,003$) et en particulier, la réduction de la teneur en matières grasses ($p < 0,001$). Une corrélation avec les enquêtes sur les risques a également été observée ($p = 0,03$). Bien que ces données n'établissent pas de lien de causalité, elles rejoignent l'évaluation qualitative des initiatives de la société civile dans la Région des Amériques (voir l'Encadré 8).

Les ripostes nationales aux MNT sont entravées par le manque de ressources

53. L'un des thèmes récurrents de l'évaluation, en particulier au niveau des pays, était le manque de ressources financières et humaines pour mettre en œuvre un instrument aussi ambitieux que le Plan d'action mondial, même une fois synthétisé en un plus petit nombre de meilleurs choix. L'une des difficultés était le manque d'informations facilement accessibles concernant les coûts d'une riposte efficace aux MNT. Quelques estimations des coûts ont été incluses dans le Plan d'action mondial : 940,26 millions de dollars des États-Unis, pour le coût total du Plan d'action mondial et au niveau national, des coûts se situant entre 1 et 4 % des dépenses de santé actuelles. Un des axes de travail de l'Ambassadeur mondial de l'OMS chargé des MNT et des traumatismes (voir l'Encadré 3, p.11) était d'élaborer un argumentaire d'investissement sur les MNT. Pour ce faire, une méthode employée pour évaluer le coût des ODD⁴⁷ a été utilisée et appliquée dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. Il a été conclu que pour mettre en œuvre l'ensemble des 16 meilleurs choix dans ces pays, il faudrait investir 1,27 dollar des États-Unis de plus par personne et par an et que pour chaque dollar investi, le rendement serait de 7 dollars des États-Unis. Comme il s'agit du montant supplémentaire requis, il n'est pas possible de l'utiliser pour évaluer ou comparer les dépenses actuelles des pays en matière de MNT.
54. Il n'est, en outre, pas possible d'évaluer les financements nécessaires en termes de budgets liés aux politiques, stratégies et plans d'action de lutte contre les MNT. Des doutes subsistent sur la manière dont ces budgets sont calculés ou sur ce que ces établissements de coûts signifient. Ces budgets sont souvent ambitieux et peuvent être surestimés car certains partent du principe qu'il faut solliciter plus que ce qui est nécessaire étant donné que les demandes sont toujours réduites lors du processus de finalisation. De ce fait, de tels budgets, même s'ils étaient disponibles, ne fourniraient pas une base fiable pour estimer les ressources financières nécessaires et les comparer avec les financements disponibles.
55. Les données sur les dépenses consacrées à la lutte contre les MNT pendant la période 2015-2017, ventilées par sources nationales et extérieures, sont disponibles pour 44 pays dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé.⁴⁸ Plus des deux tiers de ces pays (68 %) sont situés dans la Région africaine de l'OMS. Plus des trois-quarts (80 %) sont des pays à revenu faible (34 %) et des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (46 %). Un sixième (16 %) sont des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et deux pays seulement sont des pays à revenu élevé. Globalement, les dépenses consacrées aux MNT dans l'ensemble de ces pays ont représenté au total 12,2 milliards de dollars des États-Unis sur trois ans, soit environ 4 milliards de

⁴⁵ OPS (2014) *Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents* disponible à l'adresse

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49138/obesity-plan-of-action-child_eng_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 17 septembre 2020)

⁴⁶ OPS (2008) *Trans Fat Free Americas: Declaration of Rio de Janeiro* disponible à l'adresse

<https://www.paho.org/en/documents/trans-fat-free-americas-declaration-rio-janeiro-2008> (consulté le 17 septembre 2020)

⁴⁷ Stenberg, K., Hanssen, O., Tan-Torres Edejer, T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Rosen, J.E., Stover, J., Verboom, P., Sanders, R. and Soucat, A.

(2017) Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries. *Lancet Global Health* 2017; publié en ligne le 17 juillet ([http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2))

⁴⁸ OMS (2020) *Global Health Expenditure Database*

dollars des États-Unis par an. La quasi-totalité de ces sommes (95 %) provenait de sources nationales.⁴⁹ En comparaison, les dépenses consacrées aux maladies infectieuses dans ces pays au cours de la période se sont établies à 35,9 milliards de dollars des États-Unis⁵⁰ dont moins de la moitié (49 %) étaient issues de sources nationales.⁵¹ Globalement, les dépenses nationales consacrées aux MNT ont été en moyenne de 23 dollars des États-Unis par personne et par an dans les pays à faible revenu, 214 dollars des États-Unis dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 527 dollars des États-Unis dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.⁵²

Soutien apporté par l'OMS aux ripostes nationales aux MNT

56. L'OMS a contribué à cet objectif en fournissant des orientations stratégiques et en permettant des échanges grâce au Plan d'action mondial de manière générale et, en particulier, en partageant un ensemble de meilleurs choix, mis à disposition avec la publication de la version révisée de l'Appendice 3 du Plan d'action mondial (voir l'Encadré 9). En ce qui concerne le Plan d'action mondial dans son ensemble, les personnes interrogées ont estimé qu'il s'agissait d'un cadre directeur suffisamment souple pour guider l'élaboration des politiques au niveau national. L'une d'elles a indiqué que ce que l'OMS avait réussi à faire était de créer un plan d'action qui soit pertinent à l'échelle mondiale et qu'il s'agissait d'un très bon modèle qui avait largement été traduit au niveau des pays.

⁴⁹ Ce chiffre varie selon les pays : 81 % pour les pays à faible revenu, 97 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et 99 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et les pays à revenu élevé.

⁵⁰ Dans l'ensemble, la somme dépensée pour la lutte contre les MNT équivaut à 34 % des dépenses consacrées aux maladies infectieuses. Ce chiffre est de 16 % pour les pays à faible revenu, 28 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), 168 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et 488 % pour les pays à revenu élevé.

⁵¹ Cette proportion varie selon les pays : 29 % pour les pays à faible revenu, 55 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), 79 % pour les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et 93 % pour les pays à revenu élevé.

⁵² Cette somme s'élève à 298 dollars des États-Unis par an pour les deux pays à revenu élevé.

⁵³ OMS (2017) *L'appendice 3 actualisé du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259350/WHO-NMH-NVI-17.9-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 17 septembre 2020)

⁵⁴ OMS (non daté) *WHO-CHOICE* disponible à l'adresse <https://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/> (consulté le 18 septembre 2020)

⁵⁵ Isaranuwatthai, W., Teerawattananon, Y., Archer, R.A., Luz, A., Sharma, M., Rattanavipapong, W., Anothaisintawee, T., Bacon, R.L., Bhatia, T., Bump, J., Chalkidou, K., Elshaug, A.G., Kim, D.D., Reddiar, S.K., Nakamura, R., Neumann, P.J., Shichijo, A., Smith, P.C. and Culyer, A.J. (2020) *Prevention of Non-communicable Disease: Best Buys, Wasted Buys and Contestable Buys* BMJ 2020;368:m141 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m141>

Encadré 9. Quels sont les meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT ?

Le Plan d'action mondial est composé de cinq appendices. Les synergies entre les activités ciblant les maladies non transmissibles et les autres maladies sont exposées dans l'Appendice 1, le Cadre global mondial de suivi est présenté dans l'Appendice 2, des exemples de division du travail au sein du système des Nations Unies sont donnés dans l'Appendice 4 et des exemples d'engagement gouvernemental plurisectoriel pour réduire les facteurs de risque sont fournis dans l'Appendice 5. Une liste d'options de politique générale pour l'ensemble des objectifs du Plan d'action mondial est présentée dans l'Appendice 3. Dans le Plan d'action mondial, il a été reconnu que l'appendice devrait être réactualisé à mesure que les données factuelles devenaient disponibles et le Directeur général a été prié de proposer une telle actualisation selon que de besoin.

L'appendice 3 a été actualisé en 2017 et fait désormais l'objet d'un document indépendant connu sous le nom de « meilleurs choix ».⁵³ Ledit document comporte 88 interventions, parmi lesquelles 16 sont considérées comme meilleurs choix en ce qu'elles sont les plus rentables et applicables. La publication tient compte des nouvelles données sur la rentabilité, des nouvelles recommandations de l'OMS et des enseignements tirés de l'utilisation de la première version de l'Appendice 3. La rentabilité de certaines interventions a été évaluée au moyen du modèle WHO-CHOICE.⁵⁴ Des aspects non financiers ont également été inclus. Les interventions dont le rapport coût/efficacité moyen était ≤ 100 I\$ par année de vie ajustée sur l'incapacité évitée, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ont été considérées comme étant les plus rentables et les applicables.

Ces meilleurs choix ont été jugés particulièrement utiles pour former à la définition de priorité, en aiguillant les pays vers les interventions de la liste exhaustive du Plan d'action mondial qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité. Des personnes interrogées ont estimé que les « meilleurs choix » avaient contribué à la réalisation de progrès en vue d'atteindre les objectifs du Plan d'action mondial. Plusieurs d'entre elles ont déclaré qu'il s'agissait de la réalisation maîtresse du Plan d'action mondial. Typiquement, il était indiqué dans les commentaires que les « meilleurs choix » était le document technique et d'appui le plus important dans le cadre la lutte contre les MNT.

La valeur des meilleurs choix est certes reconnue mais on s'inquiète du fait que les données sont maintenant quelque peu datées et qu'elles ne proviennent pas pour la plupart de zones à faible revenu. L'importance du contexte local dans la prise de décisions concernant la mise en œuvre d'interventions de prévention des MNT a été soulignée par certains auteurs.⁵⁵ Parmi ceux qui ont répondu à l'évaluation, certains ont estimé que les meilleurs choix restaient trop généraux et qu'il convenait de les rendre encore plus spécifiques, notamment du fait des différentes situations nationales. Les meilleurs choix ne sont peut-être pas suffisamment détaillés pour qu'ils puissent être utiles à certains pays à revenu élevé. Une des personnes interrogées, par exemple, a signalé qu'il ne suffisait pas de déterminer si les aliments étaient étiquetés ou non mais quel était le type d'étiquetage le plus efficace. Des inquiétudes ont également été exprimées quant au fait que le document des meilleurs choix pourrait faire l'objet d'une application trop prescriptive et ne reconnaîtrait pas toujours le besoin des pays d'adapter ces orientations à leur contexte national spécifique. Bien que les progrès réalisés dans la mise en œuvre de bon nombre des meilleurs choix puissent être suivis grâce aux indicateurs ENG, il n'existe pas de cadre de suivi précis pour ces progrès. Une des personnes interrogées a déploré l'absence d'une version des meilleurs choix dans sa langue.

57. L'OMS a également soutenu les États Membres pour le renforcement des capacités, à l'aide d'une variété d'activités aux niveaux mondial, régional et national. Cela a consisté, entre autres, en la participation des représentants dans les pays à des réunions internationales (voir la Figure 1, p.8). Les personnes interrogées ont indiqué que les capacités de l'OMS à offrir aux pays un soutien personnalisé par l'intermédiaire des bureaux régionaux ou de pays avait été irrégulier. Des personnes interrogées à différents niveaux de l'OMS ont indiqué que l'accroissement des demandes adressées aux bureaux de pays ne s'était pas accompagné d'une augmentation des ressources humaines et des capacités dans ces bureaux. Par conséquent, bien que les bureaux de l'OMS dans les pays fournissent un soutien au renforcement des capacités au niveau national, des ressources supplémentaires permettraient d'en faire davantage. Dans le cadre de l'évaluation, une personne a indiqué que l'appui fourni par l'OMS avait été fragmentaire et inégal, que la lutte contre les MNT manquait de financement, et que la plus grande charge de morbidité était la moins financée. Elle a ajouté qu'on continuait à dire ce qu'il fallait pendant les assemblées mais que les ressources se faisaient toujours attendre, même au sein de l'OMS et qu'en interne, il était temps de joindre le geste à la parole pour ce qui était du budget de l'OMS.

58. Les États membres ont donné des exemples spécifiques de la façon dont l'OMS avait fourni une assistance technique pour soutenir leurs ripostes nationales aux MNT (voir l'Encadré 10). Dans de nombreux cas, les pays ont dressé de longues listes de domaines pour lesquels ils avaient reçu le soutien de l'OMS, tels que :

- l'assistance pour l'élaboration et le renouvellement de plans nationaux pour la prévention et la maîtrise des MNT. Le Plan d'action mondial est considéré comme une source d'idées et d'arguments scientifiques utiles. Les personnes interrogées ont indiqué que leurs plans nationaux étaient souvent analogues au Plan d'action mondial.
- la coopération technique, le conseil et la production de connaissances au moyen de documents, de travaux de recherche, d'études, d'ateliers (régionaux et nationaux), de webinaires et de réunions régionales.
- l'accès à des connaissances spécifiques sur la législation dans différents domaines liés aux MNT permettant l'élaboration d'une législation et de politiques plus adaptées pour lutter contre les MNT.
- un soutien financier limité pour les consultations et une assistance technique pour l'élaboration de lois et de politiques.
- des activités de sensibilisation et d'influence au niveau national en collaboration avec le Ministère de la santé.

Encadré 10. Le soutien apporté par l'OMS est valorisé par les États Membres

Une des personnes interrogées a déclaré que l'OMS jouait un rôle important dans le renforcement des capacités aux niveaux régional et national en nouant des partenariats, en fournissant une expertise technique et en étendant au maximum sa couverture géographique, notamment aux régions vulnérables dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Elle a ajouté qu'une des forces de l'OMS en tant que principal organisme de santé publique dans le monde était son rôle fédérateur, sa capacité à réunir tout un éventail de partenaires multisectoriels pour la résolution de problèmes complexes. Elle a conclu que l'OMS avait également joué un rôle crucial dans l'élaboration d'activités normatives permettant d'orienter les efforts menés au niveau national pour lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque dans de nombreux domaines.

59. Toutefois, les États Membres ont relevé un certain nombre de domaines dans lesquels le soutien de l'OMS pourrait être renforcé, certains d'entre eux sont mentionnés ci-après :

- Certains pays ont signalé que les activités de renforcement des capacités à l'échelle nationale avaient été limitées. Une des personnes interrogées a fait remarquer qu'alors qu'entre 2013 et 2015 un soutien efficace avait été fourni, celui-ci avait été considérablement réduit après 2015.
- Une autre a indiqué que les documents et les outils ne leur avaient pas toujours été transmis directement par l'OMS mais qu'ils en avaient parfois entendu parler par d'autres pays.
- Il a été observé que les ressources humaines mises à disposition de l'OMS pour la lutte contre les MNT dans les pays n'étaient pas adaptées.
- Parfois, il y a eu un décalage entre le soutien technique fourni par l'OMS, au niveau de la province par exemple, et les initiatives prises au niveau national par les pouvoirs publics. En outre, on a estimé que certaines décisions avaient été prises par l'OMS sans avoir consulté l'État Membre.
- Bien que l'OMS ait depuis longtemps fait ses preuves en matière de coordination de l'expertise technique susceptible d'être déployée dans les États Membres qui font face à des flambées de maladies infectieuses, comme Ebola, on n'observe pas de mobilisation similaire pour les MNT. Il a été suggéré que l'OMS envisage d'établir un programme qui associe des gouvernements nationaux en quête d'une expertise technique spécifique et les États Membres ou les organisations de la société civile qui sont à même de fournir une telle expertise.
- Il faudrait fournir davantage d'orientations au niveau national sur la façon de coordonner les partenaires ou de réunir des acteurs et des instances plurisectoriels.
- D'autres orientations relatives à l'exécution des programmes de lutte contre les MNT en cas de situation d'urgence seraient les bienvenues.
- Le soutien fourni n'est pas suffisant pour permettre de mener des enquêtes de suivi.

60. Le soutien des partenaires internationaux et des acteurs non étatiques est crucial pour les ripostes nationales aux MNT et cette importance est reconnue dans les principes de base du Plan d'action mondial. Au cours de plusieurs réunions mondiales, on a cherché à déterminer quelle était la meilleure façon de tirer parti de ce soutien. En 2016, le dialogue mondial du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles s'est intéressé à la manière d'améliorer la collaboration entre les acteurs non étatiques et le gouvernement.⁵⁶ La dernière réunion mondiale de l'OMS en date organisée à Mascate comportait un Forum multipartite des partenaires internationaux axé sur la collaboration avec les acteurs non étatiques.⁵⁷ Toutefois, les personnes interrogées ont indiqué qu'il s'agissait d'un domaine où un soutien accru de l'OMS serait le bienvenu, notamment pour l'organisation des relations avec le secteur privé, comme le fait de faire participer le secteur privé à la mise en œuvre des politiques à l'aide de partenariats adaptés, et la gestion des conflits d'intérêts avec les industries susceptibles de compromettre la prévention des facteurs de risque (entreprises spécialisées dans le tabac, l'alcool et les aliments et boissons) ou qui sont impliquées dans la fourniture de médicaments et de produits de base nécessaires à l'action de santé publique face aux MNT (entreprises technologiques dans le secteur médical et pharmaceutique). Les organisations de la société civile soutiennent les ripostes multisectorielles aux MNT de diverses manières (voir l'Encadré 11).

⁵⁶ OMS (2016) *Working Together to Tackle Noncommunicable Diseases GCM/NCD Global Dialogue Meeting on the Role of Non-State Actors in Supporting Member States in their National Efforts to Tackle Noncommunicable Diseases (NCDs) as Part of the 2030 Agenda for Sustainable Development Balaclava, Mauritius, 19-21 October 2016: Final Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/global-dialogue-meeting-report-oct2016.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

⁵⁷ OMS (2019) *WHO Global Meeting to Accelerate Progress on SDG Target 3.4 on Non-communicable Diseases and Mental Health, 9-12 December 2019, Muscat, Oman* disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/ncds/2556-ncd-global-meeting-booklet-14-11-19.pdf?sfvrsn=1e819c3f_3 (consulté le 16 septembre 2020)

Encadré 11. Les organisations de la société civile et leur rôle dans le soutien des ripostes nationales aux MNT

Les organisations de la société civile jouent des rôles différents dans le soutien des ripostes nationales aux MNT. Comme mentionné lors de la réunion de Balaclava⁵⁸, les ONG ne sont pas seulement d'importants défenseurs et observateurs chargés de veiller à ce que les pouvoirs publics et autres parties prenantes rendent compte des engagements qu'ils ont pris, ils épaulent également de plus en plus les pouvoirs publics, en tant que prestataires de services, pour la prévention et la maîtrise des MNT. En 2015, la société civile s'est engagée à être au centre de la riposte aux MNT en intervenant en matière de sensibilisation, de responsabilisation, d'échange de connaissances et de prestation des services⁵⁸. L'Alliance sur les MNT résume le rôle des organisations de la société civile dans les ripostes aux MNT aux « quatre A » : *advocacy, awareness, access, et accountability* (soit plaidoyer, sensibilisation, accès et responsabilisation, en français).

Dans une certaine mesure, la société civile a contribué à ce que les gouvernements soient tenus de rendre des comptes et à surveiller la mise en œuvre des engagements et des politiques au niveau national par le biais de rapports parallèles, d'évaluations comparatives et de la création de tableaux de bord sur les MNT. À ce jour, quatre Rapports de situation de la société civile ont été publiés sur le site Web de l'Alliance sur les MNT.⁵⁹ Un exemple d'initiative de la société civile en matière de responsabilisation est le cadre élaboré par la Coalition des Caraïbes pour une bonne santé (*Healthy Caribbean Coalition*) afin de suivre et de promouvoir les progrès effectués vers la réalisation des engagements pris par le gouvernement en vue de lutter contre l'obésité de l'enfant dans la région. L'initiative comprend une plateforme de suivi des politiques et un tableau de bord en ligne, une formation aux organisations de la société civile, la participation du public aux initiatives de responsabilisation et un soutien technique pour gérer les conflits d'intérêts.⁶⁰

Cependant, la collaboration avec les organisations de la société civile est freinée par l'absence de mécanismes permettant de les faire participer dans de nombreux pays. En 2019, moins de la moitié des pays avait un mécanisme national de coordination (voir le paragraphe 32, p.22) et il a été rapporté que dans les pays qui en avaient un, près d'un tiers (30 %) ne coopéraient pas avec la société civile.⁶⁰ Un des répondants a indiqué qu'au niveau national, les pays disposaient parfois de mécanismes de coordination multisectoriels mais qu'ils étaient dominés par le secteur gouvernemental. Il a ajouté que certains experts académiques étaient parfois invités à participer mais pas dans des conditions d'égalité et que la société civile intervenait peu, voire pas du tout.

Les organisations de la société civile qui sont formées par des réseaux de soutien par les pairs fournissent aux décideurs un aperçu unique des expériences vécues par les personnes touchées par les MNT et constituent un canal important pour promouvoir leur participation aux ripostes nationales aux MNT. La déclaration politique des Nations Unies de 2018 sur les MNT comprend spécifiquement un engagement à « promouvoir une véritable participation de la société civile (...) et (...) de faire entendre la voix des personnes vivant avec des maladies non transmissibles ou touchées par ces maladies et de sensibiliser à la situation de ces personnes ». Bien que certains progrès aient été réalisés, le fait que la participation des personnes ayant une expérience des MNT est encore souvent symbolique est une source d'inquiétude. Un répondant a déclaré : « Nous commençons tout juste à faire comprendre aux gouvernements et à l'OMS comment faire participer de manière constructive les personnes vivant avec des MNT ». Dans une des réponses par exemple, il a été reconnu qu'il fallait remédier à ce problème, que les personnes vivant avec des MNT pouvaient aider les gouvernements à faire ces choix difficiles. Il a ajouté qu'il convenait d'agir maintenant pour fournir aux personnes atteintes de MNT un siège à la table des négociations dans les ministères de la santé lorsque des décisions doivent être prises sur la façon d'équilibrer les exigences du système de santé pendant la pandémie [de COVID-19].⁶¹

⁵⁸ Alliance sur les MNT (2015) *Sharjah Declaration on NCDs: Civil Society United Towards 2030* disponible à l'adresse https://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/Sharjah%20Declaration_FV_eng.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

⁵⁹ À savoir : Healthy Caribbean Coalition Civil Society Regional Status Report - Responses to NCDs in the Caribbean Community, South African Civil Society Status Report 2010- 2015, Civil Society Report on the Situation of Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, et un rapport de référence sur la société civile - Responses to NCDs in East Africa

⁶⁰ Alliance sur les MNT (2020) *NCD Atlas Bridging the Gap on NCDs through Civil Society Action: Initiatives of National and Regional NCD Alliances* see <https://ncdalliance.org/resources/ncd-atlas-bridging-the-gap-on-ncds-through-civil-society-action#:~:text=To%20showcase%20NCD%20civil%20society,of%20National%20and%20Regional%20NCD> (consulté le 10 septembre 2020)

⁶¹ Mikkelsen, B. (2020) *Now is the Time for a 'Great Reset' of the NCD Agenda* Personal Blog by @MikkelsenBente_ disponible à l'adresse <https://www.ncd.one/blog> (consulté le 18 septembre 2020)

Conclusions et recommandations pour l'objectif 2

L'identification par l'OMS de ce qu'elle considère comme les meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT a fourni aux États Membres une série d'options de politique générale qu'ils peuvent envisager lorsqu'ils recherchent des mécanismes d'un bon rapport coût/efficacité fondés sur les meilleures données actuelles. Globalement, les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ont été lents et progressifs et n'ont pas connu l'accélération rapide à laquelle les processus de haut niveau associés au Plan d'action mondial permettaient d'aspirer.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quelle est la meilleure façon d'utiliser les ressources financières limitées disponibles pour les MNT en mettant l'accent sur les options les plus rentables au vu des données disponibles. Plus précisément :

- les États Membres devraient identifier les moyens de fournir les ressources financières internes nécessaires pour lutter efficacement contre les MNT, de recenser ces ressources et d'en tirer parti, y compris, le cas échéant, dans le cadre de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19 et des plans d'action pour le relèvement ;
- les États Membres devraient concentrer leurs ressources financières sur les mesures qui présenteront le meilleur rapport coût/efficacité sur la base des meilleures données disponibles ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait actualiser les meilleurs choix sur la base des dernières données disponibles, issues notamment de contextes régionaux et nationaux variés ;
- les États Membres devraient adapter les meilleurs choix à leur situation avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS, si nécessaire ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner si d'autres orientations peuvent être données sur le financement total nécessaire à la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MNT les plus rentables ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de recueillir plus de données sur les niveaux de dépenses consacrées dans les pays aux MNT et d'en rendre compte.

3.3. Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

Progression globale

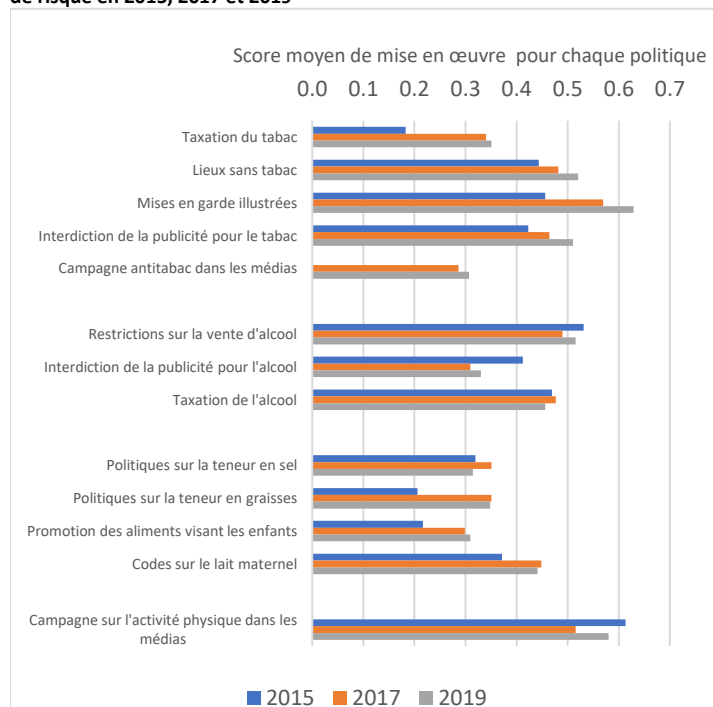
61. Les pays ont bien progressé dans la mise en place de politiques nationales sur les quatre principaux facteurs de risque des MNT. Dans le cas de la consommation de tabac, de l'alimentation saine et de l'activité physique, l'introduction de ces politiques s'est accompagnée de progrès dans des domaines d'action clés. Néanmoins, ce n'est pas le cas pour l'usage nocif de l'alcool. Dans l'ensemble, on a observé des avancées régulières en matière de tabagisme et des résultats plus mitigés dans les autres domaines. L'accélération considérable des progrès envisagée dans le Plan d'action mondial n'a pas encore eu lieu dans les pays.

Indicateurs de progrès

62. Globalement, les pays ont bien progressé dans la mise en place de politiques nationales sur les quatre principaux facteurs de risque (voir le Tableau 1, p.23). Par exemple, la part des pays dotés d'une politique spécifique est passée de 48 % en 2013 à 74 % en 2019 pour l'usage nocif de l'alcool ; de 52 % à 79 % pour l'activité physique ; de 63 % à 79 % pour le tabagisme ; et de 55 % à 80 % en ce qui concerne l'alimentation saine. Une corrélation statistiquement significative a été observée entre le fait d'être doté de l'une ou l'autre de ces politiques et le niveau de revenu du pays (voir le Tableau 1).

