



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR 63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É.-U., du 26 au 30 septembre 2011

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CD51/5 (Fr.)

1^{er} août 2011

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN

Introduction

1. Les conséquences sur la santé des changements qui ont lieu au sein de la vie urbaine constituent d'énormes défis pour la Région des Amériques. L'objectif de ce document est de proposer des conseils aux États Membres sur les moyens qu'ils pourraient utiliser pour traiter les questions de santé en milieu urbain et en particulier celles liées aux déterminants de la santé, à la promotion de la santé et aux soins de santé primaires. Prenant appui sur les politiques établies et sur les accords conclus lors du 50^e Conseil directeur, le présent document résume en premier lieu les informations contenues dans le document de base présenté au Conseil et qui comporte une analyse de la situation. Il expose par la suite une Stratégie et un Plan d'action pour guider le développement d'activités multisectorielles qui visent à relever efficacement les défis majeurs de santé en milieu urbain dans la Région des Amériques. Ce document examine finalement les implications de l'action du Conseil directeur.

Antécédents

2. L'urbanisation peut générer de nombreux avantages mais elle peut également engendrer des conséquences néfastes pour la santé et le bien-être humains. Bon nombre de problèmes de la pauvreté urbaine sont le résultat d'un ensemble complexe de restrictions de ressources et de capacités, de politiques gouvernementales inadéquates, tant au niveau central que local et d'un manque de planification de la croissance et de la gestion urbaines. Compte tenu des prévisions de croissance pour la plupart des villes des pays en développement, les défis de la pauvreté urbaine et plus largement de la gestion de la ville ne feront que s'aggraver dans de nombreux lieux s'ils ne sont pas traités de manière plus agressive (1). La croissance urbaine non planifiée et non durable met sous pression les services de base, rendant difficile la réponse des gouvernements aux besoins

d'une population diversifiée avec des dynamiques et des comportements différents. Par ailleurs, la planification fondée sur le produit intérieur brut (PIB) au lieu du bien-être des personnes a conduit à privilégier les voitures aux personnes et le développement à la protection des ressources naturelles et au gaspillage d'énergie. Une croissance urbaine non planifiée est accompagnée d'un certain nombre de risques, tels que ceux liés aux catastrophes et aux facteurs environnementaux, sociaux et épidémiologiques (2) ainsi qu'aux conditions qui affectent la sécurité de la population. L'action intersectorielle nécessaire pour faire face à ces risques et à leurs déterminants corollaires a été traitée lors de trois conférences traitant de la santé dans toutes les politiques, tenues en 2010 en Adélaïde, au Chili et à Helsinki. Plusieurs résolutions, consultations et documents sur la santé en milieu urbain, sur la promotion de la santé et sur les déterminants de la santé sont pertinents à ce Plan.

3. Cette Stratégie et ce Plan d'action sur la santé en milieu urbain répondent à un certain nombre de mandats internationaux et administratifs des Organes directeurs :

- En 1992, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, connue sous le nom « Sommet de la Terre », a publié le rapport *Protecting and Promoting Human Health Commitments* [Engagements pour la protection et promotion de la santé humaine] dont le chapitre 6, l'Agenda 21, aborde le défi posé par la santé en milieu urbain (3).
- Les résolutions CD43.R11 (2001) du 43^e Conseil directeur de l'OPS sur la promotion de la santé aux Amériques et la résolution CD47.R20 (2006) sur la Promotion de la santé : réalisations et aspirations contenues dans les chartes d'Ottawa et de Bangkok identifient toutes les deux la nécessité de travailler avec tous les secteurs du gouvernement et de la société civile pour améliorer les conditions de santé et promouvoir l'équité.
- La résolution CD47.R1 (2006) Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes traite du droit des personnes handicapées, notamment l'égalité d'accès aux soins de santé, l'éducation, le logement et l'emploi.
- La résolution CD40.R6 (1997), La santé des peuples autochtones, dans le contexte de l'examen des barrières économiques, géographiques et culturelles et du suivi des inégalités que rencontrent les peuples autochtones, conformément aux Articles 17.2, 21.1, 23, 24.2 et 29.3. de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2008) (4).
- La résolution WHA62.14 (2009), qui considère le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008), souligne la nécessité de corriger les inégalités provoquées par les déterminants sociaux, notamment l'urbanisation, et appelle à l'établissement de politiques et de méthodes nationales pour y remédier (5).

- Les documents CD47.18 (2006), Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015 et le document CD47/17, Rev 1, Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé considèrent le secteur de l'urbanisme comme un partenaire clé dans la lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que d'autres problèmes de santé.
- La résolution CD48.R11 (2008), Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l'action dans la Région, a demandé que les initiatives de santé en milieu urbain soient renforcées pour prévenir les traumatismes dans la Région.
- La résolution WHA57.10 (2004), Sécurité routière et Santé, a reconnu la résolution WHA27.59 (1974) et a examiné le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* de 2004, appelant à la collaboration intersectorielle pour intégrer des mécanismes de prévention des traumatismes dus à la circulation dans les programmes de santé publique.
- La résolution WHA62.12 (2009) sur les soins de santé primaires (SSP), note que le *Rapport sur la santé dans le monde 2008* de l'OMS identifie l'urbanisation, avec la mondialisation et le vieillissement de la population, comme un défi à l'adaptation des SSP et appelle à l'adoption de modèles appropriés de prestation de soins de santé locaux qui comprennent la promotion de la santé et la prévention des maladies (6).
- La résolution CD50.R16 (2010), Santé, sécurité humaine et bien-être, sachant que la sécurité humaine est affectée par l'inégalité, les facteurs environnementaux et la menace à laquelle doit faire face les groupes en situation de vulnérabilité.

4. Les ministres de la santé qui ont participé au 50^e Conseil directeur (2010) (7) ont demandé au Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de préparer une stratégie régionale préliminaire et un plan d'action sur la santé en milieu urbain à l'issue de leur participation à la table ronde sur la santé en milieu urbain (8). Ils ont également demandé qu'une résolution soit rédigée de sorte que, après discussion de la version préliminaire, le plan puisse être présenté aux délégations pour approbation lors du 51^e Conseil directeur. Le document présent vise à répondre à ces deux demandes.

5. La table ronde qui s'est tenue lors du 50^e Conseil directeur a été suivie d'une série de forums régionaux sur la santé et la promotion de la santé en milieu urbain (octobre 2010), qui ont conduit à un certain nombre de recommandations (9) intégrées à cette Stratégie et Plan d'action. Peu de temps après, le Forum mondial sur l'urbanisation et la santé s'est tenu à Kobe, au Japon (novembre 2010), au cours duquel l'OMS et l'ONU-HABITAT ont lancé le rapport conjoint *La face cachée des villes* (2010) montrant comment la pauvreté et la mauvaise santé sont liées à la vie urbaine (10) et un appel à

l'action sur la santé en milieu urbain a été publié (11). Les éléments de ces deux documents ont également été inclus dans cette Stratégie et Plan d'action.

