

PROGRAMME POUR LES AMÉRIQUES SUR LA SANTÉ, L'ENVIRONNEMENT ET LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

2021-2030



OPS



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

PROGRAMME POUR LES AMÉRIQUES SUR LA SANTÉ, L'ENVIRONNEMENT ET LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

2021-2030

Washington, D.C., 2021

Programme pour les Amériques sur la santé, l'environnement et les changements climatiques 2021-2030

OPS/CDE/CE/21-0004

© **Organisation panaméricaine de la Santé, 2021**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, cette œuvre peut être copiée, distribuée et adaptée à des fins non commerciales, pour autant que la nouvelle œuvre soit rendue disponible sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et qu'elle soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Quelle que soit l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'utilisation de l'emblème de l'OPS est interdite.

L'OPS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OPS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique et mise en page : Elu Cynovich
Conception de la couverture : Elu Cynovich

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	v
Remerciements.....	vi
Sigles et acronymes.....	vii
1. Introduction.....	1
2. Antécédents.....	3
3. Analyse de la situation.....	5
4. But et objectif.....	9
5. Axes stratégiques d'intervention.....	11
6. Suivi et évaluation.....	17
Références.....	18
Annexe 1 : Conférences internationales clés sur la santé, l'environnement, les changements climatiques et le développement durable.....	23
Annexe 2 : Évolution de la coopération de l'OPS et de l'OMS dans le domaine des déterminants environnementaux de la santé.....	26
Annexe 3 : Recueil d'indicateurs.....	40



AVANT-PROPOS

Au cours des dernières décennies, le renforcement des services de santé, de protection de l'environnement, de développement économique et d'autres facteurs a permis d'améliorer la santé des populations de l'ensemble de la Région des Amériques. On estime toutefois qu'un million de décès prématurés par an est imputable à des risques environnementaux évitables connus. La pollution atmosphérique, l'eau contaminée, l'insuffisance de l'assainissement, dont la gestion des déchets solides, les risques liés à certains produits chimiques dangereux et les impacts négatifs liés aux changements climatiques sont les menaces environnementales les plus pressantes pour la santé publique dans la Région. Ces menaces à la santé publique sont aggravées par des systèmes de santé publique environnementale inefficaces, une expertise et des ressources limitées dans le secteur de la santé, et des iniquités potentielles de santé.

Pour relever ces défis, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a, en 2018, créé l'Unité du changement climatique et des déterminants environnementaux de la santé et formé un groupe consultatif technique pour guider la coopération technique en vue d'aider les pays à atteindre l'Objectif de développement durable 3 (ODD 3), à savoir, permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

En 2019, l'Assemblée mondiale de la santé, l'organe de décision de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a approuvé la Stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques. Cette stratégie prévoit une approche intégrée et reposant sur des données factuelles qui favorise le rôle de leadership du secteur de la santé, avec l'accent sur la réduction des inégalités en matière de santé et la promotion de la durabilité de l'environnement.

Le Programme pour les Amériques sur la santé, l'environnement et les changements climatiques 2021-2030 a été élaboré sous l'égide de la stratégie mondiale de l'OMS et s'appuie sur les engagements énoncés dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025. Le programme a été élaboré en consultation avec le groupe

consultatif technique et selon un processus décisionnel consensuel avec les États membres de l'OPS en 2019 et 2020. En vue de la réalisation de l'ODD 3, le programme se concentre sur l'amélioration de la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale, la promotion de systèmes de santé résilients et durables sur le plan environnemental et la promotion de villes et de communautés saines et résilientes sur le plan environnemental. Sa mise en œuvre sera adaptée au contexte, en fonction des besoins et des réalités des pays. Il profitera aux pays et aux territoires par l'encouragement des pratiques de bonne gouvernance, par le renforcement des rôles de leadership et de coordination du secteur de la santé, par la priorité accordée à l'action intersectorielle, par le recentrage sur la prévention primaire, par l'amélioration de la production et l'utilisation des données factuelles et par l'amélioration de la communication pour promouvoir la sensibilisation et l'action. Il facilitera l'accès aux ressources humaines, techniques et financières nécessaires pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé et faire en sorte que la Région soit pleinement engagée dans les processus et les accords mondiaux en matière de santé, d'environnement et de changements climatiques.

Ce programme est un appel à l'action pour encourager le leadership de la communauté sanitaire, avec pour objectif d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé dans les Amériques et de travailler dans l'ensemble des secteurs, de manière pangouvernementale, pour mettre en œuvre des lois, des règlements et des politiques. Cet appel à la collaboration, ancré dans l'engagement de l'OPS de travailler avec tous les États Membres pour atteindre l'ODD 3 correspondant à une vie en bonne santé et au bien-être, servira à encadrer une action globale visant la réduction des menaces et l'amélioration des conditions de santé publique dans toute la Région.



Carissa F. Etienne
Directrice

Organisation Panaméricaine de la Santé

REMERCIEMENTS

Le Programme pour les Amériques sur la santé, l'environnement et les changements climatiques 2021-2030 est le fruit du travail et des contributions de plusieurs experts au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et en dehors.

Les principaux auteurs et éditeurs du document sont Marcelo Korc, chef du Bureau des changements climatiques et des déterminants environnementaux de la santé de l'OPS, et Fred Hauchman, président du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les changements climatiques et les déterminants environnementaux de la santé.

L'OPS remercie la participation inestimable des membres du GCT : Carlos Corvalan, Jacobo Finkelman, Amalia Margarita Laborde García, Carmen del Pilar Tello Espinoza, Guilherme Franco Netto, Judy Daniel et Yamileth Astorga Espeleta.

L'OPS tient également à exprimer sa reconnaissance aux autres auteurs pour leurs précieuses contributions : Ana Boischio, Daniel Buss, Juan Jose Castillo, Jonathan Drewry, Sally Edwards, Henry Hernandez, Patricia Segurado et Agnes Soares.

Enfin, l'OPS exprime sa gratitude envers les États membres, qui ont examiné et approuvé le contenu de la publication.

SIGLES ET ACRONYMES

AIDIS	Association interaméricaine de génie sanitaire et des sciences de l'environnement
BPS	Bureau Sanitaire Panaméricain
CCAD	Commission centraméricaine pour l'environnement et le développement
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CEPAL	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies
CEPIS	Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement
COVID-19	maladie à coronavirus
ECOSAL	Conférence sur l'écologie et la santé
GCT	Groupe consultatif technique
GLAAS	Analyse et évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable de l'ONU (selon le sigle anglais : UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water)
HEMA	Ministres de la santé et de l'Environnement des Amériques (selon le sigle anglais : Health and Environment Ministers of the Americas)
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PNA	Plan national d'adaptation
PASDA2030	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
PEID	Petits États insulaires en développement
Programme 2030	Programme de développement durable à l'horizon 2030
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WASH	Eau, assainissement et hygiène (selon le sigle anglais : Water, Sanitation, and Hygiene)
WHA	Assemblée mondiale de la santé (selon le sigle anglais : World Health Assembly)



© iStockPhotos / Oscar Garces

1. INTRODUCTION

Il est essentiel de disposer d'environnements naturels et bâtis qui soient sains pour « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », ce qui est le but de l'Objectif de développement durable 3 (ODD 3) du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030). Du point de vue de la santé, la santé publique environnementale est la branche de la santé publique qui s'intéresse aux facteurs environnementaux mondiaux, régionaux, nationaux et infranationaux qui influencent la santé humaine, notamment les facteurs physiques, chimiques et biologiques externes à une personne, et les comportements qui y sont associés. Collectivement, ces conditions sont appelées les déterminants environnementaux de la santé.

Les défis environnementaux mondiaux actuels, tels que les impacts liés aux changements climatiques,¹ conjugués à d'autres préoccupations environnementales urgentes, comme la pollution atmosphérique, l'eau contaminée, l'assainissement inadéquat et les risques liés à certains produits

chimiques dangereux, exigent une action urgente et collective pour réduire leurs effets nocifs sur la santé et le bien-être des personnes tout au long de leur vie. Les urgences sanitaires, telles que la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), peuvent aggraver la situation en submergeant les systèmes de santé et en ayant de graves effets sur la santé humaine et les économies.

Conformément à la vision du Programme 2030, le **Programme sur la santé, l'environnement et les changements climatiques pour les Amériques 2021-2030** fournit un cadre à l'**Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)** et aux pays de la Région des Amériques, en particulier à leurs communautés sanitaires, pour renforcer la réponse face aux déterminants environnementaux de la santé au cours de la période 2021-2030. Ce programme vise à réduire la charge de morbidité et les inégalités en matière de santé qui sont imputables aux effets liés à l'environnement dans la Région.

**La santé publique environnementale est la
branche de la santé publique qui s'intéresse aux
facteurs environnementaux mondiaux, régionaux,
nationaux et infranationaux qui influencent
la santé humaine.**

¹ Les impacts liés aux changements climatiques peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, des phénomènes météorologiques extrêmes (vagues de chaleur, inondations, feux de forêt), la dégradation des paysages ou de l'environnement (érosion côtière, dégel du pergélisol, perte de biodiversité), l'augmentation de la propagation et de l'aire de répartition géographique des maladies infectieuses liées au climat, l'anxiété écologique, le deuil écologique, etc.



2. ANTÉCÉDENTS

Le programme est ancré dans une riche histoire de conférences internationales sur la santé, l'environnement, les changements climatiques et le développement durable (voir l'annexe 1). Il s'appuie sur les engagements des États membres énoncés dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) (résolution CSP29.R2) (1), qui requiert le plein soutien de l'Organisation alors que les États membres visent à atteindre les ODD et d'autres objectifs sanitaires régionaux, le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (résolution CD57.R2) (2), la *Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques* (3), les recommandations du *Rapport de la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques* (4) et le rapport intitulé *Universal Health in the 21st Century : 40 Years of Alma-Ata, Report of the High-Level Commission* (5).

