



Rapport de situation 2018 sur les politiques et lois de lutte contre les maladies non transmissibles dans les États et Territoires insulaires océaniques



Préparé par :
Alliance océanienne pour le suivi de la lutte contre les MNT

Rapport de situation 2018 sur les politiques et lois de lutte contre les maladies non transmissibles dans les États et Territoires insulaires océaniques

Préparé par :
Alliance océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT



Pacific
Community
Communauté
du Pacifique

Nouméa, Nouvelle-Calédonie, 2019

© Copyright Communauté du Pacifique (CPS) 2019

Tous droits réservés de reproduction ou de traduction à des fins commerciales/lucratives, sous quelque forme que ce soit. La Communauté du Pacifique autorise la reproduction ou la traduction partielle de ce document à des fins scientifiques ou éducatives ou pour les besoins de la recherche, à condition qu'il soit fait mention de la CPS et de la source. L'autorisation de la reproduction et/ou de la traduction intégrale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, à des fins commerciales/lucratives ou à titre gratuit, doit être sollicitée au préalable par écrit. Il est interdit de modifier ou de publier séparément des graphismes originaux de la CPS sans autorisation préalable.

Texte original : anglais

Communauté du Pacifique, catalogage avant publication (CIP)

Rapport de situation 2018 sur les politiques et lois de lutte contre les maladies non transmissibles dans les États et Territoires insulaires océaniques / préparé par : Alliance océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT

1. Diseases - Prevention – Oceania.

2. Public health – Oceania.

3. Chronic diseases – Oceania.

4. Nutrition – Oceania.

I. Titre II. Communauté du Pacifique

616.980995

ACCR2

ISBN: 978-982-00-1215-8

Photo de couverture : Jipé Le-Bars – CPS

Préparé pour la publication et imprimé par la Communauté du Pacifique au siège de Nouméa

B.P. D5, 98848, Nouméa Cedex, Nouvelle Calédonie, 2019

www.spc.int | spc@spc.int

Table des matières

Remerciements.....	v
Résumé	1
Contexte.....	4
Les maladies non transmissibles dans le Pacifique	4
Le rôle des politiques publiques dans la lutte contre les MNT	4
Alliance océanienne pour le suivi de la lutte contre les MNT	5
Tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT	5
Méthodes	6
Présentation du tableau de bord.....	6
Élaboration des indicateurs	6
Renseignement des tableaux de bord	7
Résultats et analyse	8
Impulsion politique et gouvernance.....	8
Prévention des risques	9
Programmes d'intervention des systèmes de santé	16
Suivi-évaluation.....	17
Conclusion et recommandations	20
Annexe 1 : Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs du tableau de bord océanien.....	21
Annexe 2 : Dictionnaire de données se rapportant au tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT	24

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux directeurs de la santé, qui ont assuré la direction des activités de l'Alliance océanienne pour le suivi de la lutte contre les MNT et supervisé les tableaux de bord, ainsi qu'aux ministres de la Santé et autres hauts représentants des États et Territoires insulaires océaniques, qui ont approuvé ces tableaux de bord.

Nous tenons également à remercier les chargés de la coordination de la lutte contre les MNT dans chaque pays océanien pour les informations qu'ils ont transmises et pour leur participation à l'examen des tableaux de bord : Karen Tairea (Îles Cook) ; Dr Isimeli Tukana et Dr Eric Rafai (Fidji) ; Roselie Zabala et Alyssa Uncango (Guam) ; Antje Reiher (Kiribati) ; Kaitlyn Neises-Mocanu et Becky Robles (Îles Mariannes du Nord) ; équipe de lutte contre les MNT (Îles Marshall) ; X-ner Luther (États fédérés de Micronésie) ; Jioje Fesaitu, Christal Teabuge, Suechen Apadinuwe et Vincent Scotty (Nauru) ; Grizelda Mokoia (Niue) ; Bernard Rouchon (Nouvelle-Calédonie) ; Candace Koshiba et Edolem Ikerdeu (Palau) ; Vicky Wari (Papouasie-Nouvelle-Guinée) ; Dr Marie-Françoise Brugiroux, Dr Vaea Terorotua et Marjorie Bourges (Polynésie française) ; Dr Geoff Kenilorea (Îles Salomon) ; Mae Ualesi Silva, Quandolita Reid-Enari et Dr Robert Thomsen (Samoa) ; Leiema Hunt (Samoa américaines) ; Alapati Tavite (Tokelau) ; Dr 'Ofa Tukia, Sione Hufanga et Seini Filiai (Tonga) ; Natano Elisala, Meiema Lusama, Miliama Simona et Suria Elisala (Tuvalu) ; Graham Tabi (Vanuatu) ; et Florence Flament (Wallis and Futuna).

La méthodologie et les indicateurs adossés au tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT ont été élaborés par les membres de l'équipe de coordination MANA : Dr Mark Durand, Dr Ilisapeci Kubuabola, Dr Erin Passmore, Dr Wendy Snowdon, Professor Boyd Swinburn, Dr Hilary Tolley, Dr Paula Vivili, Dr Jillian Wate et Dr Si Thu Win Tin. Les tableaux de bord de chaque pays océanien ont été renseignés par Inger Appanaitis, Solene Bertrand, Dr Haley Cash, Dr Mark Durand, Dr Ilisapeci Kubuabola, Dr Erin Passmore, Dr Revite Kiriton, Dr Wendy Snowdon et Judith T. Won Pat, en collaboration avec les chargés de la coordination de chaque pays, et avec le concours technique de Dr Si Thu Win Tin, Karen Fukofuka, Elisiva Na'ati et Dr Ada Moadsiri. Le présent rapport a été préparé par Dr Erin Passmore et Dr Si Thu Win Tin, avec le concours technique de membres de l'équipe de coordination MANA.

Dr Erin Passmore et Dr Si Thu Win Tin
Programme politiques, planification et réglementation
Communauté du Pacifique

Résumé

Contexte

L'Océanie est l'une des régions du monde les plus touchées par les maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque associés. Lors de la réunion conjointe des ministres de l'Économie des pays membres du Forum et des ministres de la Santé des pays océaniques, tenue en 2014, les participants ont approuvé la Feuille de route régionale relative aux MNT, qui dresse une liste des mesures fiscales, réglementaires et politiques pouvant être mises en œuvre dans les États et Territoires insulaires océaniques pour lutter contre ces maladies. Ils ont également convenu de rendre compte, à chaque réunion des ministres océaniques de la Santé, des progrès accomplis au regard de la Feuille de route.

Méthodes

Pour aider les pays océaniques à effectuer le suivi des avancées réalisées dans la mise en œuvre de la Feuille de route, l'Alliance océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT a mis sur pied le tableau de bord océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT. L'avancement des pays dans la mise en œuvre de politiques et de lois en matière de prévention des MNT est évalué par un code couleurs sur le modèle des feux de signalisation. Le tableau de bord regroupe 31 indicateurs dans les domaines suivants : impulsion politique et gouvernance, prévention des risques, programmes d'intervention des systèmes de santé et suivi-évaluation méthodique.

En 2017 et 2018, l'équipe de coordination MANA a collaboré avec les chargés de la coordination de la lutte contre les MNT à l'échelon national afin de préparer les tableaux de bord de tous les pays de la région. Pour ce faire, un membre de l'équipe de coordination MANA a d'abord prérempli le tableau de bord avec les informations accessibles au public. La version préliminaire du tableau de bord a ensuite été examinée et vérifiée par le chargé de la coordination de la lutte contre les MNT sur place puis approuvée par le ministre de la Santé ou un autre signataire compétent.

Ont été préparés et approuvés en 2017 et 2018 les tableaux de bord des 21 États et Territoires insulaires océaniques : Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna. Le présent rapport rassemble les résultats de ces tableaux de bord.

Résultats

Les principaux résultats dans chaque domaine du tableau de bord sont synthétisés ci-dessous.

1. Impulsion politique et gouvernance

Sur les 21 États et Territoires insulaires océaniques, 14 pays (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Niue, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu et Vanuatu) se sont dotés d'une stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés, 15 pays (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu et Vanuatu) ont défini des indicateurs et des objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT, et cinq pays (Guam, Palau, Samoa, Tonga et Tuvalu) disposent d'un groupe de travail plurisectoriel sur les MNT en activité.

2. Prévention des risques

Tabac : Tous les États et Territoires insulaires océaniques ont élaboré une loi visant à réduire la consommation de tabac, et 18 d'entre eux (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna) ont instauré une taxe sur le tabac.

La plupart des pays océaniques ont légiféré pour aménager des espaces publics non-fumeurs (à l'exception des États fédérés de Micronésie, de Niue et de Wallis et Futuna), apposé des avertissements sanitaires sur les produits du tabac (16 pays : Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna), imposé des restrictions à la vente de tabac et à la délivrance de licences pour la vente de tabac (14 pays : Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu et Vanuatu), ainsi qu'à la publicité en faveur du tabac (17 pays : Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna). Toutefois, aucun pays océanique ne dispose de politiques publiques ou de lois visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac.

Alcool : Tous les États et Territoires insulaires océaniques visés dans ce rapport ont introduit des réglementations nationales relatives à la délivrance de licences afin de limiter la vente d'alcool (à l'exception des États fédérés de Micronésie, où ce point relève de la compétence des États), des lois nationales visant à lutter contre l'alcool au volant (à l'exception des États fédérés de Micronésie, où ce point relève de la compétence des États, de la Papouasie Nouvelle-Guinée et de Vanuatu), ainsi que des mécanismes de taxation de l'alcool (à l'exception des Îles Marshall). Cependant, seuls six pays (Guam, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa et Wallis et Futuna) ont réglementé la publicité en faveur de l'alcool.

Alimentation : Quatorze États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa et Vanuatu) ont mis en place des plans ou des activités visant à réduire la consommation de sel au sein de la population. Treize pays (Îles Cook, Fidji, Kiribati, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Polynésie française, Samoa, Tokelau, Tonga, Vanuatu et Wallis et Futuna) ont instauré des politiques fiscales visant à faciliter et à rendre moins onéreux le choix d'une alimentation saine, et à décourager le choix des aliments mauvais pour la santé. Cependant, seuls quatre d'entre eux (Kiribati, Nauru, Samoa et Tonga) avaient mis en œuvre des mesures jugées « fortes » (ayant obtenu une notation de trois étoiles). Ils sont également 13 (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tonga et Vanuatu) à avoir émis des directives diététiques alimentaires nationales à destination des adultes. Aucun pays ne s'est doté de politiques ou de lois visant à limiter les acides gras trans dans l'alimentation. En ce qui concerne les actions entreprises pour promouvoir une alimentation saine chez les enfants, deux pays (Kiribati et Polynésie française) ont élaboré des politiques visant à limiter le marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants et 11 pays (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines et Vanuatu) disposent de politiques ou de directives en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire.

Activité physique : Quatorze États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Guam, Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga et Wallis et Futuna) ont fait de l'éducation physique une matière obligatoire dans les programmes scolaires.

Mise en application : Quatorze États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Tuvalu et Wallis et Futuna) ont établi un système public visant à assurer le respect des lois relatives au tabac, à l'alcool, à l'alimentation et à la noix de bétel.

3. Programmes d'intervention des systèmes de santé

Tous les États et Territoires insulaires océaniques visés dans ce rapport (à l'exception des Îles Mariannes du Nord et de Palau) ont émis des directives nationales pour le diagnostic et le traitement d'au moins une des quatre principales MNT. Dans 15 États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines,

Tokelau, Tonga, Tuvalu et Wallis et Futuna), tous les médicaments essentiels contre les MNT figurent sur la liste des médicaments essentiels, et des mécanismes permettent de veiller à leur disponibilité. Quinze États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tonga et Vanuatu) proposent une aide au sevrage tabagique. En ce qui concerne les programmes liés à l'alimentation du nourrisson, sept pays (Fidji, Kiribati, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française et Îles Salomon) ont imposé des restrictions à la commercialisation de substituts du lait maternel, six pays (Fidji, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Îles Salomon, Samoa américaines et Vanuatu) disposent d'un établissement public certifié Hôpital ami des bébés, et huit pays (Fidji, Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Îles Salomon, Polynésie française et Vanuatu) ont instauré des lois prévoyant au moins 12 semaines de congé de maternité rémunéré.