Analyse de la situation¹

6. Le monde s'urbanise à un rythme sans précédent posant un énorme défi pour la santé (12) : en 1900, 13% de la population mondiale (220 millions de personnes) vivait dans les villes ; en 1950, la population urbaine représentait 29,1% (732 millions) de la population totale (2). En 2008, l'Organisation des Nations Unies a signalé que pour la première fois dans l'histoire, plus de la moitié de la population mondiale vivait dans les zones urbaines et cette proportion devrait grimper à 70% en 2050 (13). Cette tendance est particulièrement préoccupante aux Amériques ; la population urbaine de la Région a augmenté de 187% depuis 1970. Aux Amériques se trouvent six des plus grandes mégalopoles du monde (São Paulo, Mexico, la ville de New York, Los Angeles, Buenos Aires et Rio de Janeiro). La Région des Amériques est la plus urbanisée du monde en développement ; 79,4% de la Région, à peu près 556 millions de personnes, vivent dans les zones urbaines et cette proportion devrait passer à 85%. Une urbanisation rapide et non planifiée amplifie l'impact du changement climatique (14). La situation des enfants des villes est particulièrement préoccupante. Les enfants moins favorisés du point de vue socio-économique se retrouvent fréquemment à jouer ou même à vivre et travailler dans les rues (10). L'une des principales causes de préoccupation est le fait que 30,8% de la population urbaine vit dans des quartiers informels, produits d'une croissance urbaine rapide et anarchique.

7. Les conséquences de la croissance démographique et de l'urbanisation non planifiée et incontrôlée ont creusé l'écart social dans les villes et ont produit des ceintures de pauvreté et de grands bidonvilles en raison d'un manque de possibilités d'emploi, de logement, de sécurité et de protection de l'environnement (15). En Amérique latine et les Caraïbes, deux tiers des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté habitent au sein de collectivités urbaines et péri-urbaines. Bien que l'incidence relative de la pauvreté urbaine dans la Région ait chuté de 41% en 1990 à 29% en 2007, le nombre de personnes pauvres en milieu urbain a augmenté de 122 millions à 127 millions pendant la même période (12). Les villes des Amériques ont attiré un grand nombre de personnes autochtones en quête de possibilités économiques et sociales. Le District fédéral de Mexico est actuellement considéré comme la principale zone métropolitaine autochtone des Amériques (16). Des villes comme Chicago, Guatemala, Lima, Los Angeles et bien d'autres font face à des défis similaires pour surmonter les obstacles culturels auxquels

¹ L'OPS a préparé deux documents de référence en 2010, desquels la plupart des informations contenues dans le présent document ont été extraites : *Table ronde sur l'urbanisme et modes de vie sains*. Document d'information pour le débat. CD50/19, Add. I (Fr.) 15 septembre 2010 (12) ; et *Urban Health Challenges in the Americas*. Document de référence préparé pour le deuxième forum régional de santé en milieu urbain, New York, NY, 25-26 octobre 2010 (9).

ces populations sont confrontées lorsqu'elles tentent d'accéder aux services. D'autre part, l'urbanisation rapide a entraîné un surpeuplement, conduisant à la création de bidonvilles et de quartiers à risque et à un manque de services sanitaires et d'assainissement, dû aux obstacles pour fournir des infrastructures adéquates et des services essentiels (17). Aux Amériques et pour l'année 2003, on estimait que 5,1% de la population dans les pays les plus développés vivait encore dans des bidonvilles, tandis que le chiffre grimpeait à 31,9% dans les pays les moins développés d'Amérique latine et des Caraïbes (18).

8. L'urbanisation rapide, non planifiée et non durable a également eu un impact majeur sur la santé. Les conditions en milieu urbain peuvent exacerber la prévalence de nombre de maladies infectieuses transmises par vecteurs (19) et même de maladies négligées (20). Aux Amériques, la comparaison du taux de mortalité infantile des 20% de citadins les plus pauvres au 20% les plus riches présente une relation de 6:1 (10). Les maladies chroniques non transmissibles représentent 74% des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) et l'obésité dans les centres urbains est nettement à la hausse, avec une augmentation sans précédent de l'obésité infantile particulièrement alarmante. Une mauvaise alimentation et l'inactivité physique contribuent à l'augmentation rapide de l'obésité infantile. Le rapport mondial récent de l'OMS sur les maladies non transmissibles (MNT) de 2010 (21) relève à nouveau que l'urbanisation non planifiée est liée à un risque accru d'exposition aux polluants atmosphériques, au manque de services de base, à des styles de vie plus sédentaires, à des régimes alimentaires peu sains et à des niveaux moindres d'activité physique à l'origine de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'autres maladies non transmissibles qui affectent davantage les pauvres et les personnes âgées dans les zones urbaines. Les systèmes d'information ne sont pas équipés pour différencier clairement les gradients socio-économiques, les populations vulnérables et autochtones, ni même les différences de genre, dans les villes. Actuellement, les systèmes de santé ne désagrègent pas suffisamment les données sur l'impact de l'urbanisation pour les hommes et les femmes, les groupes ethniques et autochtones et les migrants. A l'avenir, une telle désagrégation devrait être disponible dans la Région. Toutefois, l'information disponible vient appuyer les stratégies proposées ci-dessous.

9. Trois principaux facteurs ont été identifiés dans l'augmentation de la morbidité dans la Région : la violence, l'abus d'alcool et le tabac. La violence aux Amériques est concentrée dans les zones urbaines et elle se cantonne souvent aux zones les plus pauvres et marginalisées des villes. *L'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique contre les femmes*, qui comprenait deux pays de la Région, a constaté des taux élevés de violence dans au moins une grande ville de chaque pays : 28% des femmes à São Paulo, au Brésil, et 51% des femmes à Lima, au Pérou, ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles par un partenaire intime (12). La consommation d'alcool est responsable d'une lourde charge de morbidité, dépassant les estimations mondiales. En 2002, 5,4% de tous les décès et 10% du total des AVCI ont été attribués à la consommation d'alcool, avec une lourde charge en Amérique centrale et en

Amérique du Sud. À l'échelle mondiale, les hommes ont également des taux beaucoup plus élevés de la charge totale de morbidité (AVCI) imputables à l'alcool que les femmes, avec 7,4% pour les hommes contre 1,4% pour les femmes. Le nombre d'hommes dépasse celui des femmes dans une proportion de quatre à un en nombre d'épisodes hebdomadaires de consommation abusive d'alcool, expliquant probablement la raison de leurs taux de mortalité et d'incapacité plus élevés. Les hommes présentent également des taux d'abstinence beaucoup plus faibles que les femmes. Aux Amériques, les femmes sont deux fois plus susceptibles d'être abstinentes à vie que les hommes. La résidence dans les zones urbaines a été associée à des taux de consommation plus élevés (22). Un faible niveau socio-économique et éducatif se traduit en un risque accru de décès lié à l'alcool, la maladie et les traumatismes—un déterminant social qui est plus important chez les hommes que chez les femmes (23).

10. Dans les Amériques, ainsi que dans le reste du monde, la consommation de tabac est la principale cause de décès évitable, responsable de près d'un million de décès dans la Région chaque année (24). De toutes les maladies chroniques, ce sont les changements dans la politique de lutte contre le tabac qui pourraient plus sauver le plus rapidement des vies. L'urbanisation est un important déterminant social du tabagisme. Le tabagisme est associé à un statut socio-économique faible, qu'il soit mesuré par le revenu national, les revenus des ménages ou le revenu personnel, le statut professionnel ou le niveau d'éducation (25). Les données de *l'Enquête sur la santé dans le monde de 2003* indiquent que le tabagisme est le plus fortement corrélé avec le revenu du ménage ou la richesse. Contrairement à d'autres régions du monde où les hommes fument en moyenne cinq fois plus que les femmes, le tabagisme aux Amériques est deux fois plus fréquent chez les hommes. Dans les pays en développement, les taux de tabagisme chez les hommes ont atteint un sommet et ont commencé à baisser, alors qu'ils continuent d'augmenter chez les femmes (26). Par ailleurs, le degré d'urbanisation a été associé à la consommation de tabac, qui est plus élevée dans les zones plus urbanisées des pays en développement, en raison de la plus grande exposition des populations urbaines à une commercialisation agressive et à des réglementations laxistes. Par exemple, le rapport entre la consommation de tabac dans les zones urbaines et rurales est de 1,8:1 au Mexique (27), bien que les taux commencent à baisser dans la plupart des grandes régions métropolitaines (28).