63. En ce qui concerne les mesures sur les facteurs de risque, les progrès sont plus contrastés (voir le Tableau 2, p.24) et dépendent de si les indicateurs ont été pleinement atteints ou au moins partiellement atteints. En combinant ces résultats de façon à établir un score de mise en œuvre pour chaque indicateur (voir la Figure 12), il apparaît que des progrès ont été accomplis d'année en année sur le plan des mesures de lutte antitabac, mais que les avancées sont minimales pour celles relatives à l'usage nocif de l'alcool ou à l'activité physique. Concernant les mesures en faveur d'une alimentation saine, le tableau est mitigé : s'il y a eu des avancées régulières du point de vue de la promotion des aliments visant les enfants, les progrès sont faibles voire inexistantes pour les politiques de réduction de la teneur en sel.

Figure 12 : Score de mise en œuvre moyen pour les principales mesures sur les facteurs de risque en 2015, 2017 et 2019



Le fait d'avoir une politique sur un facteur de risque spécifique conduit-t-il à la prise de mesures sur ce facteur de risque ?

64. La critique qui a été adressée au Plan d'action mondial en général (voir le paragraphe 26, p.17), à savoir que l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans d'action ne conduisait pas nécessairement à la mise en œuvre des mesures nécessaires, est également valable pour la partie du Plan d'action mondial qui concerne plus particulièrement les politiques liées aux facteurs de risque. Le fait d'avoir une politique sur un facteur de risque spécifique signifie-t-il que le pays va ensuite mettre en œuvre les mesures nécessaires pour lutter contre

ce facteur de risque ? Un des objectifs de cette évaluation était de répondre à cette question en examinant dans quelle mesure l'adoption d'une politique sur un facteur de risque donné était associée à la mise en œuvre de mesures connexes par le pays concerné (voir le Tableau 4). Dans la plupart des cas, il y a une corrélation significative (en vert dans le Tableau 4). Néanmoins, ce n'est pas le cas pour l'usage nocif de l'alcool. Dans ce cas-là, on observe une corrélation négative entre le fait d'avoir une politique et la mise en œuvre de mesures essentielles. Ces corrélations ne sont toutefois pas statistiquement significatives. Par exemple, moins d'un quart (23 %) des pays dotés d'une politique sur l'usage nocif de l'alcool ont adopté une mesure de taxation de l'alcool, contre un tiers (33 %) des pays qui n'ont pas une telle politique. Une corrélation est observée entre l'existence d'une politique sur le tabagisme et certaines mesures, liées à l'emballage en particulier, mais cette corrélation n'est pas observée avec d'autres mesures, comme les prix et les environnements sans tabac. Concernant les régimes alimentaires sains, il y a une corrélation statistique entre les politiques et l'ensemble de mesures et chaque mesure individuelle. Ces corrélations sont très fortes, à l'exception peut-être des mesures relatives au code sur le lait maternel.

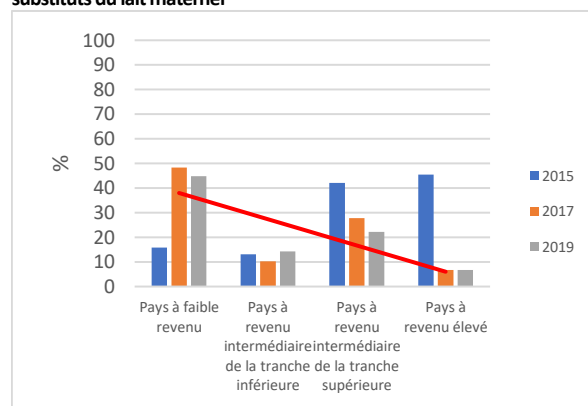
Tableau 4 : Le fait pour un pays d'être doté de certaines politiques est-il corrélé à l'application des principales mesures de lutte contre les MNT ?

Politique	Mesure	Corrélation significative	Valeur-p	Pourcentage (%) de pays appliquant pleinement la mesure		Pourcentage (%) de pays appliquant la mesure de façon partielle	
				avec politique	sans politique	avec politique	sans politique
Usage nocif de l'alcool (PA3a)	Disponibilité (COM6a)	Non	0,35	15 %	20 %	93 %	95 %
	Publicité (ENG6b)	Non	0,70	31 %	33 %	46 %	38 %
	Taxation (ENG6c)	Non	0,72	23 %	33 %	77 %	71 %
Tabagisme (PA3c)	Tarifification (ENG5a)	Non	0,06	21 %	18 %	59 %	33 %
	Lieux sans tabac (ENG5b)	Non	0,40	32 %	31 %	74 %	64 %
	Emballage (ENG5c)	Oui	< 0,001	54 %	26 %	86 %	51 %
	Publicité (ENG5d)	Oui	0,03	24 %	28 %	84 %	54 %
	Campagnes (ENG5e)	Oui	0,04	27 %	6 %	53 %	27 %
Alimentation saine (PA3d)	Teneur en sel (ENG7a)	Oui	< 0,001	25 %	0 %	52 %	11 %
	Teneur en graisses (ENG7b)	Oui	< 0,001	37 %	9 %	48 %	11 %
	Promotion des aliments visant les enfants (ENG7c)	Oui	< 0,001	38 %	6 %	s. o.	s. o.
	Code sur le lait maternel (ENG7d)	Oui	0,04	18 %	14 %	74 %	54 %
Activité physique (PA3b)	Campagnes dans les médias (ENG8)	Oui	< 0,001	60 %	23 %	75 %	31 %

En général, les mesures sur les facteurs de risques sont liées à la catégorie de revenu du pays mais il y a des exceptions.

65. Dans l'ensemble, il existe une corrélation positive entre la catégorie de revenu du pays et les résultats obtenus pour les indicateurs ENG relatifs aux facteurs de risque, autrement dit, les pays à revenu élevé tendent à avoir de meilleurs scores que les pays à revenu faible. Il existe toutefois quelques exceptions, notamment, les indicateurs relatifs à la publicité des produits du tabac et de l'alcool, aux espaces non-fumeurs, les indicateurs sur la disponibilité et la taxation de l'alcool et l'indicateur lié au code sur le lait maternel. En effet, dans certains de ces cas, on observe des tendances négatives, les pays à revenu faible obtenant de meilleurs scores que les pays à revenu élevé (voir la Figure 13, par exemple). Bien que ces tendances ne soient pas statistiquement significatives

Figure 13 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) étant parvenu à se doter d'une législation/réglementation donnant pleinement effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel



(voir le Tableau 4), elles contrastent nettement avec la tendance générale en matière de résultats (voir la Figure 7, p.24). Ces indicateurs portent tous sur des domaines où il existe des intérêts économiques ou commerciaux considérables qui pourraient pâtir de l'introduction de telles politiques.

Soutien fourni par l'OMS pour influencer sur les facteurs de risque

66. L'OMS a fourni des conseils stratégiques et engagé un dialogue sur la lutte antitabac à grande échelle, ce qui illustre bien que le tabac est la principale cause évitable de décès et de maladies dans le monde et est conforme au corpus de données considérables sur les interventions efficaces pour réduire la demande de tabac. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Convention-cadre de l'OMS)⁶² adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003 et entrée en vigueur en 2005 a constitué une avancée majeure. La Convention-cadre de l'OMS a remporté une large adhésion. Elle rassemble 180 Parties et fournit un cadre juridiquement contraignant qui engage les gouvernements à mettre en œuvre une approche complète reposant sur des bases factuelles pour la lutte antitabac. L'OMS et le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS ont très nettement contribué à ce que la lutte antitabac occupe une place importante dans le programme mondial de développement, comme en témoigne la cible 3.a des ODD « Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac ». Le Plan d'action mondial soutient sans réserve la mise en œuvre de la Convention-cadre. Les neuf interventions en matière de lutte antitabac contenues dans les meilleurs choix et les autres interventions recommandées concordent avec les mesures envisagées dans la Convention. La Convention-cadre de l'OMS a un cadre de suivi en place et le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme publié tous les deux ans fournit des données mesurables par les indicateurs ENG5a et ENG5e. L'OMS déploie d'autres efforts en vue de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS, comme la Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac⁶³ et la Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac.⁶⁴ L'OMS a également régulièrement apporté une coopération technique en matière de lutte antitabac, par l'intermédiaire du programme mPOWER.⁶⁵ Le Rapport de l'OMS de 2019 sur l'épidémie mondiale de tabagisme souligne que le nombre de personnes couvertes par au moins une mesure MPOWER a plus que quadruplé depuis 2007, soit cinq milliards de personnes couvertes dans 136 pays.⁶⁶ L'OMS a coopéré avec les ministères des finances de différents États Membres pour fournir une assistance technique pour la taxation du tabac et l'élimination du commerce illicite des produits du tabac. L'Organisation aide également les États Membres à élaborer des politiques relatives à l'offre de tabac, comme la recherche de cultures de substitution. La lutte antitabac a pu progresser, en dépit de l'ingérence attestée de l'industrie du tabac, grâce aux efforts déployés par l'OMS et le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS et orientés par les dispositions fermes de ladite Convention.^{67 68}

⁶² OMS (2003) *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1> (consulté le 18 septembre 2020)

⁶³ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2013) *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* disponible à l'adresse https://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/protocol-publication/fr/ (consulté le 18 septembre 2020) Bien que ce protocole ait été adopté en novembre 2012, il est entré en vigueur en septembre 2018 au terme d'une longue période de négociation.

⁶⁴ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2019) *Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac: faire avancer le développement durable par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS 2019-2025* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326016/WHO-CSF-2019_1-fre.pdf?ua=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁶⁵ L'objectif du programme MPOWER est de surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention, protéger la population contre la fumée du tabac, offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac, mettre en garde contre les dangers du tabagisme, faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, et d'augmenter les taxes sur le tabac - voir <https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/fr/> (consulté le 18 septembre 2020)

⁶⁶ OMS (2019) *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2019 : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326005/WHO-NMH-PND-2019_5-fre.pdf

⁶⁷ Comité d'experts sur les documents de l'industrie du tabac (2000) *Les stratégies utilisées par l'industrie du tabac pour contrer les activités de lutte antitabac à l'Organisation mondiale de la Santé* disponible à l'adresse https://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/inquiry_fr.pdf?ua=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁶⁸ OMS (2008) *Tobacco Industry Interference with Tobacco Control* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/83128/9789241597340_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 18 septembre 2020)

67. Avant de mettre au point le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, l'OMS a élaboré la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool⁶⁹ dont une mise à jour est prévue pour 2022. L'OMS a examiné les effets de l'alcool sur la santé à l'échelle mondiale et a publié six éditions du Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé [*Global Status Report on Alcohol and Health*, en anglais].⁷⁰ Les mesures concernant l'usage nocif de l'alcool contenues dans les meilleurs choix portent sur la disponibilité, la publicité et la taxation des produits contenant de l'alcool. L'OMS a également encouragé la réduction de l'usage nocif d'alcool en tant que programme mondial de développement et suit la contribution de cette lutte contre l'alcool à la réalisation des ODD par l'intermédiaire de son Système mondial d'information sur l'alcool et la santé [*Global Information System on Alcohol and Health - GISAH*, en anglais].⁷¹ ⁷² L'OMS a mis au point l'initiative SAFER⁷³, un module technique qui se fonde sur cinq stratégies à fort impact élaborées pour aider les gouvernements à réduire l'usage nocif de l'alcool et ses conséquences sanitaires, sociales et économiques. Selon les personnes interrogées, le lobbying et l'ingérence de l'industrie de l'alcool ont entravé les progrès accomplis en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool. L'usage nocif de l'alcool n'est pas régulé au niveau international par un cadre réglementaire juridiquement contraignant, comme c'est le cas pour le tabac. De plus, l'industrie de l'alcool a participé activement aux initiatives visant à lutter contre l'usage nocif de l'alcool, par le biais d'activités de sensibilisation, par exemple, alors qu'il a été prouvé que les initiatives financées par l'industrie étaient peu susceptibles d'être efficaces, du fait de l'incidence sur la recherche et de l'influence de l'industrie de l'alcool sur l'élaboration des politiques. La présence de l'industrie lors des réunions législatives et les contestations judiciaires des politiques sur l'alcool⁷⁴ est un exemple des types d'ingérence dans l'élaboration des politiques qui ont été signalés.

68. Pour mener à bien ses activités en matière d'alimentation, l'OMS s'inspire de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé⁷⁵ et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant⁷⁶ élaborée conjointement par l'OMS et l'UNICEF. Les travaux sur la nutrition ont été menés en étroite collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, et avec la FAO en particulier, avec la Déclaration de Rome sur la nutrition⁷⁷ et la mise au point des engagements précis, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps (engagements « SMART ») dans le cadre de la Décennie d'action sur la nutrition.⁷⁸ Afin de fournir des conseils stratégiques et d'engager un dialogue sur la promotion d'une alimentation saine, l'OMS a élaboré des recommandations pour la réglementation, la reformulation et l'étiquetage telles que :

- le programme REPLACE sur l'élimination des acides gras trans au niveau mondial d'ici 2023⁷⁹

⁶⁹ OMS (2010) *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* disponible à l'adresse

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁰ En 1999, en 2001 (sur les jeunes), en 2004 (sur les politiques en matière d'alcool notamment), en 2011, 2014 et 2018 – voir

https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrh/en/ (consulté le 18 septembre 2020)

⁷¹ OMS (2020) *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)* – voir <https://www.who.int/gho/alcohol/en/> (consulté le 18 septembre 2020)

⁷² Les données pour les indicateurs ENG sur l'usage nocif de l'alcool sont recueillies dans le cadre de ce processus de suivi

⁷³ OMS (2018) *SAFER : Preventing and Reducing Alcohol-Related Harms: Harmful Use of Alcohol: A Health and Development Priority* disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/alcohol/sagfer-framework.pdf?sfvrsn=3d085e49_4 (consulté le 18 septembre 2020) L'initiative SAFER est axée sur le renforcement des restrictions sur la vente d'alcool, la promotion et l'application de mesures sur l'alcool au volant, la facilitation de l'accès au dépistage, à des interventions brèves et au traitement, l'application d'interdictions ou d'importantes restrictions sur la publicité et la promotion de l'alcool et sur les commandes par des fabricants d'alcool, ainsi que la hausse des prix de l'alcool par des droits d'accise et des politiques sur les prix.

⁷⁴ OMS (2018) *Global Status Report on Alcohol and Health* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁵ OMS (2004) *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* disponible à l'adresse

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁶ OMS et UNICEF (2003) *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* disponible à l'adresse

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42680/9242562211.pdf?sequence=1> (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁷ FAO et OMS (2014) *Deuxième Conférence internationale sur la nutrition : Rome, 19-21 novembre 2014, Document final de la Conférence : Déclaration de Rome sur la nutrition* disponible à l'adresse <http://www.fao.org/3/a-m1542f.pdf> (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁸ FAO et OMS (non daté) *UN Decade of Action on Nutrition 2016-2025* disponible à l'adresse

https://www.un.org/nutrition/sites/www.un.org.nutrition/files/general/pdf/1-nutrition_decade_flyer_intro_for_web.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

⁷⁹ OMS (2019) *REPLACE Trans Fat : Un Programme d'action pour éliminer les acides gras trans (AGT) industriels* disponible à l'adresse

<https://www.who.int/docs/default-source/replace-transfat/1-replace-framework-updated-june-2019-ke.pdf> (consulté le 18 septembre 2020) Le programme REPLACE consiste à examiner les sources alimentaires d'acides gras trans (AGT) industriels et les changements de politiques nécessaires, à promouvoir le remplacement des AGT industriels par des huiles et des graisses plus saines, à adopter des lois, ou prendre des mesures réglementaires, pour éliminer les AGT

- le guide SHAKE sur la réduction de l'apport en sel⁸⁰
- les orientations : mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants⁸¹
- des modèles de profil nutritionnel, outils destinés à protéger les enfants contre la commercialisation des aliments^{82 83 84 85 86 87}
- la directive : apport en sucres chez l'adulte et l'enfant⁸⁸

69. L'OMS fait rapport sur les régimes alimentaires sains en tant que facteur de risque des MNT dans l'Examen mondial des politiques en matière de nutrition réalisé tous les cinq ans.⁸⁹ Les personnes interrogées ont exprimées des opinions plus contrastées sur l'implication de l'industrie dans la résolution de la question de l'alimentation saine qu'elles ne l'avaient fait pour l'implication de l'industrie en matière de lutte contre tabagisme et la consommation nocive d'alcool. Elles ont reconnu que le secteur privé jouait un rôle clé en matière d'alimentation saine, considéré comme un facteur de risque des MNT, en mettant en évidence à la fois les influences négatives sur l'élaboration des politiques, la réglementation et les résultats sanitaires, et la possibilité d'une incidence positive sur la réalisation de cet objectif.

70. Les conseils stratégiques et le dialogue en matière d'activité physique s'inspirent également de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.⁷⁵ L'activité physique est considérée comme un facteur de risque indépendant dans le Plan d'action mondial et elle fait l'objet d'un des meilleurs choix. L'OMS a élaboré le Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030⁹⁰ dont l'objectif est de réduire, au niveau mondial, la prévalence de l'inactivité physique de 10 % à l'horizon 2025 et de 15 % d'ici 2030. Dans les Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, l'OMS fournit des normes et critères concernant l'activité physique.⁹¹ L'OMS a apporté son soutien à l'UNESCO pour la mise au point de l'ensemble de principes d'action : « Promouvoir des politiques d'Éducation Physique de Qualité ». ⁹² Le module

industriels, à évaluer et suivre la teneur en AGT dans l'alimentation et l'évolution de la consommation d'AGT dans la population, à sensibiliser les décideurs politiques, les producteurs, les fournisseurs et le grand public aux conséquences sanitaires des AGT et veiller à la bonne application des politiques et des réglementations.

⁸⁰ OMS (2016) *SHAKE : guide technique en vue de réduire l'apport en sel* [The SHAKE Technical Package for Salt Reduction] disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259174/9789242511345-fre.pdf?sequence=1> (consulté 18 septembre 2020) Les cinq axes principaux du programme SHAKE sont : la surveillance (mesurer et suivre la consommation de sel), la mobilisation du secteur (promouvoir la reformulation des aliments et des repas afin qu'ils soient moins salés), l'adoption de normes d'étiquetage et de commercialisation (instaurer des normes afin que l'étiquetage et la commercialisation des produits alimentaires soient efficaces et exacts), information (éduquer et communiquer pour montrer à la population qu'il est important de consommer moins de sel) et l'environnement (soutenir les environnements favorisant une alimentation saine).

⁸¹ Assemblée mondiale de la Santé (2016) *Mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-fr.pdf?ua=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁸² OMS (2015) *WHO Regional Office for Europe: Nutrient Profile Model* disponible à l'adresse https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-children_web-new.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

⁸³ OPS (2016) *Pan American Health Organization Nutrient Profile Model* disponible à l'adresse https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18621/9789275118733_eng.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁴ OMS (2016) *WHO Nutrient Profile Model for the Western Pacific Region A Tool to Protect Children from Food Marketing* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252082/9789290617853-eng.pdf;jsessionid=C3BBF778743CB91DF552ED0EDBCC5303?sequence=1> (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁵ OMS (2017) *Nutrient Profile Model for the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the WHO Eastern Mediterranean Region* disponible à l'adresse https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2017_en_19632.pdf?ua=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁶ OMS (2017) *Nutrient Profile Model for South-East Asia Region: To implement the Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253459/9789290225447-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁷ OMS (2019) *Modèle de Profil Nutritionnel pour la Région africaine de l'OMS : un outil pour la mise en œuvre des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329957/9789290313298-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁸ OMS (2015) *Directive : Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155735/WHO_NMH_NHD_15.2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 18 septembre 2020)

⁸⁹ OMS (2018) *Global Nutrition Policy Review 2016-2017* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1161738/retrieve> (consulté le 18 septembre 2020)

⁹⁰ OMS (2018) *Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327168/9789242514186-fre.pdf> (consulté le 18 septembre 2020)

⁹¹ OMS (2010) *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?ua=1 (consulté le 18 septembre 2020)

⁹² UNESCO (2020) *Promouvoir des politiques d'Éducation Physique de Qualité* disponible à l'adresse <https://fr.unesco.org/themes/sport-antidopage/sport-education/gpe> (consulté le 18 septembre 2020)

technique SOYONS ACTIFS⁹³ sur l'activité physique appuie la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour l'activité physique. Des campagnes comme « Walk the talk, Walk for Health » ont cherché à faire prendre conscience du fait que l'inactivité physique était un facteur de risque des MNT à l'échelle mondiale.⁹⁴ Malgré ces réalisations, certaines personnes interrogées ont indiqué continuer à craindre que l'inactivité physique ne soit délaissée par rapport aux autres facteurs de risque. L'activité physique est un domaine où il existe des possibilités de collaboration productive avec le secteur privé car les intérêts de l'industrie du sport concordent avec l'objectif de réduction de l'inactivité physique. Concernant l'activité physique, une des personnes interrogées a indiqué qu'il y avait davantage d'intérêts communs avec l'OMS et que la collaboration était bien moins problématique. Un exemple d'une collaboration de ce type est l'ensemble de mesures pour une Éducation Physique de Qualité de l'UNESCO conçu en coopération avec Nike et le Comité international olympique.

Rôle des partenaires internationaux et des acteurs non étatiques

71. Un des sujets qui est revenu fréquemment dans les réponses, et avec lequel l'OMS est aux prises, est celui de savoir si la participation du secteur privé est constructive ou malvenue dans la lutte contre les facteurs de risque. Il y a, d'un côté, la possibilité d'échanges fructueux avec quelques industries sur certains sujets et de l'autre, des risques réels, et bien attestés, d'ingérence de l'industrie et d'influence induite sur d'autres thèmes. Un des exemples d'une participation de l'industrie considérée comme réussie est présentée dans l'Encadré 12.
72. Les organisations de la société civile ont joué un rôle actif dans la sensibilisation aux facteurs de risque des MNT à l'échelle mondiale, comme la lutte antitabac, les formes inappropriées de promotion des substituts du lait maternel et l'usage nocif de l'alcool. Le Plan d'action mondial fournit une assise commune pour les mouvements dans ces domaines. Les acteurs de la société civile, en particulier ceux qui sont regroupés au sein de l'Alliance sur les MNT, ont fait des facteurs de risque un programme commun. Une des personnes interrogées a fait remarquer que généralement lorsqu'on abordait le sujet des MNT, on tendait à se focaliser sur les services de santé et la prise en charge au lieu d'envisager la question des MNT dans sa globalité. Elle a ajouté que la prévention était pourtant bien plus efficace et qu'il fallait donner davantage de visibilité aux facteurs de risque.

⁹³ OMS (2018) *ACTIFS : module technique pour promouvoir l'activité physique* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330364/9789242514803-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté 18 septembre 2020) Les domaines d'action du module SOYONS ACTIFS sont des sociétés actives, des environnements actifs, une populations active et des systèmes actifs.

⁹⁴ OMS (2020) *Global Walk the Talk: The Health for All Challenge* voir <https://www.who.int/news-room/events/global-walk-the-talk> (consulté le 18 septembre 2020)

Encadré 12. Impliquer le secteur privé dans la reformulation des produits visant à éliminer les acides gras trans

Un travail considérable a été effectué avec le secteur privé sur la modification de la composition des aliments pour que les acides gras trans (AGT) produits industriellement soient remplacés par des huiles et des graisses plus saines. Cette avancée a été rendue possible parce l'absence d'incidence sur le goût ou le coût et parce que les avantages pour la santé d'une telle modification sont largement admis.

Les progrès accomplis vers la réalisation de l'objectif mondial d'élimination des acides gras trans ont été facilités par un partenariat conclu avec l'industrie alimentaire en vue de l'élaboration d'une feuille de route pour atteindre l'objectif d'élimination des AGT des produits et denrées alimentaires. Il est reconnu dans le programme REPLACE que l'élimination des acides gras trans industriels nécessite la collaboration des fabricants de denrées alimentaires, d'huiles et de graisses comestibles. Un représentant du secteur privé interrogé a expliqué qu'ils comprenaient leurs clients, leur industrie et le marché et qu'ils faisaient partie du système. Par conséquent, selon lui, une prise de décision sans implication des membres de l'industrie pourrait se solder par un échec étant donné qu'ils sont ceux qui connaissent leurs clients le mieux. Il a ajouté que leur contribution permettait de comprendre la réalité du secteur et que, grâce à eux, les efforts pouvaient avoir une portée immense.

Des échanges ont été engagés dans le cadre du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les MNT et de réunions périodiques entre directeurs généraux sur l'élimination des acides gras trans entre l'OMS et l'industrie alimentaire. En avril 2019, le Directeur général de l'OMS a publié une déclaration dans laquelle il demandait aux fabricants de graisses, d'huiles et de denrées alimentaires et au secteur de la restauration de modifier la composition des aliments en vue de l'éliminer les AGT produits industriellement et de les remplacer par des options alternatives à faible teneur en graisses saturées.⁹⁵ En mai 2019, l'Alliance internationale des produits alimentaires et des boissons (*International Food and Beverage Alliance-IFBA en anglais*) a pris un engagement renforcé visant à éliminer les acides gras trans produits industriellement (*Enhanced Commitment to Phase out Industrially Produced Trans-Fatty Acids, en anglais*)⁹⁶ dans lequel ses membres se sont engagés à ne pas dépasser 2 grammes des AGT produits industriellement pour 100 grammes de graisse/huile dans leurs produits au niveau mondial d'ici 2023, conformément à l'objectif général de l'OMS d'élimination mondiale de ces acides gras des produits et denrées alimentaires d'ici 2023.

Une des personnes interrogées a indiqué que, bien que l'Alliance internationale des produits alimentaires et des boissons représente environ 15 % des ventes mondiales d'aliments emballés, elle avait apporté un soutien supplémentaire à l'objectif de 2023 en fournissant un soutien technique, à partir de 2019, aux petites et moyennes entreprises du secteur de l'alimentation pour exclure les AGT produits industriellement de la production. Cela a été mené à bien avec le réseau du secteur privé du mouvement SUN (*Scaling Up Nutrition Business Network*).

Des enseignements peuvent être tirés de cet exemple : une collaboration positive a été rendue possible par un dialogue ouvert entre l'OMS et les représentants du secteur privé combiné à l'alignement entre les objectifs de l'OMS et ceux de l'industrie. L'OMS et les parties prenantes du secteur privé peuvent s'en inspirer et saisir des opportunités de partenariat lorsqu'elles se présentent. Un des répondants de la société civile qui travaille sur la nutrition a déclaré que toute l'incertitude quant à la participation du secteur privé avait été une distraction, que le secteur privé avait un rôle à jouer et que l'OMS devrait s'attacher à développer une relation marquée par la responsabilisation et la transparence avec le secteur alimentaire.