Le programme est également enraciné dans une riche histoire de résolutions sur la santé, l'environnement et les changements climatiques adoptées par les Organes directeurs de l'OPS depuis les résolutions de la Première Convention sanitaire internationale générale des Républiques Américaines pour organiser le Bureau sanitaire international en 1902 (6), qui reflétaient l'importance des facteurs environnementaux influençant la santé humaine et précisaient les responsabilités de l'Organisation et de ses États membres (voir l'annexe 2).

Le programme est en phase avec les résolutions adoptées par les Organes directeurs de l'OPS, principalement *La santé et les droits de l'homme* (résolution CD50.R8) (7), *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CD53.R14) (8), *Résilience des systèmes de santé* (résolution CD55.R8) (9), *Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (résolution CD57.R13) (10), *Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche*

intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques (résolution CD57.R7) (11), *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (résolution CD56.R2) (12), *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (résolution CD55.R9) (13), *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (résolution CD52.R9) (14), *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (résolution CD53.R2) (15), *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (résolution CD57.R10) (16) et *Santé, sécurité humaine et bien-être* (résolution CD50.R16) (17), ainsi que des résolutions connexes qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé.

Le programme est également conforme aux accords multilatéraux mondiaux et régionaux en matière d'environnement, de changements climatiques et de développement qui reconnaissent la santé comme une préoccupation majeure (18-35). Il est important que les acteurs de la santé participent aux mécanismes de mise en œuvre de ces accords. Un engagement plus fort du secteur de la santé favoriserait les synergies, réduirait les conséquences négatives involontaires sur la santé et optimiserait la réalisation des objectifs sanitaires, environnementaux et économiques. De même, en veillant à ce que les risques environnementaux pour la santé soient pleinement couverts par les instruments sanitaires internationaux, tels que le Règlement sanitaire international (2005) (36), on renforcerait particulièrement les besoins en capacités de base pour la surveillance et la réponse face aux facteurs environnementaux dans les urgences sanitaires, en utilisant les structures et les ressources nationales existantes. Une telle intégration croisée ferait progresser l'approche holistique formulée dans le Programme 2030.



© iStockPhotos / ZMS

3. ANALYSE DE LA SITUATION

L'impact des défis environnementaux mondiaux tels que les changements climatiques et d'autres préoccupations environnementales urgentes, comme la pollution atmosphérique, l'eau contaminée, l'assainissement inadéquat et le risque lié à certains produits chimiques dangereux, est largement déterminé par les déterminants sociaux de la santé, comme le statut social, le revenu et d'autres facteurs individuels et de population, notamment l'âge, le sexe et le genre. Ces conditions peuvent affecter un large éventail de résultats sanitaires influencés par des facteurs environnementaux. L'inadéquation ou le non-respect des politiques publiques, les comportements individuels et communautaires, de même qu'une mauvaise planification, peuvent exacerber les inégalités existantes. Par exemple, dans de nombreux contextes, les femmes et les filles se trouvent dans une situation de plus grande vulnérabilité en raison des inégalités dans la répartition du pouvoir et l'accès aux ressources, de la division sexuée du travail, des écarts entre les sexes en matière d'emploi et d'éducation et d'une mobilité plus limitée.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 13 % des décès prématurés dans les pays à revenu élevé² et 19 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire³ de la Région sont attribuables à des risques environnementaux évitables connus, représentant environ 1 016 000 décès chaque année (37, 38). Il existe des différences marquées entre les pays, allant de 8 % à 23 % des décès prématurés. La pollution atmosphérique est l'un des risques environnementaux les plus importants pour la santé. La pollution de l'air intradomiciliaire et de l'air ambiant est liée à près de 320 000 décès évitables

par an dans la Région, dus à des accidents vasculaires cérébraux, des maladies cardiaques, des maladies pulmonaires et des cancers. Près de 80 millions de personnes dépendent encore de combustibles polluants pour subvenir à leurs besoins essentiels, tels que les combustibles solides ou le kérosène pour l'éclairage, la cuisine et le chauffage (39, 40). La pollution de l'air intradomiciliaire peut avoir des impacts sexospécifiques associés à des expositions prévalentes. Pour les femmes des pays à revenu faible ou intermédiaire, il s'agit du risque sanitaire environnemental le plus important et d'une cause majeure de maladies non transmissibles (41). Environ 106 millions de personnes de la Région ne disposent toujours pas d'un assainissement adéquat, 19 millions pratiquent encore la défécation à l'air libre et 34 millions n'ont pas accès à des sources d'approvisionnement en eau potable gérées de manière sûre, ce qui entraîne environ 30 000 décès évitables chaque année (42). Les risques liés à des substances telles que certains pesticides, le plomb (en particulier le plomb contenu dans les peintures) et le mercure, peuvent affecter de manière disproportionnée les enfants, en particulier les fœtus et les enfants en bas âge. L'exposition à ces substances peut entraîner des problèmes de santé chroniques et souvent irréversibles, tels que des troubles du développement neurologique, des anomalies congénitales et des maladies associées à des perturbations endocriniennes (43).

Les changements environnementaux mondiaux tels que les impacts liés aux changements climatiques peuvent avoir un effet important sur la santé et le bien-être des personnes dans la Région en perturbant

² Pays à revenu élevé : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Canada, Chili, États-Unis d'Amérique, Saint-Kitts-et-Nevis, Trinité-et-Tobago, Uruguay.

³ Pays à revenu faible ou intermédiaire : Argentine, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Venezuela (République bolivarienne du).

les systèmes physiques, biologiques et écologiques. Ces perturbations peuvent exacerber les inégalités existantes en matière de santé ou en créer de nouvelles. Selon les données publiées par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL), la variation de température moyenne annuelle en Amérique latine et dans les Caraïbes est passée de moins de 0,2°C en 1961 à plus de 1,0°C en 2017 (44). Les phénomènes météorologiques extrêmes, les régimes climatiques changeants et d'autres phénomènes à évolution lente ont aggravé l'insécurité alimentaire, la pollution atmosphérique, l'accès limité à l'eau potable, les migrations de population et les modes de transmission des agents pathogènes des zoonoses (y compris les maladies à transmission vectorielle) et des maladies d'origine hydrique. Les effets de ces perturbations sur la santé peuvent comprendre des décès, une prévalence accrue de maladies associées à des troubles respiratoires et cardiovasculaires, des maladies infectieuses (y compris les maladies à transmission vectorielle), des traumatismes, un stress thermique et des répercussions sur la santé mentale et le bien-être. Les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité, telles que celles qui vivent dans la pauvreté et dans des conditions de logement précaires sur de petites îles et dans des zones côtières, peuvent être encore plus exposées aux risques en raison de la fréquence et de la gravité accrues des phénomènes météorologiques violents et de l'élévation du niveau de la mer, associées à une capacité d'adaptation réduite (45). Les personnes vivant dans les régions polaires et montagneuses peuvent également être particulièrement vulnérables en raison de l'insécurité alimentaire, de la fonte des glaces, du dégel du pergélisol et des perturbations de la flore et de la faune (46).

Des progrès importants ont été réalisés pour protéger la santé des populations contre les risques environnementaux connus. Néanmoins, des populations marginalisées et mal desservies ont été laissées pour compte dans toute la Région, notamment des populations autochtones locales ayant un accès limité aux services essentiels, tels que l'eau potable, l'assainissement adéquat, la gestion écologiquement rationnelle des déchets solides et l'énergie domestique propre.

Les effets des actions humaines sur l'environnement, qui peuvent affecter la jouissance du meilleur état de santé possible, nécessitent une attention urgente. La stagnation de la tendance à la réduction de la pauvreté, l'augmentation des inégalités de revenus, les dynamiques émergentes liées à la révolution technologique, les changements démographiques et le nombre croissant de phénomènes météorologiques extrêmes augmentent les niveaux d'incertitude et menacent les processus de développement durable dans la Région (47).

Le caractère et la qualité de l'environnement bâti sont essentiels pour garantir la santé des individus et des communautés, notamment la présence et la taille des espaces verts et des parcs, la qualité de l'air et de l'eau, la mixité de l'utilisation des sols, la mixité des modes de transport en commun et la densité de la circulation. Les stratégies de planification visant à gérer et à contrôler ces caractéristiques environnementales qui affectent directement ou indirectement la santé et le bien-être constituent donc une activité essentielle de la santé publique environnementale (48).

Les approches qui se concentrent sur le contrôle et la gestion de maladies spécifiques, transmissibles et non transmissibles, n'incluent généralement pas la dimension environnementale des maladies. En agissant sur les déterminants environnementaux d'une maladie, on prévient les problèmes de santé et on réduit les coûts des soins de santé associés à cette maladie. En outre, l'utilisation et la gestion inappropriées des pesticides dans la production alimentaire et l'utilisation inappropriée des antibiotiques pour traiter les infections humaines et animales peuvent contaminer l'environnement, les aliments et les approvisionnements en eau, entraînant des problèmes tels que la résistance aux pesticides et aux antimicrobiens (49, 50, 51), qui peuvent avoir des répercussions sur la santé publique.

Les urgences sanitaires et les catastrophes, y compris celles qui sont attribuables à des facteurs environnementaux anthropiques et biogéniques, à des conflits, à des flambées de maladie ou à tout autre danger, peuvent entraîner des traumatismes

et des maladies, et toucher les populations dans tous les contextes. Selon la nature de l'événement, la vulnérabilité des personnes touchées et la capacité des systèmes locaux et nationaux à réagir et à se rétablir, la détérioration des infrastructures et des services environnementaux pendant les urgences sanitaires et les catastrophes peuvent avoir des effets négatifs importants sur la santé.