11. Dans les Amériques, les accidents de la route sont responsables de 142 000 décès par an et environ 5 millions de personnes ont été blessées pendant la même période. Les taux de mortalité ajustés selon l'âge des accidents de la route varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de 4,3 à 21,8 pour 100 000 (12). Dans les Amériques, tandis que les pays à revenu élevé présentent un taux de mortalité en diminution à 20%, la tendance en Amérique latine a été à la hausse, avec un taux atteignant 40% (29). Les pays à revenu faible à moyen de la Région présentent un risque de mortalité plus élevé de 57%, avec un risque supérieur pour les individus entre 5 et 14 ans (250%) et pour les enfants de 0 à 4

ans (124%). Dans les pays développés de la Région, les taux de mortalité des accidents de la route sont plus élevés dans les groupes à faible niveau socio-économique (30).

12. Chaque année, en raison de la pollution de l'air, il est possible d'enregistrer aux Amériques jusqu'à 93 000 décès par maladie cardio-pulmonaire, 13 000 décès par cancer du poumon, 58 000 années de vie perdues en raison d'infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 4 ans et plus de 560 000 AVCI (12). Les études dans la Région ont montré que l'exposition à la pollution atmosphérique est répartie systématiquement de manière inégale, comme le démontre l'exposition des enfants aux gaz d'échappement de la circulation (31) et l'exposition humaine à l'ozone (32). Pour la mortalité cardiovasculaire, un ratio de risque plus élevé de 6 à 40% existe en fonction de l'exposition aux gaz d'échappement de la circulation (33). L'impact majeur pour la santé publique de la pollution atmosphérique peut être considéré non seulement en termes de morbidité et de mortalité, mais également au regard d'une baisse de la productivité, de l'échec scolaire et d'autres occasions manquées pour le développement humain.

13. En plus des répercussions sur la santé, les inégalités sociales sont exacerbées dans les villes. Bien que la Région réalise des progrès en matière d'équité, les données probantes tendent à faire apparaître de grandes inégalités au sein des pays et des villes. En 2001, par exemple, la ville de Buenos Aires, en Argentine, a présenté, par rapport au niveau national, des taux inférieurs de logements précaires (18,5% contre 6,4%), d'eau insalubre (21,3% contre 1,9%) et de personnes n'ayant pas terminé leurs études primaires (8,6% contre 4,8%). Toutefois, de grandes disparités en matière de santé sont présentes également dans la ville elle-même : les fourchettes de mortalité infantile vont de 6,5/1000 habitants dans une zone urbaine à 16/1000 habitants dans une autre partie du Grand Buenos Aires (12). Des disparités persistent également entre les pays : le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay présentent des pourcentages plus élevés de personnes pauvres en milieu urbain, entre 55% et 63%. Une situation très éloignée de celle du Chili, où le chiffre est de 18,5%.

14. Les problèmes sociaux, familiaux, communautaires, interculturels, ainsi que les relations entre les genres, qui affectent de manière non équitable la santé de la population, avec un impact particulier sur les groupes d'ascendance africaine et les autochtones, compliquent d'autant plus l'énorme tendance mondiale à l'urbanisation. Jusqu'à présent, ce changement radical n'a pas pleinement été pris en compte dans les politiques, les structures et les services de santé et il crée un décalage important entre les besoins de la population et la réponse du secteur de la santé à leur égard.

15. L'urbanisation offre des possibilités considérables pour réduire la pauvreté et les inégalités entre les genres, pour promouvoir le développement durable, et la protection des migrants et des populations autochtones, tout en enrichissant la culture urbaine par cette même diversité des populations ainsi que pour améliorer la qualité de vie et le bien-

être de la population. Le document final du suivi du Sommet du Millénaire (34), évaluant l'Objectif 7 « Préserver l'environnement » pour s'attaquer à la pauvreté, recommande de donner la priorité aux stratégies nationales de planification urbaine engageant toutes les parties concernées et veillant à un accès égalitaire aux services publics, dont la santé, l'éducation, l'énergie, l'eau et l'assainissement et le logement, pour les personnes vivant dans des bidonvilles. La présente stratégie et son plan d'action s'appuient sur des exemples de politiques et de programmes qui ont été mis en œuvre dans certaines villes, abordant des sujets tels que la pollution atmosphérique et sonore, les changements climatiques, les comportements sains, les paramètres de santé, les espaces pour les loisirs et l'activité physique, la sécurité humaine, y compris l'urbanisation, les infrastructures urbaines, et la violence. Ils proposent différentes options pour résoudre les problèmes urbains et l'adaptation de programmes actuellement en cours pour examiner le gradient social et la dimension urbaine ainsi que l'identification des conséquences de l'inaction, en soulignant les avantages de la vie urbaine comme support potentiel pour la santé et la durabilité. Ils prennent en considération la révision des programmes et l'amélioration des politiques actuellement en place (35) pour gérer l'hétérogénéité de la population urbaine de façon appropriée. Il fait référence aux objectifs du Millénaire pour le développement, aux municipalités, villes, et collectivités saines, à des écoles qui promeuvent la santé, aux priorités transversales de l'OPS et à d'autres initiatives régionales et nationales.

Proposition

16. Le but de cette stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain est de soutenir les ministères de la santé afin de : a) renforcer leur rôle d'intendance dans la promotion de la santé à la lumière des effets de l'urbanisation, b) ajuster les services de santé pour répondre aux besoins spécifiques des populations urbaines, c) renforcer la capacité du cadre institutionnel pour mettre en œuvre une approche de la santé en milieu urbain et d) plaider pour un objectif commun et une responsabilité partagée.

17. Pour répondre aux besoins spécifiques de la population urbaine, la stratégie de l'OPS sur l'administration des services de santé, le développement des capacités institutionnelles et la promotion de la santé en milieu urbain (SHEDA par ses sigles en anglais) est nécessaire pour soutenir les ministères de la santé, en se fondant sur quatre points d'entrée fondamentaux, de manière à obtenir une approche intégrée, synchrone et régionale, qui permette des progrès dans les domaines suivants :

- a) *Assumer l'administration de la promotion de la santé* : procurer au personnel de santé, aux autorités municipales et aux principaux partenaires des autres secteurs les conseils et les outils nécessaires pour renforcer leurs activités de promotion de la santé et du bien-être à travers le gradient social tout entier :