⁹⁵ OMS (2019) *L'industrie des graisses, celle des huiles et les secteurs de l'alimentation et de la restauration doivent se joindre aux efforts mondiaux pour éliminer les acides gras trans industriels des aliments transformés d'ici à 2023* disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/23-04-2019-fats-oils-food-and-food-service-industries-should-join-global-effort-to-eliminate-industrial-trans-fat-from-processed-food-by-2023> (consulté le 18 septembre 2020)

⁹⁶ IFBA (2019) *International Food and Beverage Alliance (IFBA) Enhanced Commitment to Phase Out Industrially Produced Trans-Fatty Acids* disponible à l'adresse https://ifballiance.org/uploads/press/pdf/5ccc4b8061475_IFBA%20ITFA%20Enhanced%20Commitment%2002.05.2019.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

Conclusions et recommandations pour l'objectif 3

Des progrès graduels ont été réalisés dans la lutte contre le tabagisme, tandis que pour d'autres facteurs de risque, tels que l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique, ils n'ont pas encore été observés. Il est possible que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le suivi de sa mise en œuvre soit un facteur clé à cet égard.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme n'ont pas encore été observés pour d'autres facteurs de risque. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès constants observés en matière de lutte antitabac ne sont pas observés pour d'autres facteurs de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner pourquoi, en particulier, les politiques sur l'usage nocif de l'alcool ne sont pas associées à la mise en œuvre des mesures d'un bon rapport coût/efficacité répertoriées pour lutter contre ce facteur de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quels sont les obstacles, dans les pays à revenu élevé, à la mise en œuvre des mesures pour lesquelles il n'existe pas de corrélation avec la catégorie de revenu ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner (dans le cadre de l'examen des meilleurs choix) si la gamme des interventions rentables portant sur l'activité physique peut être élargie ;
- les États Membres devraient élaborer et renforcer les cadres réglementaires appropriés pour tous les facteurs de risque, avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS.

3.4. Objectif 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

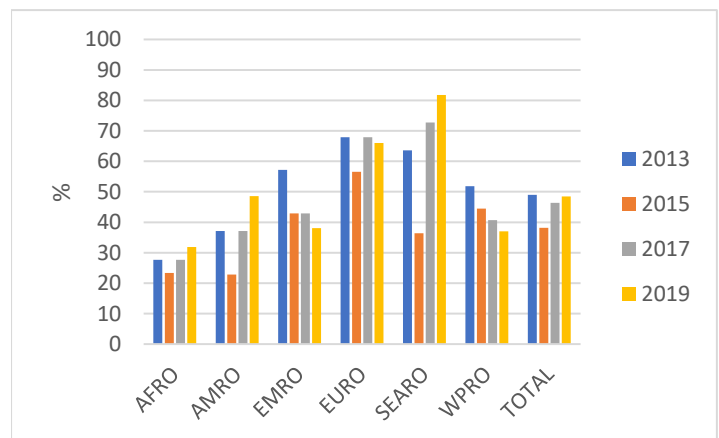
Progression globale

73. Il y a eu relativement peu de progrès en termes de gestion efficace des MNT par l'intermédiaire des soins de santé primaires dans la plupart des pays. En général, les ripostes du système de santé des pays face aux MNT se limitent aux soins secondaires et tertiaires.

Indicateurs de progrès

74. L'indicateur PA pour cet objectif est le pourcentage d'États Membres disposant de lignes directrices, de protocoles ou de normes fondé(e)s sur des bases factuelles pour la prise en charge des principales MNT dans le cadre des soins primaires. Les pays ont peu progressé dans la mise en place de lignes directrices, de normes ou de protocoles nationaux fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge des principales MNT moyennant une approche fondée sur les soins de santé primaires. En 2013, moins de la moitié des pays (49 %) disposaient de lignes directrices, de normes ou de protocoles nationaux de ce type ; ce niveau était inchangé (48 %) en 2019 (voir le Tableau 1, p.23 et la Figure 14). La mise en place de ces instruments est mesurée à la fois par un indicateur PA et un indicateur ENG (PA4 et COM9). Bien que les chiffres soient les mêmes en 2017 et 2019, il existe un écart plutôt marqué entre les données en 2015 (38 % pour l'AP4 et 26 % pour l'ENG8 – voir les Tableaux 1 et 2, à partir de la p.23). La principale explication semble être que les calculs pour l'indicateur ENG8 étaient basés sur des données antérieures ou préliminaires. De ce fait, l'évaluation a accordé plus d'importance aux données pour les indicateurs PA.

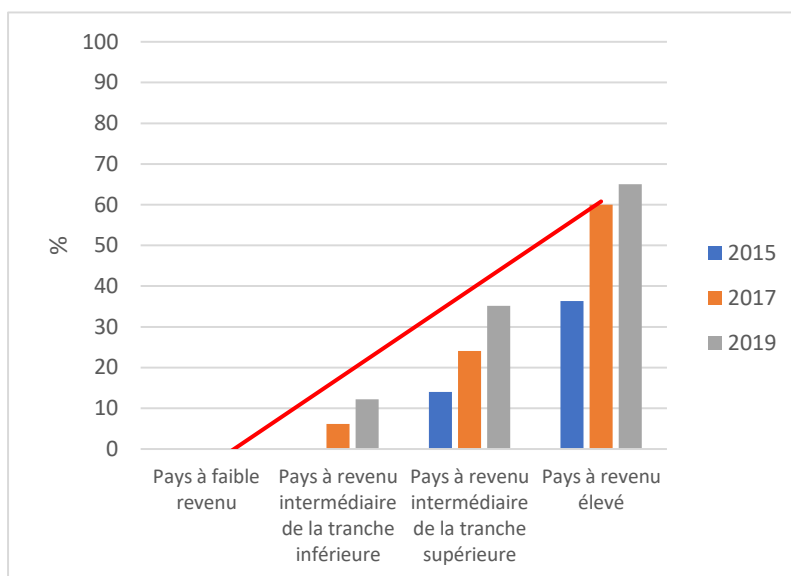
Figure 14 : Pourcentage d'États Membres par Région disposant de lignes directrices/protocoles/normes fondé(e)s sur des bases factuelles et reconnu(e)s/approuvé(e)s par les pouvoirs publics ou les autorités compétentes pour la prise en charge des principales MNT dans le cadre des soins primaires en 2013, 2015, 2017 et 2019



75. Il existe de fortes variations régionales pour cet indicateur. Dans l'ensemble, les résultats sont meilleurs dans les Régions européenne et d'Asie du Sud-Est et moins bons dans la Région africaine. Une corrélation statistiquement significative a été observée entre cet indicateur et la catégorie de revenu du pays ($p = 0,001$). Entre 2013 et 2019, une amélioration a été enregistrée dans les Régions africaine, des Amériques et de l'Asie du Sud-Est mais les résultats se sont détériorés dans les Régions européenne, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

76. Il y a eu une augmentation du pourcentage des pays capables de fournir une chimiothérapie, y compris le contrôle de la glycémie, et des conseils aux personnes à risque concernées afin de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires. Le pourcentage de pays étant pleinement en mesure de le faire est passé de 14 % en 2015 à 34 % en 2019 (voir le Tableau 2, p.24). Il existe une corrélation particulièrement forte entre la capacité du pays à fournir cette chimiothérapie et la catégorie de revenu auquel il appartient (voir la Figure 15). En 2019, aucun pays à faible revenu n'a fourni une telle thérapie alors que près des deux tiers (65 %) des pays à revenu élevé l'ont fait.

Figure 15 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) étant pleinement en mesure de fournir une chimiothérapie, y compris le contrôle de la glycémie, et des conseils aux personnes à risque concernées afin de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires en 2015, 2017 et 2019



77. Comme pour les politiques sur les facteurs de risque (voir le paragraphe 64, p.38), une corrélation statistiquement significative a été observée entre le fait de disposer de lignes directrices, de protocoles ou de normes fondé(e)s sur des bases factuelles pour la prise en charge des MNT et celui de fournir une chimiothérapie, y compris le contrôle de la glycémie, et des conseils aux personnes à risque concernées afin de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires ($p < 0,001$ et voir le Tableau 5). Parmi les pays ayant des directives, des protocoles ou des normes, la moitié (50 %) indique être pleinement en mesure de fournir une chimiothérapie alors que ce chiffre est légèrement inférieur à un quart (23 %) en l'absence de directives, de protocoles ou de normes.

Table 5 : Existe-t-il une corrélation entre le fait de disposer de directives/protocoles/normes pour la prise en charge des MNT et la disponibilité de la chimiothérapie ?

Politique	Mesure	Corrélation significative	Valeur-p	Pourcentage (%) de pays appliquant pleinement la mesure		Pourcentage (%) de pays appliquant la mesure de façon partielle	
				avec politique	sans politique	avec politique	sans politique
Directives cliniques (PA4)	Chimiothérapie et conseils (ENG10)	Oui	< 0,001	50 %	23 %	59 %	30 %

78. Cela signifie qu'au total, en 2019, près de deux-tiers des pays (66 %) n'étaient toujours pas en mesure de fournir pleinement ces traitements. En outre, aucun indicateur ne permet de déterminer si des personnes présentant des MNT, telles que l'hypertension et le diabète, bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement, et si leurs affections sont effectivement prises en charge. D'après les observations qualitatives recueillies, les pays ont toujours tendance à aborder la prise en charge des MNT en mettant l'accent sur les soins spécialisés fournis aux niveaux secondaire et tertiaire. L'intégration de la prise en charge des MNT dans la pratique dans la prestation des soins de santé primaire et la couverture sanitaire universelle a relativement peu progressé. En 2018, le groupe de travail du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles a publié un rapport ayant pour thème l'intégration des MNT dans d'autres domaines programmatiques,

notamment les soins de santé primaires et les ressources humaines pour la santé.⁹⁷ Le rapport contient des recommandations qui restent d'actualité :

- Les gouvernements devraient évaluer les politiques nationales de santé existantes dans le but d'élaborer ou de renforcer des stratégies visant à assurer l'intégration de la prévention et de la maîtrise des MNT à d'autres programmes de santé, en se concentrant sur le VIH, la tuberculose, la santé maternelle et infantile et la santé sexuelle et reproductive (Recommandation 1 du groupe de travail du mécanisme mondial de coordination)
- Les gouvernements doivent former un personnel de santé adapté aux circonstances, doté des ressources et des capacités nécessaires pour prendre en charge et intégrer les MNT, et assurer la pérennité de ce personnel (Recommandation 5 du groupe de travail du mécanisme mondial de coordination)
- Les gouvernements devraient incorporer les services de MNT à tous les niveaux de soins de santé, en particulier dans les services de soins primaires et communautaires, en ayant recours à une approche intégrée et centrée sur la personne (Recommandation 6 du groupe de travail du mécanisme mondial de coordination)

Soutien fourni par l'OMS aux systèmes de santé nationaux

79. Cet objectif correspond au domaine d'expertise et de compétences principal du Secrétariat de l'OMS. Toutefois, des inquiétudes ont été formulées quant au fait que les besoins des personnes atteintes de MNT, en termes de diagnostic et de traitement, ont parfois été éclipsés par l'attention portée aux facteurs de risque et à la prévention visés par l'objectif 3 du Plan d'action mondial. Dans les meilleurs choix, 13 interventions ont trait à l'objectif 3 et seules 3 concernent l'objectif 4. Une des personnes interrogées a déclaré que c'était une bonne chose d'agir sur les facteurs de risque au moyen de la réglementation mais qu'un traitement de base contre l'hypertension, le diabète et le cancer était nécessaire. Elle ajouta qu'il fallait intervenir au niveau des établissements de santé. Les efforts ont porté principalement sur les facteurs de risque mais les personnes interrogées ont indiqué qu'il était nécessaire de mettre davantage l'accent sur la prise en charge des MNT au moyen des soins primaires au cours de la prochaine période de mise en œuvre. Un des répondants a fait remarquer que les personnes atteintes de MNT considéraient que le programme de lutte contre les MNT ne s'intéressait pas à elles. Selon elle, les ressources consacrées à l'accès aux traitements et à l'intégration de la prise en charge dans l'ensemble de soins de la couverture universelle de santé étaient insuffisantes. Elle a ajouté que pendant la crise de la COVID-19, il était devenu évident que le concept de l'ensemble de services minimum pour lutter contre les MNT était largement incompris et qu'il fallait désormais trouver un meilleur équilibre entre la prévention des facteurs de risque et la prise en charge spécifique de la maladie.

80. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté des résolutions qui renforcent le mandat de l'OMS concernant la prise en charge et la maîtrise des MNT, comme par exemple la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée⁹⁸ et le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales.⁹⁹ La coopération technique fournie par le Secrétariat de l'OMS a largement été consacrée à la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions essentielles proposées par l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles (ci-après, « l'ensemble PEN »)¹⁰⁰ dans le cadre des soins de santé primaires. L'ensemble PEN, présenté en 2010 et mis à jour en 2013, vise à aider les pays à étendre la couverture des interventions essentielles en matière de MNT dans

⁹⁷ OMS (2018) *Final Report: Working Group on the Inclusion of NCDs in Other Programmatic Areas: WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (Working Group 3.1, 2016-2017)* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/3-1-report.PDF?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

⁹⁸ Assemblée mondiale de la Santé (2017) *Lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275678/A70_R12-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 19 septembre 2020)

⁹⁹ Assemblée mondiale de la Santé (2018) *Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_25-fr.pdf (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰⁰ OMS (2013) *Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings: Implementation Tools* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133525/9789241506557_eng.pdf;jsessionid=E8FE818A2FD1B3234821017B474512DE?sequence=1 (consulté le 19 septembre 2020)

les milieux où les ressources font défaut grâce à la définition d'un ensemble minimum d'interventions. Les outils de mise en œuvre rendent possible le dépistage précoce et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du diabète, des affections respiratoires chroniques et du cancer qui permettent de prévenir des complications potentiellement mortelles (par ex. : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, amputations, cécité). La mise en œuvre de l'ensemble PEN et son incidence sur les résultats sanitaires en matière de MNT n'a pas fait l'objet d'un examen systématique, plusieurs études ont néanmoins été réalisées au niveau national.¹⁰¹ Un programme commun de lutte contre le cancer du col de l'utérus¹⁰² a été lancé sous les auspices de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui rassemble sept organismes des Nations Unies¹⁰³ et est mis en place dans six pays, et un ensemble d'outils pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus a été produit en 2019.¹⁰⁴ En 2016, le Secrétariat de l'OMS et ses partenaires ont mis au point le guide technique HEARTS pour soutenir les gouvernements dans le renforcement de la prévention et la maîtrise des maladies cardiovasculaires en accordant une attention particulière à l'hypertension et le diabète dans le cadre de l'initiative Global Hearts.¹⁰⁵ En 2016, le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale a dirigé l'élaboration d'un kit pour les MNT qui détermine quel ensemble de médicaments, équipement et ressources à usage unique est nécessaire pour une population de 10 000 personnes pour une période de trois mois qui suit l'interruption du fonctionnement normal des services médicaux.¹⁰⁶ Certains se sont inquiétés du fait que la coopération technique de l'OMS n'ait concerné que des niveaux assez élevés, ce qui signifie que certains domaines importants n'ont pas été pleinement développés, tels que les compétences en matière de MNT des effectifs au niveau des soins de santé primaires et le suivi de la qualité des services de MNT.

81. Les pays ont également reçu le soutien du Secrétariat de l'OMS pour la détection de lacunes au niveau des soins de santé primaires, la formation des agents de santé et la mise en œuvre de l'ensemble PEN. Le Secrétariat de l'OMS a tenu des réunions mondiales techniques et stratégiques sur la prise en charge des quatre principaux groupes de MNT et a organisé des consultations régionales sur des questions de prise en charge des MNT, y compris l'intégration de la prise en charge des MNT dans les soins de primaires, les soins palliatifs, les soins contre le cancer et l'approche des maladies cardiovasculaires fondée sur le risque total. Le Secrétariat de l'OMS a aidé les pays à s'approvisionner en médicaments contre les MNT et en produits de base pour que la cible qui vise à la disponibilité et à l'accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels soit atteinte. Des enquêtes nationales sur les prix des médicaments contre les MNT, leur disponibilité, leur accessibilité économique et les composantes de ces prix ont été réalisées. Bien que le Secrétariat de l'OMS ait fourni des orientations techniques sur la prise en charge des MNT, les personnes interrogées ont fait remarquer que le renforcement de la santé qui est une des composantes de l'objectif 4 avait pris du retard, en raison notamment du manque de financement dans les milieux à faibles ressources. Pendant la période de mise en œuvre du Plan d'action mondial, d'autres initiatives sur le sujet ont vu le jour, avec le programme de couverture sanitaire universelle (CSU) et le Programme spécial sur les soins de santé primaires (SSP) dans le cadre des ODD et de la déclaration sur la couverture sanitaire universelle en 2019. Les représentants du Secrétariat de l'OMS qui se sont exprimés dans le cadre de l'évaluation ont estimé que la mise en œuvre du Plan d'action mondial n'a pas toujours tenu compte de ces initiatives ce qui a, parfois, conduit à une démarche incohérente, étant donné que les mesures visant à améliorer la prestation de services en matière de MNT n'ont pas été intégrées aux programmes plus généraux sur la couverture sanitaire universelle ou les soins de santé primaires. Selon eux, des activités ont continué à être menées en parallèle du travail sur les MNT, comme avec

¹⁰¹ Certains exemples d'interventions dans les pays et des publications sont disponibles à l'adresse https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/

¹⁰² Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2016) *UN Joint Global Programme on Cervical Cancer Prevention and Control* disponible à l'adresse <https://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰³ AIEA, CIRC, OMS, ONU-Femmes, ONUSIDA, UNFPA et UNICEF

¹⁰⁴ OMS (2019) *Améliorer des données disponibles pour une prise de décision informée : ensemble d'outils pour les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324795/9789242514254-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰⁵ OMS (2016) *HEARTS: Technical Package for Cardiovascular Management in Primary Health Care* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252661/9789241511377-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰⁶ OMS (2016) *Noncommunicable Diseases Kit* disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/documents/emergencies/ncd-2016-content-list-rev-nov2017.pdf?sfvrsn=70538d1e_2 (consulté le 19 septembre 2020)

le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne [*WHO Framework on integrated people centred health services*], il n'y a pas eu de vraie concertation avec d'autres processus globaux et il était difficile de comprendre comment les MNT s'inscrivaient dans un dialogue plus large à l'échelle mondiale. Sans recourir à la promotion de programmes sur les MNT verticaux ou cloisonnés, il est important que les MNT soient prises en compte et mises en avant dans le programme de CSU et de SSP pour que des services, des compétences et des indicateurs spécifiques en matière de MNT ne restent pas en marge. Plusieurs personnes interrogées ont mentionné ce risque. Par exemple, il a été indiqué que l'OMS menait un programme de travail sur les soins centrés sur la personne mais qu'il n'y avait rien de spécifique aux MNT qui ne soient pas déjà contenu dans le programme d'action mondial en faveur de la santé, le Programme spécial sur les soins de santé primaires existe en parallèle, la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires ont des aspects similaires mais aucun en commun avec les MNT. Le treizième programme général de travail (PGT) et l'intégration de la prise en charge des MNT et de la lutte contre ces maladies dans la cible relative à la couverture sanitaire universelle¹⁰⁷ offrent la possibilité de remédier au manque chronique de ressources pour les MNT au niveau des soins de santé primaires et en outre, d'améliorer les soins centrés sur les patients pour les personnes atteintes de MNT. Qui plus est, l'OMS œuvre à l'intégration des services, des produits de base et des compétences nécessaires pour la lutte contre les MNT dans un recueil de services essentiels (*Compendium of Essential Services*).

Partenaires internationaux et acteurs non étatiques

82. Les acteurs non étatiques ont soutenu les travaux du Secrétariat de l'OMS sur la prise en charge des MNT et la lutte contre ces maladies. Les fondations et les initiatives privées ont apporté d'importantes ressources à la recherche sur le cancer et aux services de cancérologie. Par exemple, l'initiative mondiale OMS de lutte contre le cancer de l'enfant, qui vise à augmenter le taux de survie des enfants atteints de cancer pour qu'il atteigne 60 % d'ici 2030,¹⁰⁸ a reçu un financement de plusieurs partenaires dont le St. Jude Children's Research Hospital, un centre collaborateur de l'OMS. L'initiative Resolve to Save Lives¹⁰⁹ a soutenu la lutte de l'OMS contre les maladies cardiovasculaires et le diabète par l'intermédiaire de programmes axés, entre autres, sur l'élimination des acides gras trans, la réduction de la teneur en sel et la lutte contre l'hypertension. Des organisations de la société civile, notamment des réseaux de pairs de personnes ayant l'expérience des MNT, ont plaidé en faveur du droit à l'accès aux soins et aux services de traitement en matière de MNT.¹¹⁰ Toutefois selon les personnes de la société civile interrogées, la collaboration avec les personnes atteintes de MNT pour ce qui est d'améliorer l'équité et l'accès aux services de soins de santé n'en est qu'à ses balbutiements dans le secteur des MNT.
83. Pour parvenir à une disponibilité et à une accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels, l'OMS et les pays ont entamé des discussions avec des fournisseurs privés de médicaments et de produits de base concernant leur approvisionnement et leur achat. Le Fonds stratégique de l'Organisation panaméricaine de la santé est un exemple du rôle d'intermédiaire joué, avec succès, par l'OMS. Le Fonds en question comprend des accords à long terme pour un prix unique pour chaque médicament conclus avec les fabricants présélectionnés, accessibles par tous les pays de la Région. Les personnes interrogées ont signalé que l'OMS avait tardé à collaborer avec l'industrie sur la question de l'achat, la production, la distribution et le contrôle de la qualité des médicaments contre les MNT. Le programme Access Accelerated¹¹¹, constitué de vingt laboratoires pharmaceutiques, a contribué à la mise en place de partenariats public-privé concernant la chaîne logistique, la santé numérique et les programmes de prestation de services de soins de santé primaire.

¹⁰⁷ Objectif de couverture sanitaire universelle : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle sans que cela les mettent en difficulté sur le plan financier dans OMS (2019) *Treizième programme général de travail, 2019-2023 : Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328842/WHO-PRP-18.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰⁸ OMS (2020) *Global Initiative for Childhood Cancer* disponible à l'adresse <https://www.who.int/cancer/childhood-cancer/en/> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁰⁹ Voir <https://resolvetosavelives.org/> (consulté le 19 septembre 2020)

¹¹⁰ Alliance sur les MNT (2020) *NCD Atlas Bridging the Gap on NCDs through Civil Society Action: Initiatives of National and Regional NCD Alliances* voir <https://ncdalliance.org/resources/ncd-atlas-bridging-the-gap-on-ncds-through-civil-society-action#:~:text=To%20showcase%20NCD%20civil%20society,of%20National%20and%20Regional%20NCD> (consulté le 10 septembre 2020)

¹¹¹ Voir <https://accessaccelerated.org/> (consulté le 19 septembre 2020)

Le programme travaille avec un certain nombre de partenaires dont City Cancer Challenge, le programme de technologie appropriée pour la santé (PATH), World Heart Foundation, l'Alliance sur les MNT et la Banque mondiale, la participation de l'OMS a toutefois été minime. Plusieurs personnes interrogées issues du secteur privé ont souligné la nécessité pour le Secrétariat de l'OMS de diriger la coordination de la contribution du secteur privé avec plus de clarté, en précisant comment les philanthropies et les acteurs du secteur privé pouvaient collaborer. L'une d'elles, par exemple, a indiqué qu'il aurait un vrai bénéfice à ce que l'OMS répertorie ses interrogations et donne de la légitimité aux réponses des acteurs non étatiques et que si cela se concrétisait, on assisterait à une plus grande contribution de la part du secteur privé. Les entreprises répondraient présentes. Selon elle, il serait possible d'accomplir davantage si l'investissement du secteur privé pouvait être rapproché de la mise en œuvre de programmes de santé publique mais il faudrait un travail normatif pour en fixer le cadre. Les personnes interrogées issues du secteur privé et de la société civile ont appelé l'OMS à soutenir davantage les pays dans la conduite des discussions avec l'industrie afin de mieux orienter leur contribution dans le système national de soins de santé. Il leur a semblé que le Secrétariat de l'OMS était réticent à engager un dialogue avec les laboratoires pharmaceutiques en raison du risque de conflit d'intérêts. L'une d'elles a déclaré que les choses étaient un peu chaotiques à l'heure actuelle et qu'il était difficile de discerner les conflits d'intérêts. Selon elle, plus les choses seront organisées, plus l'industrie pourra contribuer de manière légitime.

Conclusions et recommandations pour l'objectif 4

On sait désormais qu'il est crucial de ne pas se concentrer sur une seule MNT. Bien que des progrès aient été réalisés dans l'élaboration de protocoles et la mise à disposition de médicaments essentiels contre les MNT, ceux-ci font encore défaut dans de nombreux pays. Il faut faire davantage pour s'assurer que les MNT sont prises en charge efficacement dans le cadre des soins primaires afin que les personnes atteintes de MNT, comme l'hypertension et le diabète, soient diagnostiquées, traitées et que leurs maladies soient maîtrisées. Il convient de veiller à ce que ces dispositions s'appliquent aussi aux groupes vulnérables, aux différents groupes d'âge et aux personnes vivant des situations d'urgence.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient faire davantage pour s'assurer que les personnes touchées par les MNT bénéficient d'un diagnostic, reçoivent un traitement et voient leur maladie prise en charge. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens pratiques de mieux intégrer la lutte contre les MNT aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des orientations plus concrètes sur la prise en charge des MNT dans le cadre des soins primaires ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient améliorer le suivi du nombre et de la proportion de personnes recevant des médicaments essentiels dans les établissements de soins de santé primaires, en particulier pour réduire les risques cardiovasculaires, en veillant à ce que les besoins de groupes spécifiques soient pris en compte ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient reconnaître et souligner qu'il importe de ne pas se concentrer uniquement sur une seule MNT.