Les lacunes en termes de connaissances, l'insuffisance de la recherche à combler ces lacunes, la communication et les capacités limitées, ainsi que la difficulté à susciter un changement de comportement à grande échelle, continuent d'empêcher une mise en œuvre efficace et efficiente des stratégies de protection et de promotion de la santé publique environnementale. Les preuves de l'existence de certains risques environnementaux pour la santé et de l'impact des processus environnementaux mondiaux sur la santé sont incomplètes et, dans certains cas, imprécises en raison de l'apparition à long terme d'effets subcliniques mais probablement irréversibles sur la santé.

Dans de nombreux pays de la Région, les mécanismes d'élaboration et de mise en œuvre de politiques publiques inclusives et équitables visant à agir sur les déterminants environnementaux de la santé et à s'y adapter sont informels et ambigus, les rôles et les responsabilités des organismes gouvernementaux ne sont pas clairs et l'influence des parties prenantes est inégale. Certaines politiques dans des secteurs pertinents pour la santé, tels que l'énergie, les transports, le logement, l'industrie, les systèmes alimentaires et l'agriculture, l'eau et l'assainissement, et la planification urbaine, ont été établies sans tenir compte des impacts qu'elles peuvent avoir sur la santé, et représentent donc leur impact de manière inexacte. En conséquence, les programmes de santé publique environnementale de plusieurs pays ont tendance à être davantage réactifs et correctifs que proactifs et préventifs.

De nouveaux risques sanitaires liés à l'environnement sont de plus en plus reconnus (par ex., l'exposition potentielle à des substances contenues dans les déchets électroniques, les micro- et nanoplastiques et les perturbateurs endocriniens, ainsi que leur toxicité), et les problèmes de gestion complexes posés par la pollution transfrontalière et les mouvements internationaux de marchandises (par ex., la pollution atmosphérique, les bassins versants contaminés partagés, les produits de consommation ou industriels potentiellement dangereux), l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens et les déchets plastiques à usage unique nécessitent une identification rapide, une évaluation scientifique des risques, une gestion et une atténuation des risques, ainsi qu'une communication des risques.

Le Programme 2030 fournit un plan directeur pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous. Les 17 ODD mondiaux du Programme 2030 sont interconnectés et, afin de ne laisser personne de côté, il est important de tous les atteindre. Dans le contexte des déterminants environnementaux de la santé, pour atteindre l'ODD 3 (Santé et bien-être), il est nécessaire de mettre en œuvre des actions dans le secteur de la santé ainsi que des actions dans d'autres secteurs qui peuvent fournir des avantages connexes en matière de santé. Par exemple, les actions visant à réaliser l'ODD 6 (Eau propre et assainissement), l'ODD 7 (Énergie propre et d'un coût abordable), l'ODD 11 (Villes et communautés durables), l'ODD 12 (Consommation et production durables) et l'ODD 13 (Lutte contre les changements climatiques), entre autres, peuvent apporter des avantages connexes sanitaires qui contribuent à la réalisation de l'ODD 3. La mise en évidence de ces avantages connexes peut contribuer à créer un espace plus large pour la collaboration intersectorielle⁴ et multisectorielle,⁵ mais aussi faciliter les engagements financiers concrets tout comme l'augmentation des dépenses mondiales destinées à lutter contre les risques environnementaux pour la santé humaine.

⁴ L'intersectorialité désigne une collaboration intentionnelle entre divers groupes de parties prenantes et secteurs pour atteindre conjointement un résultat. Elle implique de mettre l'accent sur la coordination technique et politique.

⁵ Le terme multisectoriel désigne l'action sur les résultats sanitaires entreprise par des secteurs extérieurs au secteur de la santé, éventuellement, mais pas nécessairement, en collaboration avec ce dernier.



© iStock Photos / Kohlhoff

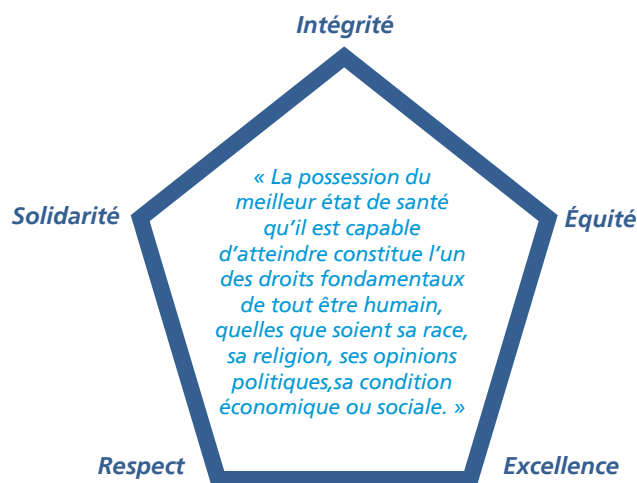
4. BUT ET OBJECTIF

Le présent programme a pour but de réduire la charge de morbidité et les iniquités en matière de santé imputables aux impacts liés à l'environnement dans la Région, en mettant l'accent sur la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et les comportements qui y sont associés. Cela sera atteint grâce à des approches interprogrammatiques, intersectorielles, multisectorielles, infranationales, nationales, infrarégionales et régionales. Le programme contribuera à atteindre les cibles 11.2 et 11.3 (indicateurs d'impact 26 et 27) du PASDA2030⁶ directement et plusieurs autres objectifs du programme indirectement.

L'objectif de ce programme est de renforcer la capacité des acteurs de la santé dans les secteurs sanitaires et non sanitaires à faire face et à s'adapter aux déterminants environnementaux de la santé, en donnant la priorité aux populations vivant dans

des conditions de vulnérabilité, afin d'atteindre directement le résultat intermédiaire 18 (indicateurs 18c, 18d, 18e, 18f, 18g et 18h) du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025⁷ et plusieurs autres résultats du Plan stratégique de manière indirecte.

Pour relever les défis posés par les déterminants environnementaux de la santé dans la Région et s'y adapter, il faudra adopter une approche intégrée et fondée sur des données probantes au sein du secteur de la santé et entre les secteurs. Cette approche sera nécessaire, rendue possible et soutenue par des pratiques de bonne gouvernance, des mécanismes de gestion adéquats, une volonté politique de haut niveau et des ressources humaines, techniques, technologiques et financières suffisantes. Le secteur de la santé doit jouer un rôle de premier plan dans ce processus, en employant une approche durable et équitable qui accorde la priorité à la réduction des iniquités en matière de santé.



⁶ Cible 11.2 : Réduire de façon substantielle le nombre de décès et de maladies causés par des produits chimiques dangereux et par la pollution de l'air, de l'eau et des sols, particulièrement lorsque le risque environnemental pourrait avoir un impact disproportionné sur des populations ou communautés défavorisées (adaptation de la cible 3.9 des ODD) ; Cible 11.3 : Diminuer de façon significative les inégalités relatives à la qualité et à l'assainissement de l'eau en progressant avec les secteurs responsables de l'accès aux services d'eau et d'assainissement pour leur gestion sécuritaire (cibles 6.1 et 6.2 des ODD).

⁷ Résultat 18. Déterminants sociaux et environnementaux : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité.



5. AXES STRATÉGIQUES D'INTERVENTION

Pour atteindre son but et son objectif en tenant compte des priorités et des contextes nationaux et locaux, le présent programme repose sur trois axes stratégiques d'intervention qui se renforcent mutuellement :

1. **Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale.**
2. **Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental.**
3. **Promouvoir des villes et des communautés saines et résilientes sur le plan environnemental.**

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale

Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière de développement, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des services, programmes et politiques inclusifs et équitables pour protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Cet axe stratégique d'intervention aura pour objet la gouvernance de la santé, de l'environnement et des changements climatiques en se servant du cadre des fonctions essentielles de santé publique qui englobe un cycle complet de politiques : évaluation préliminaire, élaboration de politiques, allocation de ressources et accès. Cet axe stratégique d'intervention favorisera le leadership au sein et en dehors du secteur de la santé, renforcera la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs gouvernementaux, définira les rôles et les responsabilités en matière de santé publique environnementale et améliorera la

L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont fondamentaux pour respecter la dignité et les droits de l'homme de toute personne qui cherche à se faire soigner ainsi que des professionnels de la santé. J'appelle les gens partout à soutenir l'action en faveur du programme WASH dans tous les établissements sanitaires. C'est essentiel pour réaliser les objectifs de développement durable.

António Guterres

Secrétaire général des Nations Unies

capacité technique des ressources humaines. Une attention particulière sera accordée à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), ainsi qu'aux comportements qui y sont associés, en mettant l'accent sur l'équité en matière de santé.

OBJECTIF 1.1 : Renforcer les programmes et les institutions de santé publique environnementale, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), ainsi qu'aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.

INDICATEUR 1.1.1 Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre les recommandations des évaluations de la performance des programmes nationaux de santé publique environnementale pour des domaines thématiques spécifiques, en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique.

INDICATEUR 1.1.2 Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre et assurant le suivi de politiques nationales visant à atteindre les cibles des Objectifs de développement durable (ODD) qui abordent les déterminants environnementaux de la santé, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

INDICATEUR 1.1.3 Nombre de pays et de territoires qui incluent les indicateurs des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé de manière ventilée par groupes de population vivant en situation de vulnérabilité dans les systèmes nationaux de surveillance environnementale ou de santé publique.

OBJECTIF 1.2 : Renforcer la collaboration du secteur de la santé avec le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement et d'autres secteurs, en employant le cadre de la santé dans toutes les politiques, afin d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés, et de faire progresser l'équité en matière de santé.

INDICATEUR 1.2.1 Nombre de pays et de territoires disposant de mécanismes formels établis entre l'autorité sanitaire nationale et les entités chargées de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement, ainsi que d'autres entités gouvernementales nationales, pour aborder les déterminants environnementaux de la santé, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

OBJECTIF 1.3 : Renforcer la capacité technique du personnel de santé publique environnementale au sein et en dehors du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés.

INDICATEUR 1.3.1 Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance des titres de compétences en matière de santé publique environnementale.