- Revitaliser l'engagement des autorités locales et les propositions des villes dans l'analyse et la réponse aux conditions de santé locale en utilisant des approches intersectorielles et participatives.
 - Soutenir la solidarité, le partenariat, l'échange de connaissances, et l'identification du leadership, ainsi que les opportunités des villes à travers le renforcement des réseaux de santé municipaux/villes dans la Région.
 - Mettre à jour et ajuster les lignes directrices et les instruments actuels à l'intention des maires concernant les municipalités saines, la planification participative et la budgétisation et développer de nouvelles lignes directrices pour soutenir leurs capacités intersectorielles.
 - Se préoccuper de la santé et de l'équité en santé des politiques des autres secteurs (santé et équité en santé dans toutes les politiques).
 - Proposer des conseils sur les priorités de santé à traiter et des lignes directrices pour la santé publique dans la planification urbaine et des mesures à prendre par d'autres secteurs.
- b) *Ajuster les services de santé* : adapter les services de santé pour répondre aux besoins des populations urbaines, tel qu'approprié, pour répondre aux besoins dynamiques et spécifiques des diverses populations urbaines :
- Mettre en œuvre de manière innovante la stratégie de soins de santé primaires pour améliorer leur accessibilité aux différentes populations urbaines.
 - Aller à la rencontre des personnes pour tenir compte des besoins particuliers des familles de travailleurs mobiles qui ont souvent peu de moyens de transport.
 - Aborder la question de la migration récente des familles et des populations autochtones et des obstacles et difficultés qu'ils rencontrent lors de l'accès aux services de santé adéquats.
 - Prendre en considération la taille de la population active dans les secteurs formel et informel de l'économie.
 - Prendre en considération les risques différentiels rencontrés dans la vie quotidienne, y compris les médicaments, la violence, les comportements sexuels, entre autres.
 - Inclure la protection sociale pour toute la population, surtout les plus vulnérables du point de vue genre, statut socioéconomique, statut d'immigration et race/ethnie.
- c) *Renforcer les capacités et le développement de politiques* : élaborer des politiques et mettre sur pied des interventions, informer des décisions fondées sur des données probantes et améliorer les capacités humaines et financières.

- d) *Plaidoyer pour un objectif commun et une responsabilité partagée* : une santé et un bien-être équitables des populations urbaines, avec les gouvernements locaux et nationaux, les universités, le secteur privé, les ONG et la société civile.

Plan d'action sur la santé en milieu urbain²

Principes

18. Pour répondre aux besoins spécifiques de santé de la population urbaine dans la Région des Amériques, le Plan d'action repose sur cinq principes directeurs : équité, durabilité, développement durable, sécurité humaine et bonne gouvernance.

Résultat escomptés

19. Les pays devront :
- Ajuster leur système de santé pour qu'il réponde aux besoins de santé de la population urbaine en tenant compte de la mobilité, le genre et l'éthnicité de la diversité culturelle et de l'équité.
 - Adapter leurs programmes pour répondre à leurs gradients sociaux.
 - Adopter une approche de la promotion de la santé cohérente qui intègre tous les aspects de gouvernement au sein de leurs villes.
 - Apporter des améliorations significatives dans la capacité des individus, des familles et des communautés pour améliorer et maintenir leur santé et leur bien-être.

Objectif général

20. L'objectif général du Plan d'action est de renforcer la capacité organisationnelle et le rôle administratif des ministères de la santé dans la promotion de la croissance urbaine durable qui place les êtres humains et les communautés au centre des objectifs de planification. L'objectif est de s'attaquer efficacement aux inégalités de santé et à répondre aux besoins et à capitaliser sur les actifs de l'ensemble du spectre des populations urbaines à travers des politiques, programmes et services pour les familles et les communautés qui vivent et travaillent en milieu urbain. Cela exige des autorités de santé publique de coordonner leur travail avec les secteurs non sanitaires, avec les institutions et les professionnels directement liés à la planification et à la gestion des questions de développement urbain.

² Il n'existe actuellement qu'une information partielle pour définir complètement les références et les cibles de certains indicateurs. A la conclusion de la première année de l'exécution du plan, un examen sera fait pour compléter l'information, et parallèlement, ce plan sera aligné sur les Objectifs stratégiques et les indicateurs du Plan stratégique de l'Organisation 2013-2017.

Objectifs spécifiques

21. Il s'agit d'un plan sur 10 ans (2012-2021) qui vise cinq objectifs spécifiques et des activités ultérieures qui aideront les pays à améliorer la santé de leurs populations urbaines et à être responsables vis-à-vis des résultats des politiques et des programmes nationaux liés à la ville, et qui aideront le Secrétariat à ajuster ses programmes et à soutenir les pays dans ces initiatives.

Objectif spécifique 1 : Développer des politiques de santé urbaine.

Indicateur

- Nombre de pays dotés de politiques et de plans de développement nationaux, aux niveaux national et infranational, tel qu'approprié, qui introduisent la santé et l'équité en santé dans le développement urbain. (Référence : 6.³ Cible: 18.⁴)

Activités

- 1.1 Donner la priorité à l'intégration de la santé dans les politiques municipales, métropolitaines et nationales, en encourageant tous les pays de la Région, et dans le cas de pays avec des systèmes de gouvernement fédéral, les états ou les provinces, à établir une politique, une stratégie et un plan d'action propres à la santé urbaine qui intègre le développement et l'entretien d'environnements sains, la sécurité humaine, y compris des lieux sûrs pour les loisirs et l'activité physique et la gestion territoriale des déterminants sociaux.
- 1.2 Établir des partenariats avec l'industrie et des secteurs du gouvernement autres que la santé, en introduisant la santé et l'équité en santé dans toutes les politiques urbaines, en intégrant des mécanismes organisationnels, juridiques et financiers qui garantissent la cohérence entre plusieurs politiques et plans de santé en milieu urbain, y compris les politiques concrètes en ce qui concerne la croissance urbaine durable, l'utilisation équilibrée et polyvalente des terrains, la meilleure connectivité des rues et des transports en commun, la protection des ressources naturelles (l'agriculture, la terre et l'eau), la consommation d'énergie durable (en mettant l'accent sur les mécanismes de recyclage), la création de conditions saines dans des zones industrielles et touristiques, ainsi que l'évaluation et la gestion efficace des inégalités, des barrières culturelles et des gradients de santé.
- 1.3 Promouvoir l'incorporation d'évaluations de l'impact sur la santé et d'évaluations de l'impact sur l'équité en santé au sein des politiques, programmes et plans-

³ Les références sur cet indicateur et les indicateurs restants sont soutenues par l'information disponible identifiée de 11 pays.

⁴ Des cibles de 10 années sont retenues en fonction de l'information disponible.

nationaux, infranationaux et locaux aux niveaux public et privé—qui influencent le développement urbain.

Objectif spécifique 2 : Ajuster les services de santé en milieu urbain pour promouvoir la santé et améliorer la couverture.

Indicateur

- Nombre de pays avec un plan national de santé, et des plans infranationaux de santé, tel qu'approprié, intégrant un cadre pour l'équité en santé en milieu urbain, en tenant compte des groupes vulnérables. (Référence : 6. Cible : 25.)

Activités

- 2.1 Inclure dans le plan national de santé et, dans le cas de pays avec des systèmes de gouvernement fédéral, dans le plan de santé des états et des provinces, les aspects spéciaux dont il faudra tenir compte pour traiter des besoins de santé en milieu urbain.
- 2.2 Améliorer la structure des services de santé offerts aux populations urbaines, en encourageant leur santé, en donnant la priorité à la prévention, et en améliorant l'efficacité réelle de leur couverture et protection sociale, en fonction du gradient social, en particulier les populations en situations de vulnérables telles que les habitants des bidonvilles, les populations autochtones et les migrants récents. Il faudra accorder une considération spéciale à la protection continue des migrants résidant à l'extérieur de leur région d'origine.
- 2.3 Adapter les programmes de santé publique aux milieux urbains, en développant et en utilisant des lignes directrices qui les aideront à considérer explicitement les risques environnementaux, sociaux et comportementaux, la diversité culturelle et les facteurs de protection des populations urbaines.
- 2.4 Introduire des instruments de promotion de la santé pour développer des compétences personnelles et encourager les actions communautaires qui renforcent les actifs sains et construire des facteurs de protection pour la sécurité humaine chez les individus, les familles et les communautés dans le contexte de la santé en milieu urbain.