4. *Suivi-évaluation*

Seize États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga et Tuvalu) ont recueilli des données sur la prévalence des facteurs de risque associés aux MNT au sein de la population adulte, et 15 pays (Îles Cook, Fidji, Guam, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Îles Marshall, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna) ont recueilli ces mêmes données chez l'adolescent au cours des cinq dernières années. Onze États et Territoires insulaires océaniques (Îles Cook, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Tokelau et Tuvalu) recueillent et communiquent des données relatives à la croissance de l'enfant. Tous les pays océaniques (à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Îles Salomon et de Wallis et Futuna) se sont dotés de dispositifs permettant de produire systématiquement des données sur les causes de la mortalité.

Conclusion et recommandations

Le rapport met en évidence que les progrès accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois et politiques en matière de prévention des MNT varient d'un pays à l'autre. Alors que des mesures politiques et législatives fortes ont été instaurées dans certains domaines, il existe encore des lacunes, qui doivent être comblées pour lutter plus efficacement contre la crise des MNT en Océanie. Ainsi, les points suivants demeurent largement absents des politiques et lois en vigueur dans la région : la prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac, la restriction de la publicité en faveur de l'alcool, la diminution des acides gras trans dans l'apport alimentaire, la limitation du marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants, l'imposition de restrictions à la commercialisation de substituts du lait maternel, la mise en place d'établissements certifiés Hôpital ami des bébés, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel grâce à l'octroi d'un congé de maternité rémunéré, à l'aménagement de locaux d'allaitement et à la mise en place de pauses d'allaitement. Les responsables océaniques de la santé sont invités à examiner les recommandations suivantes.

1. **Au niveau national**, les responsables océaniques de la santé devraient utiliser le tableau de bord océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT afin de définir les domaines d'action prioritaires à l'échelon national et d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en place de lois et politiques relatives aux MNT.
2. **Au niveau régional**, le tableau de bord océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT devrait continuer à être utilisé comme mécanisme de responsabilité mutuelle afin de suivre les progrès accomplis par les États et Territoires insulaires océaniques en matière de lutte contre les MNT et d'en faire rapport à chaque réunion des directeurs de la santé et des ministres de la Santé des pays océaniques.

Contexte

Les maladies non transmissibles dans le Pacifique

Les maladies non transmissibles (MNT) comprennent notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires. L'Océanie est l'une des régions du monde les plus touchées par les MNT et les facteurs de risque associés. Ces maladies représentent également la principale cause de mortalité dans la plupart des États et Territoires insulaires océaniques¹, puisqu'elles sont responsables de 60 % à 75 % des décès. Elles sont à l'origine d'une crise humaine, sociale et économique dans la région, qui appelle une riposte globale urgente. On note également une forte prévalence des facteurs de risque associés aux MNT, dont la consommation de tabac, une mauvaise alimentation, une consommation excessive d'alcool et la sédentarité.

Le rôle des politiques publiques dans la lutte contre les MNT

Les politiques publiques revêtent une importance capitale dans la lutte contre la crise des MNT. Des instruments économiques, tels que la fiscalité et les subventions, peuvent favoriser des comportements sains, tandis que les taxes sont une source de revenus susceptibles d'être investis dans la prévention et les soins de santé. Qui plus est, l'adoption d'un mode de vie sain peut être encouragée par des lois et des politiques qui, d'une part, améliorent la disponibilité, l'accessibilité financière et la consommation d'aliments plus sains et, d'autre part, limitent la disponibilité et l'accessibilité financière du tabac, de l'alcool et des boissons et aliments moins bons pour la santé. Enfin, les politiques publiques peuvent promouvoir l'activité physique, par exemple en améliorant l'accessibilité des infrastructures et équipements sportifs et en encourageant les modes de déplacement faisant appel à une activité physique, tels que la marche à pied et le vélo.

Le rôle majeur des politiques publiques dans la lutte contre les MNT est reconnu à l'échelle mondiale comme dans la région océanique. À l'échelon mondial, les chefs d'État et de gouvernement ont reconnu, à l'occasion de la réunion de haut niveau des Nations unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011), « le rôle primordial des gouvernements et la responsabilité qui leur incombe de faire face au défi des maladies non transmissibles² ». Cet engagement est également visible dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui insiste sur le fait que la prévention et la prise en charge efficaces des MNT nécessitent une approche interministérielle et une collaboration entre de nombreux secteurs au-delà de la santé, et notamment du commerce, de la finance, de l'agriculture et de l'éducation³.

À l'échelon régional, lors de la réunion conjointe des ministres de l'Économie des pays membres du Forum et des ministres de la Santé des pays océaniques, tenue en 2014, les ministres océaniques ont approuvé le rapport intitulé *Non-Communicable Disease Roadmap Report*⁴, qui offre une feuille de route précisant les mesures politiques, réglementaires et fiscales précises que les États et Territoires insulaires océaniques peuvent mettre en œuvre de façon réaliste pour lutter contre les MNT dans la région. Cet engagement a de nouveau été affirmé lors de rencontres régionales ultérieures, et notamment du Sommet océanique de 2016 sur les MNT⁵, à l'occasion duquel les pouvoirs publics océaniques et, en particulier, les ministres de la Santé, se sont dits déterminés à mettre en place et à respecter des calendriers à l'échelon national pour la mise en œuvre des principales recommandations de la Feuille de route relative aux MNT. Lors de ces réunions, les ministres de la Santé ont également convenu de rendre

1 Organisation mondiale de la santé (2017), Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2017, <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/fr/>

2 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*, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1

3 Organisation mondiale de la santé (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*, http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

4 *Non-Communicable Disease Roadmap Report* (2014), http://www.forumsec.org/resources/uploads/attachments/documents/2014JEHM.BackgroundA.NCD_Roadmap_FullReport.pdf

5 Communauté du Pacifique (2016), *rapport du Sommet océanique sur les maladies non transmissibles : « Traduire les engagements régionaux et mondiaux par des actions locales »* (en anglais), http://www.wpro.who.int/southpacific/pic_meeting/2017/documents/12thphmm_session04_04_ncd_annex1_16aug.pdf

compte à chacune de leur conférence des progrès accomplis au regard de cette feuille de route.

Alliance océanienne pour le suivi de la lutte contre les MNT

L'Alliance océanienne pour le suivi de la lutte contre les MNT (ci-après Alliance océanienne ou MANA) a été créée pour aider les États et Territoires insulaires océaniques à effectuer le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Feuille de route régionale relative aux MNT. Elle repose sur un partenariat rassemblant tous les pays océaniques et les partenaires techniques ayant à cœur de recueillir, d'analyser, de transposer et de diffuser des données sur les MNT. Dispositif créé pour coordonner et renforcer le suivi de la lutte contre les MNT dans le Pacifique⁶, l'Alliance océanienne est dirigée par une équipe de coordination regroupant des représentants de la Communauté du Pacifique (CPS), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Centre de recherche sur la prévention de l'obésité et des maladies non transmissibles dans le Pacifique (C-POND) hébergé par l'Université nationale des Fidji, de l'Association océanienne des fonctionnaires des services de santé et de l'Université d'Auckland. L'équipe de coordination relève du comité de pilotage, où siègent le président en exercice ainsi que le président sortant de la réunion des directeurs océaniques de la santé, et des représentants de la Micronésie, de la Mélanésie, de la Polynésie et des pays insulaires océaniques francophones.

Tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT

Dans le but d'aider les États et Territoires insulaires océaniques à évaluer les progrès réalisés pour ce qui est des politiques et lois de prévention des MNT, l'Alliance océanienne a élaboré le tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT. Les indicateurs de ce tableau de bord portent sur les domaines suivants : impulsion politique et gouvernance, prévention des risques, programmes d'intervention des systèmes de santé et processus de suivi-évaluation méthodique. Établi à partir de la Feuille de route régionale relative aux MNT ainsi que des engagements pris par le passé par les ministres océaniques de la Santé, le tableau de bord repose sur les recommandations mondiales et les éléments probants concernant les interventions les plus avantageuses. De par la priorité qu'il donne aux systèmes, aux politiques et aux lois, il vient compléter les processus existants de suivi des résultats en lien avec les MNT au titre du Cadre de suivi des îles-santé⁷. En 2017 et 2018, l'équipe de coordination MANA a collaboré avec les chargés de la coordination de la lutte contre les MNT à l'échelon national afin de préparer les tableaux de bord de tous les pays de la région. Le présent rapport expose les résultats compilés des 21 tableaux de bord approuvés en 2017-2018.

6 Tolley H, Snowdon W, Wate J, Durand AM, Vivili P, McCool J, Novotny R, Dewes O, Hoy D, Bell C, Richards N, Swinburn B (2016), Monitoring and accountability for the Pacific response to the non-communicable diseases crisis, BMC Public Health, 16(1), 958, <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3614-8>

7 Report on the progress of the Healthy Islands Monitoring Framework, réunion des ministres océaniques de la Santé (2017) http://www.wpro.who.int/southpacific/pic_meeting/2017/documents/12thphmm_session01_himf_16aug.pdf

Méthodes

Présentation du tableau de bord

Le tableau de bord comporte 31 indicateurs portant sur quatre domaines :

- i. impulsion politique et gouvernance (groupe de travail plurisectoriel sur les MNT, stratégies nationales de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés, objectifs nationaux en matière de MNT) ;
- ii. prévention des risques (tabac, alcool, environnement alimentaire et activité physique) ;
- iii. programmes d'intervention des systèmes de santé (accès aux traitements et médicaments contre les MNT, programmes de sevrage tabagique et initiatives sur la nutrition de la mère et du nourrisson) ;
- iv. processus de suivi-évaluation méthodique (études sur les facteurs de risque chez les adultes et les adolescents, suivi de la croissance de l'enfant et décès imputables aux MNT).

Pour chacun des indicateurs du tableau de bord, l'avancement de la mise en œuvre d'une intervention ou d'une politique est évalué par un code couleurs sur le modèle des feux de signalisation : rouge en l'absence de toute politique, orange si la politique est en cours d'élaboration, et vert si la politique a été mise en place. Lorsqu'une politique est mise en place (couleur verte), la qualité de l'intervention, de la mise en œuvre ou de la politique est notée par des étoiles (de zéro à trois étoiles) (tableau 1). Les définitions et les critères d'évaluation pour chaque indicateur sont détaillés dans l'annexe 2.

Tableau 1. Légende du système d'évaluation pour les indicateurs du tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT

Code	Description
S/O	Sans objet
	Absent
	En cours
	Présent
État d'avancement/de mise en œuvre (notation étoilée attribuée seulement si situation = « présent »)	
	Faible
	Moyen
	Élevé

Élaboration des indicateurs

Les indicateurs du tableau de bord ont été préparés par l'équipe de coordination MANA. Nombre d'entre eux sont tirés des indicateurs mondiaux existants recensés dans la publication de l'OMS sur les progrès accomplis dans la lutte contre les MNT⁸, les critères de notation ayant été adaptés au modèle des feux de signalisation. D'autres ont été créés par l'équipe pour compléter ces indicateurs existants. L'ensemble des indicateurs ont ensuite été révisés à l'issue de plusieurs phases d'expérimentation pilote du tableau de bord, mis à l'essai en 2015 à l'aide des données des Fidji. L'équipe de coordination MANA s'est réunie en décembre 2016 afin d'examiner les indicateurs et de préparer les versions préliminaires des tableaux de bord nationaux. À l'issue

⁸ Organisation mondiale de la santé (2017), *Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2017*, <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/fr/>

de ces travaux, les indicateurs ont de nouveau été révisés. Lors de leur réunion en 2017, les ministres océaniques de la Santé ont adopté le dictionnaire de données se rapportant au tableau de bord océanique pour le suivi de la lutte contre les MNT. Il a également été convenu qu'un rapport d'avancement sur les interventions de l'année en cours devrait être soumis à chaque réunion des directeurs de la santé et ministres de la Santé des pays océaniques à l'aide du tableau de bord, utilisé comme mécanisme de responsabilité mutuelle pour la région.

