

## INTRODUCTION

1. La charge représentée par les maladies cardiovasculaires augmente si rapidement en Afrique que ces maladies sont devenues un problème de santé publique dans toute la Région africaine. Les maladies cardiovasculaires ont de graves répercussions socio-économiques en termes de coût, de soins de santé, d'absentéisme et de productivité nationale sur les individus, les familles et les communautés. Les principales maladies cardiovasculaires (MCV) de la Région africaine sont celles qui sont liées à l'artériosclérose, aux cardiomyopathies et aux cardiopathies rhumatismales.

2. L'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des MCV à travers le monde est l'augmentation du nombre de personnes âgées. L'autre raison est l'exposition aux facteurs de risque comportementaux et physiologiques (Figure 1) qui sont responsables de 75 % de l'ensemble des maladies cardiovasculaires.<sup>1</sup> Ces facteurs de risque constituent une priorité en raison de leur impact sur la mortalité et la morbidité, et de la possibilité de les modifier par la prévention primaire et de les quantifier à l'aide de méthodes existantes, faciles et normalisées.

3. L'une des principales caractéristiques des MCV dans les pays en développement est qu'elles ont tendance à entraîner des complications chez des personnes relativement jeunes. Ainsi, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale viennent alimenter le cercle vicieux de la mauvaise santé et de la pauvreté.

4. La façon d'aborder la situation actuelle des MCV dans la Région africaine est fondée sur les stratégies soutenues par les chefs d'État<sup>2</sup> et les stratégies adoptées par l'OMS pour les maladies non transmissibles et la promotion de la santé. Le présent document est destiné à renforcer la prise de conscience de l'importance croissante des MCV en tant que problème majeur de santé publique dans la Région africaine, et de proposer un ensemble d'interventions visant à réduire la charge qu'elles représentent.

## ANALYSE DE LA SITUATION

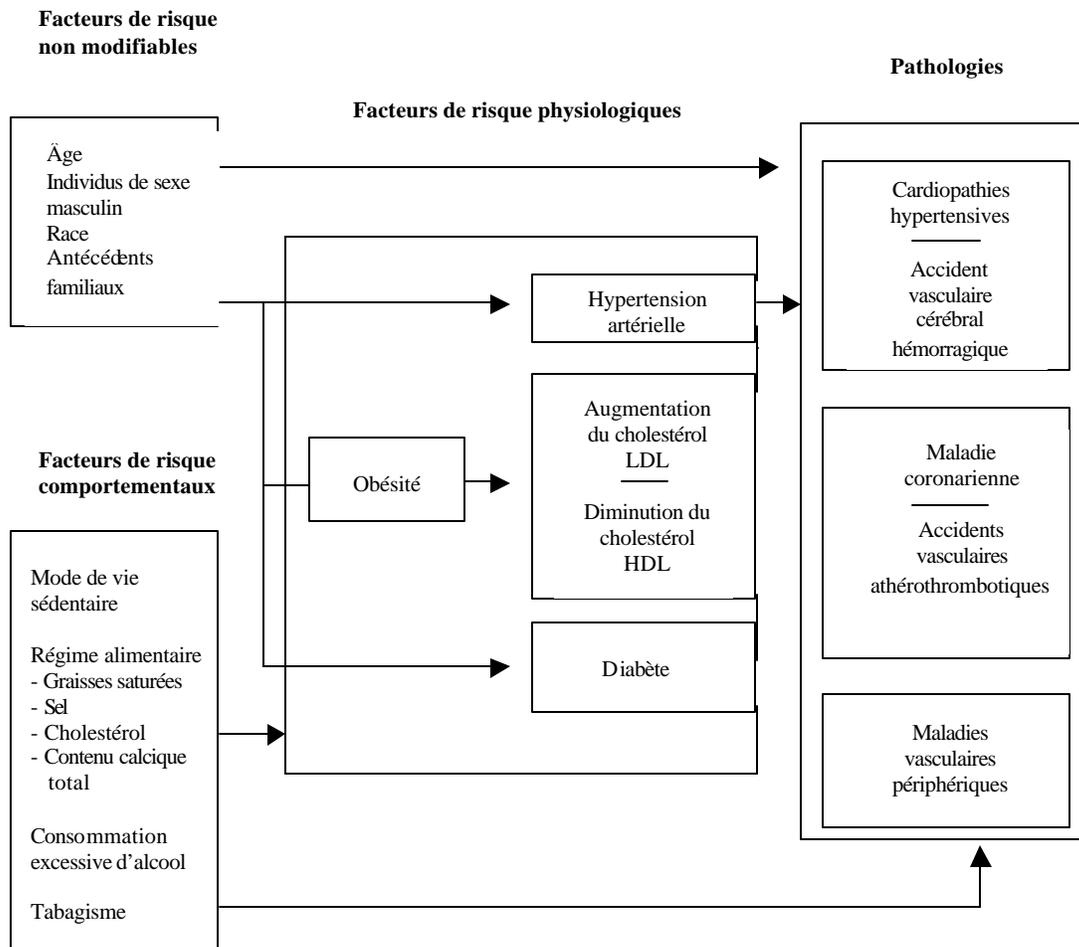
5. L'approche étape par étape adoptée par l'OMS pour la surveillance des maladies non transmissibles en général et des maladies cardiovasculaires en particulier (ou approche STEPS) est fondée sur l'évaluation des huit facteurs de risque dans la communauté, et comme le montre la Figure 1, la maîtrise de ces risques constitue la pierre angulaire de la prévention des maladies cardiovasculaires.