INDICATEUR 1.3.2 Nombre de pays et de territoires dotés d'un personnel adéquat à temps plein dans le secteur de la santé, formé et affecté à la santé publique environnementale pour des domaines thématiques spécifiques.

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : **Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan** **environnemental**

Il faut tenir compte de la réduction de l'empreinte environnementale⁸ d'un système de santé pour soutenir la protection de l'environnement et promouvoir la santé humaine. L'augmentation de la résilience d'un système de santé doit également être conçue pour garantir sa capacité à répondre aux chocs, à maintenir la durabilité de ses opérations et à tirer des leçons de l'expérience afin de promouvoir la santé de la population et le bien-être de la communauté. La présence d'une infrastructure environnementale et de services de santé adéquats et résilients, qui permettent une grande capacité d'intensification, devient encore plus cruciale lors des urgences sanitaires. Cet axe stratégique d'intervention analysera de façon systématique l'impact environnemental d'un système de santé et les conditions environnementales des établissements de soins de santé, soutiendra une démarche visant à accroître la résilience de l'infrastructure et des opérations du système de santé et encouragera les interventions visant à mettre en place une infrastructure et des services

⁸ L'empreinte environnementale est l'effet que les sources anthropiques ont sur l'environnement. Par exemple, la quantité de ressources naturelles qu'elles utilisent et la quantité de déchets nocifs qu'elles produisent.

environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé et les systèmes de santé en général. Ces interventions comprennent la gestion sécuritaire des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène,⁹ l'utilisation de technologies propres permettant d'économiser l'eau et l'énergie, la mise en œuvre de pratiques durables de gestion des déchets, l'amélioration des infrastructures et des services essentiels résilients face aux changements climatiques, ainsi que l'information, l'éducation et l'autonomisation des personnes et des secteurs pertinents pour la santé sur les questions de santé, d'environnement et de changements climatiques afin d'accroître la résilience des communautés.

OBJECTIF 2.1 : Réduire l'empreinte environnementale du système de santé pour favoriser la création d'un environnement sain et durable sur le plan environnemental, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés.

INDICATEUR 2.1.1 Nombre de pays et de territoires estimant l'empreinte environnementale des établissements de soins de santé.

INDICATEUR 2.1.2 Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale visant à réduire l'empreinte environnementale des établissements de soins de santé.

INDICATEUR 2.1.3 Nombre de pays et de territoires intégrant des pratiques d'achats durables dans leurs systèmes de santé.

OBJECTIF 2.2 : Fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé* qui visent à accroître la résilience du système de santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.

INDICATEUR 2.2.1 Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale visant à fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé, en accordant la priorité aux établissements auxquels les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité ont recours.

INDICATEUR 2.2.2 Nombre de pays et de territoires disposant de systèmes d'alerte précoce conçus pour les risques sanitaires sensibles au climat afin de renforcer la résilience du secteur de la santé.

* Les interventions visant à mettre en place des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé comprennent la gestion sécuritaire des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), l'utilisation de technologies propres permettant d'économiser l'eau et l'énergie, la mise en œuvre de pratiques durables de gestion des déchets, la mise en place d'infrastructures résilientes face aux changements climatiques, ainsi que l'information, l'éducation et l'autonomisation des personnes sur les questions de santé, d'environnement et de changements climatiques afin d'accroître la résilience des communautés.

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 3 : **Promouvoir des villes et des communautés saines et résilientes sur le plan environnemental**

Il convient d'aborder les déterminants environnementaux de la santé dans les villes et les communautés de la Région afin d'éviter les pertes futures, d'apporter des avantages économiques et de fournir des avantages sociaux et environnementaux (52). Cela devient encore plus pressant lors des urgences sanitaires. L'accent doit être mis sur la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), ainsi que sur les comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé, par le biais d'approches interprogrammatiques et intersectorielles. Cet axe stratégique d'intervention emploiera une approche des risques traditionnelle

⁹ L'amélioration de l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé doit être liée aux efforts de prévention et de contrôle des infections. La réduction des infections n'est nulle part ailleurs aussi importante que dans les établissements de soins de santé. Il est essentiel de prendre des mesures conjointes et immédiates en matière de prévention et de contrôle des infections et des services d'eau, assainissement et hygiène.

et cumulative¹⁰ (évaluation, gestion et communication), une approche d'évaluation de l'impact sur la santé,¹¹ une approche d'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation¹² et une approche de la sécurité humaine¹³ afin de le rendre pertinent pour la prise de décision et les préoccupations des communautés touchées. Cet axe stratégique d'intervention identifiera les possibilités d'intégrer les interventions visant à aborder les déterminants environnementaux de la santé, et à s'y adapter, dans les processus et les programmes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé qui ne sont pas axés uniquement sur la santé ; engagera les partenaires et les parties prenantes à élaborer une vision commune ; encouragera les collaborations intersectorielles et multisectorielles et les actions dans d'autres secteurs qui offrent des avantages connexes pour la santé ; aidera à établir et à négocier un consensus, à identifier les priorités et à obtenir du soutien ; et soutiendra les actions visant à aborder les déterminants environnementaux de la santé et à s'y adapter, de manière à établir des objectifs communs intégrés dans tous les aspects du travail de chaque partenaire.

OBJECTIF 3.1 : Intégrer la santé publique environnementale dans les programmes de protection et d'amélioration de la santé¹ au sein du secteur de la santé, dans une optique d'équité en matière de santé.

INDICATEUR 3.1.1 Nombre de pays et de territoires ayant intégré la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, mises en œuvre dans les villes et les communautés, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

OBJECTIF 3.2 : Intégrer la santé publique environnementale dans les programmes de développement² en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques, dans une optique d'équité en matière de santé.

INDICATEUR 3.2.1 Nombre de pays et de territoires ayant intégré la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de développement mises en œuvre dans les villes et les communautés, en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques et en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

OBJECTIF 3.3 : Renforcer les capacités en matière de santé publique environnementale pour les interventions et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe.

INDICATEUR 3.3.1 Nombre de pays et de territoires ayant testé des plans et des procédures de santé publique environnementale pour les interventions et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe, en coordination avec les équipes nationales d'intervention en cas d'incident ou d'urgence.

¹ Les programmes ou les stratégies de protection et d'amélioration de la santé désignent des processus allant au-delà du processus spécifique de santé publique environnementale au sein du secteur de la santé. Ils comprennent notamment des programmes ou des stratégies de prévention et de contrôle des maladies, ainsi que de promotion de la santé.

² Les programmes ou les stratégies de développement désignent des processus extérieurs au secteur de la santé, comme notamment l'eau potable et l'assainissement, l'énergie propre et d'un coût abordable, les villes et communautés durables, la consommation et la production responsables, ainsi que les programmes ou stratégies de lutte contre les changements climatiques.

¹⁰ L'évaluation des risques est un processus visant à calculer ou à estimer le risque pour un organisme, un système ou une (sous-)population cible donné(e) à la suite d'une exposition à un ou plusieurs agents ou facteurs, en tenant compte des caractéristiques inhérentes à l'agent ou aux agents préoccupants, ainsi que des caractéristiques du système cible spécifique. La gestion des risques est le processus consistant à peser les choix politiques pour accepter, minimiser ou réduire les risques évalués, et pour sélectionner et mettre en œuvre les options appropriées qui sont les mieux adaptées pour protéger la santé humaine. La communication des risques est un processus destiné à transmettre les risques potentiels aux parties prenantes.

¹¹ L'évaluation de l'impact sur la santé est un moyen par lequel les effets potentiels sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet peuvent être identifiés et évalués, au moyen de méthodes et d'outils qualitatifs et quantitatifs, dans le but de maximiser les résultats positifs pour la santé et de minimiser les effets néfastes.

¹² Une approche d'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation consiste à examiner les effets des changements climatiques sur la santé par l'analyse des données et l'engagement des parties prenantes, afin d'éclairer l'élaboration de mesures d'adaptation pour protéger la santé.

¹³ L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 2012 la résolution 66/290, qui définit la sécurité humaine comme suit : reconnaître que chacun a le droit de vivre à l'abri de la peur, à l'abri du besoin et dans la dignité ; englober les principes de la centralité des individus et des communautés, de l'analyse complète et spécifique au contexte des menaces et de la mise en œuvre de réponses, de la prévention et de la synergie entre protection et autonomisation ; reconnaître les manières complexes dont la paix, le développement et les droits de l'homme sont interdépendants ; et respecter l'appropriation nationale et la responsabilité des gouvernements nationaux concernés.

Le présent programme est un appel à l'action à la communauté de la santé pour qu'elle prenne les devants pour aborder les déterminants environnementaux de la santé dans la Région. L'OPS travaillera avec les États membres pour atteindre le but et l'objectif de ce programme au moyen des trois axes stratégiques d'intervention pour assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Cela impliquera l'engagement non seulement du secteur de la santé, mais aussi d'autres acteurs qui s'efforcent d'aborder les déterminants environnementaux de la santé et de s'y adapter.

Alors que les fonctions essentielles de l'OPS¹⁴ continuent de fournir les bases de son travail, pour la mise en œuvre de ce programme l'OPS se servira du pouvoir et des connaissances de ses partenaires en convoquant, en coordonnant et en guidant les processus qui ont un impact direct sur les pays de la Région. Les centres collaborateurs de l'OMS et d'autres institutions et experts nationaux de référence de l'OPS fourniront un soutien technique aux États membres pour piloter le programme et participeront

Tout comme nous plaçons les changements climatiques au cœur du secteur de la santé, nous devons faire en sorte que la santé soit au cœur des discussions sur les changements climatiques.

Carissa Etienne, directrice de l'OPS

à sa mise en œuvre. En outre, la collaboration technique entre les pays sera encouragée. Le renforcement des alliances de longue date entre l'OPS et les principaux partenaires des Nations Unies, ainsi que de nouvelles alliances avec d'autres institutions multilatérales et bilatérales mondiales et régionales, apporteront un soutien et un élan supplémentaires à la mise en œuvre du programme.