Le tableau de bord vise à compléter le cadre de suivi des îles-santé existant, dispositif assorti d'indicateurs clés qui a été adopté par les ministres océaniques de la Santé en vue de suivre les progrès accomplis au regard du concept des îles-santé. Les indicateurs adossés aux îles-santé sont essentiellement axés sur les résultats dans le domaine de la santé alors que ceux du tableau de bord concernent les processus, les politiques, les interventions et les lois. Ensemble, le tableau de bord et le cadre de suivi des îles-santé permettent de suivre, de façon exhaustive, l'évolution des politiques relatives à la lutte contre les MNT ainsi que les résultats dans le domaine de la santé au sein des États et Territoires insulaires océaniques.

Renseignement des tableaux de bord

Les tableaux de bord ont été préremplis en 2017 et 2018 par les membres de l'équipe de coordination MANA, à l'aide des informations recueillies lors de leurs visites dans les États et Territoires insulaires océaniques, de celles communiquées par les chargés de la coordination de la lutte contre les MNT sur place, ainsi que des données disponibles en ligne. Il a été demandé aux pays océaniques de fournir des documents à l'appui des réponses données pour les valider. Les principaux organismes chargés de compléter les tableaux de bord sont recensés dans le tableau 2.

Tableau 2. Principaux organismes de l'équipe de coordination MANA chargés de renseigner les tableaux de bord

Organisme	Tableaux de bord alloués
C-POND	Fidji, Tokelau, Tuvalu
PIHOA	Guam, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Palau, Samoa américaines
CPS	Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Tonga, Wallis et Futuna
OMS	Îles Cook, Samoa, Vanuatu

Les versions préliminaires des tableaux de bord ont ensuite été remises, aux fins d'examen, aux interlocuteurs nationaux chargés de la coordination de la lutte contre les MNT. L'équipe de coordination MANA, en collaboration avec ces derniers, a apporté les modifications nécessaires au tableau de bord. Le processus d'examen s'est déroulé dans le cadre d'une correspondance par courriel, de téléconférences et de visites dans les pays océaniques en fonction des besoins de chacun d'entre eux. À l'issue de ce processus, les tableaux de bord complétés ont été envoyés au ministre de la Santé ou au service national compétent pour approbation. Enfin, l'équipe de coordination MANA a procédé à une nouvelle vérification des tableaux de bord pour s'assurer que les indicateurs avaient été interprétés de la même façon par tous les pays, les divergences éventuelles étant corrigées dans des courriers échangés avec les pays.

En 2017 et 2018, les tableaux de bord ont été adoptés par les ministres de la Santé ou d'autres services nationaux compétents pour l'ensemble des 21 États et Territoires insulaires océaniques. Les 21 tableaux de bord approuvés ont été rassemblés dans le présent rapport. Le profil individualisé de chaque pays océanique est disponible dans un autre rapport.

Résultats et analyse

Les résultats présentés ci-après correspondent aux 21 tableaux de bord approuvés en 2017 et 2018. Les auteurs notent que les politiques et lois sont susceptibles d'avoir évolué depuis qu'ils ont été renseignés et approuvés.

Impulsion politique et gouvernance

Sur les 21 États et Territoires insulaires océaniques visés dans le présent rapport, 13 se sont dotés d'une stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés, 15 ont défini des indicateurs et des objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT, et cinq pays disposent d'un groupe de travail plurisectoriel en activité. D'importants efforts doivent être consentis pour renforcer l'impulsion politique et la gouvernance en matière de lutte contre les MNT dans les pays océaniques. De nombreux facteurs, au sein du secteur de la santé mais aussi dans d'autres secteurs, contribuent à la crise des MNT ; une approche plurisectorielle est donc essentielle pour remédier à la situation. Les ministres océaniques de la Santé se sont déjà engagés à adopter une approche plurisectorielle pour lutter contre les MNT^{9,10}. L'élaboration d'une stratégie plurisectorielle de lutte contre les MNT, assortie d'indicateurs cibles et de groupes de travail dédiés, est indispensable à la concrétisation de cet engagement.

Tableau 3. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Impulsion politique et gouvernance du tableau de bord océanique

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)						
	Absent		En cours		Présent		
	n	%	n	%	n	%	État/Territoire
L1. Groupe de travail plurisectoriel sur les MNT	4	19 %	12	57 %	5	24 %	Guam, Palau, Samoa, Tonga, Tuvalu
L2. Stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés	2	10 %	5	24 %	14	67 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Niue, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu
L3. Indicateurs et objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT	3	14 %	3	14 %	15	71 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

9 Honiara Communiqué on the Pacific NCD Crisis (2011), <http://www.pihoa.org/fullsite/newsroom/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Honiara-Communique-2011-MOHs.pdf>

10 Communauté du Pacifique (2016), rapport du Sommet océanique sur les maladies non transmissibles, <http://www2008.spc.int/images/stories/highlights/2016/NCD-summit/NCD-summit-meeting-report.pdf>

Tableau 4. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Impulsion politique et gouvernance du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																					
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F	
L1. Groupe de travail plurisectoriel sur les MNT							☆ ☆ ☆					☆ ☆			☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆			
L2. Stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés			☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		
L3. Indicateurs et objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT	☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆				☆ ☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		

Prévention des risques

Tabac

Tous les États et Territoires insulaires océaniques ont élaboré une loi visant à réduire la consommation de tabac, et 18 d'entre eux ont instauré une taxe sur le tabac. La plupart des États et Territoires insulaires océaniques ont déjà légiféré pour aménager des espaces publics non-fumeurs (18 pays), apposer des avertissements sanitaires sur les paquets des produits du tabac (16 pays), imposer des restrictions à la vente de tabac et à la délivrance de licences (14 pays), ainsi qu'à la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac (17 pays). Toutefois, aucun pays océanien ne dispose de politiques ou de lois nationales visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac.

Les dirigeants océaniques se sont déjà engagés à se mobiliser contre le tabac dans le cadre de l'initiative d'un Pacifique sans tabac à l'horizon 2025¹¹ et des engagements pris au titre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac¹². À la lumière des résultats du présent rapport, il apparaît que la prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac n'est pas couverte dans les politiques des pays océaniques et que des mesures nationales en ce sens doivent être adoptées de toute urgence. L'action publique doit également être renforcée dans d'autres domaines, notamment pour ce qui est de l'augmentation plus forte des taxes, l'utilisation plus large d'avertissements sanitaires-choc couvrant une plus grande proportion de la surface des paquets, et l'imposition de restrictions à la vente de tabac et à la délivrance de licences.

11 Pacifique sans tabac à l'horizon 2025, <http://www.tfp2025.org/tobacco-free-pacific-2025/>

12 Organisation mondiale de la santé, Convention-cadre pour la lutte antitabac, <http://www.who.int/fctc/fr/>

Tableau 5. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Tabac du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*						État/Territoire
	Absent		En cours		Présent		
	n	%	n	%	n	%	
T1. Taxes sur le tabac	0	0 %	3	14 %	18	86 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
T2. Espaces non-fumeurs	0	0 %	3	14 %	18	86 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu
T3. Avertissements sanitaires sur les dangers du tabac	3	14 %	2	10 %	16	76 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
T4. Publicité, promotion et parrainage des produits du tabac	1	5 %	3	14 %	17	81 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
T5. Délivrance de licences et vente de tabac	4	20 %	2	10 %	14	70 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu
T6. Ingérence de l'industrie du tabac	15	71 %	6	29 %	0	0 %	

* Indicateur T5 non pertinent pour les États fédérés de Micronésie

Tableau 6. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Tabac du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																							
	Samoa américaines	Nord Iles Mariannes du	Iles Cook	Micronésie	États fédérés de	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Iles Marshall	Samoa	Iles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F		
T1. Taxes sur le tabac	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆ ☆						☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	
T2. Espaces non-fumeurs	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆	☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	
T3. Avertissements sanitaires sur les dangers du tabac						☆ ☆ ☆						☆		☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	
T4. Publicité, promotion et parrainage des produits du tabac						☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	
T5. Délivrance de licences et vente de tabac	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆				☆ ☆				☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆		☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	
T6. Ingérence de l'industrie du tabac																								

Alcool

Tous les États et Territoires insulaires océaniques visés dans ce rapport ont introduit des réglementations nationales relatives à la délivrance de licences afin de limiter la vente d'alcool (à l'exception des États fédérés de Micronésie, où ce point relève de la compétence des États, et de Tuvalu), et des lois visant à lutter contre l'alcool au volant sont en vigueur dans 18 d'entre eux. Cependant, seuls six des pays océaniques ont réglementé la publicité en faveur de l'alcool. Dix-neuf États et Territoires insulaires océaniques ont élaboré des mécanismes de taxation de l'alcool, mais les taxes sont généralement calculées en fonction du type de boisson et non de la teneur en éthanol, alors qu'il s'agit du mécanisme recommandé pour décourager la consommation d'alcool à teneur élevée en éthanol et donc pour réduire les effets néfastes de l'alcool.

Les résultats du présent rapport font ressortir deux points largement absents des politiques dans la région : la taxation de l'alcool en fonction de la teneur en éthanol et la réglementation de la publicité en faveur de l'alcool.

Tableau 7. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Alcool du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*						
	Absent		En cours		Présent		
	n	%	n	%	n	%	État/Territoire
A1. Délivrance de licences pour réduire la vente d'alcool	0	0 %	0	0 %	20	100 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
A2. Publicité en faveur de l'alcool	12	60 %	1	5 %	7	35 %	Guam, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Tuvalu, Wallis et Futuna
A3. Taxes sur l'alcool	0	0 %	1	5 %	20	95 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
A4. Alcool au volant	0	0 %	2	10 %	18	90 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Wallis et Futuna

* Indicateurs A1, A2, A4 non pertinents pour les États fédérés de Micronésie

Tableau 8. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Alcool du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																					
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F	
A1. Délivrance de licences pour réduire la vente d'alcool	☆☆☆	☆☆☆	☆☆	S/O	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆
A2. Publicité en faveur de l'alcool				S/O							☆☆					☆☆						
A3. Taxes sur l'alcool					☆☆			☆☆			☆☆				☆☆	☆☆				☆☆		
A4. Alcool au volant	☆☆☆	☆☆☆		S/O	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆		☆☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆

Alimentation

Quatorze États et Territoires insulaires océaniques ont mis en place des plans ou des activités visant à réduire la consommation de sel au sein de la population. Treize pays ont instauré des politiques fiscales visant à faciliter et à rendre moins onéreux le choix d'une alimentation saine, et à décourager le choix des aliments mauvais pour la santé. Cependant, seuls quatre d'entre eux ont mis en œuvre des mesures jugées « fortes » (ayant obtenu une notation de trois étoiles). Ils sont également 13 à avoir émis des directives diététiques alimentaires nationales à destination des adultes. Aucun pays ne s'est doté de politiques ou de lois visant à limiter les acides gras trans dans l'alimentation. En ce qui concerne les actions entreprises pour promouvoir une alimentation saine chez les enfants, seuls deux pays ont élaboré des politiques visant à limiter le marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants et 11 pays disposent de politiques ou de directives en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire.