Objectif spécifique 3 : Construire des cadres normatifs de promotion de la santé et des stratégies de gouvernance participative.

Indicateur

- Nombre de pays qui mettent en œuvre les directives de l'OPS en matière de santé publique pour la planification de la santé en milieu urbain. (Référence : 3. Cible : 18.)

Activités

- 3.1 Mettre en place un processus national visant à diffuser et à appliquer dans les villes, les lignes directrices de la santé publique et les critères qui assurent le fondement juridique et institutionnel pour la planification urbaine et du logement en fonction de critères de santé publique, d'équité et de participation de la communauté préalablement informée.
- 3.2 Mobiliser et renforcer l'organisation et l'autonomisation de la communauté dans l'évaluation et la planification du développement urbain, en particulier pour les habitants des bidonvilles, les populations autochtones et les migrants récents.
- 3.3 Mettre en place un cadre organisationnel évident pour l'inclusion et la responsabilisation permanente des acteurs sociaux et des différents secteurs.

Objectif spécifique 4 : Élargir les réseaux nationaux et régionaux pour un développement urbain sain.

Indicateur

- Nombre de pays avec un réseau national de municipalités-santé qui mettent en œuvre l'outil de l'OPS pour des municipalités-santé dans les collectivités de plus de 100 000 habitants. (Référence : 5. Cible : 24.)

Activités

- 4.1 Soutenir et renforcer la composante santé en milieu urbain dans les réseaux nationaux et régionaux et s'appuyer sur les réseaux régionaux existants tels que le Réseau des Amériques pour des Municipalités, Villes et Collectivités-santé ; Écoles-santé, Habitat-santé ; Visages, Voix et Lieux-santé et des réseaux mondiaux tels que les Collectivités sécuritaires.
- 4.2 Intégrer la dimension de la santé en milieu urbain dans les initiatives de développement durable et de changement climatique.
- 4.3 Identifier et impliquer les acteurs régionaux de l'urbanisation, en mettant en commun les intérêts et les capacités d'autres organismes et de professionnels de l'urbanisme et de la santé publique.

Objectif spécifique 5 : Renforcer les connaissances, les capacités et la sensibilisation pour répondre aux défis émergents de la santé urbaine.

Indicateurs

- Nombre de pays dotés de systèmes de surveillance qui comprennent des indicateurs de santé en milieu urbain. (Référence : 4. Cible : 15.)
- Nombre de pays qui mettent en œuvre les lignes directrices sur les outils d'évaluation et d'action pour des évaluations d'impact de la santé et/ou d'équité en matière de santé dans les politiques, programmes ou projets nationaux ou de la ville. (Référence : 3. Cible : 15.)

Activités

- 5.1 Élaborer des lignes directrices et des indicateurs pour les systèmes de surveillance, y compris les déterminants de la santé en milieu urbain et les déterminants de la distribution sociale différentielle des indicateurs de la santé, y compris la désagrégation des données selon le genre, les conditions de migration et les populations autochtones.
- 5.2 Mettre en place un mécanisme régional, tels qu'un observatoire et des forums régionaux, qui compile systématiquement les données sur la santé en milieu urbain, les expériences, les innovations de services de santé ainsi que les meilleures connaissances, politiques et pratiques, qui favorise la collaboration et les échanges dans la Région de ville/métropole à métropole/ville, et en synergie avec les activités du Centre OMS pour le développement de la santé, avec une attention particulière à l'amélioration de la documentation sur les disparités et les inégalités, les bidonvilles, les populations autochtones et les migrants récents et qui travaille à la modification de leurs déterminants de santé.
- 5.3 Mettre en place des mécanismes efficaces de transfert des informations de manière à fournir des connaissances précises et à jour pour la conception de politiques et d'interventions de santé en milieu urbain.
- 5.4 Resserrer les liens avec le milieu de la recherche et les universités, en encourageant l'action par les centres collaborateurs, promouvoir le financement de la recherche pertinente, tel que l'auront déterminé les observatoires et les pratiques liées à l'impact de l'urbanisation sur la santé et le gradient social.
- 5.5 Renforcer les capacités pour l'action sanitaire en milieu urbain, y compris le développement des ressources humaines et financières pour le développement et la négociation de politiques et d'interventions intégrées de santé en milieu urbain.
- 5.6 Mettre en œuvre un plaidoyer fondé sur des preuves et des approches de marketing social pour cibler un public spécifique avec les changements nécessaires pour améliorer la santé en milieu urbain.

22. Ce document vise à consolider le rôle de l'OPS dans la prévision des nouveaux enjeux de la santé en milieu urbain et dans les manières d'y remédier par une action multisectorielle et aux niveaux local, régional et national.

Suivi, appréciation et évaluation

23. A partir des objectifs spécifiques proposés, le suivi du Plan et les rapports sur ses progrès se référeront aux changements qui auront lieu au fil du temps, avec les données de références servant d'étalon pour évaluer les progrès. Ces éléments sont supposés servir de stimulus aux pays pour commencer à recueillir des données là où elles font actuellement défaut ou à établir des rapports avec les données dont ils disposent. Pour chaque objectif spécifique, des indicateurs sont fournis qui serviront de référence pour le suivi, l'appréciation et l'évaluation.

24. Ce Plan d'action contribue à la réalisation des Objectifs stratégiques (OS) 3,⁵ 6,⁶ 7⁷ et 8⁸ du Plan stratégique de l'OPS⁹. Les résultats attendus à l'échelle de la Région auxquels le présent Plan d'action contribue sont détaillés à l'Annexe C. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront alignés sur le cadre de gestion fondée sur les résultats de l'Organisation ainsi que ses processus de performance, de suivi et d'évaluation. À ce sujet, les rapports d'étape seront élaborés sur la base des informations disponibles à la fin d'un exercice biennal.

25. Une évaluation, finale et à moyen terme, sera effectuée dans le but de déterminer les forces et les faiblesses de l'ensemble de la mise en œuvre, les facteurs de causalité des réussites et des échecs ainsi que les actions futures.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

26. Le Conseil directeur est prié d'examiner la Stratégie et le Plan d'action contenus sur la santé en milieu urbain et d'envisager l'approbation de la résolution proposée en Annexe A.

⁵ OS 3 : Prévenir et réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée dues aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.

⁶ OS 6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque, tels la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité et les rapports sexuels non protégés qui affectent les conditions de santé.

⁷ OS 7 : Répondre aux déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui améliorent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, sexospécifiques et avec une approche fondée sur les droits de l'homme.

⁸ OS 8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes profondes des menaces environnementales pour la santé.

⁹ Pour plus d'informations, veuillez vous référer au [Plan stratégique de l'OPS](#).

Références

1. Baker JL. Urban poverty: a global view [Internet]. New York. New York: The World Bank Group; 2008 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://siteresources.worldbank.org/INTURBANDEVELOPMENT/Resources/336387-1169585750379/UP-5.pdf>.
2. WHO Commission on Social Determinants of Health, Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings [Internet]. Kobe, Japan: WHO; 2008 (Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf.
3. Nations Unies. Protecting and promoting human health commitments [Internet]. (Chapter 6: Agenda 21 and UN Commission on Sustainable Development). Geneva, Switzerland: UN; 1992 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.earthsummit2002.org/es/national-resources/health.pdf>.
4. Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Soixante-unième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 2007 Sept-Oct; New York, NY: UN; 2007; (résolution A/61/295) [cité le 3 décembre 2010] Disponible à l'adresse: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIS_en.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. 62^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS ; 18 au 27 mai 2009 ; Genève, Suisse. Genève: OMS; 2009 (document WHA 62.14) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf.
6. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris [Internet]. 62^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS ; 18 au 27 mai 2009 ; Genève, Suisse. Genève: OMS; 2009 (document WHA 62.12) [cité le 3 décembre]. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-fr.pdf.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Table ronde sur l'urbanisme et une vie saine. [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre au 1 octobre 2010 ; Washington (DC), E-U. Washington (DC): OPS; 2010 (document CD50/19) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8538&Itemid=.