¹⁴ Les fonctions essentielles de l'OPS sont les suivantes : assurer un leadership sur les questions essentielles pour la santé et s'engager dans des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ; élaborer le programme de recherche et stimuler la production, l'application et la diffusion de connaissances précieuses ; établir des normes et des standards, et promouvoir et surveiller leur mise en œuvre ; formuler des options politiques éthiques et fondées sur des données probantes ; fournir un soutien technique, catalyser le changement et renforcer la capacité institutionnelle durable ; surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.



© OPS

6. SUIVI ET ÉVALUATION

Les réalisations et les progrès vers l'atteinte du but et de l'objectif du présent programme seront mesurés au moyen des indicateurs susmentionnés, ainsi que des indicateurs d'impact 26 et 27 et des indicateurs de résultat intermédiaire 18c, 18d, 18e, 18f, 18g et 18h du résultat 18 du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

Ces indicateurs sont liés aux cibles 11.2 et 11.3 du PASDA2030. La plupart de ces indicateurs contribueront au respect des engagements de la Région à rendre compte des indicateurs des ODD liés à la santé.

L'annexe 3 explique comment chaque indicateur doit être mesuré. Les données seront collectées à partir des systèmes d'information nationaux, des rapports mondiaux et régionaux, des estimations mondiales et régionales normalisées et des enquêtes sur les politiques et les programmes, entre autres sources.

Le suivi et l'évaluation du programme seront conformes au cadre de gestion axé sur les résultats de l'Organisation et sur ses processus d'évaluation du suivi de la performance.

L'Accord de Paris pourrait devenir l'accord international pour la santé le plus important du siècle.

Maria Neira

*Directrice du Département
Environnement, changement
climatique et santé de l'OMS*

RÉFÉRENCES

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : Un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région (PASDA2030) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49171>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 : L'équité au cœur de la santé [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50294-cd57-od359-f-plan-strategique-ops&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains. Document A72/15 [Internet]. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328401> Licence : CC-BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Report of the Commission on Equity and Health Inequalities in the Americas [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49231>
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Universal health in the 21st century: 40 years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/universal-health-21st-century-40-years-alma-ata-report-high-level-commission-revised>
6. Governing Board of the International Union of American Republics. Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics. Senate Document No. 169, 57th Congress [Internet]. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office; 1903. Disponible sur : <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.c029389646&view=1up&seq=158>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme (résolution CD50.R8) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2010. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-f.pdf>
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (résolution CD53.R14) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2014. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-f.pdf>
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Résilience des systèmes de santé (résolution CD55.R8) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2016. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-f.pdf>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025 (résolution CD57.R13) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50644-cd57-r13-f-strategie-poa-qualite-des-soins&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr

11. Organisation panaméricaine de la Santé. Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques (résolution CD57.R7) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50601-cd57-r7-f-initiative-elimination-maladies&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023 (résolution CD56.R2) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46560-cd56-r2-f-pda-etomologie&category_slug=56-directing-council-french-9967&Itemid=270&lang=fr
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (résolution CD55.R9) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2016. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R9-f.pdf>
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (résolution CD52.R9) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2013. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R9-f.pdf>
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (résolution CD53.R2) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2014. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-f.pdf>
16. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030 (résolution CD57.R10) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50613-cd57-r10-f-promotion-sante&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé, sécurité humaine et bien-être (résolution CD50.R16) [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2010. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R16-f.pdf>
18. Organisation des Nations Unies. Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1992. Disponible sur : <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/convfr.pdf>
19. Organisation des Nations Unies. Adoption de l'Accord de Paris. FCCC/CP/2015/L.9/Rev.1 [Internet]. New York ÉUA : ONU ; 2015. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/FCCC/CP/2015/L.9/Rev.1>
20. Programme des Nations Unies pour l'environnement. Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination [Internet]. Nairobi : PNUÉ ; 1989. Disponible sur : <https://www.basel.int/Portals/4/Basel%20Convention/docs/text/BaselConventionText-f.pdf>
21. Organisation des Nations Unies. Convention sur la diversité biologique [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1992. Disponible sur : <https://www.cbd.int/doc/legal/cbd-fr.pdf>

22. Organisation des Nations Unies. United Nations Convention to Combat Desertification in those countries experiencing serious drought and desertifications, particularly in Africa [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1994. Disponible sur : https://www.unccd.int/sites/default/files/relevant-links/2017-01/UNCCD_Convention_ENG_0.pdf
23. Programme des Nations Unies pour l'environnement. Convention de Minamata sur le mercure, Texte et annexes [Internet]. Nairobi : PNUE ; 2017. Disponible sur : <http://www.mercuryconvention.org/Portals/11/documents/Booklets/COP3-version/Minamata-Convention-booklet-Sep2019-FR.pdf>
24. Programme des Nations Unies pour l'environnement. Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, Texte et annexes [Internet]. Révisé en 2017. Nairobi : PNUE ; 2017. Disponible sur : <http://www.pops.int/Portals/0/download.aspx?d=UNEP-POPS-COP-CONVTEXT-2021.French.pdf>
25. Programme des Nations Unies pour l'environnement, Organisation mondiale de la Santé. Strategic Approach to International Chemicals Management: SAICM texts and Résolutions of the International Conference of Chemicals Management [Internet]. Genève : PNUE ; 2006. Disponible sur : http://www.saicm.org/Portals/12/Documents/saicmtxts/New%20SAICM%20Text%20with%20ICCM%20resolutions_E.pdf
26. Assemblée mondiale de la Santé. Rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà [Internet]. WHA69.4. Point 13.6 de l'ordre du jour. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252982/A69_R4-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Organisation des Nations Unies. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 28 juillet 2010. Le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement [Internet]. Résolution A/RES/64/292. New York, ÉUA : ONU ; 2010. Disponible sur : https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/292&Lang=F
28. Organisation des Nations Unies. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 24 juillet 2013. Assainissement pour tous [Internet]. Résolution A/RES/67/291. New York, ÉUA : ONU ; 2013. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/a/res/67/291>
29. Organisation des Nations Unies. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 octobre 2018. Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. Résolution A/RES/73/2. New York, ÉUA : ONU ; 2018. Disponible sur : https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2&Lang=F
30. Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe. Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 [Internet]. Genève : UNISDR ; 2015. Disponible sur : https://www.preventionweb.net/files/43291_frenchsendaiframeworkfordisasterris.pdf
31. Organisation mondiale de la Santé. Santé et environnement : Projet de feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé [Internet]. Document A69/18 de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-fr.pdf

32. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Accord régional sur l'accès à l'information, la participation publique et l'accès à la justice à propos des questions environnementales en Amérique latine et dans les Caraïbes [Internet]. Santiago : ONU ; 2018. Disponible sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43648/S1800561_fr.pdf
33. Programme des Nations Unies pour l'environnement. Assemblée des Nations Unies pour l'environnement du Programme des Nations Unies pour l'environnement : Environnement et santé [Internet]. UNEP/EA.3/Res.4. Nairobi : PNUÉ ; 2018. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/UNEP/EA.3/Res.4>
34. Programme des Nations Unies pour l'environnement. Convention sur la diversité biologique (2018). Décision adoptée par la Conférence des parties à la Convention sur la diversité biologique : 14/4 Diversité biologique et santé [Internet]. CBD/COP/DEC/14/4. Sharm El Sheik, Égypte : Convention sur la diversité biologique ; (2018). Disponible sur : <https://www.cbd.int/doc/decisions/cop-14/cop-14-dec-04-fr.pdf>
35. Assemblée mondiale de la Santé. Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata [Internet]. Résolution WHA67.11. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170891>
36. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. Troisième édition. Genève : OMS ; 2005. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246187/9789242580495-fre.pdf?sequence=1>
37. Organisation mondiale de la Santé. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204585>
38. Shaffer RM, Sellers SP, Baker MG, Kalmen R, Frostad J, Suter MK, et al. Improving and expanding estimates of the global burden of disease due to environmental health risk factors. Environ Health Perspect [Internet]. 127(10):105001. doi: 10.1289/EHP5496. Epub 18 octobre 2019. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31626566>
39. Organisation mondiale de la Santé. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Public health and environment: Ambient air pollution [Internet]. Genève : OMS ; s/d [consulté le 14 février 2020]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BODAMBIENTAIR?lang=en>
40. Organisation mondiale de la Santé. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Public health and environment: Household air pollution [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.133?lang=en>
41. Organisation mondiale de la Santé. La pollution de l'air intérieur des habitations concerne plus particulièrement les femmes. Genève : OMS ; s/d.
42. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Progrès en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène : mise à jour 2017 et estimations des ODD [Internet]. Genève : OMS et UNICEF ; 2017. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260290/9789242512892-fre.pdf?sequence=1>

43. Organisation mondiale de la Santé. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Public health and environment: Chemicals [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.141?lang=en>
44. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Statistical yearbook for Latin America and the Caribbean, 2018 [Internet]. Santiago : ONU ; 2018. Disponible sur : <https://www.cepal.org/en/node/48414>
45. Organisation mondiale de la Santé. Climate change and health in small island developing states: a WHO special initiative [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279987> Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
46. Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. Climate change and land: an IPCC Special Report on climate change, desertification, land degradation, sustainable land management, food security, and greenhouse gas fluxes in terrestrial ecosystems. Summary for policymakers [Internet]. GIEC ; 2020. Disponible sur : <https://www.ipcc.ch/srccl/chapter/summary-for-policymakers/>
47. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Panorama Social de América Latina, 2018 [Internet]. Santiago : ONU ; 2018. Disponible sur : <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44395-panorama-social-america-latina-2018>
48. Wells NM, Evans GW, et Yang Y. Environments and health: planning decisions as public health decisions. Journal of Architectural and Planning Research. Vol. 27, No. 2 (Summer, 2010), pp. 124-143.
49. Organisation mondiale de la Santé. Global report on insecticide resistance in malaria vectors: 2010-2016 [Internet]. Global Malaria Programme. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272533/9789241514057-eng.pdf?ua=1> Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
50. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens [Internet]. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249548/9789242509762-fre.pdf?sequence=1>
51. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Tackling antimicrobial resistance: Supporting national measures to address infection prevention and water, sanitation, and hygiene in health care settings [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : https://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/amr-ipc-wash-flyer-nov16.pdf
52. Global Commission on Adaptation (2019). Adapt now: A global call for leadership on climate resilience [Internet]. Rotterdam, Pays-Bas et Washington, D.C. : Global Center on Adaptation et World Resource Institute ; 2019. Disponible sur : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GlobalCommission_Report_FINAL.pdf

ANNEXE 1.