3.5. Objectif 5. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

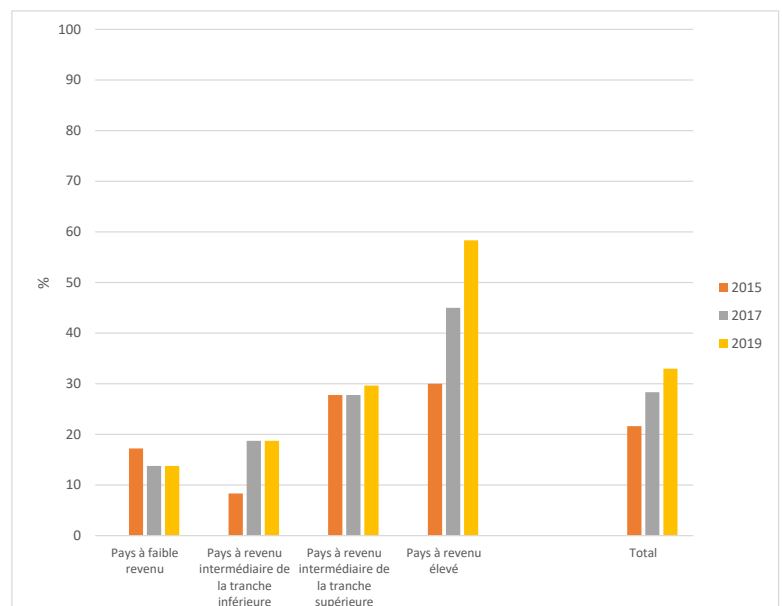
Progression globale

84. Très peu de progrès ont été accomplis concernant cet objectif. C'est ce qui est ressorti des réponses des personnes interrogées et qui a été confirmé par les résultats obtenus par rapport à l'indicateur choisi pour suivre la réalisation de cet objectif. Les progrès réalisés se sont largement limités aux pays à revenu élevé.
85. Dans tous les groupes de parties prenantes, des personnes interrogées ont désigné la recherche comme étant un point faible de la mise en œuvre du Plan d'action mondial. La recherche sur les MNT a souvent été menée sous l'impulsion des financements plutôt qu'en fonction des priorités de santé publique, comme indiqué dans le Rapport sur la santé dans le monde de 2013.¹¹² Les membres de l'OMS interrogés ont déclaré que les investissements dans la recherche et développement en santé n'étaient toujours pas suffisamment en adéquation avec les exigences et les besoins en matière de santé publique à l'échelle mondiale. Ils ont estimé que l'OMS devrait aider à établir les priorités de la recherche et qu'ils devraient contribuer davantage, que la conception et le financement de la recherche au niveau local posaient des difficultés aux pays à faible revenu. Une attention inégale a été accordée aux différents domaines de la recherche. Le domaine le mieux financé reste celui du cancer bénéficiant du soutien d'organisations comme l'Union internationale contre le cancer qui a réalisé, en collaboration avec l'OMS, un examen des plans nationaux de lutte contre le cancer sur 158 pays.^{113 114}

Indicateur de progrès

86. En 2015, quand des données ont commencé à être collectées pour l'indicateur correspondant, à peine plus d'un cinquième (22 %) des pays étaient dotés d'une politique et d'un plan opérationnels sur la recherche sur les MNT. En 2019, ce chiffre était passé à un tiers seulement (33 %) des pays (voir la Figure 16). Autrement dit, les deux-tiers environ des pays ne possédaient pas un tel instrument. En 2019, seuls quatre pays à faible revenu avaient une telle politique contre plus de la moitié des pays à revenu élevé (58 %). Dans les pays à faible revenu la situation s'est en effet détériorée entre 2015 et 2019. Les améliorations enregistrées entre 2015 et 2019 ont, pour la plupart, concerné des pays à revenu élevé.

Figure 16 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu et dans l'ensemble) disposant d'une politique et d'un plan nationaux opérationnels sur les travaux de recherche relatifs aux maladies non transmissibles, y compris la recherche et l'évaluation communautaires concernant l'impact des interventions et des politiques en 2015, 2017 et 2019



¹¹² OMS (2013) *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle* disponible https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85764/9789240691193_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 19 septembre 2020)

¹¹³ International Cancer Control Partnership (non daté) *Achieving Measurable Progress Towards the NCD Targets: The Importance of National Cancer Control Plans (NCCPs)* disponible à l'adresse https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/180927_NCCP_Review-2Pager_EN_Final_WEB.pdf (consulté le 19 septembre 2020)

¹¹⁴ Romero, Y., Trapani, D., Johnson, S., Tittenbrum, Z., Given, L., Hohman, K., Stevens, L., Torode, J.S., Boniol, M. et Ilbawi, A.M. (2018) *National Cancer Plans: A Global Analysis* The Lancet Oncology, Volume 19, Issue 10, E546-E555 [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30681-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30681-8)

87. L'ensemble d'indicateurs ENG ne comporte aucun indicateur sur la recherche. Même s'il existe un indicateur PA pour cet aspect, le Secrétariat de l'OMS n'a pas, en 2019, fait rapport à ce sujet à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé (voir les Tableaux 6 et 7).

Tableau 6 : rapport sur les indicateurs PA soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016

Annexe I

A69/10

Numéro	Indicateur du Plan d'action mondial ²	2010	2015	Tendance
3.c)	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire la charge du tabagisme.	109/166 (66 %)	135/166 (81 %)	↑
3.d)	Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de lutter contre la mauvaise alimentation et/ou de promouvoir une alimentation saine.	99/166 (60 %)	123/166 (74 %)	↑
4	Nombre de pays disposant de lignes directrices/protocoles/normes fondé(e)s sur des bases factuelles et reconnu(e)s/approuvé(e)s par les pouvoirs publics ou les autorités compétentes pour la prise en charge des principales maladies non transmissibles dans le cadre des soins primaires.	125/166 (75 %)	61/166 (37 %) ^a	S.O. ^c
5	Nombre de pays disposant d'une politique et d'un plan nationaux opérationnels sur les travaux de recherche relatifs aux maladies non transmissibles, y compris la recherche et l'évaluation communautaires concernant l'impact des interventions et des politiques.	PAS DE DONNÉE S	60/166 (36 %)	S.O. ^c
6	Nombre de pays disposant de systèmes de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles leur permettant de fournir des informations par rapport aux neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale.	60/166 (36 %)	48/166 (29 %) ^b	S.O. ^c

^a Le questionnaire de 2010 incluait seulement les lignes directrices sur le diabète, tandis que celui de 2015 englobait celles relatives aux quatre principales maladies non transmissibles.

^b La question sur la mortalité était formulée différemment dans le questionnaire de 2010 : il y était simplement demandé si la mortalité par cause imputable aux maladies non transmissibles figurait bien dans le système national de notification sanitaire. En outre, le sel n'était pas inclus dans la surveillance des facteurs de risque.

^c Sans objet.

Tableau 4. Progrès accomplis dans le renforcement des capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles entre 2010 et 2017

Indicateur	2010	2015	2017
Nombre de pays disposant d'au moins une politique, une stratégie ou un plan d'action national multisectoriel(le) opérationnel(le) ¹	32/169 (19 %)	69/169 (41 %)	89/169 (53 %)
Nombre de pays disposant d'au moins une unité/un service/un département opérationnel(le) chargé(e) des maladies non transmissibles au sein du ministère de la santé.	90/169 (53 %)	113/169 (67 %)	116/169 (69 %)
Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de lutter contre l'usage nocif de l'alcool, selon qu'il conviendra dans le contexte national.	82/169 (49 %)	114/169 (67 %)	127/169 (75 %)
Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de réduire l'inactivité physique et/ou de promouvoir l'activité physique.	93/169 (55 %)	120/169 (71 %)	137/169 (81 %)
Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire la charge du tabagisme.	112/169 (66 %)	138/169 (82 %)	146/169 (86 %)
Nombre de pays disposant d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel(le) en vue de lutter contre la mauvaise alimentation et/ou de promouvoir une alimentation saine.	101/169 (60 %)	124/169 (73 %)	139/169 (82 %)
Nombre de pays disposant de lignes directrices/protocoles/normes fondé(e)s sur des bases factuelles et reconnu(e)s/approuvé(e)s par les pouvoirs publics ou les autorités compétentes pour la prise en charge des principales maladies non transmissibles dans le cadre des soins primaires.	Aucune donnée	74/169 (42 %)	84/169 (50 %)
Nombre de pays disposant de systèmes de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles leur permettant de fournir des informations par rapport aux neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale.	67/169 (39 %)	51/169 (30 %)	70/169 (41 %)
Nombre de pays disposant d'un mécanisme national de coordination opérationnel pour la lutte contre les maladies non transmissibles.	Aucune donnée	57/169 (34 %)	65/169 (38 %)

¹ Une politique, une stratégie ou un plan d'action intégrant plusieurs maladies non transmissibles et facteurs de risque communs conformément aux plans d'action mondial et régional pour 2013-2020.

88. Selon le Secrétariat, cette omission s'explique par l'absence de données disponibles pour cet indicateur et par le fait qu'il avait été reconnu que les mécanismes nationaux de coordination jouaient un rôle important dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial. C'est ce qui explique la démarche mais le Secrétariat a affirmé qu'il s'agissait d'une mesure de circonstance qui n'était pas amenée à être réutilisée. Cet indicateur (PA 5) sera inclus dans les rapports futurs sur l'ensemble officiel d'indicateurs de progrès relatifs au Plan d'action mondial.

89. L'une des six fonctions essentielles du Secrétariat de l'OMS consiste à établir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion de connaissances dignes d'intérêt.¹¹⁵ Le treizième programme général de travail contient deux approches que l'OMS pourrait suivre pour s'acquitter de sa fonction de recherche, à savoir : puiser dans un vaste éventail de disciplines allant des sciences sociales à la recherche sur la mise en œuvre et utiliser son avantage comparatif pour le recensement des besoins et l'application des connaissances afin de faciliter la conduite de travaux de recherche, idéalement dans les établissements prévus à cet effet. Dans le Plan d'action mondial axé sur l'ODD 3,¹¹⁶ la recherche-développement, et l'innovation et accès est présenté comme un des sept thèmes accélérateurs permettant de réaliser des progrès en vue d'atteindre les cibles des ODD liées à la santé. Des membres de l'OMS ont insisté sur l'importance stratégique de la recherche pour recenser des modèles efficaces ou novateurs d'interventions de lutte contre les MNT, pour appuyer les activités de sensibilisation reposant sur des bases factuelles et pour montrer à des bailleurs de fonds potentiels que les pays peuvent mettre en œuvre des programmes relatifs aux MNT avec succès dans des milieux où les ressources font défaut.
90. Et pourtant, les informations sur l'objectif 5 communiquées par le Secrétariat à l'Assemblée mondiale de la Santé ont été assez limitées. En 2016, le Secrétariat a fait état dans son rapport d'une réunion spéciale organisée en mai 2015 et a indiqué que les produits de cette réunion seraient exploités pour concevoir un plan de travail pour la recherche pour la période 2016 - 2018. Difficile de dire si cela a eu lieu. L'OMS a toutefois élaboré un guide de recherche opérationnelle concernant la lutte contre les maladies non transmissibles¹¹⁷ et cela a été notifié lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2018. Le Secrétariat a également indiqué qu'il avait organisé un atelier sur le renforcement de la capacité nationale de recherche opérationnelle à l'intention de six pays en collaboration avec l'Université d'Oxford. Le Bureau régional OMS de l'Europe a organisé un atelier similaire à Moscou en 2019.¹¹⁸ L'un des bureaux de pays interrogés s'attachait particulièrement à soutenir la recherche mais il semble que cela ait été l'exception plutôt que la règle. Le Portail pour la connaissance et l'action, initiative du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles,¹¹⁹ favorise les échanges au sein de la communauté scientifique sur des thèmes de recherche clés tels que la santé numérique, la responsabilisation, les personnes atteintes de MNT, le déploiement des activités, l'ingérence de l'industrie, les jeunes, les systèmes de santé, le financement et les collaborations et partenariats. Bien que l'OMS ait mis au point de solides processus de collecte de données permettant de recueillir périodiquement des données au niveau des pays sur les MNT, leurs facteurs de risque et les interventions des pays sur les MNT, les travaux de recherche qui exploitent ces données semblent limités.
91. Le Secrétariat pourrait encourager la recherche sur les MNT pour répondre au besoin de données probantes, notamment dans les domaines de l'accès aux médicaments et de la préqualification des médicaments dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et de la recherche sur la mise en œuvre des politiques et des programmes sur les MNT menée avant de recenser les modèles d'interventions qui fonctionnent. Les personnes interrogées ont affirmé qu'il fallait mettre à jour les priorités de santé, qui n'étaient désormais plus valables. Selon elles, l'accent pourrait être mis sur la recherche opérationnelle et la recherche interdisciplinaire concernant les déterminants et les facteurs de risque qui relèvent d'autres secteurs. Elles ont ajouté qu'il n'y avait pas eu beaucoup d'investissement dans la recherche sur les technologies de base, les médicaments et l'accès. Le processus de transformation de l'OMS, inclus dans le treizième PGT, donne la possibilité de remédier

¹¹⁵ Mentionné dans le treizième programme général de travail <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328842/WHO-PRP-18.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹⁶ OMS (2019) *Une collaboration renforcée pour une meilleure santé : Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327846/9789242516432-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 20 septembre 2020)

¹¹⁷ OMS (2016) *A Guide to Implementation Research in the Prevention and Control of NCDs* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252626/9789241511803-eng.pdf> (consulté le 19 septembre 2020)

¹¹⁸ OMS (2019) *Strengthening Capacity for Noncommunicable Disease Implementation Research in the WHO European Region* disponible à l'adresse https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/416502/NCD-res-cap-5.pdf?ua=1 (consulté le 19 septembre 2020)

¹¹⁹ Voir <https://www.knowledge-action-portal.com/fr/node> (consulté le 19 septembre 2020)

aux lacunes en matière de recherche sur les MNT, grâce à la création d'une Division des sciences et du poste de Scientifique-Chef. Il est toutefois encore trop tôt pour en évaluer pleinement les résultats. L'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé est également un instrument essentiel qui peut permettre de diffuser les travaux de recherche sur les MNT.¹²⁰

Partenaires internationaux et acteurs non étatiques

92. L'OMS dispose d'un vaste réseau de centres collaborateurs. Toutefois, ceux qui ont répondu à l'évaluation, alors qu'ils menaient des travaux de recherche sur des sujets liés aux MNT, ne les ont pour la plupart pas conceptualisés comme faisant partie du Plan d'action mondial. Dans certains cas, cela faisait partie d'un autre projet pour leur institution mère et n'avait pas été organisé spécifiquement par le centre collaborateur de l'OMS.
93. En participant frileusement dans le domaine de recherche, l'OMS prend le risque de créer une sorte de vide qui est actuellement comblé par des entreprises privées, comme celles des secteurs pharmaceutique et de l'alimentation qui ont des ressources et qui souhaitent mener des travaux de recherche ou les financer. Il existe une place pour ces entreprises, toutefois on pourrait s'inquiéter du risque de conflit d'intérêts notamment quand on sait que certains secteurs, celui du tabac par exemple, se sont servis de la recherche pour exercer une influence indue.

Conclusions et recommandations pour l'objectif 5

L'investissement en faveur de la recherche et le soutien à celle-ci sont loin d'être optimaux bien que la persistance de nombreuses lacunes en matière de données probantes soit reconnue, notamment en ce qui concerne les meilleurs choix dans différents contextes et la meilleure façon de promouvoir la mise en œuvre d'interventions jugées très efficaces, en fonction des contextes. La recherche apparaît très largement comme le maillon le plus faible dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer les meilleurs moyens de faire progresser la recherche sur les MNT dans l'ordre des priorités. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer si l'insuffisance du financement ou l'absence d'un mécanisme de financement efficace pourrait expliquer la faiblesse des progrès réalisés en matière de recherche sur les MNT et, si c'est le cas, quelle pourrait être la solution ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan clair sur la façon dont il soutiendra ce domaine de travail, y compris en recensant les priorités et les besoins actuels en matière de recherche et en déterminant comment y répondre ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait définir les rôles et les responsabilités de chacun pour cet objectif, sachant en particulier qu'une division des sciences a été créée ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait déterminer, en consultation avec les centres collaborateurs de l'OMS, par quels moyens ceux de ces centres qui travaillent sur les MNT peuvent contribuer à cet objectif.

¹²⁰Voir https://www.who.int/research-observatory/why_what_how/en/index1.html (consulté le 19 septembre 2020)

3.6. Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

Progression globale

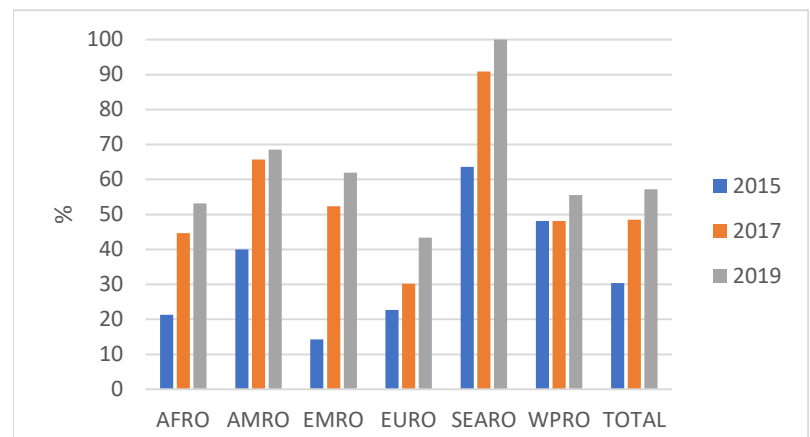
94. Un système par lequel les États Membres font rapport sur leurs progrès dans la mise en œuvre de leurs ripostes nationales contre les MNT a été créé. En ce sens, de nombreux pays ont réalisé des enquêtes sur l'évolution et les déterminants des MNT mais il a été difficile de le faire régulièrement, dans la durée et d'une manière compatible avec le système de santé national dans son ensemble. Relativement peu de pays sont en mesure de communiquer des données efficacement au regard du cadre mondial de suivi du Plan d'action mondial.

Indicateurs de progrès

95. L'ensemble d'indicateurs ENG comprend trois indicateurs qui se rapportent à cet objectif (ENG1,2 et 3, voir le Tableau 2, p.24).

96. Une certaine amélioration a été constatée dans la proportion de pays ayant fixé des cibles et des indicateurs assortis de délais à l'échelle nationale pour lutter contre les MNT. Celle-ci est passée de moins d'un tiers des pays (30 %) en 2015 à plus de la moitié des pays (57 %) en 2019. Il n'y a pas de corrélation entre cet indicateur et la catégorie de revenu du pays. Cependant, de fortes variations régionales ont été observées, les meilleurs résultats en 2019 ayant été enregistrés dans la Région d'Asie du Sud-Est et les moins bons dans la Région européenne (voir la Figure 17).

Figure 17 : Pourcentage d'États Membres (par Région) étant pleinement parvenu à fixer, au niveau national, des cibles et des indicateurs assortis de délais concernant les maladies non transmissibles, suivant les orientations de l'OMS en 2015, 2017 et 2019



97. Il existe une corrélation statistiquement significative entre cet indicateur (avoir fixé des cibles) et le fait de disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national pour lutter contre les MNT ($p < 0,001$). Cela n'est peut-être pas surprenant étant donné qu'on peut supposer que les pays qui élaborent ce type de politique, stratégie ou plan fixent aussi généralement des cibles au niveau national. Il semble que cette hypothèse se vérifie puisque parmi les pays ayant une politique, une stratégie ou un plan d'action national, plus des trois quarts (78 %) s'étaient fixé des cibles. Parmi ceux qui n'ont pas de politique, de stratégie ou de plan d'action national, moins du quart (22 %) avaient défini des cibles.

98. Une corrélation tout aussi significative statistiquement a été observée entre le fait de disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national pour lutter contre les MNT et le fait d'avoir mené une enquête sur les facteurs de risque (comme STEPS) au cours des cinq dernières années ($p < 0,001$). Toutefois, seulement un quart environ des pays (27 %) ont pleinement atteint cet objectif et aucune amélioration n'a été observée entre 2015 et 2019. Une corrélation a été constatée entre le fait d'avoir mené une enquête sur les facteurs de risque et la catégorie de revenu du pays. Selon les données provenant du site Web de l'OMS,¹²¹ 114 pays et territoires ont réalisé une enquête STEPS entre 2001 et 2019.¹²² Le nombre d'enquêtes menées était de 1,5 en

¹²¹ <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/> (consulté le 25 juillet 2020)

¹²² Ce chiffre n'inclut pas les enquêtes équivalentes. Les données reposent sur les dates indiquées sur le site Web. Dans certains cas, il y a des années consécutives.

moyenne avec des variations selon la Région et la catégorie de revenu. Au total, plus de deux tiers des pays et des territoires (79 sur 114 soit 69 %) n'ont effectué qu'une seule enquête STEPS au cours de la période. La Figure 18 permet de savoir quand ces enquêtes ont été réalisées. Les valeurs maximales ont été atteintes en 2005 puis en 2011 et en 2014. Les réunions de haut niveau et le lancement du Plan d'action mondial pourraient être à l'origine de ce pic. Cependant, il n'y a pas eu d'augmentation considérable et cela n'a pas duré. Si l'on en croit ces données, seuls cinq pays (4,4 %) ont réussi à procéder à l'ensemble du cycle d'enquêtes STEPS, autrement dit, ils ont réalisé une enquête au cours de chacune des périodes de cinq ans (2003-2007, 2008-2012 et 2013-2017). Selon les préoccupations exprimées, les enquêtes STEPS sont coûteuses et ne sont pas viables à long terme et il faudrait envisager des options alternatives intégrées aux efforts de renforcement des capacités nationales et liées à des questions de santé plus générales.

Figure 18 : Nombre d'enquêtes STEPS réalisées chaque année entre 2001 et 2019

99. Pour ce qui est de l'existence d'un système opérationnel permettant de produire des données fiables de mortalité par cause, un peu plus d'un tiers des pays seulement (36 %) y sont parvenus en 2015 et guère plus 40 %) en 2019. Cependant, la plupart des pays ne disposaient pas de système de ce type en 2019. Et cela était en grande partie lié à la catégorie de revenu du pays. Par exemple, en 2019, aucun pays à faible revenu ne disposait d'un tel système contre plus des trois quarts (78 %) des pays à revenu élevé (voir la Figure 19).

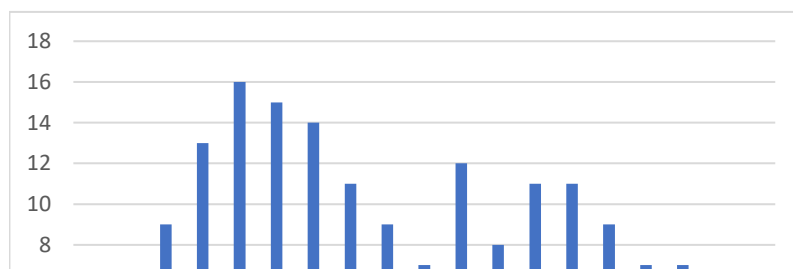
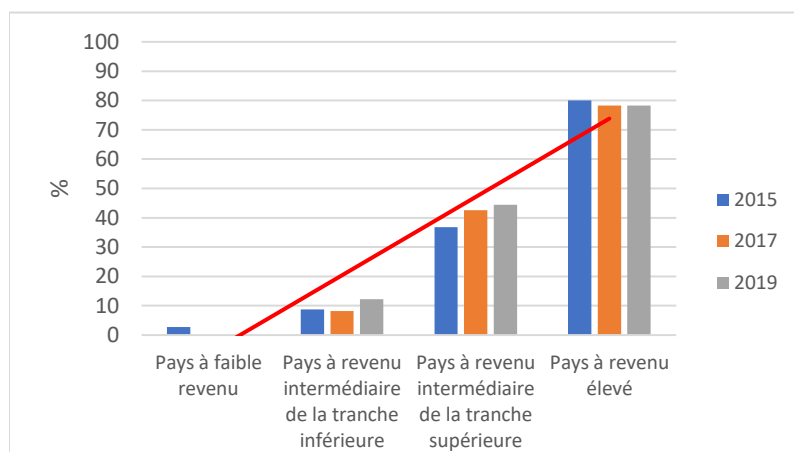


Figure 19 : Pourcentage d'États Membres (par catégorie de revenu) ayant pleinement atteint l'objectif consistant à disposer d'un système opérationnel permettant de générer systématiquement des données fiables de mortalité par cause en 2015, 2017 et 2019



Les pays peuvent-ils rendre compte de leurs résultats par rapport aux cibles volontaires à l'échelle mondiale en matière de MNT ?

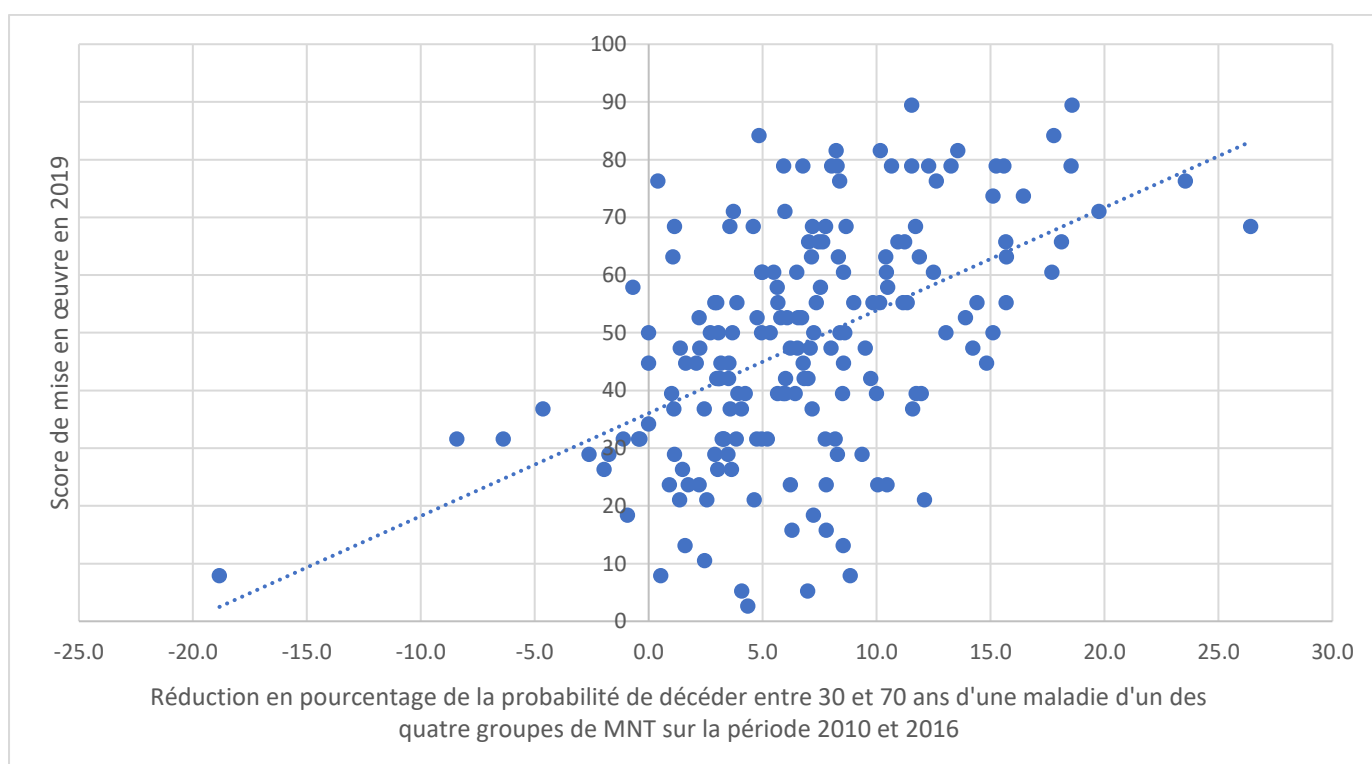
100. Les indicateurs relatifs aux enquêtes sur les facteurs de risque et au système d'enregistrement des données de mortalité par cause sont combinés pour évaluer dans quelle mesure un pays pourra rendre compte de ses résultats par rapport aux cibles volontaires à l'échelle mondiale en matière de MNT.¹²³ Bien que la proportion de pays susceptibles de le faire soit passée de 23 % en 2013 à 42 % en 2019, plus de la moitié des pays (58 %) ne sont pas encore considérés comme étant en mesure de rendre compte de leurs résultats par rapport à ces cibles selon les données ainsi obtenues. Cela pourrait se révéler problématique pour une évaluation finale du Plan d'action mondial qui devrait examiner s'il existe une corrélation entre les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial et l'amélioration des résultats. Toutefois, cette évaluation à mi-parcours a montré qu'il existait des moyens de

¹²³ À savoir Réduction relative de 25 % de la mortalité globale imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques ; 2. Baisse relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool, selon qu'il convient dans le contexte national ; 3. Réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique ; 4. Réduction relative de 30 % de l'apport moyen de sel/sodium dans la population ; 5. Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus ; 6. Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale ; 7. Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité ; 8. Au moins 50 % des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux ; 9. Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés.

mesurer de manière quantitative les résultats des pays pour l'ensemble du Plan d'action mondial et que des comparaisons pourraient donc être établies si des données sur les résultats étaient disponibles.