---

<sup>1</sup> OMS, *Atlas of heart disease and stroke*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

<sup>2</sup> Decision 179, Control of arterial hypertension in Africa, Addis Abéba, Organisation de l'Unité africaine, 2002 (AHG/Dec.179 XXXVIII).

**Figure 1 : Relations entre les facteurs de risque et les maladies**



Source : Wong N.D., Black et Grdin J.M., *Preventive cardiology: a practical approach*, Chicago, McGraw-Hill, 2005

6. La consommation de tabac, qui est en augmentation dans la Région africaine, est à la fois l'une des principales causes des maladies cardiovasculaires, des maladies vasculaires péri-phériques et des accidents vasculaires cérébraux, et un des principaux facteurs de risque pour le cancer. D'après les résultats de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, et des enquêtes nationales sur la lutte antitabac, le taux de prévalence du tabagisme chez les adolescents de 13 à 15 ans s'élève à 28 % aux Seychelles; au Kenya, cette prévalence s'élève à 67 % chez les hommes de 20 ans et plus.

7. Une mauvaise alimentation est hypercalorique, riche en sel, en sucre et en graisses saturées mais pauvre en fruits et en légumes. Elle est à l'origine de l'augmentation du taux de cholestérol sanguin et du surpoids, qui provoquent l'hypertension, le diabète et les maladies coronariennes. La Région africaine est confrontée à deux problèmes liés à l'alimentation et à la malnutrition, à savoir : i) la sous-nutrition, qui reste la principale cause de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles; et ii) l'obésité, qui est en train de devenir un des principaux facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et le diabète, surtout en milieu urbain.

8. L'industrialisation, l'urbanisation et la mécanisation des transports ont réduit la pratique de l'exercice physique et donné lieu à des modes de vie sédentaires. L'insuffisance de l'exercice physique est à l'origine d'environ 1,9 million de décès par an à travers le monde. La pratique de l'exercice physique reste certes importante dans les zones rurales mais elle tend à baisser rapidement en milieu urbain.

9. La consommation excessive d'alcool, qui est un des facteurs de risque pour l'hypertension et le diabète, peut également entraîner des modifications dégénératives sur le cœur (cardiomyopathies). L'alcoolisme, une des principales formes de toxicomanie dans de nombreux pays, est lié à plusieurs autres effets néfastes sur la santé.