CONFÉRENCES INTERNATIONALES CLÉS SUR LA SANTÉ, L'ENVIRONNEMENT, LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

1972	Conférence des Nations Unies sur l'environnement Stockholm (Suède)
1978	Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (Union des républiques socialistes soviétiques) Déclaration d'Alma-Ata de 1978
1986	Première Conférence internationale pour la promotion de la santé Ottawa (Canada) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
1987	Commission mondiale sur l'environnement et le développement
1988	Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé Adelaïde (Australie)
1991	Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé Sundsvall (Suède)
1992	Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement Rio de Janeiro (Brésil) Action 21
1993	Conférence mondiale sur les droits de l'homme Vienne (Autriche)
1994	Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire (Égypte)
	Sommet mondial pour le développement social Copenhague (Danemark)
1995	Quatrième Conférence mondiale sur les femmes Pékin (Chine)
	Première Conférence des parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques Berlin (Allemagne)
1996	Deuxième Conférence des Nations Unies sur les établissements humains Istanbul (Turquie)
	Sommet mondial de l'alimentation Rome (Italie)
	Quatrième Conférence internationale pour la promotion de la santé Jakarta (Indonésie)
1997	Sommet de Kyoto sur les changements climatiques Kyoto (Japon)
	Sommet du Millénaire New York (États-Unis d'Amérique) Déclaration du Millénaire et objectifs du Millénaire pour le développement
2000	Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé Mexico (Mexique)

	Sommet mondial sur le développement durable Johannesburg (Afrique du Sud)
2002	Sommet mondial de l'alimentation : cinq ans après Rome (Italie)
2004	57^e Assemblée mondiale de la Santé Genève (Suisse)
2005	Déclaration de Mar del Plata des ministres de la Santé et de l'Environnement des Amériques Mar del Plata (Argentine)
	Sixième Conférence internationale pour la promotion de la santé Bangkok (Thaïlande)
2006	Première session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques Dubai (Émirats arabes unis)
2007	Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques Bali (Indonésie)
	Deuxième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques Genève (Suisse)
2009	Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques Copenhague (Danemark)
	Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé Nairobi (Kenya)
2011	Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé Rio de Janeiro (Brésil) Commission des déterminants sociaux de la santé
	Conférence des Nations Unies sur le développement durable Rio de Janeiro (Brésil) L'avenir que nous voulons
2012	Troisième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques Nairobi (Kenya)
	Conférence de Doha sur les changements climatiques Doha (Qatar)
2013	Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé Helsinki (Finlande)

Conférence des parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, connue sous le nom d'Accord de Paris

Paris (France)

2015

Quatrième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques

Genève (Suisse)

Sommet des Nations Unies sur le développement durable 2015

New York (États-Unis d'Amérique)

Troisième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

New York (États-Unis d'Amérique)

Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

2018

Conférence internationale sur les soins de santé primaires

Astana (Kazakhstan)

Déclaration d'Astana

ANNEXE 2.

ÉVOLUTION DE LA COOPÉRATION DE L'OPS ET DE L'OMS DANS LE DOMAINE DES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

Lors de la première Convention sanitaire internationale générale de 1902, réunie à Washington (D.C.) aux États-Unis d'Amérique (1), les pays des Amériques ont créé ce qui est aujourd'hui connu sous le nom d'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Cette entité nouvellement formée a mené à bien les premières initiatives panaméricaines visant à améliorer les conditions d'insalubrité qui prévalaient afin de lutter contre des épidémies telles que la fièvre jaune, la peste et le choléra qui dévastaient trop souvent de nombreuses populations dans la Région (2).

Au cours des quatre premières décennies du vingtième siècle, les questions liées à l'expansion de l'assainissement étaient au cœur des délibérations des Organes directeurs de l'OPS. À cette époque, parmi les premiers et rares responsables de l'OPS sur le terrain, quatre ingénieurs sanitaires ont voyagé à travers les Amériques, conseillant les gouvernements sur la manière d'améliorer leurs services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de lutter contre les moustiques. Avec leur aide, les bases des premières équipes nationales d'ingénieurs sanitaires au sein des autorités sanitaires nationales naissantes ont été établies (3).

En 1949, l'OPS a signé un accord avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) nouvellement créée, établissant le Bureau Sanitaire Panaméricain (BPS) de l'OPS comme bureau régional de l'OMS pour les Amériques tout en poursuivant ses fonctions d'organisme spécialisé dans le domaine de la santé du système interaméricain (2). Avec cet accord, la fonction de l'OPS de promouvoir l'hygiène environnementale a été formalisée par son inclusion dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (4).

Dans les années 1950, la couverture des services d'eau potable atteignait 60 % de la population urbaine et 8 % de la population rurale, tandis que les services d'assainissement n'atteignaient que 28 % dans les zones urbaines et étaient presque inexistants dans les zones rurales de l'Amérique latine et des Caraïbes. Avec le soutien financier de la Fondation Rockefeller, l'OPS a fourni une coopération technique pour étendre les services de base d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, y compris des programmes de formation pour des centaines d'ingénieurs sanitaires (3). En août 1961, les pays des Amériques ont signé la Charte de Punta del Este, établissant l'Alliance pour le progrès, qui, entre autres accords, donnait la priorité à l'amélioration des services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement en Amérique latine et dans les Caraïbes pour au moins 70 % de la population urbaine et 50 % de la population rurale d'ici 1971 (5). Pour atteindre cet objectif, l'OPS a soutenu la création d'un Fonds spécial pour l'approvisionnement public en eau et a coopéré avec les gouvernements pour la création d'entités nationales pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, qui ont ensuite bénéficié de financements internationaux de la Banque interaméricaine de développement et de la Banque mondiale (6). C'est dans ce contexte qu'a été fondé en 1968 le Centre panaméricain d'ingénierie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS)¹ dont le siège était à Lima (Pérou). Sa mission était de fournir un soutien technique aux pays d'Amérique latine et des Caraïbes dans l'expansion de leurs programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement (7).

¹ En 2010, le CEPIS a cessé ses activités en tant que centre panaméricain. Il est devenu l'Équipe technique régionale pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (ETRAS), qui fait partie du département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, basé à Lima (Pérou).

En 1971, les progrès en matière de couverture en eau potable étaient considérables, rejoignant 78 % de la population dans les zones urbaines, alors que les services d'assainissement n'atteignaient que 38 %. Dans les zones rurales, les progrès étaient toutefois moins importants. Face à cette disparité, ce travail est demeuré une haute priorité pour l'OPS, qui a concentré ses efforts sur l'expansion de l'accès et de la couverture, et l'amélioration de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine. Cet effort s'est accompagné du besoin urgent d'aborder la surexploitation des aquifères et de maintenir les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement existants, afin de protéger la santé et les investissements, et d'accorder une plus grande attention aux aspects administratifs, techniques et opérationnels des fournisseurs d'eau et d'assainissement (3).

Au niveau mondial, les années 1970 ont été particulièrement importantes pour le programme de santé publique environnementale, à commencer par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement qui s'est tenue à Stockholm (Suède) en 1972 (8), suivie de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata (Union des républiques socialistes soviétiques) en 1978 (9). Ces deux conférences ont été des jalons importants qui ont indiqué de nouvelles orientations en matière d'environnement et de santé aux pays participants et au système de coopération internationale, y compris l'OMS et l'OPS.

Le Programme des Nations Unies pour l'environnement a été créé à la suite de la Conférence de Stockholm, et de nombreux mouvements environnementaux ont depuis lors vu le jour et ont été renforcés aux niveaux national et international, stimulant d'ambitieux programmes de recherche universitaire et de développement technologique qui ont fini par révolutionner l'information et les connaissances sur les interactions des personnes

avec les environnements naturels et bâtis. Pour faire face aux nouveaux défis liés à la contamination de l'environnement et à ses impacts sur la santé, plusieurs pays des Amériques ont créé des autorités nationales de protection de l'environnement et ont étendu les responsabilités de leurs autorités sanitaires nationales au-delà des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement. En outre, la Conférence d'Alma-Ata a été déterminante pour souligner que l'approvisionnement en eau et l'assainissement étaient des éléments centraux de l'approche des soins de santé primaires en matière de santé pour tous (10).

Dans le cadre de ce nouveau contexte mondial, les Organes directeurs de l'OPS ont créé en 1974 le Centre panaméricain pour l'écologie humaine et la santé (ECO),² basé au Mexique. Le Centre est entré en fonction en 1980 (11, 12).

En 1980, l'Assemblée générale des Nations Unies a lancé la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990), une initiative mondiale ambitieuse destinée à améliorer l'accès aux services d'eau et d'assainissement (13). Dans le cas des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, les résultats obtenus par cette initiative ont été modestes et controversés compte tenu du contexte économique, social et politique de la Région à l'époque. La couverture des services d'eau dans les zones urbaines et rurales a atteint 88 % et 55 %, respectivement, tandis que la couverture des services d'assainissement a atteint 80 % et 32 %, respectivement (14). De plus, la flambée de choléra de 1991 au Pérou a touché plusieurs pays de l'Amérique latine et des Caraïbes et a démontré l'urgence de se concentrer non seulement sur la couverture des services, mais aussi sur la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine (13).