D'après les résultats du présent rapport, deux points sont largement absents des politiques dans la région : la limitation des acides gras trans et la limitation du marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants. L'interdiction des acides gras trans figure au nombre des interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui sont recommandées¹³ par l'OMS, au vu des éléments tendant à prouver que leur élimination de l'alimentation devrait avoir une incidence directe sur les décès imputables aux maladies cardiovasculaires^{14,15}. Dans son rapport, la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant recommande de mettre en œuvre l'Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants¹⁶ afin de réduire l'exposition des enfants et des adolescents à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé et l'efficacité de ces efforts commerciaux. Qui plus est, il est indispensable d'intervenir plus avant sur d'autres points de la politique relative à l'alimentation.

Tableau 9. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Alimentation du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*						
	Absent		En cours		Présent		
	n	%	n	%	n	%	
F1. Réduction de la consommation de sel	4	19 %	1	5 %	15	71 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tuvalu, Vanuatu
F2. Acides gras trans	10	48 %	11	52 %	0	0 %	
F3. Marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants	15	71 %	4	19 %	2	10 %	Kiribati, Polynésie française
F4. Politiques fiscales sur les produits alimentaires	5	24 %	3	14 %	13	62 %	Îles Cook, Fidji, Kiribati, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Polynésie française, Samoa, Tokelau, Tonga, Vanuatu, Wallis et Futuna
F5. Politiques de promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire	3	15 %	6	30 %	11	55 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Vanuatu
F6. Recommandations diététiques à suivre en matière de régime alimentaire	1	5 %	7	33 %	13	62 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Vanuatu

* Indicateur F5 non pertinent pour les États fédérés de Micronésie

- 13 Organisation mondiale de la santé (2017), « Meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350>
- 14 Restrepo BJ, Rieger M (2015), Denmark's Policy on Artificial Trans Fat and Cardiovascular Disease, *Am J Prev Med* 50(1):69-76. doi: 10.1016/j.amepre.2015.06.018.
- 15 Restrepo BJ, Rieger M (2016), Trans fat and cardiovascular disease mortality: Evidence from bans in restaurants in New York, *J Health Econ* 45:176-96. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.09.005.
- 16 Organisation mondiale de la santé (2010), Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44421>

Tableau 10. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Alimentation du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																						
	Samoa américaines	Samoa Nord	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F	
F1. Réduction de la consommation de sel				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆		☆	☆	☆		☆	☆						
F2. Acides gras trans																							
F3. Marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants								☆	☆														
F4. Politiques fiscales sur les produits alimentaires				☆	☆	☆		☆	☆	☆	☆				☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
F5. Politiques de promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire	☆			☆	S/O	☆	☆	☆			☆	☆				☆							
F6. Recommandations diététiques à suivre en matière de régime alimentaire				☆		☆	☆	☆			☆	☆			☆	☆	☆		☆				

Activité physique

Quatorze États et Territoires insulaires océaniques ont fait de l'éducation physique une matière obligatoire dans les programmes scolaires.

Tableau 11. Synthèse des résultats enregistrés pour l'indicateur Activité physique du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*							
	Absent		En cours		Présent		État/Territoire	
	n	%	n	%	n	%		
P1. Cours d'éducation physique obligatoire dans les programmes scolaires	2	9 %	5	24 %	14	67 %	Îles Cook, Guam, Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Wallis et Futuna	

Tableau 12. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour l'indicateur Activité physique du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																					
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F	
P1. Cours d'éducation physique obligatoire dans les programmes scolaires	☆☆		☆☆			☆☆	☆	☆☆	☆☆	☆☆			☆☆		☆☆	☆☆	☆☆	☆				☆☆

Mise en application des lois et réglementation relatives aux facteurs de risques associés aux MNT

Quatorze États et Territoires insulaires océaniques ont établi un système public visant à assurer le respect des lois relatives au tabac, à l'alcool, à l'alimentation et à la noix de bétel, même si la qualité de ces systèmes de contrôle varie grandement d'un pays à un autre.

Tableau 13. Synthèse des résultats enregistrés pour l'indicateur Mise en application du tableau de bord océanien, février 2018

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*							
	Absent		En cours		Présent		État/Territoire	
	n	%	n	%	n	%		
E1. Mise en application des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque associés aux MNT	2	10 %	5	23 %	13	67 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Tuvalu, Wallis et Futuna	

* Indicateur E1 non pertinent pour les États fédérés de Micronésie

Tableau 14. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour l'indicateur Mise en application du tableau de bord océanien, février 2018

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																				
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F
E1. Mise en application des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque associés aux MNT		☆☆		S/O			☆	☆								☆		☆	☆☆		☆☆

Programmes d'intervention des systèmes de santé

Dix-neuf États et Territoires insulaires océaniques ont émis des directives nationales pour le diagnostic et le traitement d'au moins une des quatre principales MNT (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer et affections respiratoires chroniques). Dans 15 pays, tous les médicaments essentiels contre les MNT figurent sur la liste des médicaments essentiels, et des mécanismes permettent de veiller à leur disponibilité. Quinze pays proposent une aide au sevrage tabagique. En ce qui concerne les programmes liés à l'alimentation du nourrisson, sept pays ont imposé des restrictions à la commercialisation de substituts du lait maternel, six pays disposent d'un établissement public certifié Hôpital ami des bébés, et huit pays ont instauré des lois prévoyant au moins 12 semaines de congé de maternité rémunéré.

À la lumière des résultats du présent rapport, trois points sont largement absents des politiques dans la région : l'imposition de restrictions à la commercialisation de substituts du lait maternel, la certification Hôpital ami des bébés des établissements de santé, et l'octroi d'un congé de maternité rémunéré ainsi que l'aménagement de locaux d'allaitement et la mise en place de pauses d'allaitement. Il s'agit là de mesures stratégiques essentielles de prévention de l'obésité infantile recensées par la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

Tableau 15. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Programmes d'intervention des systèmes de santé du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*						État/Territoire
	Absent		En cours		Présent		
	n	%	n	%	n	%	
H1. Directives nationales pour la prise en charge des principales MNT	1	5 %	1	5 %	19	90 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
H2. Médicaments essentiels	1	5 %	4	20 %	15	75 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Wallis et Futuna
H3. Sevrage tabagique	3	15 %	2	10 %	15	75 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Vanuatu
H4. Commercialisation de substituts du lait maternel	11	52 %	3	14 %	7	33 %	Fidji, Kiribati, Îles Salomon, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française
H5. Initiative Hôpitaux ami des bébés	8	38 %	7	33 %	6	29 %	Fidji, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Îles Salomon, Samoa américaines, Vanuatu
H6. Congé de maternité et allaitement	4	19 %	9	43 %	8	38 %	Fidji, Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Îles Salomon, Vanuatu

* Indicateurs H2, H3 non pertinents pour les États fédérés de Micronésie

Tableau 16. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Programmes d'intervention des systèmes de santé du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																				
	Samoa américaines	Iles Mariannes du Nord	Iles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Iles Marshall	Samoa	Iles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F
H1. Directives nationales pour la prise en charge des principales MNT	☆ ☆		☆		☆	☆ ☆ ☆	☆	☆	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆		☆	☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆
H2. Médicaments essentiels		☆ ☆ ☆		S/O	☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆
H3. Sevrage tabagique	☆	☆ ☆	☆ ☆	S/O	☆	☆ ☆	☆	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆				☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆		
H4. Commercialisation de substituts du lait maternel					☆ ☆ ☆						☆ ☆ ☆										
H5. Initiative Hôpitaux ami des bébés					☆																
H6. Congé de maternité et allaitement					☆	☆ ☆ ☆		☆													

Suivi-évaluation

Prévalence des facteurs de risque

Seize États et Territoires insulaires océaniques ont mis en place des mécanismes d'observation de la prévalence des facteurs de risque associés aux MNT au sein de la population adulte, sous la forme généralement d'enquêtes de population (STEPS), et ont recueilli des données au cours des cinq dernières années. Quatorze pays ont recueilli des données sur la prévalence des facteurs de risque associés aux MNT chez les adolescents dans le cadre généralement d'enquêtes réalisées en milieu scolaire, telles que l'enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves et l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. Si plusieurs pays ont réalisé au moins une enquête au sein de la population adulte et au moins une chez les adolescents, d'autres mesures sont nécessaires pour garantir la planification et la réalisation d'enquêtes à intervalles définis.

Suivi-évaluation de la croissance de l'enfant

Dix États et Territoires insulaires océaniques recueillent et communiquent des données relatives à la croissance de l'enfant. La plupart des pays océaniques étant dotés de mécanismes de suivi-évaluation de la croissance de l'enfant, il est nécessaire d'harmoniser et de consolider ces mécanismes, ainsi que de compiler et de publier les données recueillies afin de surveiller les tendances en matière de surpoids et d'insuffisance pondérale chez l'enfant dans la région.

Consignation systématique des causes de mortalité

Dix-huit États et Territoires insulaires océaniques se sont dotés de dispositifs permettant de produire systématiquement des données sur les causes de la mortalité, et 11 d'entre eux ont mis en œuvre des mesures jugées « fortes » (ayant obtenu une notation de trois étoiles). De nouvelles interventions s'imposent pour mieux consigner les données relatives aux causes de mortalité, notamment pour améliorer la qualité des données (en particulier celles des zones éloignées et notamment des îles périphériques) ainsi que la fréquence de communication par les pouvoirs publics de données agrégées relatives à la mortalité.

Tableau 17. Synthèse des résultats enregistrés pour les indicateurs Suivi-évaluation du tableau de bord océanique

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)*						
	Absent		En cours		Présent		État/Territoire
	n	%	n	%	n	%	
M1. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population adulte	0	0 %	4	19 %	17	81 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu
M2. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population jeune	4	19 %	2	10 %	15	71 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nouvelle-Calédonie, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
M3. Suivi-évaluation de la croissance de l'enfant	0	0%	11	52%	10	48%	Îles Cook, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Nauru, Niue, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Îles Salomon, Samoa, Tokelau
M4. Consignation systématique des causes de mortalité	1	5 %	2	10 %	18	86 %	Îles Cook, Fidji, Guam, Kiribati, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

Tableau 18. Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs Suivi-évaluation du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																					
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F	
M1. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population adulte	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆		☆	☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			
M2. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population jeune			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆						☆ ☆ ☆		☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆
M3. Suivi-évaluation de la croissance de l'enfant		☆	☆ ☆					☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆				☆		☆ ☆			
M4. Consignation systématique des causes de mortalité	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆	☆ ☆ ☆			

Conclusion et recommandations

Le présent rapport met en évidence que les progrès accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois et politiques en matière de prévention des MNT varient d'un pays à l'autre. Alors que des mesures politiques et législatives fortes ont été instaurées dans certains domaines, il existe encore plusieurs lacunes, qui doivent être comblées pour lutter efficacement contre la crise des MNT en Océanie. Ainsi, les points suivants demeurent largement absents des politiques et lois en vigueur dans la région : la prévention de l'ingérence de l'industrie du tabac, la restriction de la publicité en faveur de l'alcool, la diminution des acides gras trans dans l'apport alimentaire, la limitation du marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants, l'imposition de restrictions à la commercialisation de substituts du lait maternel, la mise en place d'établissements certifiés Hôpital ami des bébés, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel grâce à l'octroi d'un congé de maternité rémunéré, à l'aménagement de locaux d'allaitement et à la mise en place de pauses d'allaitement.

De manière générale, le fait de compléter les tableaux de bord a été perçu comme un exercice instructif à l'échelon national, le processus de renseignement et le tableau de bord complété fournissant tous deux des informations sur les points forts actuels et mettant en lumière les domaines où une intervention s'impose. Comme il s'agissait de la première phase de collecte et de validation des données, celle-ci s'est révélée plus chronophage que ne devraient l'être les phases ultérieures, puisqu'il s'agira alors de mettre à jour les tableaux de bord existants.

Les responsables océaniques de la santé sont invités à examiner les recommandations suivantes.

1. Au niveau national, les responsables océaniques de la santé sont invités à utiliser le tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT afin de définir les domaines d'action prioritaires à l'échelon national.