10. L'obésité est un des principaux déterminants du diabète, de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle, surtout en milieu urbain. Elle est liée non seulement à une mauvaise alimentation, c'est-à-dire une alimentation riche en sucre et en graisses saturées mais pauvre en fruits et en légumes, mais aussi à l'insuffisance de l'exercice physique.

11. *Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2002* montre que l'hypertension artérielle est la principale cause de mortalité évitable dans toutes les régions du monde. C'est un des principaux facteurs de risque pour les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, et les maladies coronariennes.

12. Le risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral augmente avec le taux de cholestérol dans le sang; or l'hypercholestérolémie est à l'origine du tiers de l'ensemble des maladies cardiovasculaires dans le monde.<sup>3</sup> Elle est essentiellement due à une consommation excessive de lipides, à l'insuffisance de l'exercice physique, à l'obésité, et au tabagisme.

---

<sup>3</sup> OMS, *Atlas of heart disease and stroke*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

13. L'incidence du diabète est en augmentation dans la Région africaine et cette maladie est un des principaux facteurs de risque pour les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies vasculaires périphériques, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale. L'augmentation de la prévalence du diabète est manifestement liée à l'épidémie d'obésité, à la mauvaise alimentation et à l'insuffisance de l'exercice physique qui prévalent à travers le monde. À l'Île Maurice, le taux de prévalence du diabète a atteint 23 % chez les sujets d'âge moyen. Cette situation doit être considérée comme un signal d'alarme en ce qui concerne l'évolution des facteurs de risque liés aux modes de vie en Afrique.

14. Les enquêtes menées dans cinq pays de la Région et fondées sur l'approche STEPS montrent que dans l'ensemble, les taux de prévalence sont élevés pour les facteurs de risque de MCV mentionnés dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Prévalence des facteurs de risque de MCV

	Maurice (1998)	Algérie (2003)	Congo (2004)	Erythrée (2004)	Cameroun (2004)
Tabagisme	20,20 %	12,8 %	14,4 %	8 %	4 %
Consommation Excessive alcool	15,90 %	5,1 %	62,5 %	39,6 %	11 %
Obésité	11,50 %	16,4 %	8,6 %	3,3 %	18 %
Hypertension	29,60 %	29,1 %	32,5 %	16 %	25 %
Hyperglycémie	19,50 %	2,9 %	–	–	6 %

\* Seulement pour les adultes de sexe masculin.

15. Les maladies cardiovasculaires sont à la fois les principales maladies non transmissibles et l'un des principaux problèmes de santé publique à travers le monde. Selon le *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002*, les maladies cardiovasculaires ont représenté 9,2 % de l'ensemble des décès dans la Région africaine en l'an 2000 contre 8,15 % en 1990. Les principales maladies cardiovasculaires sont : l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les cardiomyopathies (surtout la forme dilatée) et les cardiopathies rhumatismales. Par ailleurs, les maladies coronariennes sont en hausse, notamment en milieu urbain.

16. L'hypertension artérielle est un des principaux facteurs de risque physiologiques pour les autres MCV. L'on estime que plus de 20 millions de personnes sont touchées dans la Région africaine, surtout en milieu urbain. Les taux de prévalence varient de 25 % à 35 % chez les adultes de 25 à 64 ans et certaines études<sup>4</sup> montrent qu'il y a un lien direct entre le niveau de la pression artérielle, la consommation de sel, la consommation de graisses, et le poids corporel. Des études menées au Ghana, à l'Île Maurice, en Afrique du Sud et au Zimbabwe révèlent une augmentation du nombre de décès dus à un accident vasculaire cérébral pouvant être lié à une augmentation de l'incidence de l'hypertension, de l'obésité, du tabagisme et du

<sup>4</sup> Amoah A, Kallen C., Report of hypertensive disorders in Ghana, Accra, Ministry of Health, 2002; Kimbally Kaky G., Bolanda J. D., *Hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires à Brazzaville: rapport d'enquête*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2004.

diabète.<sup>5</sup> La prévention et la lutte contre l'hypertension permettraient d'éviter au moins 250 000 décès par an.