Au cours des années 1980, deux événements internationaux ont eu lieu concernant des questions liées à la santé et au développement durable qui ont influencé les programmes politiques nationaux

² Le 31 décembre 1997, suite à une résolution des Organes directeurs de l'OPS, ECO a cessé ses activités en tant que centre panaméricain. Sa composante internationale a été fusionnée avec le CEPIS, tandis que sa composante nationale a été intégrée à l'Institut national de santé publique en tant que centre collaborateur de l'OMS dans le domaine de la recherche et de la formation en épidémiologie environnementale.

ainsi que ceux des organismes internationaux de coopération technique, dont l'OMS et l'OPS : la première Conférence internationale sur la promotion de la santé qui s'est tenue à Ottawa (Canada) en 1986 (15) et le lancement du rapport de 1987 « Notre avenir à tous » préparé par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement, connu sous le nom de Rapport Brundtland (16).

Par ailleurs, en 1989, les organisateurs ont commencé à préparer la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement qui allait se tenir à Rio de Janeiro (Brésil) en juin 1992, connue sous le nom de Sommet de la Terre (17). C'est également en 1992 qu'ont été adoptées la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (18), la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification (19) et la Convention sur la diversité biologique (20).

Alors que l'ordre du jour de la Conférence de Stockholm de 1972 était principalement dominé par des questions techniques liées à la pollution de l'air, de l'eau et du sol, entre autres, le Sommet de la Terre a acquis des dimensions plus stratégiques, a abordé des questions de contexte mondial plus larges et s'est orienté vers le développement durable. Cela s'est concrétisé dans la Déclaration de Rio, qui énonce dans le premier de ses 27 principes que « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable et qu'ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ». D'autres produits dérivés du Sommet ont été le lancement de l'Action 21, un document non contraignant comprenant 40 chapitres et 115 programmes énonçant les objectifs à atteindre (21).

Suite aux attentes créées par le Sommet de la Terre de Rio en 1992, plusieurs réunions des autorités nationales de la santé et de l'environnement (ECOSAL) ont été organisées dans la Région des Amériques avec le soutien du nouveau Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA), par le biais de sa Commission centraméricaine de l'environnement et du développement (CCAD) et

sous les auspices de l'OPS (22). La première réunion a eu lieu à El Salvador en septembre 1992, dans le cadre des réunions annuelles des autorités sanitaires nationales d'Amérique centrale et du Panama (RESSCA). L'extension de la couverture des services d'eau et d'assainissement, la sécurité chimique, la santé des travailleurs et l'interdépendance entre le développement durable et la santé ont été privilégiées. Ses principales conclusions ont été reprises dans la Déclaration sur l'environnement et la santé de l'Amérique centrale. Les réunions ECOSAL II de 1993 à Tegucigalpa, au Honduras (23) et ECOSAL III de 1994 à Managua, au Nicaragua (24), ont jeté les bases du Plan d'action centraméricain en matière d'environnement et de santé (PACES) en 2000.

Les réunions ECOSAL des autorités nationales ont créé un environnement propice à l'adoption de la Charte panaméricaine de la Santé et de l'environnement dans le développement humain durable en 1995 lors d'une réunion des ministres de la Santé et de l'Environnement de la Région des Amériques sous les auspices de l'OPS à Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique) (25). En 2002, sous les auspices du gouvernement canadien, la première réunion des ministres de la santé et de l'Environnement des Amériques (HEMA) s'est tenue à Ottawa (Canada) (26). La réunion a permis d'identifier les priorités suivantes pour la Région : les maladies diarrhéiques et l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les maladies respiratoires et la pollution de l'air intérieur et extérieur, les effets chroniques et aigus de l'exposition aux substances chimiques, et les impacts des changements climatiques. L'HEMA a mis l'accent sur la création de passerelles entre les secteurs, le renforcement des capacités des pays de l'hémisphère, l'établissement de mécanismes de suivi pour répondre aux problèmes de santé publique environnementale dans les Amériques et la contribution, le cas échéant, au Sommet de la Terre de 2002 de Johannesburg (Afrique du Sud) (27).

En 2005, la deuxième réunion des ministres de la Santé et de l'Environnement des Amériques s'est tenue à Mar del Plata (Argentine) (28). À cette

occasion, les autorités nationales ont décidé que la coopération régionale devait se concentrer sur la gestion des ressources en eau et des déchets solides, la manipulation sécuritaire des substances chimiques, en particulier en ce qui concerne les obligations contractées par les pays dans le cadre des Conventions de Stockholm, de Rotterdam et de Bâle (29, 30, 31), et la santé environnementale des enfants. Depuis cette date, aucune autre réunion des ministres de la Santé et de l'Environnement n'a été convoquée de nouveau. Cependant, l'OPS a convoqué les autorités nationales de la santé et de l'environnement (pas les ministres) pour plusieurs réunions *ad hoc* concernant des questions techniques précises, telles qu'un événement à Manaus (Brésil), sur la santé et la biodiversité en 2012 (32), et au Mexique, sur les changements climatiques et la santé en 2013 (33).

Une initiative clé en faveur du développement durable a été la Déclaration du Millénaire des Nations Unies en 2000 (34), et l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), comportant des cibles mesurables à atteindre d'ici 2015. L'aspect le plus important des OMD était qu'ils étaient tous liés à la santé, englobant à la fois les maladies et les déterminants de la santé. Dans son examen final des OMD dans les Amériques, l'OPS a conclu que, bien que la plupart des cibles aient été atteintes, il subsistait des lacunes et des défis à relever (35), représentatifs des inégalités persistantes dans la Région.

Alors que les OMD arrivaient à échéance, en 2015, tous les États membres des Nations Unies ont adopté les Objectifs de développement durable (ODD) dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (36). Les 17 objectifs mondiaux avaient été discutés lors de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable de 2012 ou Rio+20. Le rapport final de la conférence, intitulé « L'avenir que nous voulons », a mis la santé au centre des trois dimensions du développement durable : environnementale, économique et sociale (37). Contrairement aux OMD, un seul des 17 ODD porte spécifiquement sur la santé (ODD 3) et plusieurs autres portent sur les déterminants de la santé.

L'appel mondial à la couverture sanitaire universelle est essentiel à la mise en œuvre de l'ODD 3. Dans les Amériques, à la demande de ses États membres, l'OPS a élaboré une approche stratégique pour atteindre les ODD, rechercher la collaboration entre les programmes et les partenaires, éviter le dédoublement et se concentrer sur les besoins des pays, tout en mettant la santé au centre comme facteur contributeur indispensable à un monde durable et équitable (38).

Principales contributions de la coopération de l'OPS et de l'OMS dans le domaine des déterminants environnementaux de la santé

Depuis leur création, l'OPS et l'OMS ont catalysé la coopération technique qui a contribué à des améliorations régionales majeures en matière de santé publique environnementale, principalement en ce qui concerne la disponibilité et la gestion des services d'eau et d'assainissement, la réduction du nombre de décès et de maladies associés aux produits chimiques dangereux, la contamination de l'air, de l'eau et du sol, ainsi que la lutte contre l'impact des changements climatiques.

Accroître la disponibilité et la gestion durable des services d'eau et d'assainissement

La disponibilité des services d'eau et d'assainissement continue d'être l'un des principaux facteurs de contrôle des maladies infectieuses, et un domaine dans lequel l'OPS et l'OMS ont une riche histoire de coopération technique pour améliorer l'accès. Fin 2015, la couverture des services d'eau potable et d'assainissement dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes avait atteint 97 % et 88 % de la population urbaine et 84 % et 64 % de la population rurale, respectivement. En 1990, 380 millions de personnes avaient accès à l'eau et 300 millions à l'assainissement. En 2015, 600 millions de personnes

avaient accès à l'eau et 520 millions à l'assainissement. Au cours de la même période, le risque de décès imputable à des problèmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène chez les enfants de moins de 5 ans a été réduit de 219 à 23 décès pour 100 000 habitants, ce qui représente 1,8 million de décès évités (39, 40).

L'OPS et l'OMS ont fortement contribué à l'augmentation de la disponibilité et à la gestion durable des services d'eau et d'assainissement dans les Amériques grâce aux actions suivantes :

- Élaboration et mise à jour de lignes directrices, de documents de critères techniques et d'outils d'évaluation pour la gestion durable des services d'eau et d'assainissement (41, 42) ;
- Mise en œuvre d'évaluations nationales complètes du secteur de l'eau et de l'assainissement dans les années 1990 et 2000 pour la formulation de plans d'investissement visant à améliorer les services dans le cadre du projet PIAS (43, 44, 45) et l'analyse et l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) (46), et à améliorer la gestion des déchets solides urbains dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (47) ;
- Information et analyse des progrès réalisés en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène par le biais de l'étude sur les conditions sanitaires dans les Amériques dans les années 1960 (48) et du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène depuis 1990 (49) ;
- Soutien aux pays dans l'amélioration de leurs services d'eau et d'assainissement, notamment en les aidant à créer des entités nationales chargées de l'eau et de l'assainissement dans les années 1960 (6), à élaborer les ressources techniques des entités chargées de l'eau et de l'assainissement (projet DTIAPA) dans les années 1970 et 1980 (50), à créer des alliances multisectorielles, promouvoir la participation communautaire, renforcer les systèmes d'exploitation et de maintenance, développer des technologies à faible coût et

mettre en œuvre des méthodes de prévention et de traitement dans les années 1980 (51, 52, 53), à lutter contre l'épidémie de choléra (en 1991) dans les années 1990 (54), à atteindre les OMD de 2000 à 2015 (35) et les ODD depuis 2016 (38), à assurer des services d'eau potable et d'assainissement dans les communautés et les établissements de soins de santé lors des urgences et des catastrophes ;

- Création et soutien de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) depuis 1948 (55) ;
- Création et soutien de réseaux régionaux du début des années 1980 à la fin des années 2000, tels que le Réseau panaméricain d'information et de documentation sur le génie sanitaire et les sciences de l'environnement (REPIDISCA) (56) et le Réseau panaméricain de gestion des déchets environnementaux (REPAMAR) (57) ;
- Renforcement des capacités humaines, notamment par l'octroi de bourses à des professionnels latino-américains pour qu'ils étudient le génie sanitaire dans des universités américaines et par le soutien à la création de spécialisations en génie sanitaire dans leurs pays des années 1930 aux années 1960 (3), par l'organisation de symposiums techniques régionaux bisannuels lors des conférences interaméricaines AIDIS depuis 1960 (55) et par l'offre de formations multiples sous forme d'ateliers présentiels et de cours sur Internet à des milliers de professionnels et d'étudiants de l'ensemble de la Région (41).