101. À titre d'illustration, cette évaluation comprend une comparaison des scores de mise en œuvre des pays en 2019 et de la réduction en pourcentage de la probabilité de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie d'un des quatre groupes de MNT au cours de la période pour laquelle des données étaient disponibles, c'est à dire de 2010 à 2016 (voir la Figure 20). Une forte corrélation statistiquement significative a été observée ($p < 0,001$). Ainsi, les pays qui ont obtenu de bons résultats en termes de meilleurs choix en matière de MNT en 2019 ont également obtenu de bons scores en termes de réduction de la mortalité prématurée entre 2010 et 2016. Cela n'établit évidemment pas de lien de causalité. Ce pourrait être lié à la catégorie de revenu des pays, c'est-à-dire que les pays à revenu élevé obtiendraient de bons scores de mise en œuvre en matière de MNT et qu'ils obtiendraient également de bons résultats pour ce qui est de la réduction de la mortalité par MNT. Si l'on examine les différentes catégories de revenu, on constate qu'il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le score et la réduction de la mortalité dans les pays à revenus faibles et ceux à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ($p = 0,18$ et $0,06$ respectivement), mais qu'il y en a une pour les pays à revenu élevé ($p = 0,02$) et en particulier pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ($p < 0,001$).

Figure 20 : Comparaison entre les scores de mise en œuvre des pays en 2019 et la réduction en pourcentage de la mortalité imputable aux MNT entre 2010 et 2016



Soutien fourni par l'OMS pour la surveillance et le suivi

102. L'OMS a mis en place un système selon lequel les pays fournissent tous les deux ans des données sur les indicateurs de progrès, données que l'on s'efforce de vérifier moyennant des demandes ou contrôles de fichiers justificatifs qui sont sauvegardés dans un vaste répertoire de documents, par exemple.¹²⁴ Toutefois, il n'y a pas de vérification interne ou externe des données, même si, dans quelques pays, la société civile a produit des rapports parallèles (voir l'Encadré 11, p.36). Les indicateurs de progrès ne suivent que les mesures prises par

¹²⁴ Voir <https://extranet.who.int/ncdccs/documents/> (consulté le 10 septembre 2020)

les États Membres et il n'existe pas d'indicateurs similaires pour l'OMS, les partenaires internationaux ou les acteurs non étatiques. En ce qui concerne les indicateurs PA, l'indicateur sur la recherche n'a pas fait l'objet de rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019 mais le Secrétariat de l'OMS a informé qu'il serait inclus dans les rapports officiels à l'avenir. Le Secrétariat a également indiqué que bien que l'indicateur national sur les mécanismes mondiaux de coordination n'ait pas été officiellement ajouté à l'ensemble d'indicateurs PA, il pouvait faire l'objet d'un suivi et d'un rapport en dehors de cet ensemble. Les définitions des indicateurs PA sont obsolètes et il est difficile de savoir si le Secrétariat de l'OMS utilise 2010 ou 2013 comme année de référence pour les rapports sur les progrès accomplis soumis à l'Assemblée de la Santé. D'une manière générale, les données relatives à ces indicateurs ne sont pas facilement accessibles, en ligne notamment. Dans le cadre de l'évaluation, il n'a été possible d'obtenir des jeux de données complets à partir des enquêtes sur les capacités des pays, par exemple. Ce manque d'accès limite l'analyse des données par les chercheurs externes et la société civile et l'analyse des données effectuée par le Secrétariat de l'OMS pourrait être accrue. Les difficultés concernant les données de surveillance sont présentées plus en détail dans l'annexe 4.

103. Actuellement, il n'existe pas système permettant à la société civile d'être impliquée dans les rapports établis par les États Membres sur les indicateurs PA ou ENG. Dans une poignée de cas, la société civile a réalisé ses propres rapports sur les ripostes aux MNT. De tels rapports ont été établis au Brésil,¹²⁵ dans les Caraïbes,¹²⁶ en Afrique de l'Est¹²⁷ et en Afrique du Sud.¹²⁸ Sachant que tous les rapports ont été réalisés en 2014-2015, il se peut qu'ils aient été élaborés dans le cadre d'un projet, pour lequel un financement aurait été alloué.

Conclusions et recommandations pour l'objectif 6

Il existe deux séries d'indicateurs de progrès, l'une axée sur la mise en œuvre du Plan d'action, l'autre sur la réalisation des engagements, l'une et l'autre se chevauchant parfois. Les données sont communiquées régulièrement par presque tous les États Membres, mais il serait possible d'utiliser et d'analyser beaucoup plus de données.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner les moyens de renforcer davantage le suivi et la surveillance des interventions de lutte contre les MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer comment mener des enquêtes sur les facteurs de risque d'une manière plus rentable et viable à long terme, qui permette de renforcer les capacités locales et soit cohérente avec d'autres systèmes nationaux de données ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait s'assurer que les futurs rapports aux États Membres sur l'ensemble des indicateurs PA incluent l'indicateur sur la recherche (AP5) ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait réviser et mettre à jour les définitions des indicateurs PA, et déterminer quelle sera l'année de référence pour les rapports de situation soumis à l'Assemblée de la Santé, puis faire rapport aux États Membres sur ces points ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait rendre les données plus facilement accessibles au public, en ligne par exemple, et utiliser davantage les données disponibles, notamment dans le cadre d'analyses internes en collaboration avec ses partenaires ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient élaborer un système de mesures pour les acteurs autres que les États membres, c'est-à-dire l'OMS, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient renforcer les mécanismes de validation des données communiquées par les pays, par exemple grâce à des vérifications internes au pays ou menées par la société civile ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait informer les États Membres des incidences de l'extension du Plan d'action mondial jusqu'en 2030 en matière de suivi et de notification, notamment pour ce qui est des données à rapporter en 2025 et en 2030 ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient s'assurer que l'évaluation finale du Plan d'action mondial permet d'apprécier les progrès réalisés au niveau des résultats, comme le précise le cadre mondial de suivi. Pour ce faire, il faudra disposer d'un cadre approprié, par exemple sous la forme d'une théorie du changement, et étudier et analyser les corrélations entre les progrès attestés et les changements observés dans les résultats. L'évaluation devrait également examiner pourquoi certains pays obtiennent des résultats supérieurs aux attentes compte tenu de la catégorie de revenu à laquelle ils appartiennent, au moyen d'études de cas.

¹²⁵ Aliança de Controle de Tabagismo + Saúde et l'Alliance sur les MNT (2014) *Civil Society Report on the Situation of Chronic Non-communicable Diseases in Brazil* disponible à l'adresse

https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Civil%20Society%20Report%20on%20NCDs%20in%20Brazil_EN.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

¹²⁶ Healthy Caribbean Coalition (2014) *Responses to NCDs in the Caribbean Community* disponible à l'adresse

https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

¹²⁷ East Africa NCD Alliance Initiative (2014) *A Civil Society Benchmark Report: Responses to NCDs in East Africa: The East Africa NCD Alliance Initiative* disponible à l'adresse

https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/East%20Africa%20NCD%20Alliance%20Civil%20Society%20Survey%20Report.pdf (consulté le 19 septembre 2020)

¹²⁸ South African NCD Alliance (2015) *Civil Society Status Report 2010-2015: Mapping South Africa's Response to the Epidemic of Non-Communicable Diseases* disponible à l'adresse https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/SA%20NCD%20Alliance%20CSR%2015%20Sept%2024%20-%20SCREEN.pdf (consulté le 18 septembre 2020)

3.7. Questions transversales

3.7.1. Les principes du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles

Action multisectorielle

104. Des aspects concernés par ces principes ont été abordés, entre autres, dans les sections consacrées à certains des objectifs, l'objectif 1 (section 3.1, p.6) et l'objectif 2 (section 3.2, p.22). Il a été admis que l'action multisectorielle était un principe au cœur du Plan d'action mondial, reconnaissant ainsi la nécessité d'une participation et d'une action, pas seulement de la part de l'ensemble du gouvernement mais également à l'aide de partenariats avec la société civile et avec le secteur privé. L'OMS s'est attachée, au niveau des pays et dans le cadre de missions conjointes avec l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, à établir un dialogue avec d'autres ministères, comme ceux des finances et du commerce, sur la question de la taxation et de la réglementation de l'industrie, par exemple. Les progrès ont été limités et les interventions du gouvernement en matière de MNT restent encore souvent l'affaire des ministères de la santé. On ne s'est guère intéressés au rôle des autorités locales, comme les municipalités, à quelques exceptions près (voir l'Encadré 3, p.11). L'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a contribué efficacement à coordonner les partenaires internationaux au sein du système des Nations Unies et parfois au-delà (par ex. : les banques de développement).
105. Les progrès en matière de coordination avec la société civile et le secteur privé ont été plutôt limités malgré la mise en place par l'OMS d'un cadre à cet effet.¹²⁹ Le présent rapport comporte de nombreux exemples de domaines où les organisations de la société civile ont contribué utilement à la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Il y a moins d'exemples impliquant le secteur privé (voir l'Encadré 12, p.44). Les représentants du secteur privé interrogés ont souligné la difficulté d'être considéré comme un interlocuteur légitime par l'OMS en raison du risque de conflit d'intérêts perçu ou réel. Toutefois, ils ont pour la plupart noté une amélioration au fil du temps, avec la clarification des règles de collaboration. L'un d'eux a, par exemple, fait remarquer que le secteur privé avait eu du mal à coopérer avec l'OMS avant la publication du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Selon lui, l'OMS s'est montrée très réticente à un dialogue avec le secteur privé et un changement notable a été perçu au cours des dernières années. Des initiatives sont prises pour améliorer la collaboration de l'OMS avec les entités du secteur privé comme cela a été souligné lors de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé.¹³⁰ Le secteur privé est extrêmement diversifié. Une des personnes interrogées a déclaré qu'il était nécessaire de distinguer le secteur privé en général et les industries spécifiques qui causent énormément de tort, en ciblant notamment les jeunes et les enfants. La riposte aux MNT peut être envisagée comme une proposition avantageuse pour les entreprises, avec l'amélioration de la productivité des effectifs, la réduction de l'impact de la charge de morbidité sur l'économie et les débouchés pour le secteur privé dans de nombreux domaines dont le sport, l'agriculture et les technologies pharmaceutiques et médicales.
106. C'est dans ce contexte que les pays ont fait part dans leurs retours d'informations de difficultés dans ce domaine et d'une nécessité de plus d'orientation et de soutien. En 2019, plus de la moitié des pays n'avait toujours pas de mécanisme national de coordination pour la lutte contre les MNT (voir le paragraphe 33, p.22). L'évaluation n'a pas permis de déterminer si les pays dotés de tels mécanismes progressaient davantage que les pays qui n'avaient qu'une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les MNT, à l'exception peut-être de la taxation du tabac (voir le paragraphe 24, p.16). Dans leurs observations communiquées dans le cadre de l'évaluation, les organisations de la société civile se sont dit préoccupées par le fait que les mécanismes nationaux de

¹²⁹ OMS (2016) *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-fr.pdf (consulté le 16 septembre 2020)

¹³⁰ Assemblée mondiale de la Santé (2020) *Collaboration de l'OMS avec les entités du secteur privé pour lutter contre les maladies non transmissibles* figurant à l'annexe 5 du *Rapport de synthèse du Directeur général* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_5-fr.pdf (consulté le 24 septembre 2020)

coordination étaient souvent axés sur la coordination au sein du gouvernement, excluant les partenariats avec la société civile et le secteur privé envisagés dans le Plan d'action mondial (voir l'Encadré 11, p. 36).

Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels

107. Ce principe du Plan d'action mondial vise à garantir que les politiques de santé publique, les stratégies et l'action multisectorielle pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sont protégées contre l'influence indue de toute forme d'intérêt catégoriel. Les personnes interrogées ont déclaré que de nombreux efforts étaient déployés par certaines industries, notamment celles du tabac et de l'alcool, pour exercer le type d'influence indue condamnée dans le Plan d'action mondial. Ces interventions entravent les ripostes nationales aux MNT. Au niveau national, il y existe une liste fournie d'exemples d'interférence de l'industrie liées notamment au tabagisme et à l'usage nocif de l'alcool. L'industrie du tabac a utilisé des tactiques¹³¹ ¹³² particulièrement problématiques, telles que le recours à des groupes écrans chargés d'agir pour leur compte. En résumé, même si la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC) est appliquée avec dynamisme, les entreprises du secteur du tabac, de l'alcool et des aliments mauvais pour la santé emploient des tactiques similaires pour entraver de façon agressive la mise en œuvre des politiques. L'industrie du tabac a fait preuve de plus d'agressivité. L'ingérence pratiquée par les industries dans les politiques est efficace dans un contexte de mauvaise gouvernance, de corruption endémique, de conflit d'intérêts entre les acteurs politiques et gouvernementaux et d'emprise réglementaire dans tous les pays, des pays à revenu faible aux pays à revenu élevé. Pour lutter contre cette ingérence, les pouvoirs publics doivent être dotés de bonnes pratiques en matière de gouvernance, de mécanismes efficaces pour lutter contre les conflits d'intérêts chez les acteurs politiques et les décideurs, et de prévention de l'emprise réglementaire.¹³³ La société civile a fait remarquer que la crise de la COVID-19 risquait d'accroître la possibilité de conflits d'intérêts avec l'intervention des entreprises dans le cadre d'activités de responsabilité sociale corporative.¹³⁴

108. Lors d'un dialogue organisé par le mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles, des participants ont proposé que les entités du secteur privé ne soient pas impliquées dans les processus de décision mais qu'elles participent plutôt aux discussions techniques ou à la mise en œuvre.¹³⁵ La société civile a contribué au suivi de l'application de la réglementation par l'industrie et au recensement d'informations sur les cas d'ingérence indue.¹³⁶ Les réalisations du secteur privé en matière d'autorégulation ont été décevantes. La responsabilisation externe, la protection des consommateurs contre les facteurs de risque des MNT grâce à la réglementation et l'augmentation des fonds pour la promotion de la santé publique à l'aide de la taxation du tabac et des aliments mauvais pour la santé ont généralement été plus efficaces.¹³⁷

¹³¹ Comité d'experts sur les documents de l'industrie du tabac (2000) *Les stratégies utilisées par l'industrie du tabac pour contrer les activités de lutte antitabac à l'Organisation mondiale de la Santé* disponible à l'adresse https://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/inquiry_fr.pdf?ua=1 (consulté le 24 septembre 2020)

¹³² OMS (2008) *Tobacco Industry Interference with Tobacco Control* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/83128/9789241597340_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 24 septembre 2020)

¹³³ Tangcharoensathien, V., Chandrais, O., Kunpeuk, W., Markchang, K. and Pangkariya, N. (2019) *Addressing NCDs: Challenges from Industry Market Promotion and Interferences* Int J Health Policy Manag 2019, 8 (5), 256-260 doi 10.15171/ijhpm.2019.02

¹³⁴ Alliance sur les MNT et SPECTRUM (2020) *Signalling Virtue, Promoting Harm: Unhealthy Commodity Industries and COVID-19* disponible à l'adresse https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Signalling%20Virtue%2C%20Promoting%20Harm_Sept2020_FINALv.pdf (consulté le 24 septembre 2020)

¹³⁵ OMS (2016) *Working Together to Tackle Noncommunicable Diseases GCM/NCD Global Dialogue Meeting on the Role of Non-State Actors in Supporting Member States in their National Efforts to Tackle Noncommunicable Diseases (NCDs) as Part of the 2030 Agenda for Sustainable Development Balaclava, Mauritius, 19-21 October 2016: Final Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/global-dialogue-meeting-report-oct2016.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

¹³⁶ Voir par exemple Vital Strategies (non daté) *Fool me Twice* disponible à l'adresse https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/2019/06/FoolMeTwice_Report.pdf (consulté le 24 septembre 2020) et World Cancer Research Fund International (2020) *Building Momentum: Lessons on Implementing Evidence-Informed Nutrition Policy* disponible à l'adresse <https://www.wcrf.org/int/policy/our-publications/building-momentum-lessons-implementing-evidence-informed-nutrition> (consulté le 24 septembre 2020)

¹³⁷ Voir par exemple Buse, K., Tanaka, S. and Hawkes, S. (2017) *Healthy People and Healthy Profits? Elaborating a Conceptual Framework for Governing the Commercial Determinants of Non-Communicable Diseases and Identifying Options for Reducing Risk Exposure* Globalization and Health, 13, Article number:34 disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0255-3> (consulté le 24 septembre 2020)

109. L'OMS a une grande expérience en matière de gestion de conflit d'intérêts, comme l'illustrent la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA, selon le sigle anglais). Son rôle d'agence chef de file dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial et la réalisation de la cible 3.4 des ODD confère à l'OMS une position stratégique pour qu'une approche cohérente soit adoptée en matière de collaboration avec le secteur privé sur la question des MNT au sein du système du Nations Unies. Un exemple du travail mené à cet égard a été mis en évidence lors de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé¹³⁸ lorsque l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a indiqué avoir relevé des cas de conflit d'intérêts qui entravent son action et mis en place des solutions pour les combattre. Il est possible de soutenir davantage les pays dans leur gestion de l'influence indue exercée par les industries en élaborant un cadre de collaboration sans ambiguïté pour le secteur privé et des mécanismes de responsabilisation qui impliquent la société civile pour veiller à ce que les engagements soient respectés. Un des acteurs du secteur privé a par exemple déclaré que le soutien fourni aux États Membres pour la collaboration avec le secteur privé était largement insuffisant. Selon lui, les États Membres font confiance à l'OMS, l'Organisation pourrait donc les aider à se prémunir contre les interactions avec le secteur privé qui pourraient leur nuire et qu'il faut préférer une collaboration et une gestion transparente du conflit d'intérêts à une absence de collaboration par crainte de potentiels conflits d'intérêts. Il a ajouté qu'il fallait enjoindre les acteurs du secteur privé à participer et les orienter dans la bonne direction.
110. Il est possible d'adopter une approche structurée pour la participation du secteur privé dans la mise en œuvre des politiques, régie par des conditions d'engagement spécifiques, des principes de transparence, une protection contre l'abus d'influence, des objectifs mesurables et des intérêts communs et cela peut avoir de vraies retombées positives en matière de santé publique.¹³⁹

Action nationale, coopération et solidarité internationales

111. Ce principe du Plan d'action mondial, particulièrement pertinent pour les objectifs 1 et 2 (section 3.1, p.5 et section 3.2, p.16), souligne la nécessité de reconnaître que c'est aux gouvernements qu'incombe au premier chef la responsabilité de relever le défi que représentent les maladies non transmissibles, et que le soutien fourni par la coopération internationale aux États Membres vient compléter cette approche. Généralement, on a observé ce cas de figure mais les personnes interrogées se sont demandé dans quelle mesure les gouvernements endossaient complètement cette responsabilité ou dans quelle mesure la coopération internationale soutenait vraiment les pays, notamment les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire (tranche inférieure).
112. Un des groupes de travail du mécanisme mondial de coordination a réalisé un rapport centré sur l'alignement de la coopération internationale sur les plans nationaux.¹⁴⁰ L'accent a été mis sur un certain nombre de thèmes clés dont l'aide au développement et l'efficacité d'une telle aide, la couverture sanitaire universelle pour les personnes atteintes de MNT et un changement de paradigme : passer de l'aide extérieure à la coopération internationale et aux plans nationaux de lutte contre les MNT comme outils pour la coopération pour le développement. Le rapport contient six recommandations à l'intention des gouvernements, qui concernent, entre autres, la promotion et le renforcement de la coopération avec les acteurs non étatiques, notamment les organisations de la société civile.

¹³⁸ Assemblée mondiale de la Santé (2016) *Rapport sur les progrès accomplis entre avril 2015 et mars 2016 par l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_10-fr.pdf (consulté le 24 septembre 2020) Il existe toutefois des exemples d'association de l'industrie du tabac avec certains membres de l'Équipe spéciale, parfois à leur insu.(...)

L'Équipe spéciale sait également que l'industrie de l'alcool a fait pression sur un État Membre au moins avant les réunions.

¹³⁹ OMS (2016) *Working Together to Tackle Noncommunicable Diseases GCM/NCD Global Dialogue Meeting on the Role of Non-State Actors in Supporting Member States in their National Efforts to Tackle Noncommunicable Diseases (NCDs) as Part of the 2030 Agenda for Sustainable Development Balaclava, Mauritius, 19-21 October 2016: Final Report* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/global-dialogue-meeting-report-oct2016.pdf?ua=1> (consulté le 17 septembre 2020)

¹⁴⁰ OMS (2018) *WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Final Report: WHO GCM/NCD Working Group on the Alignment of International Cooperation with National NCD Plans (Working Group 3.2, 2016-2017)* disponible à l'adresse <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/3-2-report.PDF?ua=1> (consulté le 16 septembre 2020)

113. Ces principes du Plan d'action mondial reconnaissent à chacun le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre et la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé dont la répartition est inégale. La mise en œuvre du Plan d'action mondial a soutenu ces principes grâce à :

- la sensibilisation à la question de la charge des MNT notamment dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire (voir la section 3.1, p.6).
- la promotion de la couverture sanitaire universelle et l'objectif d'intégration de services abordables au niveau des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources. Ainsi, la mise en œuvre du Plan d'action mondial peut permettre de réduire les dépenses colossales à la charge des patients et de favoriser l'accès aux services de prévention et de soins en matière de MNT pour tous.
- la diffusion de meilleures connaissances en santé concernant les MNT, à l'aide de messages facilement compréhensibles tels que des mises en garde sanitaires graphiques sur les produits du tabac à fort impact ou les étiquettes tricolores inspirées des feux de signalisation sur les produits alimentaires.
- la prise en compte des déterminants sociaux et culturels de la santé plutôt qu'une approche centrée uniquement sur la responsabilité individuelle et le changement de comportement. Cette démarche s'inscrit dans la logique d'une approche fondée sur l'équité pour ce qui est de la santé.

114. Toutefois, certains se demandent dans quelle mesure ces principes ont été privilégiés lors de la mise en œuvre du Plan d'action mondial.¹⁴¹ Le fait de donner la priorité à quatre groupes principaux de maladies et de se focaliser sur une sélection de meilleurs choix fait courir le risque d'aller à l'encontre du principe des objectifs de développement durable consistant à « ne pas faire de laissés pour compte », promesse de changement au cœur du Programme 2030 et de ses objectifs.¹⁴² Des personnes interrogées ont souligné que cet aspect risquait d'être négligé lors de la mise en œuvre du Plan d'action mondial. L'une d'elles, par exemple, a fait remarquer que les approches fondées sur les droits humains pour les MNT étaient très fragiles, que la prise en compte de ces droits dans les plans nationaux de lutte contre les MNT était plutôt limitée et que ces principes étaient jugés souhaitables mais pas essentiels. Selon certaines personnes interrogées les avancées ont été insuffisantes sur des questions essentielles en matière de droits, telles que la lutte contre la discrimination sociale associée à certaines MNT, comme l'obésité, les troubles de la santé mentale ou le cancer du col de l'utérus, et le droit pour les personnes handicapées d'accéder aux services de santé inscrit dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.¹⁴³

115. Les interventions en matière de MNT doivent inclure les situations de crise humanitaire et les situations d'urgence, y compris les personnes déplacées, les réfugiés et les populations d'accueil.¹⁴¹ Les efforts dans ce domaine, coordonnés par l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, menés notamment par l'Organisation internationale pour les migrations et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, ont consisté, entre autres, à l'élaboration d'une note

¹⁴¹ Voir, par exemple, Perone, S.A., Bausch, F.J., Boulle, P., Chappuis, F., Miranda, J.J. and Beran, D. (2020) *Report of the WHO Independent High-level Commission on NCDs: Where is the Focus on Addressing Inequalities?* BMJ Global Health 2020; :e002820 doi:10.1136/bmjgh-2020-002820 and Bukhman, G., Mocumbi, A.O., Atun, R., Becker, A. E., Bhutta, Z., Binagwaho, A., Clinton, C., Coates, M.M., Dain, K., Ezzati, M., Gottlieb, G., Gupta, I., Gupta, N., Hyder, A.A., Jain, Y., Kruk, M.E., Makani, J., Marx, A., Miranda, J.J., Norheim, O.F., Nugent, R.F., Roy, N., Stefan, C., Wallis, L. et Mayosi, B. for the Lancet NCDI Poverty Commission Study Group (2020) *The Lancet NCDI Poverty commission: Bridging a Gap in Universal Health Coverage for the Poorest Billion* Lancet Vol 396 No. 10256 disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31907-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31907-3.pdf) (consulté le 16 octobre 2020)

¹⁴² Groupe des Nations Unies pour le développement durable (2019) *Ne pas faire de laissés-pour-compte : Guide opérationnel du Groupe des Nations Unies pour le développement durable à l'usage des Équipes de pays de l'ONU* <https://unsdg.un.org/fr/resources/ne-pas-faire-de-laissees-pour-compte-guide-operationnel-du-groupe-des-nations-unies-pour> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁴³ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2020) *Convention relative aux droits des personnes handicapées* disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx> (consulté le 20 septembre 2020)

d'orientation sur les MNT dans les situations d'urgence.¹⁴⁴ Cela met en évidence la nécessité de mettre encore davantage l'accent sur ce domaine lors de la prochaine période de mise en œuvre du Plan d'action mondial.