17. L'accident vasculaire cérébral est à la fois l'une des principales causes de décès et la principale cause des incapacités dans le monde. Chaque année, 15 millions de personnes en sont victimes; 5 millions d'entre eux décèdent et 5 millions sont handicapés à vie, ce qui est un fardeau pour les individus, les familles et les communautés, et la Région africaine n'en est pas épargnée.

18. En Afrique, les cardiopathies rhumatismales sont les principales MCV acquises chez l'enfant et l'adolescent. Diverses études montrent que la prévalence des cardiopathies rhumatismales varie de 15 à 20 cas pour 1000.<sup>6</sup> Cette maladie a de très graves répercussions sur les patients, les familles, les systèmes de santé et la société. Les deux-tiers des 18 millions de personnes actuellement touchées par un rhumatisme articulaire aigu ou une cardiopathie rhumatismale sont des enfants de 5 à 15 ans. Ces maladies sont à l'origine d'environ 300 000 décès chaque année et, dans les 5 ou 20 prochaines années, deux millions de personnes risquent de devoir subir des hospitalisations répétées et un million de personnes, une intervention chirurgicale.

19. Les maladies cardiovasculaires varient considérablement d'un groupe de population à l'autre. Il se peut que certains groupes de population soient diversement exposés aux facteurs de risque, aient des modes de vie peu favorables à la santé, n'aient pas accès aux soins de santé ou en soient quelque peu privés. De telles inégalités peuvent s'appliquer aux femmes, aux migrants ou autres groupes socio-culturels défavorisés.

20. En Afrique, l'augmentation récente de l'incidence des MCV n'est pas allée de pair avec un ajustement correspondant des structures sanitaires et des ressources humaines. Les systèmes de soins de santé actuels ont été conçus pour dispenser des soins immédiats et épisodiques; leur conception est inadéquate et les ressources dont ils disposent sont insuffisantes pour prendre en charge les personnes atteintes d'affections chroniques telles que les MCV.

## DÉFIS

21. L'un des problèmes les plus épineux de la Région est qu'elle fait face à une double charge de morbidité. Elle est frappée à la fois par un fardeau de maladies infectieuses qui ne cesse de s'alourdir, et par l'émergence rapide des maladies non transmissibles (MNT).

---

<sup>5</sup> Bam W. J., Yako P. M., Correlation between hypertension and cardiovascular accidents in black patients, *South African Medical Journal*, 65:638-641, 1984; Matenga J. Kitai I. et Levy L. Strokes among black people in Harare, Zimbabwe: results of computed tomography and associated risk factors, *British Medical Journal* 292(6536): 1649-1651, 1986; Nyame P. K., Jumah K. B. et Adjei S., CT scan of the head in evaluation of stroke in Ghanaians, *East African Medical Journal*, 75(11): 637-639, 1998.

<sup>6</sup> Longo-Mbenza B. et al. Survey of rheumatic heart disease in school children of Kinshasa Town, *International Journal of Cardiology*, 63(3): 287-294, 1998; Amoah A. G., Kallen C., Aetiology of heart failure as seen from a national cardiac referral center in Africa, *Cardiology*, 93(1-2): 11-18, 2000.

22. Faute de données démographiques exactes, l'ampleur réelle de l'impact sanitaire et socio-économique des maladies cardiovasculaires et les possibilités de prévention de celles-ci ne sont pas connues. En outre, les systèmes de surveillance des facteurs de risque sont pratiquement inexistant dans la Région.