Le tableau de bord peut servir de mécanisme de contrôle interne afin de recenser les domaines et cibles prioritaires nationales, d'orienter la planification stratégique et de suivre les avancées dans le domaine des politiques et des lois en matière de MNT. Il peut également faire office de mécanisme de collaboration régionale, car les États et Territoires insulaires océaniques auront accès à des informations sur les politiques et lois en vigueur dans d'autres pays de la région et seront en mesure de dégager des possibilités de mutualisation des ressources et des enseignements tirés.

2. Au niveau régional, le tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT devrait continuer à être utilisé comme mécanisme de responsabilité mutuelle afin de suivre les progrès accomplis par les États et Territoires insulaires océaniques en matière de lutte contre les MNT.

Comme convenu par les ministres océaniques de la Santé en 2017 et par les directeurs océaniques de la santé en 2018, les tableaux de bord seront mis à jour chaque année par l'équipe de coordination MANA, en collaboration avec les référents nationaux. Ils permettront de tenir informés les responsables océaniques de la santé à chacune de leur réunion. Qui plus est, les indicateurs du tableau de bord seront révisés régulièrement et sont susceptibles d'être modifiés afin de tenir compte des nouvelles priorités sanitaires ou de nouvelles sources de données.

Annexe 1 : Évaluation de chaque État/Territoire insulaire océanien pour les indicateurs du tableau de bord océanien

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																				
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F
Impulsion politique et gouvernance																					
L1. Groupe de travail plurisectoriel sur les MNT						☆					☆				☆			☆	☆		
L2. Stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés			☆		☆		☆			☆			☆		☆			☆	☆	☆	
L3. Indicateurs et objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT	☆		☆	☆	☆		☆	☆			☆	☆	☆		☆		☆	☆	☆	☆	
Prévention des risques																					
Tabac																					
T1. Taxes sur le tabac	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆			☆			☆	☆	☆	☆
T2. Espaces non-fumeurs	☆	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	
T3. Avertissements sanitaires sur les dangers du tabac			☆		☆	☆	☆				☆		☆		☆	☆		☆	☆	☆	
T4. Publicité, promotion et parrainage des produits du tabac						☆	☆	☆			☆	☆	☆	☆	☆			☆	☆	☆	☆
T5. Délivrance de licences et vente de tabac	☆	☆	☆	S/O	☆		☆	☆	☆		☆	☆	☆		☆		☆	☆	☆	☆	
T6. Ingérence de l'industrie du tabac																					
Alcool																					
A1. Délivrance de licences pour réduire la vente d'alcool	☆	☆	☆	S/O	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
A2. Publicité en faveur de l'alcool				S/O							☆										

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																				
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F
A3. Taxes sur l'alcool					☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆					☆ ☆ ☆				☆ ☆ ☆		
A4. Alcool au volant	☆	☆		S/O	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆		☆		☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆
Alimentation																					
F1. Réduction de la consommation de sel			☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆		☆		☆ ☆ ☆						
F2. Acides gras trans																					
F3. Marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants								☆ ☆ ☆													
F4. Politiques fiscales sur les produits alimentaires			☆	☆	☆	☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆				☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆
F5. Politiques de promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire	☆ ☆		☆	S/O	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆	☆				☆						
F6. Recommandations diététiques à suivre en matière de régime alimentaire			☆ ☆		☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆			☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆			
Activité physique																					
P1. Cours d'éducation physique obligatoire dans les programmes scolaires	☆ ☆ ☆		☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆				☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆			☆ ☆ ☆
Mise en application																					
E1. Mise en application des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque associés aux MNT		☆ ☆ ☆		S/O			☆	☆								☆			☆	☆	☆ ☆ ☆
Programmes d'intervention des systèmes de santé																					
H1. Directives nationales pour la prise en charge des principales MNT	☆ ☆		☆		☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆		☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆

Description	États et Territoires insulaires océaniques (21)																				
	Samoa américaines	Îles Mariannes du Nord	Îles Cook	États fédérés de Micronésie	Fidji	Polynésie française	Guam	Kiribati	Nauru	Niue	Nouvelle-Calédonie	Palau	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Îles Marshall	Samoa	Îles Salomon	Tokelau	Tonga	Tuvalu	Vanuatu	W&F
H2. Médicaments essentiels		☆ ☆ ☆		S/O	☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆				☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆
H3. Sevrage tabagique	☆	☆ ☆	☆	S/O	☆	☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆				☆ ☆		☆ ☆ ☆		☆	
H4. Commercialisation de substituts du lait maternel					☆ ☆ ☆							☆ ☆ ☆									
H5. Initiative Hôpitaux ami des bébés					☆																
H6. Congé de maternité et allaitement					☆ ☆ ☆		☆														
Suivi-évaluation																					
M1. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population adulte	☆ ☆	☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆		☆	☆ ☆	☆ ☆		☆ ☆ ☆	☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		
M2. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population jeune			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆						☆ ☆ ☆		☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆
M3. Suivi-évaluation de la croissance de l'enfant		☆	☆ ☆					☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆				☆		☆		
M4. Consignation systématique des causes de mortalité	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆	☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆	☆ ☆ ☆		☆ ☆	☆ ☆ ☆			☆ ☆	☆ ☆ ☆		

Annexe 2 : Dictionnaire de données se rapportant au tableau de bord océanien pour le suivi de la lutte contre les MNT

Légende

S/O	Sans objet
	Absent
	En cours
	Présent
État d'avancement/de mise en œuvre (notation étoilée attribuée seulement si situation = « présent »)	
☆	Faible
☆☆	Moyen
☆☆☆	Élevé

Impulsion politique et gouvernance

L1. Groupe de travail plurisectoriel sur les MNT

Un groupe de travail plurisectoriel est en activité, rend compte régulièrement de ses travaux, associe toutes les parties prenantes concernées et assure l'animation et le suivi des actions de lutte contre les MNT

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Aucun groupe de travail plurisectoriel sur les MNT traitant des quatre principaux facteurs de risque (tabac, alcool, alimentation, activité physique) n'a été mis en place, ou ce groupe est inactif (moins de deux réunions au cours des 12 derniers mois).
	Il apparaît qu'un groupe de travail plurisectoriel sur les MNT est en cours de création ou que ce groupe existe et a tenu au moins deux réunions au cours des 12 derniers mois, mais aucun rapport public n'est disponible.
	Le groupe de travail plurisectoriel sur les MNT s'est réuni au moins à deux reprises au cours des 12 derniers mois et son rapport annuel (ou un document équivalent) est disponible.
☆	Même cas de figure que pour associé à un des éléments énumérés ci-dessous.
☆☆	Même cas de figure que pour associé à trois des éléments énumérés ci-dessous.
☆☆☆	Même cas de figure que pour associé à au moins quatre des éléments énumérés ci-dessous.
	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe de travail est dirigé par un ministre ou par le Premier ministre. Le groupe de travail sur les MNT fait la preuve de sa capacité à prendre des décisions, assure le suivi de la mise en œuvre des actions et en rend compte publiquement. Le groupe de travail est constitué de représentants de haut niveau des ministères suivants : Justice, Agriculture, Communication, Douanes et Accises, Éducation, Finance et Planification économique, Santé, Travail et Industrie, Sport, Statistiques nationales, Commerce, Police, Urbanisme et Services nationaux de la statistique (cinq secteurs <u>au minimum</u>). Le groupe de travail inclut des acteurs de la société civile et des organisations non gouvernementales. La plateforme s'est dotée de mécanismes de coopération avec le secteur privé (qui gère les conflits d'intérêts) <u>EXCLUANT</u> l'industrie du tabac. La coopération avec le secteur privé peut être menée par le biais du groupe de travail ou à l'échelon national.

L2. Stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés

Une stratégie nationale plurisectorielle et exhaustive de lutte contre les MNT et les facteurs de risque associés est opérationnelle
Indicateur OMS équivalent : 4

	Il n'existe actuellement aucune stratégie nationale plurisectorielle de lutte contre les MNT.
	Il apparaît qu'une stratégie nationale plurisectorielle est en cours d'élaboration OU qu'une stratégie existe déjà, mais sans être opérationnelle.
	Une stratégie plurisectorielle de lutte contre les MNT a été élaborée (texte autonome ou s'inscrivant dans un plan sanitaire national plus général) pour lutter contre deux pathologies individuelles au moins (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, affections respiratoires) et deux facteurs de risque (tabac, alcool, alimentation et activité physique) ET elle est opérationnelle.
☆	Une stratégie plurisectorielle de lutte contre les MNT a été élaborée, elle est opérationnelle et porte sur au moins quatre pathologies individuelles et quatre facteurs de risque.
☆☆	Même cas de figure que pour ☆ associé à un des éléments énumérés ci-dessous.
☆☆☆	Même cas de figure que pour ☆ et participation avérée d'organisations extérieures au secteur de la santé à l'élaboration de la stratégie, existence d'un plan de suivi et de surveillance, et au moins un des éléments énumérés ci-dessous.
	<ul style="list-style-type: none"> • Comporte un jeu complet de politiques et d'actions transposées des cadres mondiaux, régionaux et nationaux reconnus • Visibilité des responsabilités, des calendriers et des mécanismes de redevabilité • Visibilité des dotations budgétaires (dans les plans ou les budgets publics) • Visibilité du plan de suivi et de surveillance

L3. Indicateurs et objectifs spécifiques de la lutte contre les MNT

La stratégie nationale de lutte contre les MNT est dotée d'objectifs et d'indicateurs spécifiques assortis d'échéances
Indicateur OMS équivalent : 1

	La lutte contre les MNT n'est actuellement associée à aucun objectif national.
	Des objectifs et des indicateurs quantitatifs nationaux sont en cours de développement.
	Indicateurs et objectifs assortis d'échéances portant sur les facteurs de risque associés aux MNT, la prévalence des MNT et les mesures de lutte contre les MNT (modification des politiques par exemple).
☆	Même cas de figure que pour incluant deux à quatre des cibles mondiales de l'OMS (énumérées ci-dessous).
☆☆	Même cas de figure que pour incluant au moins cinq des cibles mondiales de l'OMS.
☆☆☆	Même cas de figure que pour incluant au moins cinq des cibles mondiales de l'OMS, ainsi que l'existence d'un dispositif de compte rendu en bonne et due forme (exemple : stratégie nationale de lutte contre les MNT dotée d'un plan de suivi et surveillance).
	<p>Les 9 cibles mondiales de l'OMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> ➤ réduction de l'usage nocif de l'alcool ➤ réduction de la sédentarité ➤ réduction de l'apport de sel/sodium ➤ réduction du tabagisme ➤ réduction de la prévalence de l'hypertension artérielle ➤ arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité • Intervention des systèmes de santé <ul style="list-style-type: none"> ➤ 50 % des malades bénéficient de traitements médicamenteux et de services de conseil ➤ accès à 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels pour le traitement des MNT • Mortalité <ul style="list-style-type: none"> ➤ réduction du nombre de décès prématurés dus aux MNT

Prévention des risques

Tabac

T1. Taxes sur le tabac

Existence d'une législation visant à rendre les produits du tabac moins accessibles en augmentant les taxes
Indicateur OMS équivalent : 5a