116. Dans les réponses à l'évaluation, certains ont fait part de leur inquiétude quant au nombre limité d'analyses disponibles sur la manière dont les MNT touchent les différents groupes au sein d'une population. Par exemple, une personne a indiqué que les principes d'équité et de droits humains étaient transversaux mais qu'il manquait l'analyse. Pas seulement sur l'action de l'OMS mais également sur la manière dont les pays faisaient face aux MNT lorsqu'elles touchaient des populations vulnérables. Selon cette personne, on ne dispose pas de ce type d'analyse pour l'accès au traitement et il peut être indiqué dans le plan national que le traitement est gratuit mais une analyse détaillée permet de montrer quelles sont les zones géographiques ou les catégories de revenu qui n'ont pas accès au traitement dans chaque pays. Cette personne a conclu que les groupes vulnérables étaient invisibilisés dans les estimations mondiales. Certaines personnes interrogées se sont montrées préoccupées par le fait que certaines données ventilées sur des groupes spécifiques de la population ne soient pas suffisantes pour que des réponses qui soient plus adaptées à leurs besoins soient mis en place.
117. Le principe d'autonomisation des personnes et des communautés pourrait bénéficier de plus d'attention si les personnes qui vivaient avec une MNT ou qui en subissaient les conséquences avaient voix au chapitre lors de la prise de décisions.¹⁴⁵ La Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de 2018 fait référence à la nécessité de « promouvoir une véritable participation de la société civile (...) et (...) de faire entendre la voix des personnes vivant avec des maladies non transmissibles ou touchées par ces maladies et de sensibiliser à la situation de ces personnes ». Cependant, l'autonomisation des personnes vivant avec une MNT et de leurs communautés, c'est-à-dire leur donner les moyens de participer aux actions de sensibilisation, aux politiques, à la planification, à la législation, à la prestation des services, à la surveillance, à la recherche et à l'évaluation dans le domaine de la santé mentale comme indiqué dans le Plan d'action mondial, n'en est qu'à ses débuts. Les organisations de la société civile et le Secrétariat de l'OMS ont des rôles cruciaux à jouer dans l'orientation de la mise en œuvre du Plan d'action mondial vers une meilleure prise en compte des inégalités en matière de santé et une amélioration de l'implication des personnes vivant avec une MNT dans l'ensemble des niveaux de la riposte aux MNT.

Prise en compte de tous les âges de la vie

118. Ce principe met en évidence le fait qu'il est possible de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles à plusieurs stades de la vie et que c'est souvent au début de l'existence que les possibilités de prévention primaire sont les meilleures. Il insiste également sur la prise en compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les âges de la vie. L'OMS souligne l'importance d'une démarche qui prend en compte tous les âges de la vie en matière de santé et de MNT.¹⁴⁶ La Région européenne de l'OMS a fait des approches « parcours de vie » une composante majeure de Santé 2020 et du cadre régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles.¹⁴⁷ Il y a également des exemples d'interventions ciblant des stades spécifiques de la vie, comme la période avant la grossesse et la grossesse, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.
119. Cependant, en matière de prise en charge, on s'inquiète que le Plan d'action mondial ne se focalise que sur une partie de la population adulte car l'indicateur sur la mortalité prématurée ne prend en compte que les personnes âgées de 30 à 70 ans. Le choix de cette tranche d'âge, comme indiqué dans la définition de

¹⁴⁴ Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et OMS (2016) *Noncommunicable Diseases in Emergencies* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204627/WHO_NMH_NVI_16.2_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁴⁵ Mikkelsen, B. (2020) *Now is the Time for a 'Great Reset' of the NCD Agenda* Personal Blog by @MikkelsenBente_ disponible à l'adresse <https://www.ncd-one.com/blog> (consulté le 18 septembre 2020)

¹⁴⁶ Jacob, C.M., Baird, J., Barker, M., Cooper, C. et Hanson, M. (non daté) *The Importance of a Life Course Approach to Health: chronic Disease Risk from Preconception through Adolescence and Adulthood* disponible à l'adresse <https://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-to-health.pdf> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁴⁷ Mikkelsen, B., Williams, J., Rakovac, I., Wickramasinghe, K., Hennis, A., Shin, H-R., Farmer, M., Weber, M., Berdzuli, N., Borges, C., Huber, M. et Breda, J. (2019) *Life Course Approach to Prevention and Control of Non-communicable Diseases* BMJ 2019 Jan 28;364:l257 doi: [10.1136/bmj.l257](https://doi.org/10.1136/bmj.l257).

l'indicateur de l'Observatoire mondial de la Santé, s'explique par la volonté de mesurer l'impact économique des MNT sur la période de la vie où l'individu est le plus productif. De la même manière, les enquêtes STEPS ne couvrent que la classe d'âge 18-69 ans. Le fait que la charge de morbidité chez les enfants et les jeunes adultes pourrait donc être négligée soulève des inquiétudes. NCD Child, tout en soulignant l'insuffisance des données disponibles, estime qu'il y avait au minimum deux millions d'enfants atteints de cancer, d'asthme, de diabète et de maladies cardiovasculaires en 2017.¹⁴⁸ En outre, les besoins des personnes âgées liés aux MNT ne sont pas nécessairement pris en compte. Le cas de la démence illustre bien ce problème. Si certains avancent que la démence devrait être intégrée dans une version élargie du Plan d'action mondial qui inclut les troubles mentaux, d'autres affirment que les affections neurologiques n'entrent pas tout à fait dans la catégorie de la santé mentale. La démence a de nombreux facteurs de risque en commun avec les MNT comme l'usage nocif de l'alcool, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et l'hypertension.¹⁴⁹ La continuité des soins pour les patients atteints de MNT et l'accès aux soins palliatifs est une autre source majeure de préoccupation. Pour le moment, il ne semble pas qu'une approche prenant en compte tous les âges de la vie ait été utilisée pour évaluer les interventions visées par le Plan d'action mondial.

Stratégies fondées sur des bases factuelles

120. Ce principe du Plan d'action insiste sur le fait que les stratégies et les pratiques destinées à prévenir et à combattre les MNT doivent être fondées sur les données scientifiques les plus récentes et/ou sur les meilleures pratiques, sur le rapport coût/efficacité, sur l'accessibilité économique et sur des principes de santé publique, en tenant compte de considérations culturelles. Le Secrétariat de l'OMS s'est efforcé de suivre ce principe, en élaborant, entre autres, des orientations sur les options qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité, sous la forme des meilleurs choix (Encadré 9, p.33). Toutefois, ces orientations doivent être réexaminées et révisées pour s'assurer qu'elles s'appuient sur les données les plus récentes, et que, dans la mesure du possible, des données sont également recueillies dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.
121. Les données montrent que les pays s'efforcent de mettre en œuvre des mesures envisagées dans le Plan d'action mondial, y compris les meilleurs choix recensés. Il semble que ce qui les empêche d'être plus efficaces est principalement la disponibilité des ressources. Cependant, il existe une poignée d'indicateurs pour lesquels les résultats ne sont pas meilleurs dans les pays à revenu élevé et pourraient même être moins bons (voir le paragraphe 65, p. 39). Ces indicateurs portent sur la publicité des produits du tabac et de l'alcool, les espaces non-fumeurs, la disponibilité et la taxation de l'alcool et les alternatives à l'allaitement. En supposant que les bases factuelles concernées soient solides, pourquoi les pays à revenu élevé ne cherchent-ils pas davantage à atteindre ces objectifs ? Existerait-il un conflit entre des considérations économiques et commerciales et les bases factuelles ?
122. On peut s'étonner, étant donné l'accent qui a été mis sur les stratégies fondées sur des bases factuelles, que les pays ne se soient pas employés plus énergiquement à réaliser l'objectif 5 (voir la section 3.5, p.52). Le Plan d'action mondial serait probablement davantage fondé sur les données scientifiques les plus récentes si des efforts accrus étaient déployés pour identifier et élargir cette base factuelle.

Couverture sanitaire universelle

123. Selon le principe de la couverture sanitaire universelle formulé dans le Plan d'action mondial « chacun devrait avoir accès, sans discrimination, à des ensembles de prestations déterminés à l'échelle nationale, comprenant les services de base nécessaires en matière de promotion, de prévention, de traitement curatif, de réadaptation

¹⁴⁸ NCD Child (2019) *Children and Noncommunicable Disease: Global Burden Report* disponible à l'adresse http://www.ncdchild.org/media/1526/ncdchild_global_final_light_final_2309.pdf (consulté le 24 septembre 2020)

¹⁴⁹ Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafredo, S.G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L.N., Howard, R., Kales, H.C., Kivimäki, M., Larson, E.B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E.L., Samus, Q., Schneider, L.S., Selbæk, G., Teri, L. et Mukadam, N. (2020) *Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission* disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30367-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30367-6.pdf) (consulté le 24 septembre 2020)

et de traitement palliatif, ainsi qu'à des médicaments et produits diagnostiques essentiels de bonne qualité, qui soient à la fois sûrs, abordables et efficaces. Il faut en même temps veiller à ce que le recours à ces prestations n'expose pas les usagers à des difficultés financières, l'accent étant mis sur les populations pauvres et vulnérables ». Il a été souligné récemment dans un article de *The Lancet* qu'il était important de ne pas se focaliser uniquement sur une seule cause de mortalité lors de la lutte menée en vue de réduire la charge mondiale des MNT.¹⁵⁰

124. Bien que le Plan d'action mondial, dans son appendice 1, fasse ressortir l'importance des synergies entre les activités ciblant les maladies non transmissibles et d'autres maladies, telles que d'autres facteurs de risque modifiables, les troubles mentaux, les maladies transmissibles, les évolutions démographiques et le handicap, et la violence et les traumatismes non intentionnels, ces maladies n'ont pas encore totalement été prises en compte dans la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action mondial. L'ensemble PEN, par exemple, fournit seulement des orientations techniques sur la prévention et le traitement de chacun des quatre groupes principaux de maladies sans s'intéresser aux comorbidités. Les systèmes de suivi, y compris les indicateurs de progrès et de résultats, mettent l'accent sur les quatre principaux groupes de MNT et les quatre principaux facteurs de risque sans prendre en considération les synergies recensées dans l'appendice 1 du Plan d'action mondial.

125. S'agissant du financement de la prise en charge des MNT, on constate encore un large recours aux financements directs dans de nombreux cas de figure. Bien que les travaux en matière de couverture sanitaire universelle aient été en partie consacrés à renforcer la protection financière et à éviter que l'appauvrissement des ménages les plus démunis du fait des dépenses de santé extrêmement élevées ne s'aggrave encore, ces avancées n'ont pas vraiment été associées à la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Certaines mesures ont été prises pour garantir que les MNT soient intégrées dans les ensembles de soins de santé primaires de base prodigués dans différents contextes. En accordant une importance particulière à la couverture sanitaire universelle, telle qu'elle est formulée par exemple dans le treizième PGT, l'OMS contribue à ce que les MNT soient potentiellement davantage incorporées aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle.

3.7.2. Conséquences de la pandémie de COVID-19

126. La pandémie de COVID-19, qui a eu lieu en 2020, a eu une série de conséquences sur les MNT et les ripostes à ces maladies. Notamment :

- *Les personnes atteintes de certaines MNT ont été plus gravement affectées par la COVID-19* ¹⁵¹ en Italie, parmi les personnes décédées à l'hôpital, plus des deux tiers (68 %) souffraient d'hypertension et un peu moins d'un tiers de diabète de type 2. ¹⁵² En Espagne, 43 % des patients présentant une forme grave de la COVID-19 souffraient déjà de maladies cardiovasculaires. ¹⁵² La vulnérabilité à la COVID-19 peut-être accrue par l'exposition aux facteurs de risque des MNT et certaines MNT. ¹⁵³ Dans leurs réponses à l'évaluation, les États Membres ont déclaré que les personnes atteintes d'hypertension, de diabète et d'obésité étaient

¹⁵⁰ NCD Countdown 2030 collaborators (2020) *NCD Countdown 2030: Pathways to Achieving Sustainable Development Goal Target 3.4* The Lancet disponible à l'adresse <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931761-X> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁵¹ Formulé de la manière suivante : « Les MNT et leurs facteurs de risque métaboliques, comportementaux et environnementaux sont associés à une plus grande susceptibilité face à la COVID-19 et à un risque accru de forme grave de la maladie grave et de décès » dans Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, WHO et PNUD (2020) *La lutte contre les maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335826/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-fre.pdf (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁵² OMS (2020) *Rapid Assessment of Service Delivery for Noncommunicable Diseases (NCDs) during the COVID-19 Pandemic: Final Results* disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic> (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁵³ Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, OMS et PNUD (2020) *Répondre aux maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID 19 : Rapide tour d'horizon des données probantes sur la COVID 19 et les maladies non transmissibles* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335828/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 19 septembre 2020)

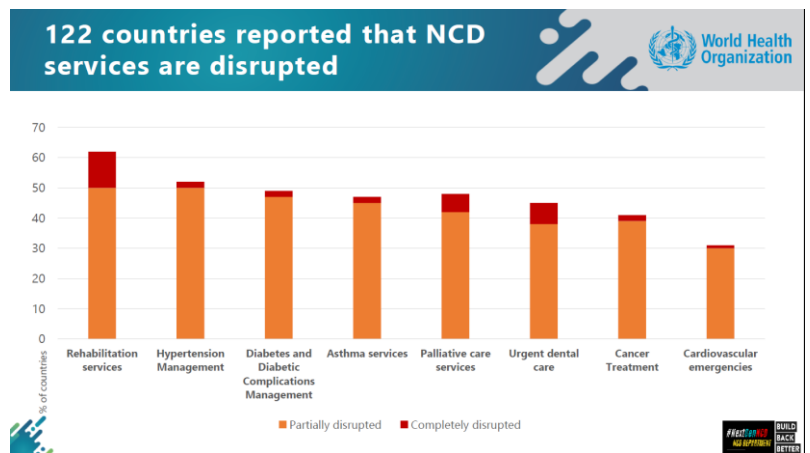
plus vulnérables à la COVID-19. En raison de cette vulnérabilité, certaines personnes présentant des MNT étaient inquiètes à l'idée d'utiliser les services de santé et de moins en moins disposées à le faire. Certaines données semblent également indiquer des complications cardio-vasculaire et respiratoires sur le long terme chez les personnes ayant survécu à la maladie à coronavirus.¹⁵⁴

- *Les services de santé et l'accès aux soins pour les personnes atteintes de MNT ont été perturbés*¹⁵⁵: dans certains pays, les services de santé étaient débordés. Des pénuries de fournitures médicales et de certains médicaments ont été signalées. Dans de nombreux cas, les activités et les services de lutte contre les MNT ont été reportés dans le temps. Cela a concerné les services de traitement des patients, notamment pour le cancer.¹⁵⁶ Dans certains rapports, il a été fait état de personnel de santé refusant de soigner des personnes qui n'auraient pas été testées pour la maladie à coronavirus 2019.

Selon les données issues d'enquêtes menées sur 163 pays,¹⁵² trois-quarts des pays (75 %) ont indiqué que certains services de prise en charge des MNT avaient été perturbés (voir la Figure 21). Selon le rapport, une corrélation a été observée entre l'évolution de l'épidémie de COVID-19 et le degré de perturbation des services de traitement des MNT. Les services ont notamment été perturbés par :

- l'annulation de soins non urgents
- une interruption des programmes de dépistage au niveau de la population
- les conséquences du confinement sur les gouvernements et les transports publics
- l'affectation du personnel de santé en charge des MNT à la riposte contre la COVID-19
- la fermeture de services ambulatoires spécifiques
- le manque d'équipement de protection individuelle, de médicaments, de matériel et de personnel
- l'indisponibilité de services d'hospitalisation ou de lits d'hôpitaux
- les patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous

Figure 21 : Pourcentage de pays ayant signalé que différents services liés aux MNT avaient été perturbés



Source : OMS (2020) *Rapid Assessment of Service Delivery for Noncommunicable Diseases (NCDs) during the COVID-19 Pandemic: Final Results*

Certains États Membres interrogés ont fait savoir qu'en raison de la COVID-19 certaines activités de surveillance des MNT, telles que les enquêtes STEP, avaient été interrompues. Certains ont indiqué que les activités locales comme le dépistage, la formation et les campagnes avaient été particulièrement perturbées. D'autres ont fait remarquer que le nombre de missions internationales d'assistance techniques avait été réduit. Dans certains pays, les services fournis par les ONG, qui reposent sur les dons publics, ont été ébranlés par les contraintes économiques et les possibilités limitées de collecte de fonds auprès du

¹⁵⁴ Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, OMS et PNUD (2020) *Responding to Non-communicable Diseases During and Beyond the COVID-19 Pandemic* disponible à l'adresse https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Actions-2020.1 (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁵⁵ Formulé de la manière suivante : « La pandémie a gravement perturbé les services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs pour les personnes atteintes de MNT » dans Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, WHO et PNUD (2020) *La lutte contre les maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335826/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-fre.pdf (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁵⁶ Sharpless, N.E. (2020) *COVID-19 and Cancer* Science 368 (6497), 1290 disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1126/science.abd3377>

grand public du fait du confinement. Les États Membres ont également déclaré que les orientations de l’OMS sur le maintien des services essentiels de lutte contre les MNT avaient été utiles.

- *Le nombre de personnes demandant des traitements contre certaines MNT a diminué* : en Inde, les établissements de santé en zone rurale ont enregistré 30 % d’urgences cardiaques de moins par rapport aux années précédentes.¹⁵² Aux Pays-Bas, le nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué récemment a diminué de 25 % du fait du confinement.¹⁵²
- *Les ressources humaines et financières ont été détournées de la lutte contre les MNT et affectées à la COVID-19* : dans certains cas, la situation était déjà critique, c’est-à-dire que les ressources disponibles pour les ripostes aux MNT étaient déjà très faibles. Pour certaines personnes interrogées, il s’agit d’un exemple supplémentaire de maladie transmissible qui est priorisée et ce, aux dépens des MNT.
- *La COVID-19 est intervenue à un moment où la riposte aux MNT était déjà fragile* : selon un rapport de l’OMS,¹⁵² la pandémie de COVID-19 est survenue dans un contexte de sous-investissement dans la prévention, le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement des MNT et la réadaptation pour les personnes touchées par ces maladies. Les services de santé n’étaient donc pas en mesure de répondre aux besoins de soins de santé des personnes atteintes de MNT ou concernées par ces maladies. Selon le rapport, c’est le ralentissement des progrès en matière de maîtrise de l’épidémie de MNT depuis 2010 qui est en cause. Une des personnes interrogées a affirmé que la crise de COVID-19 avait aggravé une situation difficile et dans une publication, l’Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des MNT l’a qualifiée de terrible concours de circonstances.¹⁵⁴ Dans certains contextes, la pandémie de COVID-19 s’est ajoutée à un certain nombre de situations d’urgence, révélant l’importance de la préparation. On a relevé plusieurs exemples de préparation conçue pour une situation d’urgence qui s’est avérée utile pour lutter contre la COVID-19 et inversement.
- *La COVID-19 et les ripostes à cette pandémie ont eu des conséquences sur les facteurs de risque des MNT*. Les États Membres interrogés ont indiqué que, dans certains pays, les ventes de tabac ont augmenté étant donné que les possibilités de ramener du tabac non taxé ont diminué. Différentes conséquences sur la consommation d’alcool ont été notifiées : une réduction de la consommation dans les bars mais une augmentation de la consommation à la maison, par exemple. Divers changements ont été observés en matière d’activité physique, une réduction de l’exercice à destination et en provenance du lieu travail et des modifications inégales de la pratique du sport de loisir. Dans certains pays, l’accès à une alimentation saine, dans les écoles et au travail par exemple, a diminué. Dans l’ensemble, on estime que la pandémie et les interventions pour la combattre ont accru certains facteurs de risque, tels que l’inactivité physique, la mauvaise alimentation et l’usage nocif de l’alcool.**Error! Bookmark not defined.** En outre, la COVID-19 pourrait avoir accentué les conflits d’intérêts dans certains cas (voir le paragraphe 107, p.63).
- *L’impact économique de la COVID-19 et des ripostes à cette pandémie risquent d’avoir des conséquences à long terme sur les MNT*, notamment les troubles mentaux, le suicide et la mort entraînée par l’alcool et l’usage de substances psychoactives et les données semblent indiquer que ces effets sont susceptibles d’accroître les inégalités en matière de santé.¹⁵⁷
- *La COVID-19 peut permettre une meilleure intégration des MNT et de la santé mentale dans les efforts déployés pour « reconstruire en mieux »* : certains sont d’avis que la crise de la COVID-19 est l’occasion de voir les MNT et la santé mentale sous un jour nouveau.¹⁵⁸ Certaines personnes interrogées ont admis que

¹⁵⁷ Bamba, C., Riordan, R., Ford, J. et Mathews, F. (2020) *The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities* J Epidemiol Community Health. 2020; <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401> cité dans Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, OMS et PNUD (2020) *Responding to Non-communicable Diseases During and Beyond the COVID-19 Pandemic* disponible à l'adresse https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Actions-2020.1 (consulté le 19 septembre 2020)

¹⁵⁸ Lancet (2020) *COVID-19: A New Lens for Non-communicable Diseases* Volume 396, Issue 10252, p.649 disponible à l'adresse [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31856-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31856-0)

la pandémie de COVID-19 avait attiré l'attention sur le système de santé et mis en évidence l'importance de la prévention et de la maîtrise des maladies. Les effets disproportionnés de la COVID-19 sur les personnes atteintes de MNT ont souligné la nécessité de reconnaître que la riposte aux MNT est essentielle à la préparation et la sécurité sanitaire et d'abattre les cloisons entre maladies transmissibles et non transmissibles. Un accent particulier a également été mis sur les conséquences de la COVID-19 et notamment des réponses à cette pandémie, comme l'effet du confinement sur la santé mentale. La visibilité de la santé mentale et des troubles mentaux s'en est trouvée accrue. Des enseignements ont également été tirés en matière de gestion des établissements, de lutte anti-infectieuse et du sentiment d'urgence et de la mobilisation générés par la pandémie. Il y a aussi eu une augmentation du recours aux solutions virtuelles et numériques, telles que la télémédecine, la livraison à domicile des médicaments, des hôpitaux virtuels, pour la prestation de services de santé. Cependant, la transition vers des moyens virtuels de prestation des services suppose de former le personnel de santé et peut être problématique là où l'accès Internet est limité ou l'équipement électronique fait défaut, ce que certains appellent « la fracture numérique ». ¹⁵⁴ Dans certains contextes, un regain d'attention a été accordé à la formation à l'autoprise en charge pour les personnes atteintes de MNT.

Dans leurs recommandations pour « reconstruire en mieux », l'OMS¹⁵² et l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT¹⁵⁴ conseillent notamment :

- de faire participer les personnes atteintes de MNT ou concernées par ces maladies au partage des connaissances, à la sensibilisation et à la prestation des services
- d'établir des passerelles entre les plans nationaux d'intervention en situation d'urgence humanitaire et les ripostes aux MNT
- d'intégrer la prévention, le diagnostic précoce, le dépistage et le traitement approprié des MNT dans les services essentiels de soins de santé primaires et les prestations accessibles au titre de la couverture sanitaire universelle
- de remédier au sous-investissement historique dans les MNT, en demandant de nouvelles modalités de financement international, une réinitialisation des initiatives mondiales et l'établissement de nouveaux partenariats pour les MNT
- d'agir sur les déterminants sociaux, économiques, commerciaux et environnementaux des MNT
- mettre en œuvre les orientations de l'OMS sur la reprise des services de santé et des activités concernant la santé et le bien-être
- de recueillir de meilleures données et mieux les utiliser
- de mettre au point des approches systématiques en matière de solutions de soins de santé numérique pour les MNT

3.7.3. Les troubles de la santé mentale et la pollution atmosphérique

127. Des engagements en faveur de la lutte contre la pollution atmosphérique et de la mise en œuvre de mesures visant à améliorer la santé mentale et le bien-être figurent dans la Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau sur les MNT de 2018.¹⁵⁹ Ce que de nombreuses personnes interrogées ont appelé le passage de 4 ensembles de maladies et 4 facteurs de risque (« 4 x 4 ») à 5 ensembles de maladies et 5 facteurs de risque (« 5 x 5 »).