23. On pense à tort qu'investir dans la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires et les autres maladies non transmissibles relèguerait au second plan les maladies transmissibles prioritaires qui sévissent dans la Région. Comme les autres MNT, les MCV ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent comme une des causes principales de mortalité et de morbidité. Par conséquent, la plupart des pays ne sont pas dotés de programmes ou de stratégies nationales de lutte contre les maladies cardiovasculaires; par ailleurs, les systèmes de santé ne sont pas en mesure de faire face aux maladies chroniques.

## **PERSPECTIVES**

24. En Afrique, le niveau de certains facteurs de risque est bas; par conséquent, le problème est de les maintenir à ce niveau-là. Par exemple, bon nombre de gens s'adonnent encore à un exercice physique régulier et ne fument pas.

25. On peut prévenir l'exposition aux facteurs de risque en prenant des dispositions législatives, fiscales et autres relativement peu coûteuses et pouvant permettre de créer un environnement favorable à l'adoption de modes de vie sains. Ces dispositions devraient comprendre la prévention à la fois primaire et secondaire des cardiopathies rhumatismales.

26. La Déclaration des Chefs d'État et de Gouvernement des États Membres de l'OUA faite le 8 juillet 2002 à Durban, Afrique du Sud, stipulait que la lutte contre les maladies cardiovasculaires en général et contre l'hypertension artérielle en particulier devait occuper une place prépondérante dans leurs politiques de développement. Pour faire face à ces menaces croissantes, les États Membres avaient adopté les stratégies du Bureau régional de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document AFR/RC50/10) et pour la promotion de la santé (document AFR/RC51/12 Rév.1) respectivement. D'autres interventions peuvent avoir un impact sur cette initiative, à savoir : la Convention-cadre sur la lutte antitabac, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et l'Initiative «3 millions d'ici 2005».

27. Face à la rareté des données sur les MNT et en l'absence de systèmes de surveillance pour les maladies cardiovasculaires, plusieurs États Membres mènent actuellement des enquêtes sur les facteurs de risque en cause en adoptant l'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des MNT (également connue sous le nom de STEPS).

## **INTERVENTIONS PRIORITAIRES**

28. La mise en œuvre de l'approche STEPS dans certains pays de la Région a montré que cette méthode était réalisable, abordable et facile à adapter au contexte de divers pays. C'est pourquoi, il est recommandé de mener des enquêtes STEPS dans toute la Région. Ces enquêtes devraient être régulières, et les données de celles-ci devraient permettre d'orienter les programmes de prévention et de lutte appropriés.

29. La lutte contre le tabagisme est déterminante dans la prévention et la lutte contre les MCV. La mise en œuvre de la Convention-cadre sur la lutte antitabac est essentielle pour les programmes nationaux de lutte contre la consommation du tabac. Il s'agit de prévenir le tabagisme, d'aider au sevrage des fumeurs, et de protéger les non fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante.

30. La prévention primaire, qui comprend les interventions axées sur des personnes ne présentant aucune MCV précise, consiste à réduire les 8 facteurs de risque susmentionnés au niveau de la communauté.

31. La prévention primaire de la mauvaise alimentation comprend à la fois la promotion de la consommation des fruits et légumes locaux et la diminution de la consommation de sel, de sucres raffinés, et de graisses animales. On peut promouvoir la pratique de l'exercice physique en augmentant quotidiennement une activité physique modérée et en diminuant la proportion des situations d'inactivité. Le contrôle du régime alimentaire et l'exercice physique permettent de lutter contre l'obésité, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète. Il est donc indispensable de mettre correctement en œuvre, au niveau national, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

32. On peut également prévenir l'hypertension artérielle grâce à une alimentation appropriée et à la pratique de l'exercice physique. Par ailleurs, un programme de lutte contre l'hypertension permettrait d'identifier les individus souffrant d'une hypertension non diagnostiquée et non contrôlée et donc de réduire sensiblement l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, de l'insuffisance cardiaque, de l'insuffisance rénale et des maladies vasculaires périphériques.