8. Organisation panaméricaine de la Santé. Table ronde sur l'urbanisme et une vie saine. Rapport final [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre au 1 octobre 2010 ; Washington (DC), E-U. Washington (DC): OPS; 2010 (document CD50/19 Add II) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9032&Itemid=.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Urban health challenges in the Americas: *Reference Document prepared for the Second Regional Urban Health Forum. 2010* Oct 25-26; New York. Washington (DC): PAHO; 2010.
10. Organisation mondiale de la Santé, Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe, et Programme des Nations unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), *La face cachée des villes, mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain* [Internet]. Kobe, Japon. Genève, Suisse : OMS; 2010 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://www.hiddencities.org/report.html>.
11. World Health Organization, the WHO Kobe Center for Health Development, and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). Kobe call to action [Internet]. Kobe, Japan. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://www.who.or.jp/index_files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL_4p.pdf.
12. Organisation panaméricaine de la Santé. *Table ronde sur l'urbanisme et une vie saine. Rapport final* [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre au 1 octobre 2010 ; Washington (DC), E-U. Washington (DC): OPS; 2010 (document CD50/19 Add I) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8681&Itemid=.
13. United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat), Regional Office for Latin America and the Caribbean (UN-Habitat, ROLAC). *Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe* [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil: UN-Habitat, ROLAC; 2010 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://www.regionalcentre-lac-undp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/herramientas/estadociudades.pdf>.

14. Friel S, Bowen K, Campbell-Lendrum D, Frumkin H, McMichael A.J., Rasanathan K. Climate change, noncommunicable diseases and development: the relationships and common policy opportunities. *Annu Rev Public Health* 2011 Apr 21; 32: 133-47. [cité le 3 décembre 2010]. Disponible auprès de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091194>
15. Economic Commission for Latin America and the Caribbean/International Labour Organization Regional Office for Latin America and the Caribbean (ECLAC/ILO). Crisis in the labour markets and countercyclical responses [Internet]. Santiago, Chile: *ECLAC/ILO Bulletin The employment situation in Latin America and the Caribbean*; 2009 Sep; No. 2. [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/37301/2009-639-Bulletin_2_ECLAC-ILO-WEB.pdf.
16. Albertani C. Los pueblos indígenas en la ciudad de México. Una Aproximación [Internet]. Ciudad de México, MX: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX); 1999 (*Política y Cultura* No. 012) [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26701211.pdf>.
17. Global Research Network on Urban Health Equity. *Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: final report of the GRNUHE* [Internet]. London, UK: GRNUHE; 2010 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/gnuhefinal>.
18. United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat). *The challenge of slums: global report on human settlements 2003* [Internet]. Nairobi, Kenya: UN-Habitat. London: Earthscan Publications Ltd.; 2003 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dengue [Internet]. Atlanta (GA), US: CDC; 2010 [cité le 7 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
20. Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development [Internet]. *BMC Public Health*; 2007 Jan;7:6. [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-6.pdf>.

21. Organisation mondiale de la Santé. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Advance Copy. WHO, 2011. OMS, Genève Suisse
22. Nayga R, Capps O. Analysis of alcohol consumption in the United States: probability and level of intake. *Journal of Food Distribution Research* [Internet]. Sep 1994, Vol. 25, issue 2:17-23 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://econpapers.repec.org/article/agsjlofdr/27601.htm>.
23. Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on alcohol and health, 2011* [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2011 [cité le 3 mars 2011]. Disponible à l'adresse :
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsru_profiles.pdf.
24. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine* [Internet]. Genève, Suisse: OMS; 2002 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>.
25. Organisation mondiale de la Santé. Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2010 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.
26. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon (eds.). *Gender, women, and the tobacco epidemic* [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html.
27. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). *Encuesta nacional de adicciones 2008* [Internet]. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. Mexique : 2008 [cité le 5 novembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html>.
28. Kopstein A. *Tobacco Use in America: Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse* (Analytic Series: A-15, DHHS Publication No. SMA (02-3622). Rockville (MD), US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies; 2001 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/tobacco/tobacco.pdf>

29. Nantulya VM and Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control & Safety Promotion* 2003 Mar-Jun; 10(1-2):13-20.
30. Factor R, Yair G, Mahalel D. Who by accident? The social morphology of car accidents. *Risk Analysis* Sep. 2010;30(9):1411-1423.
31. Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children. *J Expo Anal Environ Epidemiology* 2003 May;13(3):240-246.
32. Korc ME. A Socioeconomic Assessment of Human Exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. *J Air Waste Manag Assoc.* 1996 Jun;46(6):547-557.
33. Finkelstein MM, Jerrett M, Sears MR. Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun;59(6):481-487.
34. Assemblée générale des Nations Unies. Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Suivi du Sommet du Millénaire A/65/L.1.
www.un.org/News/fr-press/docs/2010/AG10982.doc.htm
35. Nations Unies. *World urbanization prospects: the 2009 revision*. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (Population Estimates and Projections Section, document. ESA/WP/215). New York: United Nations; 2010 [cité le 3 décembre 2010]. Disponible à l'adresse :
http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009_Highlights_Final.pdf.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR **63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É.-U., du 26 au 30 septembre 2011

CD51/5 (Fr.)

Annexe A

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain* (document CD51/5) ;

Reconnaissant qu'il existe de nombreux mandats des Organes directeurs datant de 1992 qui mettent en évidence la nécessité d'aborder les questions de santé en milieu urbain et les inégalités en matière de santé causées par l'urbanisation dans la Région, en plus de l'opportunité offerte par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 ;

Reconnaissant que la mégatendance à l'urbanisation s'est rapidement accélérée dans la Région et que les pays n'ont pas été en mesure de réagir et d'adapter leurs programmes à la grande diversité de défis culturels, communautaires, familiaux, migratoires et socio-économiques posés par ce processus d'urbanisation ;

Ayant étudié l'opportunité offerte de s'attaquer à la plupart des problèmes les plus ardues de santé publique auxquels nos pays sont aujourd'hui confrontés dans les domaines des maladies non transmissibles, des traumatismes, des maladies transmissibles par vecteurs et autres maladies transmissibles, ainsi que le défi que constituent les différents besoins de la population en milieu urbain ;

Considérant que le fait de ne pas systématiquement et adéquatement prendre en considération le critère de la santé publique dans la croissance largement non planifiée

des villes de la Région a entraîné une augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'un accroissement de l'écart au sein des villes en matière d'équité ;

Comprenant que pour parvenir à promouvoir la santé publique dans la Région, les ministères de la santé devront incorporer dans leurs systèmes de surveillance sanitaire des informations qui différencient le gradient des inégalités de santé et leurs causes ainsi que leurs implications dans les politiques, les programmes et les services de santé nationaux et municipaux ;