	Aucune taxe n'est prélevée sur le prix de vente des cigarettes.
	Une législation relative aux taxes sur le tabac est en cours d'élaboration ou les taxes sur les cigarettes $\leq 20\%$ du prix de vente au détail.
	21 à 30 % du prix de vente au détail des cigarettes est constitué de taxes.
☆	31 à 50 % du prix de vente au détail des cigarettes est constitué de taxes.
☆☆	51 à 69 % du prix de vente au détail des cigarettes est constitué de taxes.
☆☆☆	$\geq 70\%$ du prix de vente au détail des cigarettes est constitué de taxes.
	<p>Les données servant à établir cet indicateur sont issues du Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, qui est publié tous les deux ans. http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/</p> <p>Pour les États et Territoires insulaires océaniques ne figurant pas dans le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, cet indicateur a été calculé par l'équipe de coordination MANA en reprenant la même méthode :</p> $\frac{\text{Montant spécifique des taxes (en dollars) / coût du paquet (en dollars)}}{\text{Dénominateur des taxes spécifiques / nombre de cigarettes par paquet}}$ <p>Ainsi, si le paquet de 20 cigarettes de la marque la plus populaire est vendu au prix de 28,50 dollars et que la taxe sur le tabac s'élève à 494 dollars pour 1 000 cigarettes, la part de la taxe dans le prix de vente au détail se calcule comme suit : $(494/28,50)/(1\ 000/20) = 52\%$.</p> <p>Coût par paquet : il s'agit du prix de vente au détail toutes taxes comprises du paquet de 20 cigarettes de la marque la plus populaire (définie par la personne chargée de la coordination de la lutte contre les MNT sur place), exprimé en devise locale. Le prix de vente au détail correspond à la moyenne de prix relevés sur trois différents points de vente au moins (incluant des commerces de tailles diverses : supermarchés, stations-service, petit commerce familial, etc.).</p>

T2. Espaces non-fumeurs

Existence d'une législation visant à créer des espaces publics totalement non-fumeurs
Indicateur OMS équivalent : 5b

	Absence de législation sur les espaces non-fumeurs
	Législation sur les espaces non-fumeurs en cours d'élaboration ou qui ne s'applique actuellement qu'à un seul des lieux énumérés ci-dessous
	Législation sur les espaces non-fumeurs s'appliquant à deux des lieux énumérés ci-dessous
☆	Législation sur les espaces non-fumeurs s'appliquant à trois des lieux énumérés ci-dessous
☆☆	Législation sur les espaces non-fumeurs s'appliquant à quatre à sept des lieux énumérés ci-dessous
☆☆☆	Législation sur les espaces non-fumeurs s'appliquant à huit des lieux énumérés ci-dessous
	<p>Les espaces suivants sont totalement non-fumeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • établissements de soins • établissements d'enseignement, autres que les universités • universités • administrations • bureaux et lieux de travail ne relevant d'aucune autre catégorie • restaurants ou établissements servant surtout de la nourriture • cafés, pubs et bars ou établissements servant surtout des boissons • transports publics

T3. Avertissements sanitaires sur les dangers du tabac

Existence d'avertissements sanitaires au sujet des dangers du tabac et de la fumée du tabac

Indicateur OMS équivalent : 5c

	Absence de législation rendant obligatoires les avertissements sanitaires et/ou absence d'avertissements sanitaires sur les produits du tabac
	Législation antitabac et/ou avertissements sanitaires en cours d'élaboration
	Proportion moyenne des faces principales du paquet (recto et verso confondus) devant être couverte par des avertissements sanitaires inférieure ou égale à 50 %. Pas d'illustrations ou d'emploi de la ou des langues principales du pays.
☆	Proportion moyenne des faces principales du paquet devant être couverte par des avertissements sanitaires inférieure ou égale à 50 %. Présence d'illustrations ou emploi de la ou des langues principales du pays.
☆☆	Proportion moyenne des faces principales du paquet devant être couverte par des avertissements sanitaires inférieure ou égale à 50 %. Présence d'illustrations et emploi de la ou des langues principales du pays.
☆☆☆	Proportion moyenne des faces principales du paquet devant être couverte par des avertissements sanitaires égale ou supérieure à 51 %. Présence d'illustrations et emploi de la ou des langues principales du pays.

T4. Publicité, promotion et parrainage des produits du tabac

Existence de mesures visant à interdire toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur des produits du tabac

Indicateur OMS équivalent : 5d

	Absence de législation interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur des produits du tabac
	Législation interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur des produits du tabac en cours d'élaboration
	Existence d'une législation régissant les normes applicables à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur des produits du tabac d'au moins deux types de publicité directe
☆	Législation interdisant complètement la publicité à la télévision et à la radio nationales, dans les magazines et les journaux locaux, sur les panneaux d'affichage/affiches publicitaires et sur les points de vente
☆☆	Même cas de figure que pour ☆ et interdiction d'au moins deux autres types de publicité directe ou indirecte
☆☆☆	Législation interdisant complètement TOUTES les formes de publicité directe ou indirecte énumérées ci-dessous
	<p>Publicité directe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • télévision et radio nationales • magazines et journaux locaux • panneaux d'affichage, affiches publicitaires • points de vente • obligation pour les détaillants et les vendeurs de produits du tabac de stocker tous les produits du tabac à l'abri des regards <p>Publicité indirecte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • distribution gratuite de produits du tabac par la poste ou par d'autres moyens • offres promotionnelles • biens et services sans rapport avec le tabac associés à des marques de tabac (extension de la marque) • marques de produits sans rapport avec le tabac utilisées pour les produits du tabac (partage de marque) • parrainages de manifestations, y compris de programmes de responsabilité sociale des entreprises • apparition de marques ou de produits du tabac à la télévision ou au cinéma (placement de produits)

T5. Délivrance de licences et vente de tabac

Existence de mesures visant à restreindre la vente de tabac et la délivrance de licences

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de mesures visant à restreindre la vente de tabac et la délivrance de licences
	Législation relative à la délivrance de licences et à la vente de tabac en cours d'élaboration
	Interdiction de la vente de cigarettes à l'unité ou de tabac en vrac
☆	Même cas de figure que pour et législation couvrant un ou deux des points énumérés ci-dessous
☆☆	Même cas de figure que pour et législation couvrant trois des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Même cas de figure que pour et législation couvrant les quatre points énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Licence obligatoire pour tous les fabricants (le cas échéant) et les importateurs de produits du tabac • Licence obligatoire pour tous les distributeurs de produits du tabac • Licence obligatoire pour tous les grossistes et les détaillants de produits du tabac • Interdiction de la vente du tabac aux mineurs (âge fixé par les pouvoirs publics)

T6. Ingérence de l'industrie du tabac

Existence de politiques publiques ou de lois visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de politique publique ou de loi visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac
☆	Politique publique ou loi visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac en cours de planification
	Politique publique (code de conduite par exemple) ou loi visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac couvrant un des points énumérés ci-dessous
☆	Politique publique ou loi couvrant deux des points énumérés ci-dessous
☆☆	Politique publique ou loi couvrant trois des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Politique publique ou loi couvrant les quatre points énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de transparence de la part des représentants des pouvoirs publics et des fonctionnaires dans leurs contacts avec l'industrie du tabac • Obligation pour les candidats à un poste public, les représentants des pouvoirs publics et les fonctionnaires de déclarer tout conflit d'intérêts éventuel en rapport avec la lutte antitabac • Interdiction aux représentants du gouvernement, des pouvoirs publics et aux fonctionnaires d'accepter tout type de cadeau ou de contribution de la part de l'industrie du tabac (Exceptions : réparations résultant d'un règlement juridique ou prescrites par la loi ou découlant de l'application d'accords juridiquement contraignants) • Interdiction de la communication publique d'activités ou de dépenses décrites comme « socialement responsables » par l'industrie du tabac

Alcool

Délivrance de licences pour réduire la vente d'alcool

A1. Existence d'une réglementation relative à la délivrance de licences visant à réduire la vente d'alcool

Indicateur OMS équivalent : 6a

	Absence de réglementation relative à la délivrance de licences visant à limiter la vente d'alcool
	Réglementation relative à la délivrance de licences visant à limiter la vente d'alcool en cours d'élaboration
	Existence d'une réglementation relative à la délivrance de licences visant à limiter la vente d'alcool couvrant un des points énumérés ci-dessous
☆	Réglementation relative à la délivrance de licences pour la vente d'alcool couvrant deux des points énumérés ci-dessous
☆☆	Réglementation relative à la délivrance de licences pour la vente d'alcool couvrant trois des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Réglementation relative à la délivrance de licences pour la vente d'alcool couvrant les quatre points énumérés ci-dessous et interdiction de vendre ou de servir de l'alcool aux moins de 21 ans
	<ul style="list-style-type: none">• Existence d'un système de délivrance de licences ou d'un monopole sur la vente au détail de la bière, du vin et des spiritueux• Existence de restrictions sur les emplacements des lieux de vente et les heures de vente de la bière, du vin et des spiritueux à consommer sur place ou à emporter, et sur les jours de vente de la bière, du vin et des spiritueux à emporter• Âge minimum des personnes auxquelles il est possible de vendre ou de servir de l'alcool fixé à 18 ans et plus (la licence autorisant la vente d'alcool précise à qui l'alcool peut être vendu et/ou qui est autorisé à entrer dans l'établissement)• Obligation pour tous les producteurs, importateurs et grossistes d'alcool de détenir une licence

A2. Publicité en faveur de l'alcool

Existence d'une réglementation relative à la publicité en faveur de l'alcool, assortie d'un mécanisme permettant de détecter les infractions

Indicateur OMS équivalent : 6b

	Absence de réglementation relative à la publicité en faveur de l'alcool
	Réglementation relative à la publicité en faveur de l'alcool en cours d'élaboration
	Existence d'une forme de réglementation relative à la publicité en faveur de l'alcool
☆	Existence de restrictions s'appliquant à la publicité pour la bière, le vin et les spiritueux dans l'ensemble des médias nationaux (télévision, radio, presse écrite et cinémas)
☆☆	Même cas de figure que pour ☆ et existence de restrictions s'appliquant à la publicité pour l'alcool sur les panneaux d'affichage et/ou au parrainage de manifestations culturelles, sportives ou autres
☆☆☆	Même cas de figure que pour ☆☆ et existence d'un mécanisme de détection des infractions aux restrictions s'appliquant au marketing

A3. Taxes sur l'alcool

Existence d'un mécanisme de taxation de la bière, du vin et des spiritueux indexé sur l'inflation

Indicateur OMS équivalent : 6c

	Aucune taxe n'est collectée sur la vente de l'alcool
	Mécanisme de taxation de l'alcool en fonction du type de boisson ou de la teneur en éthanol en cours d'élaboration
	Existence d'un mécanisme de taxation de l'alcool en fonction du type de boisson ou de la teneur en éthanol
☆	Taxe calculée en fonction de la teneur en éthanol et appliquée à tous les types de boisson, OU si des fourchettes s'appliquent, taxe basée sur la teneur en éthanol la plus élevée de chaque fourchette E T Taxe passée en revue ou corrigée de l'inflation annuellement pour au moins un type de boisson
☆☆	Taxe calculée en fonction de la teneur en éthanol et appliquée à tous les types de boisson, OU si des fourchettes s'appliquent, taxe basée sur la teneur en éthanol la plus élevée de chaque fourchette E T Taxe passée en revue ou corrigée de l'inflation annuellement pour TOUS les types de boisson
☆☆☆	Même cas de figure que pour ☆☆☆ ET Taxe présentée par les pouvoirs publics comme un outil de santé publique majeur pour réduire la consommation d'alcool et ses effets néfastes

A4. Alcool au volant

Existence d'une réglementation relative à la lutte contre l'alcool au volant

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de réglementation relative à la lutte contre l'alcool au volant
	Réglementation relative à la lutte contre l'alcool au volant en cours d'élaboration
	Réglementation relative à la lutte contre l'alcool au volant fixant un taux maximum d'alcool dans le sang ou une concentration maximale d'alcool dans l'air expiré
☆	Réglementation couvrant un des points énumérés ci-dessous
☆☆	Réglementation couvrant deux des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Réglementation couvrant les trois points énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Taux maximum d'alcool dans le sang de 0,05 g ou concentration d'alcool dans l'air expiré inférieure à 100 ml • Pour les jeunes conducteurs, la législation sur l'alcool au volant prévoit un taux maximal d'alcool dans le sang inférieur à celui des conducteurs plus âgés • Réalisation de contrôles d'alcoolémie aléatoires

Alimentation

F1. Réduction de la consommation de sel

Existence de politiques visant à réduire la consommation de sel au sein de la population
Indicateur OMS équivalent : 7a