33. Les programmes de prévention primaire et secondaire, qui sont très efficaces pour le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales, devraient être renforcés dans les pays à forte prévalence. Il faudrait accorder une attention particulière aux groupes les plus vulnérables, y compris les enfants défavorisés, les enfants mis en institution et les enfants de la rue. Les agents de santé, les travailleurs sociaux et les enseignants devraient être formés au diagnostic et au traitement de ces maladies, et les gouvernements devraient prendre des dispositions pour que l'approvisionnement en médicaments soit régulier.

34. Il est essentiel d'adopter une approche couvrant tous les stades de la vie tant pour la promotion de la santé que pour la prévention et la lutte contre les MCV. Cette approche commence avec la santé maternelle, la nutrition prénatale, l'issue de la grossesse, et se poursuit avec l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, et avec la santé de l'enfant et de l'adolescent. La promotion de la santé devrait s'étendre aux enfants scolarisés, aux adultes et aux personnes âgées, et comprendre la promotion d'une alimentation saine et la pratique régulière de l'exercice physique à tous les stades de la vie.

35. La prévention secondaire repose sur l'intervention thérapeutique et le comportement du patient et vise à réduire le risque de récurrence des événements cardiovasculaires chez les patients ayant une MCV confirmée. L'objectif principal de la prévention secondaire est d'établir précocement le diagnostic d'une MCV confirmée et de faire une évaluation complète des risques auxquels s'expose l'individu. C'est la modification de ces facteurs de risque qui permet d'assurer la prévention secondaire.

36. Les lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les affections cardiovasculaires et les facteurs de risque les plus répandus et les plus importants doivent être élaborés ou adaptés, et régulièrement actualisés au niveau national car cela permettrait aux professionnels de la santé de disposer d'un minimum de procédures fondées sur des bases factuelles, et sur la situation et les problèmes d'un pays donné.

37. La prévention tertiaire comprend les activités cliniques menées après le diagnostic de la maladie et destinées à empêcher la détérioration de l'état du malade ou les complications. Compte tenu de la situation actuelle de la prévention et de la lutte contre les MCV dans la Région africaine, il faudrait donner la priorité à la prévention tant primaire que secondaire en raison de leur rapport coût/efficacité.

38. Les personnels de santé et les dispensateurs de soins intervenant aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire devraient suivre une formation ou un stage de recyclage dans une approche intégrée de prévention et de traitement des maladies cardiovasculaires afin de dispenser des soins cardiovasculaires corrects à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, il faudrait renforcer techniquement et technologiquement les capacités des hôpitaux pour leur permettre de répondre aux besoins des malades.

39. Il faudrait mettre en place des mécanismes pour assurer durablement la disponibilité non seulement du matériel de diagnostic de base mais aussi de médicaments accessibles et peu coûteux pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires mortels et la prévention primaire des MCV chez certains sujets à haut risque. Il faudrait par ailleurs mener une étude sur la situation des moyens techniques et technologiques nécessaires pour faire face aux maladies cardiovasculaires dans la Région.

40. Il faudrait mener des recherches sur l'impact socio-économique des maladies cardiovasculaires dans la Région afin de déterminer leurs effets dans les secteurs autres que celui de la santé. Il est également nécessaire d'entreprendre une recherche opérationnelle dans le secteur de la santé afin d'adapter, de mettre en œuvre et d'évaluer les stratégies de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires qui sont peu coûteuses et accessibles.

## **RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

41. Le rôle des États Membres consiste à :

- a) mettre en place des programmes nationaux intégrés de lutte contre les MCV dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles; à allouer un budget à cet effet, et à mettre en place une coalition nationale fonctionnelle comprenant les divers intervenants et placée sous la tutelle du Ministère de la Santé;
- b) mettre en place des systèmes de surveillance des maladies cardiovasculaires en tant que composante de maladies non transmissibles dans les systèmes de surveillance existants;

- c) mettre en œuvre la Convention-cadre sur la lutte antitabac, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, le *Integrated Package for Cardiovascular Disease Management* (lignes directrices pour la prise en charge intégrée des maladies cardiovasculaires), et le volet «prévention et lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales» de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME);
- d) assurer en permanence la disponibilité d'un paquet minimum de médicaments accessibles et peu onéreux pour la prise en charge des affections cardiovasculaires, et renforcer les capacités des agents de santé et d'autres agents n'appartenant pas au secteur de la santé dans la prévention et la lutte contre les MCV.