Reconnaissant que la réalisation de la santé urbaine constitue un effort multisectoriel qui implique une action concertée pour promouvoir l'activité physique, concevoir des options de transport public efficaces et accessibles, prévenir et réduire les blessures, et prendre en compte l'accès particulier et les besoins de bien-être des plus vulnérables, y compris les enfants, les personnes âgées et les personnes avec de besoins particuliers; et reconnaissant que les pays qui adoptent cette approche holistique non seulement améliorent la santé de leurs citoyens, mais réalisent également des gains importants en matière d'environnemental et de pérennité ;

Ayant à l'esprit que la mise en œuvre de cette Stratégie et Plan d'action implique une canalisation atypique des efforts visant à administrer le système de santé tout en invitant la participation des autres acteurs sociaux en milieu urbain pour défendre et régler tous les aspects des services de santé urbains qui peuvent répondre aux besoins particuliers du gradient social et de l'hétérogénéité des populations urbaines ;

Ayant demandé, lors du 50^e Conseil directeur, au Bureau sanitaire panaméricain de préparer une stratégie et un plan d'action préliminaires qui seront présentés au 51^e Conseil directeur,

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur la santé en milieu urbain et de soutenir sa mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques de chaque pays afin de répondre adéquatement aux tendances et besoins actuels et futurs en matière de santé en milieu urbain dans la Région.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'adopter les lignes directrices, outils et méthodes et développés par le BSP et les Centres d'excellence pour soutenir leur rôle administratif intersectorielle et la réorientation des services de santé ;

- b) d'appuyer les politiques et programmes nationaux, infranationaux et locaux de promotion de la santé, y compris le renforcement de la participation sociale, avec des cadres juridiques et des mécanismes de financement appropriés ;
- c) d'adapter les systèmes de surveillance pour qu'ils comprennent les déterminants et les indicateurs liés à la santé en milieu urbain, aux populations autochtones, au genre, aux conditions de migration, et qu'ils contiennent des informations sur les processus et les expériences concernant la santé en milieu urbain ;
- d) de solidifier l'engagement des autorités municipales et métropolitaines en faveur de la planification et du développement urbain, en tenant compte de la santé urbaine et de l'équité en matière de santé dans les politiques et plans sanitaires nationaux et infranationaux ;
- e) de collaborer avec les autorités municipales et métropolitaines au développement de politiques et de systèmes de transport qui favorisent la marche, le cyclisme et le transport public sûrs ; et aux réglementations de l'urbanisation et de l'infrastructure qui offrent un accès équitable et sûr à l'activité physique de loisir, et à la marche et au cyclisme de loisir et de transport durant le cycle de la vie ;
- f) d'aider les autorités municipales et métropolitaines dans l'utilisation d'outils d'évaluation et d'action permettant de mener une planification urbaine et de promouvoir des programmes en tenant compte de la santé et de l'équité de manière plus efficace ;
- g) de sensibiliser les intervenants clés et d'élaborer des plans et programmes de marketing social ;
- h) d'établir tous les deux ans des rapports sur les progrès réalisés, avec des données d'évaluation à mi-parcours à cinq ans et une évaluation finale à 10 ans.

3. De demander au Directeur :

- a) de produire et diffuser des critères, des lignes directrices, des modèles de politiques et cadres juridiques en santé publique pour la planification de la santé en milieu urbain, des services de santé en milieu urbain et des méthodes pour atteindre une action multisectorielle, y compris les études d'impact sur la santé, les évaluations de l'impact de l'équité en santé et la collecte et l'analyse de données entre les différents secteurs ;
- b) de recueillir et diffuser de nouvelles informations sur les expériences, les leçons apprises et les meilleures pratiques obtenues à travers des forums régionaux, la

- recherche, les observatoires, la documentation et le partage des expériences et des processus prometteurs ;
- c) de développer de façon plus approfondie la promotion de la santé et les déterminants de la santé dans les approches de coopération technique en matière de santé en milieu urbain et l'exécution de la stratégie de coopération avec les pays dans les États Membres ;
 - d) de promouvoir le renforcement des capacités de planification, de mise en œuvre, de surveillance et le renforcement des systèmes d'information de la santé en milieu urbain dans toute la Région ;
 - e) de soutenir l'engagement des ministères de la santé auprès des autorités municipales et métropolitaines et d'autres secteurs concernés, à l'instar des questions détaillées dans le rapport final des tables rondes du 50^e Conseil directeur, le rapport final des Forums de la santé en milieu urbain et de promotion de la santé ainsi que l'Appel mondial à l'action sur l'urbanisation et la santé.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/5 (Fr.)
Annexe B

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution proposée

1. Point de l'ordre du jour : 4.2 Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain

2. Lien avec le budget du programme 2012-2013 :

a) Domaine d'activité : Nombre de pays qui utilisent le cadre conceptuel de l'OPS/OMS sur la santé en milieu urbain (6.1.3).

b) Résultat escompté :

RER 6.1 : Les États Membres sont soutenus grâce à la coopération technique pour renforcer leurs capacités de promotion de la santé à travers tous les programmes pertinents et efficaces et pour établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires de promotion de la santé et de prévention ou réduction des principaux facteurs de risque.

3. Incidences financières

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre au cours de l'exercice biennal 2012-2013 de la résolution (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

La stratégie présente des incidences financières pour l'Organisation qui seront déterminées lors de la préparation du Plan d'action.

À l'heure actuelle, la mise en œuvre du Plan d'action en cette période pourrait s'élever à US \$911 940. Cette estimation comprend :

<i>Salaires partiels</i>	<i>US \$</i>
Conseiller principal in WDC	70 400
Conseiller en santé en milieu urbain	40 500
Points focaux des Bureaux	300 000
Suivi de l'évaluation	15 000
<i>Sous-traitance pour l'élaboration des recommandations</i>	
Planification urbaine	40 000

Surveillance	40 000
Évaluation de l'impact de l'équité en santé	40 000
Services de santé	40 000
Modèle de politique et cadres juridiques	40 000
<i>Sous-traitance pour le système de suivi</i>	20 000
<i>Conseillers temporaires</i>	
Pour la mise en œuvre	68 000
Pour la surveillance des déterminants de la santé en milieu urbain	68 000
3 ^e Forum régional de santé en milieu urbain	75 000
Cours virtuel de développement	50 000
Publications	45 000
b) Coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : \$911 940	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? Le coût des consultants et des conseillers de pays, qui s'élève à \$425 900, pourrait être assumé.	
4. Incidences administratives	
a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Niveaux régional, sous-régional et national.	
b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : Un poste d'administrateur (maîtrise en santé publique) pour fournir un appui technique et coordonner et surveiller la mise en œuvre des projets spécifiques dans chaque pays.	
c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : 2012 Pour les lignes directrices et les méthodes de développement et recruter les premières villes et les premiers pays de démonstration de l'OPS sur la santé en milieu urbain.	
2013-2021 : Mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action. Un rapport d'activité sera établi aux organes directeurs à 5 et 10 ans. Une évaluation finale sera réalisée à l'issue du plan.	