128. On reconnaît de plus en plus que la pollution de l'air est un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires et du cancer et on commence à relever des liens avec le diabète, la démence et les troubles mentaux. En ce qui concerne la santé mentale, de nombreuses raisons de l'associer aux maladies non transmissibles ont été avancées par des personnes interrogées, notamment :

- Les troubles mentaux coexistent souvent avec d'autres MNT
- Les facteurs de risque des MNT sont similaires à ceux des troubles mentaux
- La prise en charge et le traitement des MNT et des troubles mentaux doit se faire au moyen d'une approche holistique de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires
- Du point de vue conceptuel, la santé mentale et la santé physique doivent être mise sur un pied d'égalité
- L'association de la santé mentale aux MNT lui donnerait plus de poids
- La santé mentale bénéficie d'un appui de la société civile plus solide que les MNT, fourni notamment par des réseaux locaux de longue date, bien établis, de personnes ayant l'expérience des troubles mentaux. Cela peut permettre de mieux intégrer les MNT dans ces réseaux et que les organisations de la société civile relatives aux MNT tirent parti de cette réunion
- L'association des MNT et de la santé mentale se justifie aux niveaux politique et technique, la santé mentale prête peut-être moins à controverse politiquement
- Les troubles mentaux sont mieux compris en tant que MNT et la compréhension de la santé mentale, notamment la démence, s'en trouverait améliorée
- L'intégration de la santé mentale pourrait stimuler l'intérêt de personnes hors du secteur de la santé, d'autres membres des équipes de pays des Nations Unies, par exemple.
- Une partie du personnel des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS travaillent déjà à la fois sur les MNT et la santé mentale

129. Toutefois, un certain nombre des personnes interrogées, notamment celles qui travaillent sur la santé mentale ont fait part de leurs doutes quant à la démarche. La santé mentale est souvent gérée séparément des MNT, en particulier dans les ministères de la santé de certains pays. Le concept de santé mentale ne concerne pas seulement l'absence de maladie mais fait entrer en jeu les concepts de santé et de bien-être. Bien qu'il existe des liens entre santé mentale et MNT, des liens existent également entre santé mentale et maladies transmissibles, par exemple : l'usage de substance et le VIH. Si les MNT et les troubles mentaux ont des facteurs de risque en commun, les facteurs liés à la santé mentale sont considérés comme plus variés et complexes par certains. Ils ne coïncident pas complètement avec ceux des MNT. Il serait réducteur d'envisager la santé mentale comme une des cinq MNT. Les troubles de la santé mentale sont si divers qu'ils mériteraient de faire l'objet d'un programme dit des « MNT 10 x 10 » plutôt que des « MNT 5 x 5 ». Certains s'inquiètent de la possibilité que la santé mentale cesse d'exister en tant qu'entité propre. Si les plans d'action mondiaux fusionnaient, la santé mentale perdrait potentiellement son accès direct à l'Assemblée mondiale de la Santé et ne pourrait intervenir qu'en tant qu'une des cinq MNT. L'une des préoccupations soulevées par une plus large partie des personnes interrogées était qu'il restait une question sous-jacente d'intégration globale dans le cadre des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle et que, jusqu'à présent, les progrès réalisés à cet égard au sein de l'OMS avaient été limités, étant donné que l'action était encore souvent « compartimentée »

¹⁵⁹ Assemblée générale des Nations Unies (2018) *Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*, Assemblée générale des Nations Unies A/RES/73/2 disponible à l'adresse <https://undocs.org/fr/A/RES/73/2> (consulté le 16 septembre 2020) Voir les paragraphes 31 et 32 concernant la pollution et le paragraphe 37 sur la santé mentale.

et dirigée vers une maladie spécifique, en particulier au niveau du Siècle. Certaines personnes dont le travail porte sur des aspects spécifiques des MNT craignent qu'on se détourne de leur domaine dans une approche « 5 x 5 ». Des inquiétudes ont également été formulées quant au fait que le Plan d'action mondial avait aussi laissé de côté de nombreuses autres MNT, y compris les troubles musculo-squelettiques et les troubles de la vision et de l'audition. Ce problème a été mis en avant dans un récent rapport de Lancet NCDI Poverty Commission, dans lequel il est spécifiquement question du fait qu'une approche « 4 x 4 » ou « 5 x 5 » exclut les priorités en matière de blessures et de maladies non transmissibles pour le milliard le plus démuné, ce qu'ils appellent la pauvreté en matière de blessures et de maladies non transmissibles (NCDI poverty).¹⁶⁰

130. Cependant, selon la déclaration politique de 2018, le problème n'est pas tant de savoir si la santé mentale et la pollution atmosphérique devraient être intégrées au programme de lutte contre les MNT mais plutôt la manière de le faire. Cette question est d'autant plus problématique que les plans d'action mondiaux relatifs aux MNT et à la santé mentale ont tous les deux été prolongés jusqu'à 2030. Y aura-t-il des plans communs aux niveaux mondial, régional et national ? Une approche commune en matière d'évaluation sera-t-elle adoptée ? Les maladies neurodégénératives, comme la démence, seront-elles incluses ? Quelles modifications convient-il d'apporter aux structures mondiales, régionales et nationales pour refléter cet élargissement du champ d'action ?
131. Avant le passage au programme dit des « MNT 5 x 5 », l'OMS a publié des orientations relatives à la pollution atmosphérique et aux MNT, telles que les lignes directrices relatives à la qualité de l'air intérieur¹⁶¹ et l'élimination des maladies liées à l'amiante.¹⁶² En 2018, la première Conférence mondiale sur la pollution de l'air et la santé¹⁶³ a rassemblé diverses parties, ministres de la santé et de l'environnement, professionnels de la santé et représentants de différents secteurs (par ex. : transport et énergie), afin de susciter une prise de conscience et de partager des informations et des outils. Pour préparer le Sommet sur l'action climatique organisé par l'ONU en 2019, l'OMS a élaboré des engagements en faveur de la qualité de l'air destinés à lutter contre la pollution atmosphérique et le changement climatique.¹⁶⁴
132. Certaines Régions de l'OMS (par ex. : les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental) ont déjà intégré des cibles sur la pollution de l'air dans les habitations dans leurs plans régionaux en matière de lutte contre les MNT. Les personnes interrogées étaient intéressées par une extension du Plan d'action mondial à la pollution atmosphérique et étaient d'avis que cela pourrait avoir une incidence dans de nombreux pays, car les pays ont tendance à suivre les conseils et les directives donnés par l'OMS. Le sujet peut avoir un écho dans d'autres organismes du système des Nations Unies, à l'OIT, par exemple, qui s'intéresse à la pollution sur le lieu de travail. Il existe également un lien avec le programme en matière de villes saines, en particulier les activités liées aux transports. Les jeunes font preuve d'un fort intérêt pour la question. Cependant, certains se demandent pourquoi d'autres types de pollution n'ont pas été inclus. En effet, la déclaration politique de la réunion de haut niveau tenue en 2018 mentionne la nécessité de remédier au nombre de décès dus aux MNT attribués à la pollution atmosphérique intérieure et extérieure mais également le besoin de s'attaquer à « la pollution de l'air, de l'eau et du sol, l'exposition aux produits chimiques, les changements climatiques et les phénomènes météorologiques extrêmes, ainsi [que d'agir] sur la manière dont les villes et les établissements humains sont aménagés et développés, notamment en favorisant les transports durables et la sécurité urbaine ». La cible 3.9 des ODD relative à la santé fait également référence aux substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

¹⁶⁰ Bukhman, G., Mocumbi, A.O., Atun, R., Becker, A. E., Bhutta, Z., Binagwaho, A., Clinton, C., Coates, M.M., Dain, K., Ezzati, M., Gottlieb, G., Gupta, I., Gupta, N., Hyder, A.A., Jain, Y., Kruk, M.E., Makani, J., Marx, A., Miranda, J.J., Norheim, O.F., Nugent, R.F., Roy, N., Stefan, C., Wallis, L. et Mayosi, B. for the Lancet NCDI Poverty Commission Study Group (2020) *The Lancet NCDI Poverty commission: Bridging a Gap in Universal Health Coverage for the Poorest Billion* Lancet Vol 396 No. 10256 disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31907-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31907-3.pdf) (consulté le 16 octobre 2020)

¹⁶¹ OMS (2014) *Lignes directrices relatives à la qualité de l'air intérieur : consommation domestique de combustibles* disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144311/WHO_FWC_IHE_14.01_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 24 septembre 2020)

¹⁶² BIT et OMS (2007) *Projet pour l'élaboration de programmes nationaux pour l'élimination des maladies liées à l'amiante* disponible à l'adresse https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_117813.pdf (consulté le 24 septembre 2020)

¹⁶³ Voir <https://www.who.int/airpollution/events/conference/en/> (consulté le 24 septembre 2020)

¹⁶⁴ Voir par exemple <https://www.who.int/globalchange/commit/commit-to-ambitious-climate-action/en/> (consulté le 24 septembre 2020)

133. Malgré leur enthousiasme pour l'ajout de la pollution atmosphérique au nombre des facteurs de risque dans le Plan d'action mondial, les personnes interrogées se demandaient comment cela allait être mis en place et avec quels moyens. Certains craignent que bien que l'idée soit bonne en théorie, les mécanismes de mise en œuvre soient très différents, y compris les départements et les ministères hors du ministère de la santé. Une des personnes interrogées pressent que même si cela est adopté « sur le papier », il pourrait y avoir peu de changement dans les faits. Une autre a fait remarquer que la pollution atmosphérique était liée à d'autres questions plus vastes de changements climatiques et phénomènes météorologiques extrêmes (mentionnés dans le Plan d'action mondial) et qu'il n'était pas possible de retirer la pollution de l'air du domaine du changement climatique qui bénéficiait d'une bonne visibilité.

3.7.4. La structure et les capacités de l'OMS

134. Pour définir la contribution de l'OMS à la mise en œuvre du Plan d'action mondial, un plan unifié de l'OMS, et un groupe d'orientation interne affilié, ont été créés en 2013. L'objectif était d'accroître l'efficacité de l'OMS pour répondre aux demandes d'appui technique des États Membres plus rapidement, de combler les lacunes en matière de compétences, de réduire les coûts et de relever les défis de financement. Toutefois, il semble que cette coordination n'ait pas fonctionné de manière optimale, un certain niveau de fragmentation et de concurrence étant apparus entre les domaines thématiques. En outre, la question de l'appropriation du domaine des facteurs de risque aux trois niveaux de l'organisation dans le contexte de ressources limitées n'est pas très claire. Les efforts menés par l'OMS pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action mondial ont fait l'objet de rapports soumis à un certain nombre d'Assemblée mondiale de la Santé mais sans qu'il soit fait explicitement référence au plan unifié de l'OMS.

135. Des inquiétudes ont été soulevées quant à la restructuration du Siège, partie intégrante du programme de transformation, qui aurait divisé la lutte contre les MNT en deux avec d'un côté la prévention (et les facteurs de risque) et de l'autre la prise en charge des MNT. Bien que la plupart des bureaux régionaux aient ensuite procédé à une restructuration similaire, cela n'a pas été le cas dans le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ou le Bureau régional OMS des Amériques / l'Organisation panaméricaine de la santé. Une des personnes interrogées a affirmé que le programme de lutte contre les MNT avait été sacrifié, du moins conceptuellement et ce qui a été déploré par un des États Membres. Si le système fonctionne, il y aura besoin d'une bonne coordination entre les deux Sous-Directeurs généraux en charge de ces domaines d'activité. Le réseau horizontal interne de l'OMS pour l'action collective axée sur les cibles des ODD relatives aux MNT (*WHO Internal Horizontal Network for Collective Action towards the NCD-related SDG Targets*), composé d'un comité d'orientation et d'un réseau d'action, a mis en place un modèle à cet effet consistant en des réunions de coordination hebdomadaires et la production d'un plan d'exécution stratégique interne pour la période 2019-23. Certaines personnes interrogées ont estimé que le changement avait eu des répercussions positives sur la prise en charge des MNT, donnant la possibilité d'accroître la visibilité de ces maladies et d'accéder au financement en les intégrant complètement en tant qu'élément clé de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. La question de la structure du Siège a été jugée moins problématique par les personnes interrogées dans les bureaux de pays. Il a été fait remarquer que le « découpage du gâteau » serait toujours un sujet de discorde et qu'il importait finalement peu, qu'ils s'accommoderaient quel que soit le découpage. Il a également été indiqué qu'il y avait toujours eu un élément de fragmentation, par exemple, entre différents facteurs de risque.

136. Les personnes interrogées se sont montrées très préoccupées par la capacité de l'OMS dans les pays à fournir un soutien sur des problématiques liées aux MNT. Dans la plupart des cas, même dans les principaux bureaux de pays, le personnel de l'OMS doit couvrir une multitude de domaines. Il a été estimé qu'il était essentiel d'avoir des capacités suffisantes au niveau des bureaux de pays pour que l'OMS puisse fournir le soutien nécessaire pour lutter contre les MNT. Les ressources financières et humaines ont été désignées comme principales difficultés pour les bureaux de l'OMS dans les pays souhaitant participer à la lutte contre les MNT.

Une des personnes interrogées a déclaré que sans ressources humaines adaptées dans les bureaux de pays, l'action de l'OMS sur les MNT se limitaient à « des bonnes paroles ». Une autre a affirmé qu'il était crucial d'aligner la stratégie, les incitations et le personnel mais que ce n'était pas ce que faisait l'OMS. On s'est inquiété du fait que les seuls financements disponibles étaient parfois consacrés à une seule activité en particulier, comme les enquêtes STEPS, mais sans autres financements, pour la surveillance par exemple, la pertinence d'une telle utilisation de l'argent a été mise en question. Plusieurs personnes interrogées ont souligné que dans certains cas le manque de ressources humaines ne laissait pas d'autres choix que d'adopter une approche intégrée.

137. Afin de soutenir les interventions multisectorielles en matière de MNT, des compétences spécifiques non liées à la santé doivent être acquises dans les pays pour pouvoir coopérer avec les ministères des finances ou du commerce ou pour aider les pays à gérer leurs relations avec les acteurs du secteur privé actifs dans les domaines concernés. Certaines personnes interrogées ont estimé que les capacités de l'OMS hors de la sphère de la santé au niveau national devaient être renforcées pour qu'un appui adéquat soit fourni aux pays pour combattre les facteurs de risque. Les tentatives de mobilisation de secteurs autres que celui de la santé ont peut-être fait chou blanc car elles demandent des aptitudes qui ne font pas partie des compétences essentielles de l'OMS. Dans le cadre de l'évaluation, une personne a signalé que la prévention n'était pas la même chose que la promotion de la santé, que ce n'était pas seulement ce qui était fait dans le centre de consultation, que c'était une approche différente. Elle a indiqué qu'ils étaient des médecins dont le travail consistait à soigner et prévenir des maladies dans le secteur médical et que s'attaquer au milieu de travail valorisant et à la taxation demandait un tout autre éventail de qualifications. Cela peut également se rapporter à la manière dont la présence de l'OMS est organisée dans les différents contextes. Une des personnes a fait savoir que le Ministère de la santé considérait l'OMS comme un de ses départements mais que si l'Organisation souhaitait contacter d'autres ministères, la procédure n'était pas clairement définie. Dans les bureaux de pays, certains ont cependant reconnu qu'il était possible de recevoir un appui technique très détaillé, par exemple, sur les aspects économiques de la fiscalité, de la part du Siège.

3.7.5. Liens avec le reste du programme de développement

138. Le Plan d'action mondial et les engagements politiques de haut niveau correspondants ont permis d'attirer davantage l'attention sur les MNT dans les programmes de santé et de développement internationaux et nationaux (voir la section 3.1, p.6). Cette dynamique a contribué à l'intégration des MNT (cible 3.4)¹⁶⁵ dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.¹⁶⁶ La cible 3.4 fait, entre autres, spécifiquement référence à la promotion de la santé mentale et du bien-être (voir la section 3.7.3, p.72). Dans l'ODD 3,¹⁶⁷ plusieurs autres cibles sont pertinentes pour la lutte contre les MNT et couvrent les facteurs de risques (usage nocif de l'alcool, lutte contre le tabagisme), prise en charge des MNT (couverture sanitaire universelle et recherche et développement sur les vaccins et médicaments contre les MNT) et pollution de l'air, de l'eau et des sols (voir la Figure 22).

¹⁶⁵ D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être. Les détails des cibles de l'ODD3 sont disponibles à l'adresse <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁶⁶ Assemblée générale des Nations Unies (2015) *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* A/RES/70.1 disponible à l'adresse <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁶⁷ Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges

Figure 22 : Cibles de l'ODD 3 relatives aux maladies non transmissibles



139. Le Plan d'action mondial axé sur l'ODD 3¹⁶⁸ aide 12 organisations multilatérales¹⁶⁹ à harmoniser leurs efforts pour qu'elles puissent soutenir davantage les pays en vue d'accélérer la réalisation de l'ODD 3. Sept « accélérateurs » sont recensés dans le plan, à savoir : soins de santé primaires ; financement durable pour la santé ; participation des communautés et de la société civile ; déterminants de la santé ; programmation innovante dans des cadres de fragilité et de vulnérabilité et pour la riposte aux flambées de maladies ; recherche-développement, innovation et accès ; données et santé numérique. En 2019, une déclaration politique historique sur la couverture sanitaire universelle a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à l'issue de la réunion de haut niveau.¹⁷⁰ La déclaration précise comment atteindre la cible 3.8 des ODD consistant à mettre en place la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici à 2030 à l'aide d'un ensemble de mesures variées visant à appuyer les avancées en matière de CSU. Elle comprend une cible à mi-parcours consistant à faire en sorte qu'un milliard de personnes supplémentaires accèdent, d'ici à 2023, à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments, des vaccins, des outils de diagnostic et des technologies sanitaires essentiels qui soient sûrs, de qualité, efficaces et abordables, conformément au treizième PGT. Cette

¹⁶⁸ OMS (2019) *Une collaboration renforcée pour une meilleure santé : Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous* disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327846/9789242516432-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁶⁹ Gavi, Mécanisme de Financement Mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), ONUSIDA, PNUD FNUAP, UNICEF, Unitaid, ONU-Femmes, Banque mondiale, PAM et OMS

¹⁷⁰ Assemblée générale des Nations Unies (2019) *Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle* disponible à l'adresse <https://undocs.org/fr/A/RES/74/2> (consulté le 20 septembre 2020)

déclaration a été suivie par la création de CSU 2030 Partenariat international pour la santé et du Pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle.¹⁷¹

140. Compte tenu de ces avancées majeures de l'action sanitaire internationale, en 2019, l'Assemblée mondiale de la Santé a confirmé les objectifs figurant dans le Plan d'action mondial qui [contribueraient] à atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable et d'autres buts et cibles concernant les maladies non transmissibles et a décidé de prolonger jusqu'à 2030 l'application de ces plans d'action afin qu'ils soient alignés sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030.¹⁷² L'équipe d'appui pour l'évaluation a fait part de ses inquiétudes concernant les répercussions de cette décision qui selon elle, devraient faire l'objet d'un examen plus approfondi, notamment en ce qui concerne l'alignement des indicateurs et les cibles du Plan d'action mondial sur les cibles et les indicateurs des ODD.¹⁷³ Cette question est examinée à l'annexe 6. Cela met en lumière un certain nombre de questions :

- L'échéance de 2025 s'applique-t-elle toujours aux cibles relatives aux MNT ou a-t-elle été reportée à 2030 ? Plus précisément, en ce qui concerne la mortalité prématurée imputable aux MNT, la cible d'une réduction de 25 % d'ici 2025 est-elle remplacée par la cible des ODD d'un tiers de réduction d'ici 2030 ou reste-t-elle un jalon en vue d'atteindre cette cible ? On peut également se demander si la date à partir de laquelle les réductions vont être mesurées est la même pour ces cibles.
- Les cibles des ODD tiennent compte de la santé mentale et de la pollution atmosphérique. Est-il prévu d'incorporer ces indicateurs dans le cadre de suivi du Plan d'action mondial ou alternativement de modifier cet instrument pour qu'ils concordent davantage avec les indicateurs des ODD ?
- La question de l'âge choisi pour surveiller la consommation de tabac semble particulièrement problématique. L'âge retenu est 18 ans et plus dans le Plan d'action mondial contre 15 ans et plus dans les ODD. Est-ce un problème ? Si oui, comment sera-t-il résolu ?
- Certains des indicateurs du Plan d'action mondial font potentiellement partie d'indicateurs plus généraux relatifs à la couverture sanitaire universelle ou mesurent des éléments de la même chose d'une manière légèrement différente. Un travail d'harmonisation est-il prévu ?

141. Que l'accent soit mis sur la réduction de la mortalité prématurée due aux MNT de 25 % d'ici 2025 ou de 33 % d'ici 2030, les données actuelles indiquent que cette cible est loin d'être atteinte à l'échelle mondiale. Selon le rapport du Secrétariat soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019, le rythme de diminution de la probabilité de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une affection respiratoire chronique était « insuffisant pour atteindre la cible 3.4 des objectifs de développement durable ». ¹⁷⁴ Cela a été confirmé dans un récent article des Collaborateurs de l'initiative NCD Countdown 2030 dans lequel il a été conclu qu'au rythme actuel des progrès, la cible 3.4 des ODD ne serait atteinte que par moins d'un cinquième des pays d'ici 2030, des pays à revenu élevé pour la plupart. ¹⁷⁵

¹⁷¹ CSU 2030 Partenariat international pour la santé (non daté) *Pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle* disponible à l'adresse https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements_docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_Global_Compact_French_WEB.pdf (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁷² Assemblée mondiale de la Santé (2019) *Résolutions et décisions, Annexes : WHA72(11) Suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* consultable à partir de la page 53 à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-fr.pdf#page=25 (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁷³ Voir Assemblée générale des Nations Unies (2017) *Travaux de la Commission de statistique sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030* A/RES/71/313 disponible à l'adresse <https://undocs.org/fr/A/RES/71/313> (consulté le 20 septembre 2020)

¹⁷⁴ Assemblée mondiale de la Santé (2019) *Suivi des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur des questions relatives à la santé* disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_19-fr.pdf (consulté le 20 septembre 2020) – paragraphe 9, p.6

¹⁷⁵ NCD Countdown 2030 collaborators (2020) *NCD Countdown 2030: Pathways to Achieving Sustainable Development Goal Target 3.4* The Lancet disponible à l'adresse <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931761-X> (consulté le 20 septembre 2020)

142. Certaines personnes interrogées ont remis en question la pertinence du Plan d'action mondial pour guider la prise en charge et la maîtrise des MNT compte tenu des changements survenus en matière de couverture sanitaire universelle et d'objectifs de développement durable depuis 2013. L'une d'entre elles a déclaré que les ODD avaient absorbé le Plan d'action mondial, qu'ils coïncidaient en partie mais qu'à la différence des ODD, le Plan d'action mondial ne disposait pas de tels mécanisme mondial de suivi, de dialogue politique et de plateforme de financement. Certaines ont laissé entendre qu'il était nécessaire de définir davantage les exigences spécifiques de la prise en charge des MNT dans le programme de couverture sanitaire universelle, notamment en ce qui concerne le personnel, la disponibilité des médicaments et les compétences.
143. Les personnes interrogées se sont également demandé dans quelle mesure le Plan d'action mondial était mis en place pour établir des liens avec d'autres domaines des MNT au-delà du nombre limité de maladies spécifiées compte tenu du contexte de l'approche centrée sur le patient promue dans le programme de la couverture sanitaire universelle. Les participants à l'évaluation ont pointé des domaines tels que la santé oculaire, les maladies rénales et la démence, soulignant par exemple, la nécessité d'une meilleure intégration au sein de la CSU et d'une approche plus holistique qui tienne compte de la personne dans son ensemble et qui mette suffisamment l'accent sur les maladies et les affections oculaires « non transmissibles », ajoutant que de nombreuses maladies ne figurent pas parmi les 4 (ou 5) MNT importantes et ne seront donc pas officiellement suivies. Selon eux, on répète les erreurs des objectifs du Millénaire pour le développement en laissant des maladies de côté et on passe inévitablement à côté de nouvelles difficultés et opportunités en fixant des priorités avec une si longue échéance. C'est certainement le cas pour l'obésité, étant donné la quantité de données qui ont émergé depuis que la rédaction initiale du Plan d'action mondial, en particulier en ce qui concerne la nature de l'obésité en tant que maladie et de son rôle dans les complications de la COVID-19.
144. Des préoccupations ont également été soulevées au sujet des exigences imposées aux pays s'ils devaient faire rapport séparément sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial et sur les ODD. Les personnes interrogées ont indiqué que ce serait plus simple si les indicateurs étaient réunis et que le fait d'avoir d'un côté, les cibles et les indicateurs des ODD pour 2030 et de l'autre, la cible à atteindre d'ici 2025, était est déroutant et conduisait à compliquer la mise en œuvre du Plan d'action mondial. Selon ces personnes, il y a un besoin d'harmonisation et de simplification entre ce que l'OMS et l'ONU, de manière plus générale, exigent. Elles ont ajouté que les pays devaient réaliser de nombreux rapports.

Conclusions et recommandations pour les questions transversales

Conclusions

L'OMS ne dispose pas de ressources financières et humaines suffisantes pour apporter un soutien technique à la mise en œuvre du programme de lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays et compte tenu de leur demande croissante de soutien technique. Les travaux menés sur les facteurs de risque par l'Organisation sont fragmentés et pâtissent d'un manque de leadership manifeste.

La collaboration multisectorielle, par exemple au-delà du secteur de la santé et du secteur privé, exige des personnes ayant les compétences et l'expérience appropriées dans le secteur privé, dans les domaines politique et diplomatique, et dans l'utilisation des réseaux. L'OMS n'a guère donné d'orientations claires sur la manière dont les pays peuvent mettre en place une riposte multisectorielle efficace, associant d'autres institutions des Nations Unies, la société civile, les organisations du secteur privé, etc., y compris sur la façon de gérer et d'éviter les conflits d'intérêts commerciaux. Le rôle que peut jouer la société civile dans le soutien à la riposte aux MNT n'a pas été pleinement exploité. Les personnes ayant l'expérience de ces maladies sont en grande partie absentes des processus de prise de décisions.

D'une manière générale, la mise en œuvre du Plan d'action mondial par les États Membres et le soutien technique apporté par l'OMS n'ont pas mis l'accent sur les besoins des groupes vulnérables ni identifié les obstacles et les risques spécifiques auxquels ceux-ci sont confrontés. Les données ventilées sur la prévalence des MNT et leurs facteurs de risque dans différents segments de la population sont limitées, ce qui est un frein à l'identification et à la conception d'interventions ciblées. On pourrait mettre davantage l'accent sur les connaissances en matière de santé, tant pour la prévention que pour la prise en charge des MNT. Les éléments clés sur lesquels il convient d'insister sont la communication centrée sur le patient et un matériel facile à comprendre et à utiliser pour encourager l'autoprise en charge des patients.

Bien qu'il y ait eu une décision de principe sur l'ajout de la santé mentale et de la pollution de l'air dans le programme international de lutte contre les MNT, c'est-à-dire le passage des « 4 x 4 » aux « 5 x 5 », les modalités pratiques de ce changement au sein du Plan d'action mondial ne sont pas claires.

L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a, de manière efficace, joué un rôle fédérateur et favorisé la coordination entre les institutions des Nations Unies à l'échelle nationale, régionale et mondiale, y compris moyennant des visites fortement médiatisées dans les pays qui ont permis de sensibiliser davantage les gouvernements nationaux et les organismes des Nations Unies sur le terrain à la lutte contre les MNT. Les progrès de l'action conjointe ont été entravés par le manque d'adhésion à tous les niveaux et l'insuffisance des ressources consacrées au programme de lutte contre les MNT dans l'ensemble du secteur des Nations Unies.

À ce jour, le mécanisme mondial est le premier et le seul dispositif en bonne et due forme relevant des États Membres au sein du Secrétariat de l'OMS qui vise à faciliter la collaboration multipartite et intersectorielle dans le domaine des MNT. Son mandat particulier repose principalement sur sa capacité à collaborer et à créer des liens entre les acteurs multisectoriels, y compris les États Membres, les acteurs non étatiques, ceux des Nations Unies et les autres programmes techniques, aux niveaux mondial, régional et national. Tant que les fonctions du mécanisme mondial envisagées à l'origine restent d'actualité et continuent d'apporter des contributions pertinentes au Plan d'action mondial, au treizième programme général de travail, 2019-2023, et aux cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, leur maintien s'impose. Mais le mécanisme doit évoluer, voire être remplacé par un modèle plus ciblé et axé sur l'action ou suivant une autre approche sur la base d'une collaboration plus étroite avec les autres acteurs internes et externes.

Conclusions et recommandations pour les questions transversales

Recommandations

Le Secrétariat de l'OMS devrait entreprendre un examen fonctionnel afin d'examiner dans quelle mesure sa structure et ses capacités sont optimales pour fournir un soutien technique dans la lutte contre les MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan de ressources pour lutter contre les MNT qui décrira les ressources humaines et financières nécessaires et disponibles pour fournir un soutien technique à la lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays. Celui-ci s'attachera à axer les ressources de l'OMS sur les principales causes de mortalité et de morbidité auxquelles sont confrontés les pays ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait évaluer dans quelle mesure les structures actuelles destinées à la lutte contre les MNT sont optimales, en particulier en termes de cohérence de l'approche face aux facteurs de risque et dans l'optique d'une contribution maximale à la prise en charge des MNT dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner les mécanismes de coordination entre les départements et les équipes de l'OMS qui sont mis à la disposition des hauts responsables, entre autres, afin d'assurer la cohérence des différents éléments de l'action engagée face aux MNT.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner comment promouvoir et soutenir plus efficacement la collaboration multisectorielle dans le domaine des MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait recruter des personnes ayant un ensemble de compétences plus diversifiées, par exemple en ce qui concerne la collaboration multisectorielle ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait continuer de mettre en œuvre efficacement le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques qui fait office de guide pour travailler auprès des acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait aider les États Membres à collaborer de manière appropriée et efficace avec le secteur privé en donnant des exemples de collaboration efficace avec celui-ci et en offrant des conseils sur la façon dont les États Membres peuvent se protéger contre les ingérences indues de l'industrie en s'appuyant sur l'expérience de l'OMS dans ce domaine (la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, par exemple) ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait fournir un appui technique pour l'achat de médicaments et de technologies médicales conformément à la cible 9 du Plan d'action mondial qui vise à la disponibilité et à l'accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait mieux collaborer avec la société civile, et aider les États Membres à faire de même, notamment en produisant des éléments de preuve des bonnes pratiques dans ce domaine, en soutenant la société civile dans le suivi des contributions au Plan d'action mondial et en publiant des lignes directrices sur la participation de la société civile à l'action multisectorielle, y compris en renforçant la responsabilisation en matière de notification sur les MNT et en veillant à ce que les personnes atteintes de MNT participent aux processus de prise de décisions et de suivi.