42. Le rôle de l'OMS et des partenaires consiste notamment à apporter un appui technique aux États Membres pour les aider à :

- a) collecter les données nécessaires pour permettre aux gouvernements de prendre des décisions informées sur la lutte contre les MCV et à mettre en place des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les MCV dans le cadre des programmes intégrés de lutte contre les MNT, y compris un appui pour adapter les documents de politique générale au contexte national;
- b) mener des interventions prioritaires visant à réduire la charge que représentent les MCV, et à mettre en place des mécanismes de mobilisation des fonds pour la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires.

## CONCLUSION

43. Les maladies cardiovasculaires sont un grave problème de santé publique dans la Région africaine. Elles sont également l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte, et l'accident vasculaire cérébrale est la principale cause des incapacités dans la plupart des pays africains.

44. Des interventions prioritaires doivent être mises en œuvre par les États Membres pour endiguer l'épidémie émergente de MCV, en mettant la prévention primaire au premier rang des priorités.

45. La prévention et la lutte efficaces contre les MCV passent par un plaidoyer énergique, par un engagement politique fort au niveau des pays, et par un ajustement des services de soins de santé, y compris la formation appropriée des professionnels de la santé.

46. Le Comité régional est invité à examiner ce projet de document, et à donner des orientations en vue de sa mise en œuvre par les États Membres.



COMITÉ REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC55/12

17 juin 2005

Cinquante-cinquième session  
Maputo, Mozambique, 22–26 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.6 de l'ordre du jour provisoire

**LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DANS LA RÉGION AFRICAINE :  
SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

**Rapport du Directeur régional**

**RÉSUMÉ**

1. La charge représentée par les maladies cardiovasculaires augmente si rapidement en Afrique que ces maladies sont devenues un problème de santé publique dans toute la Région africaine. Les principales cardiopathies sont : l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les cardiomyopathies et les maladies coronariennes. Par ailleurs, les cardiopathies rhumatismales restent un problème préoccupant.
2. L'une des raisons de l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires (MCV) à travers le monde est l'augmentation du nombre de personnes âgées. L'autre raison est l'exposition aux divers facteurs de risque modifiables qui sont responsables d'au moins 75 % de l'ensemble des MCV.
3. Comme les autres maladies non transmissibles, les MCV ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent. En conséquence, la plupart des pays ne sont pas dotés des programmes nationaux ou des stratégies nationales nécessaires pour y faire face. En outre, les systèmes de surveillance des facteurs de risque sont pratiquement inexistant dans la Région.

4. Les interventions prioritaires visant à réduire la charge représentée par les MCV dans la Région africaine sont notamment : la mise en place des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les MCV; la mise en place des systèmes de surveillance axés sur les facteurs de risque; le renforcement des capacités des personnels de santé; la prise de mesures pour assurer la disponibilité de médicaments peu onéreux; la mise en œuvre de la Convention-cadre sur la lutte antitabac et de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et la prévention à la fois primaire et secondaire des risques de cardiopathies rhumatismales.

5. Le Comité régional est invité à examiner ce document et à donner des orientations pour sa mise en œuvre dans les États Membres.

## SOMMAIRE

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1 – 4
ANALYSE DE LA SITUATION .....	5 – 20
DÉFIS .....	21 – 23
PERSPECTIVES .....	24 – 27
INTERVENTIONS PRIORITAIRES .....	28 – 40
RÔLES ET RESPONSABILITÉS .....	41 – 42
CONCLUSION .....	43– 46