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/5 (Fr.)
Annexe C

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION
1. Point de l'ordre du jour : 4.2 Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain
2. Unité responsable : Équipe de santé en milieu urbain et déterminants de la santé, Domaine du développement durable et de la santé environnementale.
3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Marilyn Rice et Carlos Santos-Burgoa
4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour : <ul style="list-style-type: none">• Coopération bilatérale : Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Union européenne, Agence allemande de coopération technique (GIZ), National Institutes of Health (NIH), Agence de santé publique du Canada (ASPC), Agence suédoise de développement international (SIDA), le Partenariat international pour la santé (IHP), Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).• Chaînes de télévision et de radio.• Institutions financières : Société andine de développement, Banque de développement des Caraïbes, Banque centraméricaine d'intégration économique, Banque interaméricaine de développement, Banque mondiale.• Commissions et fondations mondiales et internationales : Programme international sur les changements climatiques, la Fondation Gates, la Croix-Rouge, la Fondation Rockefeller, le Forum économique mondial• Santé et autres secteurs publics : économie, éducation, habitat et urbanisme, collectivités locales et municipalités, transports.• Systèmes interaméricains : Organisation des États américains (OEA): Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), Fédération des villes, municipalités et associations latino-américaines (FLACMA), Fédération des municipalités de l'isthme centraméricain (FEMICA).• Organisations multilatérales : Organisation pour l'alimentation et l'agriculture-FAO, Organisation Internationale du Travail-BIT, Unité sur la Sécurité Humaine OCHA, Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), ONU-HABITAT, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Programme de développement des Nations Unies (PNUD), UNESCO, le Programme alimentaire mondial (PAM), le siège de l'OMS.• Les centres collaborateurs de l'OPS/OMS : Centre pour le développement et l'évaluation de la politique et de la technologie de la santé publique (CEDETES) ; Centre d'études, de recherche et de

documentation sur les Villes-santé (CEPEDOC) ; Centre pour la santé de l'environnement (CENSE-INSP), Centre pour le développement des villes et villages en santé ; Centre d'investigation de la Santé et de la violence (CISALVA) ; Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) ; Université Dalhousie ; Centre de l'Université Emory pour la prévention des traumatismes (CIP) ; Université Fédérale de São Paulo, Centre des Grands Lacs ; Université McGill ; Institut national du cancer ; Centre national de la santé environnementale (NCEH-CDC) ; Centre national de prévention et contrôle des traumatismes ; Institut national pour les psychothérapies (NIP); the New York Academy of Medicine ; Université du Kansas (UK) ; Université d'Ottawa ; Université de Puerto Rico (UPR) ; Université du Texas (UT) ; Université de Toronto ; Université de Washington.

- Organisations professionnelles : American Public Health Association (APHA), Agence canadienne de développement international (ACDI), Agence canadienne de santé publique (ACSP), International Society of Urban Health, Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES).
- Le secteur privé et les organisations de la société civile : les ONG et les organisations sociales.
- Les administrations régionales : la Communauté des Caraïbes et Marché commun des Caraïbes (CARICOM), Système d'intégration pour l'Amérique centrale (SICA), Union des nations de l'Amérique du Sud (UNASUR).
- Universités et institutions éducatives et de recherche.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

- Domaine d'action B : Traiter les déterminants sociaux de la santé ; point 40, urbanisation non planifiée et cadre législatif pour celle-ci.
- Domaine d'action C : Augmenter la protection sociale et l'accès à la qualité des services de santé ; point 49, soins de santé dans les zones périurbaines marginales, intégration de la population autochtone dans le système de santé.
- Domaine d'action D : Diminuer les inégalités de santé entre les pays et les inégalités en leur sein ; point 52, 54, spécialement la priorité aux communautés autochtones et aux autres populations vulnérables.
- Domaine d'action E : Réduire le risque et le fardeau de la maladie : les points 58, 59, 60, spécialement ceux qui sont liés aux environnements sains.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

OS 3 : Empêcher et réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée dues aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.

RER 3.1 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique afin de renforcer l'engagement politique, financier et technique pour répondre aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, à la sécurité routière et aux incapacités.

RER 3.2 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour le développement et la

mise en œuvre de politiques, stratégies et réglementations concernant les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière, les incapacités et les maladies bucco-dentaires.

RER 3.3 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour améliorer leur capacité de collecter, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, la violence, les accidents de la route et les incapacités.

RER 3.4 : Enrichissement des données compilées par le Bureau sur le rapport coût-efficacité des interventions visant à répondre aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et du comportement, à la violence, aux accidents de la route, aux incapacités et à la santé bucco-dentaire.

OS 6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité et les rapports sexuels non protégés qui affectent les conditions de santé.

RER 6.1 : Les États Membres sont soutenus grâce à la coopération technique afin de renforcer leurs capacités de promotion de la santé à travers tous les programmes pertinents, pour établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires dans la promotion de la santé et pour prévenir ou réduire les principaux facteurs de risque majeurs.

RER 6.2 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des principaux facteurs de risque grâce au développement, à la validation et à la diffusion de cadres, outils et procédures d'exploitation.

RER 6.5 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour élaborer des politiques, stratégies, programmes et orientations éthiques, fondées sur des données probantes et visant à prévenir et à réduire la mauvaise alimentation et l'inactivité physique ainsi que les problèmes connexes.

OS 7 : Pour répondre aux déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui améliorent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, sexospécifiques et avec une approche fondée sur les droits de l'homme.

RER 7.1 : Importance des déterminants de la santé et des politiques sociales reconnues par toute l'Organisation et intégrés dans les activités normatives et de coopération technique avec les États Membres et d'autres partenaires.

RER 7.2 : Initiative prise par l'OPS/OMS en offrant des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et à encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.

RER 7.3 : Données économiques et sociales pertinentes à la santé recueillies et analysées sur une base ventilée (par sexe, âge, origine ethnique, revenu et conditions de santé, telles que la maladie ou les incapacités).

RER 7.6 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour élaborer des politiques, plans et programmes qui appliquent une approche interculturelle fondée sur les soins de santé primaires et qui cherchent à établir des alliances stratégiques avec les intervenants et partenaires concernés pour améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones et la discrimination de groupes ethniques.

OS 8 : Afin de promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes profondes des menaces environnementales pour la santé.

RER 8.1 : Diffusion des évaluations, normes et directives fondées sur des données probantes concernant les risques prioritaires de santé de l'environnement (par exemple, qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques [CEM], le radon, l'eau potable, réutilisation des eaux usagées).

RER 8.2 : Les États Membres sont soutenus par la coopération technique pour la mise en œuvre des interventions de prévention primaire qui réduisent les risques pour la santé de l'environnement; améliorent la sécurité et promeuvent la santé publique, y compris dans des contextes particuliers et les groupes de population vulnérables (enfants, personnes âgées).

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- Système municipal de prévention et de soins en cas de catastrophe (Sistema municipal de Prevención y Atención de Desastres, SIMPAD), du bureau du maire de Medellín, en Colombie. Il est axé sur la réduction des vulnérabilités sociales, environnementales et physiques des habitants de la ville grâce à une stratégie qui partage la responsabilité entre le gouvernement de la ville et la participation communautaire orientée vers la maîtrise du risque.
- Secrétaire du district de santé de Bogota, en Colombie, et son expérience dans la promotion des environnements-santé dans le secteur informel de travail (Unidades de Trabajo informal).
- Gouvernement autonome de la ville de Buenos Aires, en Argentine, à travers le ministère du développement urbain pour la mobilité durable.
- Environnement durable transmillénaire de Bogota, en Colombie.

8. Incidences budgétaires du point l'ordre du jour en question :

La Stratégie a des incidences financières pour l'Organisation qui seront à nouveau examinées au cours du suivi de la Stratégie et Plan d'action. Actuellement, un montant total de US \$911 940 seront nécessaires pour l'exercice biennal 2011-2012 afin de mettre en œuvre le Plan d'action. Beaucoup de ces ressources ont trait à la répartition du temps de travail de personnel déjà dans la masse salariale de l'OPS tant dans les bureaux régionaux qu'au sein des représentations.