Les États Membres et le Secrétariat de l'OMS devraient se concentrer davantage sur les répercussions particulières que les MNT ont sur certains groupes, en particulier les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes âgées, les peuples autochtones, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants, comme le prévoit le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait aider les pays à procéder à la collecte et à l'analyse de données ventilées sur la prévalence des MNT et les facteurs de risque dans les groupes vulnérables ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient concevoir des interventions tenant compte des déterminants de la santé, y compris les lacunes et les obstacles auxquels sont confrontés les groupes identifiés conformément aux principes énoncés dans les objectifs de développement durable, à savoir ne laisser personne de côté et aider les plus défavorisés en premier ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de promouvoir de meilleures connaissances en matière de santé à la fois pour la prévention et la prise en charge des MNT, y compris en accordant une plus grande attention à la communication centrée sur le patient et en privilégiant les documents faciles à comprendre et à utiliser pour aider à l'autoprise en charge par le patient.

Conclusions et recommandations pour les questions transversales

Recommandations (suite)

Il est nécessaire de définir comment la santé mentale et la pollution de l'air peuvent être intégrées en pratique dans le Plan d'action mondial. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient envisager d'élaborer un modèle de fonctionnement conjoint ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait proposer aux États Membres les ajustements nécessaires à apporter aux systèmes de suivi actuels. La révision et l'actualisation du Cadre de suivi constitueraient un moyen d'intégrer la santé mentale et la pollution de l'air aux MNT et aux facteurs de risque actuels, tout en assurant un meilleur alignement avec les principales évolutions dans les domaines de la santé et du développement au niveau international depuis 2013, notamment les objectifs de développement durable et leurs cibles et indicateurs.

L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) devraient examiner comment ils peuvent apporter un soutien supplémentaire aux pays, promouvoir des activités conjointes entre les institutions des Nations Unies et renforcer davantage la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT parmi les hauts responsables des institutions des Nations Unies. Plus précisément :

- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient quantifier et identifier les ressources nécessaires et les options envisageables pour répondre aux demandes des pays, y compris pour un soutien et un suivi sur la durée, concernant la lutte contre les MNT dans le contexte des plans nationaux de riposte à la COVID-19 et de relèvement dans la période qui suivra ;
- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de mener davantage d'actions conjointes ;
- l'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de consolider la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT aux niveaux de direction dans l'ensemble du système des Nations Unies.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient envisager de mettre en œuvre les recommandations issues de l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Selon la principale recommandation issue de l'évaluation finale du mécanisme mondial, les options suivantes devaient être prises en considération pour aller de l'avant : a) une approche renforcée et plus ciblée de l'exécution des fonctions essentielles par le mécanisme mondial, ou b) l'abandon du mécanisme et la mise en place d'un nouveau modèle opérationnel au sein de l'OMS pour assurer l'exécution effective de ses fonctions. En outre, l'évaluation finale comportait quatre recommandations supplémentaires, fondées sur les recommandations de l'évaluation préliminaire, qui n'ont généralement pas été mises en œuvre, et qui visaient à élaborer un plan stratégique à moyen terme, améliorer la portée au niveau national, formuler une stratégie de collaboration claire et rationaliser les approches de mobilisation des ressources. On trouvera des informations plus précises sur ces recommandations dans le résumé d'orientation sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination.

4. Conclusions et enseignements tirés

145. La section dédiée aux conclusions dans le présent rapport porte sur les progrès réalisés dans le cadre de chaque objectif du Plan d'action mondial au regard d'un certain nombre d'indicateurs déterminés. Les quatre facteurs de risque de l'objectif 3 sont traités séparément. Il est possible d'agréger les résultats de l'ensemble de ces indicateurs afin de fournir une évaluation globale des progrès réalisés par rapport à l'objectif, analysé par catégorie de revenu. Le détail de la méthode utilisée pour ce faire figure à l'annexe 4 et les conclusions sont résumées ici et dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Les scores de performance (par objectif) en 2015 et 2019 et la différence entre eux : au total et par catégorie de revenu (le code couleur correspond au niveau de performance : vert foncé >80 % ; vert clair 60-79 % ; jaune 40-59 % ; et orange <40 % - la valeur-p concerne l'existence ou non d'une corrélation statistique entre l'objectif et la catégorie de revenu du pays)

Objectif	PFR			PRITI			PRITS		
	2015	2019	Diff.	2015	2019	Diff.	2015	2019	Diff.
1	29	47	+18	37	66	+29	40	65	+25
2	24	38	+14	37	53	+16	51	71	+20
3 – tabac	24	30	+6	34	42	+8	41	48	+7
3 – alcool	45	45	0	44	42	-2	52	48	-4
3 – alimentation	3	11	+8	16	25	+9	31	35	+4
3 – activité	28	17	-11	55	30	-25	67	75	+8
4	9	22	+13	15	38	+23	34	55	+21
5	17	14	-3	8	19	+11	28	30	+2
6	20	32	+12	37	49	+12	55	65	+10

Objectif	PRE			Total			Valeur-p		
	2015	2019	Diff.	2015	2019	Diff.	2015	2019	Diff.
1	45	63	+18	39	62	+23	0,12	0,26	0,75
2	59	71	+12	46	61	+15	< 0,001	< 0,001	0,75
3 – tabac	45	57	+12	38	46	+8	< 0,001	< 0,001	0,07
3 – alcool	47	41	-6	47	44	-3	0,46	0,63	0,23
3 – alimentation	48	57	+9	28	36	+8	< 0,001	< 0,001	0,997
3 – activité	78	86	+8	61	58	-3	< 0,001	< 0,001	0,007
4	42	70	+28	28	50	+22	< 0,001	< 0,001	0,09
5	30	58	+28	22	34	+12	0,02	< 0,001	0,005
6	62	67	+5	47	57	+10	< 0,001	< 0,001	0,09

146. Globalement, pour l'ensemble des objectifs, les progrès sont relativement lents. On note une légère amélioration pour la majorité des objectifs à l'exception, pour l'objectif 3, de la réduction de l'usage nocif de l'alcool et de la promotion de l'activité physique. Pour la plupart des objectifs, une corrélation statistiquement significative a été observée entre les résultats en 2015 et en 2019 et la catégorie de revenu du pays. Cela ne concerne pas l'objectif 1 et, dans l'objectif 3, la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Dans la majorité des cas, l'évolution entre 2015 et 2019 n'était pas corrélée statistiquement à la catégorie de revenu du pays, à deux exceptions près. En ce qui concerne l'activité physique, les résultats se sont sensiblement détériorés dans les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) alors qu'il y a eu des améliorations modestes dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et les pays à revenu élevé. Dans le cas de l'objectif 5, relatif à la recherche, des améliorations n'ont été enregistrées pratiquement que dans les pays à revenu élevé.

147. Tous les pays sont en mesure d'élaborer une politique, une stratégie ou un plan d'action pour lutter contre les MNT mais des ressources sont nécessaires pour concevoir les structures et mettre en œuvre les mesures requises. Ces ressources peuvent être disponibles dans les pays à revenu élevé mais elles font largement défaut dans les pays avec des revenus inférieurs. Dans certains domaines, notamment la prévention de l'usage nocif de l'alcool, la différence anticipée n'est pas observée, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir des facteurs autres que les ressources qui interviennent.

148. L'évaluation a permis de tirer un certain nombre de conclusions et d'enseignements. Ceux-ci sont résumés ci-après et ont inspiré les recommandations figurant dans la section qui suit :

- C1. Dans l'ensemble, le Plan d'action mondial a contribué à donner une plus grande visibilité aux MNT à l'échelle internationale et dans de nombreux pays, ce qui a contribué à une augmentation du nombre de pays ayant adopté une politique, une stratégie ou un plan d'action national pour lutter contre les MNT. Toutefois, il est urgent d'accélérer la mise en œuvre de ces plans et des ressources financières sont nécessaires aux niveaux interne et international pour cette mise en œuvre.
- C2. L'identification par l'OMS de ce qu'elle considère comme les meilleurs choix en matière de lutte contre les MNT a fourni aux États Membres une série d'options de politique générale qu'ils peuvent envisager lorsqu'ils recherchent des mécanismes d'un bon rapport coût/efficacité fondés sur les meilleures données actuelles. Globalement, les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial ont été lents et progressifs et n'ont pas connu l'accélération rapide à laquelle les processus de haut niveau associés au Plan d'action mondial permettaient d'aspirer.
- C3. Des progrès graduels ont été réalisés dans la lutte contre le tabagisme, tandis que pour d'autres facteurs de risque, tels que l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique, ils n'ont pas encore été observés. Il est possible que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le suivi de sa mise en œuvre soit un facteur clé à cet égard.
- C4. On sait désormais qu'il est crucial de ne pas se concentrer sur une seule MNT. Bien que des progrès aient été réalisés dans l'élaboration de protocoles et la mise à disposition de médicaments essentiels contre les MNT, ceux-ci font encore défaut dans de nombreux pays. Il faut faire davantage pour s'assurer que les MNT sont prises en charge efficacement dans le cadre des soins primaires afin que les personnes atteintes de MNT, comme l'hypertension et le diabète, soient diagnostiquées, traitées et que leurs maladies soient maîtrisées. Il convient de veiller à ce que ces dispositions s'appliquent aussi aux groupes vulnérables, aux différents groupes d'âge et aux personnes vivant des situations d'urgence.
- C5. L'investissement en faveur de la recherche et le soutien à celle-ci sont loin d'être optimaux bien que la persistance de nombreuses lacunes en matière de données probantes soit reconnue, notamment en ce qui concerne les meilleurs choix dans différents contextes et la meilleure façon de promouvoir la mise en œuvre d'interventions jugées très efficaces, en fonction des contextes. La recherche apparaît très largement comme le maillon le plus faible dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial.
- C6. Il existe deux séries d'indicateurs de progrès, l'une axée sur la mise en œuvre du Plan d'action, l'autre sur la réalisation des engagements, l'une et l'autre se chevauchant parfois. Les données sont communiquées régulièrement par presque tous les États Membres, mais il serait possible d'utiliser et d'analyser beaucoup plus de données.

Questions transversales

- C7. L'OMS ne dispose pas de ressources financières et humaines suffisantes pour apporter un soutien technique à la mise en œuvre du programme de lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays et

compte tenu de leur demande croissante de soutien technique. Les travaux menés sur les facteurs de risque par l'Organisation sont fragmentés et pâtissent d'un manque de leadership manifeste.

- C8. La collaboration multisectorielle, par exemple au-delà du secteur de la santé et du secteur privé, exige des personnes ayant les compétences et l'expérience appropriées dans le secteur privé, dans les domaines politique et diplomatique, et dans l'utilisation des réseaux. L'OMS n'a guère donné d'orientations claires sur la manière dont les pays peuvent mettre en place une riposte multisectorielle efficace, associant d'autres institutions des Nations Unies, la société civile, les organisations du secteur privé, etc., y compris sur la façon de gérer et d'éviter les conflits d'intérêts commerciaux. Le rôle que peut jouer la société civile dans le soutien à la riposte aux MNT n'a pas été pleinement exploité. Les personnes ayant l'expérience de ces maladies sont en grande partie absentes des processus de prise de décisions.
- C9. D'une manière générale, la mise en œuvre du Plan d'action mondial par les États Membres et le soutien technique apporté par l'OMS n'ont pas mis l'accent sur les besoins des groupes vulnérables ni identifié les obstacles et les risques spécifiques auxquels ceux-ci sont confrontés. Les données ventilées sur la prévalence des MNT et leurs facteurs de risque dans différents segments de la population sont limitées, ce qui est un frein à l'identification et à la conception d'interventions ciblées. On pourrait mettre davantage l'accent sur les connaissances en matière de santé, tant pour la prévention que pour la prise en charge des MNT. Les éléments clés sur lesquels il convient d'insister sont la communication centrée sur le patient et un matériel facile à comprendre et à utiliser pour encourager l'autoprise en charge des patients.
- C10. Bien qu'il y ait eu une décision de principe sur l'ajout de la santé mentale et de la pollution de l'air dans le programme international de lutte contre les MNT, c'est-à-dire le passage des « 4 x 4 » aux « 5 x 5 », les modalités pratiques de ce changement au sein du Plan d'action mondial ne sont pas claires.
- C11. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a, de manière efficace, joué un rôle fédérateur et favorisé la coordination entre les institutions des Nations Unies à l'échelle nationale, régionale et mondiale, y compris moyennant des visites fortement médiatisées dans les pays qui ont permis de sensibiliser davantage les gouvernements nationaux et les organismes des Nations Unies sur le terrain à la lutte contre les MNT. Les progrès de l'action conjointe ont été entravés par le manque d'adhésion à tous les niveaux et l'insuffisance des ressources consacrées au programme de lutte contre les MNT dans l'ensemble du secteur des Nations Unies.
- C12. À ce jour, le mécanisme mondial est le premier et le seul dispositif en bonne et due forme relevant des États Membres au sein du Secrétariat de l'OMS qui vise à faciliter la collaboration multipartite et intersectorielle dans le domaine des MNT. Son mandat particulier repose principalement sur sa capacité à collaborer et à créer des liens entre les acteurs multisectoriels, y compris les États Membres, les acteurs non étatiques, ceux des Nations Unies et les autres programmes techniques, aux niveaux mondial, régional et national. Tant que les fonctions du mécanisme mondial envisagées à l'origine restent d'actualité et continuent d'apporter des contributions pertinentes au Plan d'action mondial, au treizième programme général de travail, 2019-2023, et aux cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, leur maintien s'impose. Mais le mécanisme doit évoluer, voire être remplacé par un modèle plus ciblé et axé sur l'action ou suivant une autre approche sur la base d'une collaboration plus étroite avec les autres acteurs internes et externes.¹⁷⁶

¹⁷⁶ Le rapport complet sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).

5. Recommandations

149. L'évaluation a permis de formuler les recommandations suivantes :

Objectif 1 du Plan d'action mondial. Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation

R1. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des mécanismes de financement durables pour permettre une accélération spectaculaire de la mise en œuvre des MNT.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des propositions spécifiques sur la façon dont le financement des MNT peut être incorporé aux plans visant à « reconstruire en mieux » ;
- l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'OMS et les partenaires internationaux devraient poursuivre leur projet de création d'un fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, les organisations philanthropiques et les autres organismes de financement devraient allouer des fonds supplémentaires pour la lutte contre les MNT, y compris par l'intermédiaire du fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour lutter contre les MNT ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait continuer de travailler avec l'Organisation de coopération et de développement économiques pour introduire un code-objet afin de suivre les dépenses consacrées aux MNT dans le cadre de l'aide publique au développement.

Objectif 2 du Plan d'action mondial. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT dans les pays

R2. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quelle est la meilleure façon d'utiliser les ressources financières limitées disponibles pour les MNT en mettant l'accent sur les options les plus rentables au vu des données disponibles.** Plus précisément :

- les États Membres devraient identifier les moyens de fournir les ressources financières internes nécessaires pour lutter efficacement contre les MNT, de recenser ces ressources et d'en tirer parti, y compris, le cas échéant, dans le cadre de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19 et des plans d'action pour le relèvement ;
- les États Membres devraient concentrer leurs ressources financières sur les mesures qui présenteront le meilleur rapport coût/efficacité sur la base des meilleures données disponibles ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait actualiser les meilleurs choix sur la base des dernières données disponibles, issues notamment de contextes régionaux et nationaux variés ;
- les États Membres devraient adapter les meilleurs choix à leur situation avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS, si nécessaire ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner si d'autres orientations peuvent être données sur le financement total nécessaire à la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MNT les plus rentables ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de recueillir plus de données sur les niveaux de dépenses consacrées dans les pays aux MNT et d'en rendre compte.

Objectif 3 du Plan d'action mondial. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

R3. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme n'ont pas encore été observés pour d'autres facteurs de risque.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient rechercher pourquoi les progrès constants observés en matière de lutte antitabac ne sont pas observés pour d'autres facteurs de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner pourquoi, en particulier, les politiques sur l'usage nocif de l'alcool ne sont pas associées à la mise en œuvre des mesures d'un bon rapport coût/efficacité répertoriées pour lutter contre ce facteur de risque ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner quels sont les obstacles, dans les pays à revenu élevé, à la mise en œuvre des mesures pour lesquelles il n'existe pas de corrélation avec la catégorie de revenu ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait examiner (dans le cadre de l'examen des meilleurs choix) si la gamme des interventions rentables portant sur l'activité physique peut être élargie ;
- les États Membres devraient élaborer et renforcer les cadres réglementaires appropriés pour tous les facteurs de risque, avec le soutien technique du Secrétariat de l'OMS.

Objectif 4 du Plan d'action mondial. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

R4. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient faire davantage pour s'assurer que les personnes touchées par les MNT bénéficient d'un diagnostic, reçoivent un traitement et voient leur maladie prise en charge.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient trouver des moyens pratiques de mieux intégrer la lutte contre les MNT aux soins de santé primaires et à la couverture sanitaire universelle ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer des orientations plus concrètes sur la prise en charge des MNT dans le cadre des soins primaires ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient améliorer le suivi du nombre et de la proportion de personnes recevant des médicaments essentiels dans les établissements de soins de santé primaires, en particulier pour réduire les risques cardiovasculaires, en veillant à ce que les besoins de groupes spécifiques soient pris en compte ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient reconnaître et souligner qu'il importe de ne pas se concentrer uniquement sur une seule MNT.

Objectif 5 du Plan d'action mondial. Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

R5. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer les meilleurs moyens de faire progresser la recherche sur les MNT dans l'ordre des priorités.** Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer si l'insuffisance du financement ou l'absence d'un mécanisme de financement efficace pourrait expliquer la faiblesse des progrès réalisés en matière de recherche sur les MNT et, si c'est le cas, quelle pourrait être la solution ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan clair sur la façon dont il soutiendra ce domaine de travail, y compris en recensant les priorités et les besoins actuels en matière de recherche et en déterminant comment y répondre ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait définir les rôles et les responsabilités de chacun pour cet objectif, sachant en particulier qu'une division des sciences a été créée ;

- le Secrétariat de l'OMS devrait déterminer, en consultation avec les centres collaborateurs de l'OMS, par quels moyens ceux de ces centres qui travaillent sur les MNT peuvent contribuer à cet objectif.

Objectif 6 du Plan d'action mondial. Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

R6. Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient examiner les moyens de renforcer davantage le suivi et la surveillance des interventions de lutte contre les MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient déterminer comment mener des enquêtes sur les facteurs de risque d'une manière plus rentable et viable à long terme, qui permette de renforcer les capacités locales et soit cohérente avec d'autres systèmes nationaux de données ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait s'assurer que les futurs rapports aux États Membres sur l'ensemble des indicateurs PA incluent l'indicateur sur la recherche (AP5) ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait réviser et mettre à jour les définitions des indicateurs PA, et déterminer quelle sera l'année de référence pour les rapports de situation soumis à l'Assemblée de la Santé, puis faire rapport aux États Membres sur ces points ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait rendre les données plus facilement accessibles au public, en ligne par exemple, et utiliser davantage les données disponibles, notamment dans le cadre d'analyses internes en collaboration avec ses partenaires ;
- le Secrétariat de l'OMS, les États Membres, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques devraient élaborer un système de mesures pour les acteurs autres que les États membres, c'est-à-dire l'OMS, les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient renforcer les mécanismes de validation des données communiquées par les pays, par exemple grâce à des vérifications internes au pays ou menées par la société civile ;
- le Secrétariat de l'OMS devrait informer les États Membres des incidences de l'extension du Plan d'action mondial jusqu'en 2030 en matière de suivi et de notification, notamment pour ce qui est des données à rapporter en 2025 et en 2030 ;
- le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient s'assurer que l'évaluation finale du Plan d'action mondial permet d'apprécier les progrès réalisés au niveau des résultats, comme le précise le cadre mondial de suivi. Pour ce faire, il faudra disposer d'un cadre approprié, par exemple sous la forme d'une théorie du changement, et étudier et analyser les corrélations entre les progrès attestés et les changements observés dans les résultats. L'évaluation devrait également examiner pourquoi certains pays obtiennent des résultats supérieurs aux attentes compte tenu de la catégorie de revenu à laquelle ils appartiennent, au moyen d'études de cas.

Questions transversales

R7. Le Secrétariat de l'OMS devrait entreprendre un examen fonctionnel afin d'examiner dans quelle mesure sa structure et ses capacités sont optimales pour fournir un soutien technique dans la lutte contre les MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l'OMS devrait élaborer un plan de ressources pour lutter contre les MNT qui décrira les ressources humaines et financières nécessaires et disponibles pour fournir un soutien technique à la lutte contre les MNT, en particulier au niveau des pays. Celui-ci s'attachera à axer les ressources de l'OMS sur les principales causes de mortalité et de morbidité auxquelles sont confrontés les pays;
- le Secrétariat de l'OMS devrait évaluer dans quelle mesure les structures actuelles destinées à la lutte contre les MNT sont optimales, en particulier en termes de cohérence de l'approche face aux facteurs de risque et dans l'optique d'une contribution maximale à la prise en charge des MNT dans le cadre de la couverture sanitaire universelle ;

- le Secrétariat de l’OMS devrait examiner les mécanismes de coordination entre les départements et les équipes de l’OMS qui sont mis à la disposition des hauts responsables, entre autres, afin d’assurer la cohérence des différents éléments de l’action engagée face aux MNT.

R8. Le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient examiner comment promouvoir et soutenir plus efficacement la collaboration multisectorielle dans le domaine des MNT. Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS devrait recruter des personnes ayant un ensemble de compétences plus diversifiées, par exemple en ce qui concerne la collaboration multisectorielle ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait continuer de mettre en œuvre efficacement le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques qui fait office de guide pour travailler auprès des acteurs non étatiques ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait aider les États Membres à collaborer de manière appropriée et efficace avec le secteur privé en donnant des exemples de collaboration efficace avec celui-ci et en offrant des conseils sur la façon dont les États Membres peuvent se protéger contre les ingérences indues de l’industrie en s’appuyant sur l’expérience de l’OMS dans ce domaine (la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, par exemple) ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait fournir un appui technique pour l’achat de médicaments et de technologies médicales conformément à la cible 9 du Plan d’action mondial qui vise à la disponibilité et à l’accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait mieux collaborer avec la société civile, et aider les États Membres à faire de même, notamment en produisant des éléments de preuve des bonnes pratiques dans ce domaine, en soutenant la société civile dans le suivi des contributions au Plan d’action mondial et en publiant des lignes directrices sur la participation de la société civile à l’action multisectorielle, y compris en renforçant la responsabilisation en matière de notification sur les MNT et en veillant à ce que les personnes atteintes de MNT participent aux processus de prise de décisions et de suivi.

R9. Les États Membres et le Secrétariat de l’OMS devraient se concentrer davantage sur les répercussions particulières que les MNT ont sur certains groupes, en particulier les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes âgées, les peuples autochtones, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants, comme le prévoit le Programme de développement durable à l’horizon 2030. Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS devrait aider les pays à procéder à la collecte et à l’analyse de données ventilées sur la prévalence des MNT et les facteurs de risque dans les groupes vulnérables ;
- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient concevoir des interventions tenant compte des déterminants de la santé, y compris les lacunes et les obstacles auxquels sont confrontés les groupes identifiés conformément aux principes énoncés dans les objectifs de développement durable, à savoir ne laisser personne de côté et aider les plus défavorisés en premier ;
- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient trouver des moyens de promouvoir de meilleures connaissances en matière de santé à la fois pour la prévention et la prise en charge des MNT, y compris en accordant une plus grande attention à la communication centrée sur le patient et en privilégiant les documents faciles à comprendre et à utiliser pour aider à l’autoprise en charge par le patient.

R10. Il est nécessaire de définir comment la santé mentale et la pollution de l’air peuvent être intégrées en pratique dans le Plan d’action mondial. Plus précisément :

- le Secrétariat de l’OMS et les États Membres devraient envisager d’élaborer un modèle de fonctionnement conjoint ;
- le Secrétariat de l’OMS devrait proposer aux États Membres les ajustements nécessaires à apporter aux systèmes de suivi actuels. La révision et l’actualisation du Cadre de suivi constitueraient un moyen d’intégrer la santé mentale et la pollution de l’air aux MNT et aux facteurs de risque actuels, tout en assurant un meilleur alignement avec les principales évolutions dans les domaines de la santé

et du développement au niveau international depuis 2013, notamment les objectifs de développement durable et leurs cibles et indicateurs.

R11. **L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) devraient examiner comment ils peuvent apporter un soutien supplémentaire aux pays, promouvoir des activités conjointes entre les institutions des Nations Unies et renforcer davantage la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT parmi les hauts responsables des institutions des Nations Unies.** Plus précisément :

- L'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient quantifier et identifier les ressources nécessaires et les options envisageables pour répondre aux demandes des pays, y compris pour un soutien et un suivi sur la durée, concernant la lutte contre les MNT dans le contexte des plans nationaux de riposte à la COVID-19 et de relèvement dans la période qui suivra ;
- L'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de mener davantage d'actions conjointes ;
- L'Équipe spéciale interorganisations et le Conseil économique et social devraient trouver des moyens de consolider la mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT aux niveaux de direction dans l'ensemble du système des Nations Unies.

R12. **Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres devraient envisager de mettre en œuvre les recommandations issues de l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles.**¹⁷⁷ Selon la principale recommandation issue de l'évaluation finale du mécanisme mondial, les options suivantes devaient être prises en considération pour aller de l'avant : a) une approche renforcée et plus ciblée de l'exécution des fonctions essentielles par le mécanisme mondial, ou b) l'abandon du mécanisme et la mise en place d'un nouveau modèle opérationnel au sein de l'OMS pour assurer l'exécution effective de ses fonctions. En outre, l'évaluation finale comportait quatre recommandations supplémentaires, fondées sur les recommandations de l'évaluation préliminaire, qui n'ont généralement pas été mises en œuvre, et qui visaient à élaborer un plan stratégique à moyen terme, améliorer la portée au niveau national, formuler une stratégie de collaboration claire et rationaliser les approches de mobilisation des ressources. On trouvera des informations plus précises sur ces recommandations dans le résumé d'orientation sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Le rapport complet sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).

¹⁷⁸ Le rapport sur l'évaluation finale du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles est disponible sur le site Web du Bureau de l'évaluation (www.who.int/evaluation).