	Absence de plan ou d'activités visant à la réduction de la consommation de sel
	Plan ou activités visant à la réduction de la consommation de sel en cours d'élaboration
	Activités incluant un des points énumérés ci-dessous
☆	Activités incluant deux des points énumérés ci-dessous
☆☆	Activités incluant trois des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Activités incluant quatre des points énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none">• Activités/objectifs relatifs à la réduction de la consommation de sel exposés dans la stratégie de lutte contre les MNT ou dans un document équivalent• Existence d'un objectif affiché de réduction de la consommation de sel/sodium dans la population• Existence de programmes de sensibilisation/éducation au sujet du sel• Existence d'une réglementation rendant obligatoire l'affichage de la teneur en sel sur les étiquettes• Existence d'objectifs de réduction de la teneur en sodium de groupes d'aliments contribuant fortement à l'apport en sel, sur la base des bonnes pratiques internationales

F2. Acides gras trans

Existence de politiques visant à limiter les acides gras trans (huiles végétales partiellement hydrogénées) dans l'alimentation
Indicateur OMS équivalent : 7b

	Absence de plan ou d'activités en rapport avec les acides gras trans
	Absence d'activités de prévention et de lutte contre les acides gras trans, mais référence aux acides gras trans dans les stratégies ou plans d'action pertinents (plan de lutte contre les MNT, plan relatif à la nutrition, par exemple)
	Activités incluant un des points énumérés ci-dessous
☆	Activités incluant deux des points énumérés ci-dessous
☆☆	Activités incluant trois ou quatre des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Activités incluant cinq ou six points énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none">• Réglementation sur l'étiquetage obligatoire des produits alimentaires incluant la teneur totale en lipides et les acides gras trans• Contrôle systématique de la teneur en acide gras trans des aliments transformés et/ou servis dans la restauration• Recommandations nationales concernant l'alimentation incluant la réduction de l'apport en acides gras trans• Contrôles volontaires ou obligatoires de la réutilisation des huiles de cuisson dans les établissements de restauration• Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation aux risques posés par les acides gras trans et la nécessité de les éviter• Normes alimentaires contraignantes interdisant la vente d'aliments contenant des acides gras trans

F3. Marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants

Existence de politiques visant à limiter le marketing d'aliments mauvais pour la santé ciblant les enfants

Indicateur OMS équivalent : 7c

	Absence de réglementation visant à limiter la promotion d'aliments mauvais pour la santé auprès des enfants
	Réglementation en cours d'élaboration
	Existence d'une forme de réglementation visant à limiter la publicité et le marketing des aliments « mauvais pour la santé » (conformément à l'outil de calcul du profil nutritionnel du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS) relevant d'une des catégories énumérées ci-dessous
☆	Limitation de la publicité/du marketing relevant de deux ou trois des catégories énumérées ci-dessous
☆☆	Limitation de la publicité/du marketing relevant de quatre ou cinq des catégories énumérées ci-dessous
☆☆☆	Limitation de la publicité/du marketing relevant d'au moins six des catégories énumérées ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • télévision nationale (horaires, chaînes) • radio (horaires, stations) • magazines/journaux locaux (presse s'adressant aux enfants, comme les BD par exemple) • affiches et panneaux d'affichage (à proximité des écoles et des lieux d'accueil de la petite enfance, lors de manifestations s'adressant aux enfants) • parrainage de manifestations s'adressant aux enfants ou de manifestations sportives • publicité dans les lieux où se retrouvent des enfants : établissements préscolaires et scolaires, sport scolaire, manifestations en milieu scolaire, manifestations culturelles • sur l'emballage • distribution gratuite de produits mauvais pour la santé dans les lieux de réunion des enfants • sur les points de vente

F4. Politiques fiscales sur les produits alimentaires

Existence de politiques fiscales visant à faciliter et à rendre moins onéreux le choix d'une alimentation saine et à décourager le choix des aliments mauvais pour la santé

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Les pouvoirs publics n'ont pris aucune mesure spécifique pour réduire le coût des aliments sains ou augmenter celui des aliments mauvais pour la santé
	Les pouvoirs publics sont en train de travailler à des mesures spécifiques pour réduire le coût des aliments sains ou augmenter celui des aliments mauvais pour la santé
	Les pouvoirs publics ont mis en place des mesures spécifiques pour réduire le coût des aliments sains ou augmenter celui des aliments mauvais pour la santé incluant un des éléments énumérés ci-dessous
☆	Les mesures prises par les pouvoirs publics incluent deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Les mesures prises par les pouvoirs publics incluent trois des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	Les mesures prises par les pouvoirs publics incluent quatre ou cinq des éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Prélèvement de taxes s'élevant à au moins 20 % du prix de vente au détail sur les boissons contenant du sucre ajouté, qu'elles soient importées ou produites localement, ou taxe d'un niveau équivalent sur les importations de matières premières employées par les producteurs locaux • Indexation sur l'inflation de la taxe sur les boissons contenant du sucre ajouté • Exonération de TVA pour les fruits et légumes et/ou TVA (ou équivalent) à taux zéro pour tous les aliments non transformés • Prélèvement de taxes sur au moins un aliment mauvais pour la santé (conformément à l'outil de calcul du profil nutritionnel du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS) importé ou produit localement • Mécanisme de taxation présenté par les pouvoirs publics comme un outil de santé publique majeur dans la lutte contre les MNT

F5. Politiques de promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire

Existence de politiques de promotion et d'offre d'aliments sains en milieu scolaire

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de politiques ou de directives publiques (ministère de la Santé ou de l'Éducation) encourageant l'offre d'aliments sains en milieu scolaire
	Élaboration par le ministère de la Santé et/ou de l'Éducation de politiques ou de directives en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire
	Existence d'une politique ou de directives publiques en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire reprenant un des éléments énumérés ci-dessous
☆	Existence d'une politique ou de directives publiques en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire reprenant deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Existence d'une politique ou de directives publiques en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire reprenant trois des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	Existence d'une politique ou de directives publiques en faveur de l'offre d'aliments sains en milieu scolaire reprenant quatre des éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de boissons/aliments sains dans les cantines scolaires • Vente de boissons/aliments sains dans les distributeurs automatiques ou à l'économat • Offre de boissons/aliments sains lors des manifestations de collecte de fonds • Actions pédagogiques et de promotion des boissons/aliments sains • Offre de boissons/aliments sains lors des manifestations scolaires

F6. Recommandations diététiques à suivre en matière de régime alimentaire

Existence de directives diététiques alimentaires nationales

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de directives diététiques alimentaires nationales à destination des adultes
	Directives diététiques alimentaires nationales à destination des adultes en cours d'élaboration ou directives internationales ou régionales en cours d'adoption/adaptation
	Des directives diététiques alimentaires nationales à destination des adultes sont en place ou des directives internationales/régionales ont été adoptées, et reprennent cinq des éléments énumérés ci-dessous
☆	Directives diététiques alimentaires nationales reprenant six des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Directives diététiques alimentaires nationales reprenant six des éléments énumérés ci-dessous ET Intégration des directives diététiques alimentaires dans les programmes scolaires
☆☆☆	Directives diététiques alimentaires nationales reprenant six des éléments énumérés ci-dessous ET Intégration des directives diététiques alimentaires dans les programmes scolaires ET Prise en compte apparente des directives diététiques alimentaires dans la formulation des politiques
	<ul style="list-style-type: none"> • Directives disponibles dans l'ensemble des langues principales du pays • Promotion d'un régime alimentaire équilibré • Recommandation d'un nombre de portions quotidiennes pour chaque groupe d'aliments • Conseils sur la taille des portions • Promotion d'une consommation minimale de graisses, sels et sucres • Promotion de l'exercice physique et du maintien d'un poids sain • Promotion de pratiques saines dans la préparation des aliments • Promotion des aliments locaux et des recettes traditionnelles • Recommandation de l'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois et de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans au moins

Activité physique

P1. Cours d'éducation physique obligatoire dans les programmes scolaires

Obligation d'inclure l'éducation physique dans les programmes scolaires

Indicateur OMS équivalent : 8

	L'éducation physique est absente des programmes scolaires nationaux
	L'éducation physique est présentée comme un domaine d'apprentissage clé de l'enseignement, mais sans qu'aucun programme spécifique ne soit défini OU Le programme existant n'est pas obligatoire/mis en œuvre/contrôlé
	L'éducation physique constitue un domaine d'apprentissage clé de l'enseignement, il existe un programme spécifique jusqu'en classe de seconde (ou équivalent) au moins, dont la mise en œuvre est obligatoire et effective dans toutes les écoles
☆	Même cas de figure que pour ET un des points énumérés ci-dessous
☆☆	Même cas de figure que pour ET deux des points énumérés ci-dessous
☆☆☆	Même cas de figure que pour ET trois des points énumérés ci-dessous
	Les cours d'éducation physique sont obligatoires pour tous les élèves (pas d'exclusion des élèves handicapés, des filles et des membres de minorités) Le programme national d'éducation physique fait clairement et explicitement le lien entre l'exercice physique et la promotion de la santé afin d'encourager la pratique d'une activité physique tout au long de la vie Dotation budgétaire du ministère de l'Éducation pour soutenir et renforcer les capacités pédagogiques et les ressources des écoles en matière d'éducation physique (pour cet indicateur, des informations communiquées oralement seront suffisantes) Programme prévoyant un minimum de 30 minutes d'exercice physique par jour ou de 3 heures par semaine

Mise en application

E1. Mise en application des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque associés aux MNT

Existence d'un système de suivi et de contrôle de l'application des lois et réglementations relatives aux facteurs de risque associés aux MNT

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de système organisé visant à l'application des lois et réglementations relatives aux MNT concernant le tabac, l'alcool et l'alimentation (et la noix de bétel le cas échéant), en dehors de l'inspection des importations.
	Mise en place prévue d'un système public visant à assurer le respect des lois et réglementations pour au moins un facteur de risque associé aux MNT (tabac, alcool, aliments nocifs pour la santé et noix de bétel le cas échéant).
	Existence d'un système public de contrôle, ayant permis, au cours de l'année écoulée, la production de rapports sur les inspections réalisées chez les détaillants et les grossistes concernés par au moins un facteur de risque associé aux MNT (tabac, alcool, aliments nocifs pour la santé et noix de bétel le cas échéant). N.B. : L'inspection des importations ne suffit pas à obtenir le niveau vert.
☆	Système de contrôle, ayant permis, au cours de l'année écoulée, la production de rapports sur les inspections réalisées, et : <ul style="list-style-type: none"> incluant au moins deux facteurs de risque associés aux MNT (tabac, alcool, aliments associés aux MNT et noix de bétel) rapport de synthèse recensant les taux de conformité à chaque réglementation contrôlée.
☆☆	Système de contrôle, ayant permis, au cours de l'année écoulée, la production de rapports sur les inspections réalisées, et : <ul style="list-style-type: none"> incluant au moins trois facteurs de risque associés aux MNT (tabac, alcool, aliments associés aux MNT et noix de bétel) rapport de synthèse recensant les taux de conformité à chaque réglementation contrôlée.
☆☆☆	Système de contrôle, ayant permis, au cours de l'année écoulée, la production de rapports sur les inspections réalisées, et : <ul style="list-style-type: none"> incluant au moins trois facteurs de risque associés aux MNT (tabac, alcool, aliments associés aux MNT et noix de bétel) rapport de synthèse recensant les taux de conformité à chaque réglementation contrôlée poursuites engagées et sanctions appliquées (amendes par exemple) à certains des contrevenants au moins.

	<p>Domaine 1 : Tabac Au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la publicité pour le tabac (voir Indicateur T4) • Espaces non-fumeurs (voir Indicateur T2) • Vente de tabac, délivrance de licences et enregistrement (voir Indicateur T5) • Avertissements sanitaires (voir Indicateur T3) • Taxation (voir Indicateur T1)
	<p>Domaine 2 : Alcool Au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la publicité pour l'alcool (voir Indicateur A2) • Taxation (voir Indicateur A3) • Limitation des ventes d'alcool (voir Indicateur A1)
	<p>Domaine 3 : Alimentation Au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réglementation relative à l'étiquetage des produits alimentaires (acides gras trans, sel) et normes alimentaires (acides gras trans) (voir Indicateurs F1 et F2) • Contrôles relatifs à la réutilisation des huiles de cuisson dans la restauration (voir Indicateur F2) • Limitation du marketing des produits alimentaires ciblant les enfants (voir Indicateur F3) • Politiques fiscales sur les produits alimentaires (voir Indicateur F4) • Politiques de promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire (voir Indicateur F5) • Cours d'éducation physique obligatoires dans les programmes scolaires (voir Indicateur P1) • Commercialisation de substituts du lait maternel (voir Indicateur H4)
	<p>Domaine 4 : Noix de bétel <ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la consommation de la noix de bétel sur le lieu de travail et dans l'espace public • Interdiction de la vente de la noix de bétel aux mineurs • Taxation </p>

Programmes d'intervention des systèmes de santé

H1. Directives nationales pour la prise en charge des principales MNT

Existence de directives nationales pour le diagnostic et le traitement des quatre principales MNT (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer et affections respiratoires chroniques) dans les établissements de santé publique
Indicateur OMS équivalent : 9

	Absence de directives nationales relatives à la prise en charge des quatre principales MNT dans les établissements de santé publique
	Directives nationales pour la prise en charge de certaines ou de la totalité des quatre principales MNT en cours d'élaboration, OU existantes mais pas mises en œuvre
	Directives nationales pour la prise en charge d'une des quatre principales MNT en place et mises en œuvre
☆	Directives nationales pour la prise en charge de deux des quatre principales MNT en place et mises en œuvre dans les établissements de santé publique : <ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Maladies cardiovasculaires (les directives DOIVENT inclure la stratification du risque) • Cancer • Affections respiratoires chroniques
☆☆	Directives nationales pour la prise en charge de trois des quatre principales MNT en place et mises en œuvre dans les établissements de santé publique
☆☆☆	Directives nationales pour la prise en charge de LA TOTALITÉ des quatre principales MNT en place et mises en œuvre dans les établissements de santé publique

H2. Médicaments essentiels

Disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels contre les MNT dans les centres publics de soins de santé primaire Indicateur OMS équivalent : 10

	Aucune liste de médicaments essentiels ou absence des médicaments énumérés ci-dessous sur cette liste
	Tous les médicaments énumérés ci-dessous figurent sur la liste des médicaments essentiels
	Tous les médicaments énumérés ci-dessous figurent sur la liste des médicaments essentiels et un mécanisme permet de contrôler leur disponibilité
☆	Même cas de figure que pour ET rapports de suivi disponibles ET ruptures de stock signalées dans plus de 50 % des centres publics de soins de santé primaire au cours des 12 derniers mois
☆☆	Même cas de figure que pour ET rapports de suivi disponibles ET ruptures de stock signalées dans moins de 50 % des centres publics de soins de santé primaire au cours des 12 derniers mois
☆☆☆	Même cas de figure que pour ET rapports de suivi disponibles ET aucune rupture de stock signalée dans les centres publics de soins de santé primaire au cours des 12 derniers mois
	<ul style="list-style-type: none"> insuline aspirine (100 mg) metformine diurétiques thiazidiques inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine inhibiteurs calciques statines sulfonylurées

H3. Sevrage tabagique

Aide au sevrage accessible à tous et totalement gratuite Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de services de sevrage tabagique
	Services de sevrage tabagique en cours de mise en place
	Services de sevrage tabagique disponibles dans au moins un établissement de santé
☆	Services de sevrage tabagique (au minimum une brève séance d'aide au sevrage tabagique axée sur les actions suivantes : interroger, conseiller, aider et prévoir un suivi) disponibles dans au moins un établissement de santé et incluant un des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Services de sevrage tabagique disponibles dans au moins un établissement de santé ET incluant deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	Services de sevrage tabagique disponibles dans au moins un établissement de santé ET incluant au moins trois des éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> Offre de traitements de substitution nicotinique Ligne téléphonique nationale d'aide au sevrage tabagique Offre de services de sevrage tabagique dans tous les établissements Gratuité totale des services de sevrage tabagique

H4. Commercialisation de substituts du lait maternel

Législation nationale régissant la mise en œuvre du Code international de commercialisation de substituts du lait maternel Indicateur OMS équivalent : 7d

	Absence de restrictions relatives à la commercialisation des substituts du lait maternel imposées par les pouvoirs publics ou autocontrôlées par le secteur
	Réglementation publique en cours d'élaboration sur la base du Code international de commercialisation de substituts du lait maternel ou existence de lois qui ne sont pas appliquées ou restrictions autocontrôlées par le secteur des substituts du lait maternel
	Réglementation publique en place et mise en œuvre conformément au Code international de commercialisation de substituts du lait maternel, incluant un des éléments énumérés ci-dessous
☆	La réglementation inclut deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	La réglementation inclut trois des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	La réglementation inclut les quatre éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> La réglementation interdit toute forme de publicité ou de promotion des substituts du lait maternel auprès des mères ou du grand public. Ceci recouvre la publicité sur les points de vente, les échantillons gratuits, les bons de réduction et les ventes couplées. La réglementation inclut dans les substituts du lait maternel les préparations pour nourrissons, les préparations de suite, les biberons et tétines, et les aliments de sevrage/de complément. L'objectif affiché de la réglementation de commercialisation des substituts du lait maternel est de promouvoir l'allaitement maternel et d'assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation sûre et adaptée. La réglementation prévoit un étiquetage conçu de manière à fournir les renseignements nécessaires pour une utilisation appropriée du produit, et à ne pas décourager l'allaitement au sein.

H5. Initiative Hôpitaux ami des bébés

Soutien des pouvoirs publics à l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB)

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Il n'existe aucun établissement certifié Hôpital ami des bébés (HAB) ou se préparant à la certification
	Le processus de certification HAB a été adopté, mais aucun établissement n'a été certifié sur la base d'une évaluation externe
	Il existe au moins un établissement certifié HAB à la suite d'une évaluation externe
☆	Plus de 50 % des hôpitaux publics sont certifiés HAB
☆☆	Même cas de figure que pour ☆ et tous les hôpitaux certifiés HAB font l'objet d'un suivi en interne afin de contrôler la situation (tous les ans par exemple)
☆☆☆	Même cas de figure que pour ☆ et tous les hôpitaux certifiés HAB font l'objet d'une nouvelle évaluation externe à intervalles réguliers (tous les cinq ans par exemple)

H6. Congé de maternité et allaitement

Existence d'une législation prévoyant un congé de maternité et des pauses/locaux d'allaitement

Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Absence de législation relative au congé de maternité
	Législation relative au congé de maternité en cours d'élaboration ou les dispositions existantes ne sont pas suffisantes pour atteindre le niveau vert
	Existence d'une législation prévoyant au moins 12 semaines de congé de maternité rémunéré au minimum aux deux tiers du salaire précédent
☆	Même cas de figure que pour ET législation en place incluant un des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Locaux d'allaitement sur le lieu de travail et/ou dans l'espace public • Pauses d'allaitement prévues sur le lieu de travail • Au moins 14 semaines de congé de maternité rémunéré au minimum aux deux tiers du salaire précédent
☆☆	Même cas de figure que pour ET législation en place incluant deux des éléments énumérés ci-dessus
☆☆☆	Même cas de figure que pour ET législation en place incluant trois des éléments énumérés ci-dessus

Suivi-évaluation

M1. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population adulte

Réalisation, au cours des cinq dernières années, d'une enquête sur la prévalence des facteurs de risque associés aux MNT au sein de la population ADULTE, comportant des mesures physiques et biochimiques

Indicateur OMS équivalent : 3

	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque datant de plus de 10 ans
	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque datant de 5 à 10 ans et enquête prévue au cours des 18 mois prochains
	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque recueillies au cours des cinq dernières années
☆	Les données recueillies dans les enquêtes incluent au moins trois des facteurs de risques énumérés ci-dessous
☆☆	Les données recueillies dans les enquêtes réalisées au cours des cinq dernières années incluent au moins six des facteurs de risques énumérés ci-dessous
☆☆☆	Les données recueillies dans les enquêtes réalisées au cours des cinq dernières années incluent la totalité des facteurs de risques énumérés ci-dessous ET il est prévu de réaliser régulièrement des enquêtes à l'avenir (tous les un à deux ou trois à cinq ans)
	<ul style="list-style-type: none"> • Usage nocif de l'alcool • Sédentarité • Tabagisme • Taux de glycémie élevé/diabète (mesure objective) • Hypertension (mesure objective) • Obésité et surpoids (mesure physique) • Apport en sel/sodium (mesure objective, analyses d'urine par exemple)

M2. Prévalence des facteurs de risque (enquêtes) – population jeune

Réalisation, au cours des deux dernières années, d'une enquête sur la prévalence des facteurs de risque associés aux MNT chez les ADOLESCENTS (13 à 17 ans), comportant des mesures physiques
Indicateur OMS équivalent : aucune équivalence

	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque datant de plus de cinq ans
	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque datant de plus de cinq ans et enquête prévue au cours des 12 mois prochains
	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque recueillies au cours des trois à cinq dernières années
☆	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque recueillies au cours des trois à cinq dernières années et : <ul style="list-style-type: none"> • incluent la mesure physique du surpoids et de l'obésité • nouvelle enquête prévue au cours des 12 prochains mois
☆☆	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque recueillies au cours des deux dernières années et : <ul style="list-style-type: none"> • incluent la mesure physique du surpoids et de l'obésité
☆☆☆	Données relatives à la prévalence des facteurs de risque recueillies au cours des deux dernières années et : <ul style="list-style-type: none"> • incluent la mesure physique du surpoids et de l'obésité • incluent au moins trois des facteurs de risque suivants : consommation d'alcool, sédentarité, tabagisme, noix de bétel, alimentation (au moins un indicateur)

M3. Suivi-évaluation de la croissance de l'enfant

Suivi et communication systématiques des données relatives à la croissance de l'enfant (3 à 12 ans)

	Aucun recueil de données relatives à la croissance de l'enfant jusqu'à l'âge de 13 ans
	Recueil de certaines données relatives à la croissance de l'enfant, mais absence de communication
	Recueil et compilation des données relatives à la croissance de l'enfant
☆	Même cas de figure que pour et deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Même cas de figure que pour et trois des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	Même cas de figure que pour et quatre des éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Données recueillies pour au moins deux classes d'âge • Jeu de données accessible aux parties prenantes nationales (autres ministères par exemple) à des fins d'analyse • Données publiées au moins tous les deux ans • Formation/normalisation de la mesure de la taille et du poids • Recueil d'autres données relatives aux facteurs de risque (nutrition ou activité physique par exemple)

M4. Consignation systématique des causes de mortalité

Existence d'un dispositif opérationnel permettant de produire systématiquement des données fiables sur les causes de la mortalité

Indicateur OMS équivalent : 2

	Absence de tout système d'enregistrement des faits d'état civil (un système de base doit comprendre les fonctionnalités suivantes : enregistrement des décès, utilisation du Formulaire international de certification médicale de la cause du décès par la personne constatant le décès et utilisation de la Classification internationale des maladies pour codifier les décès)
	Système d'enregistrement des faits d'état civil en cours d'élaboration
	Un système d'enregistrement des faits d'état civil existe et les données relatives aux causes de mortalité sont compilées et publiées
☆	Même cas de figure que pour et un des éléments énumérés ci-dessous
☆☆	Même cas de figure que pour et deux des éléments énumérés ci-dessous
☆☆☆	Même cas de figure que pour et trois des éléments énumérés ci-dessous
	<ul style="list-style-type: none"> • Communication des données relatives aux causes de mortalité pour cinq années au moins • Les données les plus récemment communiquées datent de moins de cinq ans • Communication fiable des données par les zones éloignées (îles périphériques par exemple)