Réduire le nombre de décès et de maladies liés aux produits chimiques dangereux et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

Le développement économique rapide des Amériques après la Deuxième Guerre mondiale a intensifié les préoccupations relatives aux risques

sanitaires associés aux facteurs environnementaux tels que les produits chimiques dangereux, la contamination de l'air, de l'eau et du sol. Depuis la Conférence des Nations Unies sur l'environnement qui s'est tenue à Stockholm (Suède) en 1972, l'OPS et l'OMS ont développé une solide expérience de coopération technique en matière de réduction des risques sanitaires attribués à des facteurs environnementaux dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Les contributions les plus importantes de l'OPS et de l'OMS à la réduction du nombre de décès et de maladies associés aux produits chimiques dangereux et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol dans les Amériques sont les suivantes :

- Élaboration et mise à jour de lignes directrices, de documents de critères techniques et d'outils d'évaluation sur la gestion des risques pour la santé publique liés à l'environnement pour les politiques nationales et locales (58, 59) ;
- Renforcement permanent de la capacité de la santé publique environnementale à collecter, intégrer, analyser et interpréter les données sur les risques environnementaux au sein de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (60) ;
- Création et mise en œuvre d'une bibliothèque virtuelle sur le développement durable et la santé environnementale (BVS-SDE) donnant accès à plus de 60 000 documents en texte intégral sur différents domaines de la santé publique environnementale (61) ;
- Renforcement de la compétence analytique des laboratoires environnementaux dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes par le biais du laboratoire environnemental CEPIS accrédité par l'Organisation internationale de normalisation (ISO), jusqu'en 2010 (62) ;
- Aide aux pays pour réduire les risques sanitaires attribués à des facteurs environnementaux, par exemple en soutenant la formulation et la mise en œuvre de plans nationaux et en favorisant l'échange d'informations et d'expériences pour éliminer

l'utilisation du plomb dans l'essence dans les années 1990 (63), réduire l'exposition aux pesticides dans l'isthme centraméricain (PLAGSALUD) entre 1994 et 2003 (62, 63) et démontrer l'existence d'alternatives durables au DDT pour la lutte contre les vecteurs du paludisme au Mexique et en Amérique centrale (projet DDT/PNUE/GEF/OPS) entre 2003 et 2008 (64) ;

- Création et soutien de réseaux régionaux depuis les années 1970, tels que le Réseau de laboratoires pour l'environnement et la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes (PRELAB/RELAC) (65), le Réseau panaméricain d'échantillonnage de la pollution atmosphérique (REDPANAIRE) (66), le Réseau de toxicologie d'Amérique latine et des Caraïbes (RETOXLAC) (67), le Réseau d'urgence chimique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (REQUILAC) (68) et le Réseau international d'écoclubs regroupant de jeunes leaders environnementaux (69) ;

- Renforcement des capacités humaines en soutenant la création de programmes d'études supérieures en santé publique environnementale, de même que participation, coordination ou organisation d'ateliers et de cours en ligne sur la qualité de l'air, la qualité de l'eau, la toxicologie environnementale, l'épidémiologie environnementale et l'évaluation des risques pour la santé environnementale à l'intention de milliers de professionnels et d'étudiants de toute la Région (59).

Promouvoir une action urgente pour lutter contre les impacts des changements climatiques sur la santé

L'OPS et l'OMS ont travaillé sur la protection de la santé contre les impacts des changements climatiques depuis la signature de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) en 1992. Voici les contributions les plus importantes de l'OPS et

de l'OMS à la promotion d'une action urgente pour lutter contre les impacts des changements climatiques sur la santé dans les Amériques :

- Aide aux pays pour renforcer les capacités nationales et améliorer la résilience et la capacité d'adaptation des systèmes de santé, évaluations de la vulnérabilité et de l'adaptation de la santé aux changements climatiques, profils de pays et plans d'action infrarégionaux tels que le *Plan d'action des Caraïbes pour la santé et le changement climatique* (70) ;
- Renforcement des capacités humaines en organisant des ateliers et des cours via Internet sur les changements climatiques et la santé à l'intention de milliers de professionnels et d'étudiants de l'ensemble de la Région ;
- Promotion, articulation et mise en place de partenariats interdisciplinaires, interinstitutionnels et intersectoriels pour faire en sorte que la santé soit correctement représentée dans le programme de lutte contre les changements climatiques et que les interventions dans le domaine de la santé soient financées, notamment par des manifestations spéciales sur la santé et les changements climatiques en marge de la Conférence des

parties aux Conférences des Nations Unies sur les changements climatiques, le partenariat de l'OMS/Organisation météorologique mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques, ainsi que l'initiative spéciale de l'OMS/CCNUCC sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement (PEID), qui a débouché sur le plan d'action mondial de l'OMS sur les changements climatiques et la santé dans les PEID (71, 72) ;

- Renforcement de la surveillance nationale et régionale par l'élaboration et la mise en œuvre d'outils destinés à aider les professionnels de la santé à identifier les conditions climatiques favorables ou défavorables à venir et à s'y préparer, tels que le bulletin des Caraïbes sur le changement climatique et la santé (*Caribbean Health Climatic Bulletin*) de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), l'OPS et l'Institut de météorologie et d'hydrologie des Caraïbes (73) ;
- Collaboration avec la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification afin de mieux comprendre les liens qui existent entre la perte de la biodiversité et la santé humaine (33).

RÉFÉRENCES

1. Governing Board of the International Union of American Republics. Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics. Senate Document No. 169, 57th Congress [Internet]. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office ; 1903. Disponible sur : <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.c029389646&view=1up&seq=158>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Celebrating 100 years of health: the quest for a healthy America [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2002 [consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45796>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Pro Salute Novi Mundi: A history of the Pan American Health Organization [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1992 [consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38239>
4. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Genève : OMS ; 1946. Disponible sur : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
5. Declaración a los pueblos de América y Carta de Punta del Este (1961) [Internet]. (Alianza para el Progreso). s/l : Memoria Política de Mexico ; s/d [consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : <http://www.memoriapoliticademexico.org/Textos/6Revolucion/1961-DPA-APE-APP.html>
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Informe sobre la III reunión especial de ministros de salud y medidas necesarias para dar cumplimiento a las decisiones adoptadas [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1973. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/24062/CE70_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1972. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/23898/CE68_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Organisation des Nations Unies. Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1972 [consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/CONF.48/14/REV.1&Lang=F
9. Conférence internationale sur les soins de santé primaires [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1978 [consulté le 23 juillet 2020].
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Environmental and social determinants of health. Chapter 4. Finkelman J, Galvao L, Henao S. Environmental health governance in Latin America and The Caribbean [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2016. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51686>
11. Organisation panaméricaine de la Santé. CE72.R27: Pan American Center for Human Ecology and Health [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1974. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/24217>

12. Organisation panaméricaine de la Santé. Inauguration del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud y Reunión del Comité Científico Asesor. 20 junio-4 de julio 1980. Documento interno OPS. Colección Historia de ECO. 1980.
13. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental: la situación en América Latina al comenzar el Decenio y las perspectivas para el futuro. International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: the situation in Latin America on the eve of the decade and the prospects for the future [Internet]. Santiago : CEPAL ; 1983. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/9981>
14. Organisation panaméricaine de la Santé et Organisation mondiale de la Santé. International drinking water supply and sanitation decade. Report on the situation in the region at the end of the decade [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1991 [consulté le 23 juillet 2020]. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6870/9129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa. Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé [Internet]. Genève : OMS ; 1986. Disponible sur : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
16. Organisation des Nations Unies. Rapport de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1987. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/A/42/427>
17. Organisation des Nations Unies. Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1992. Disponible sur : <https://www.un.org/esa/documents/ga/conf151/french/aconf15126-1annex1f.htm>
18. Organisation des Nations Unies. Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1992. Disponible sur : <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/convfr.pdf>
19. Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification [Internet]. <https://www.unccd.int/>
20. Convention des Nations Unies sur la diversité biologique [Internet]. <https://www.cbd.int/>
21. Organisation des Nations Unies. Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Action 21 [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 1992. Disponible sur : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/1992_action_21.pdf
22. First Annual Conference of Ecology and Health. Joint declaration of the Central American Countries from the first annual conference of ecology and health (ECOSAL-I) [Internet]. San Salvador : ECOSAL ; 1992. Disponible sur : <http://65.182.2.246/docum/crid/Septiembre-Octubre2005/CD-2/pdf/spa/doc5313/doc5313-contenido.pdf>
23. Central American Conference on Ecology and Health. ECOSAL II joint statement [Internet]. San José, Costa Rica : ECOSAL ; 1994. Disponible sur : <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Septiembre-Octubre2005/CD-2/pdf/spa/doc5355/doc5355.htm>

24. ECOSAL ; CCAD (1994). Tercera Conferencia Centroamericana sobre Ecología y Salud (ECOSAL III). Managua, Nicaragua.
25. Organisation panaméricaine de la Santé. Rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : Relation des forums intergouvernementaux régionaux avec les organes directeurs de l'OPS [Internet]. CE139/3. Washington, D.C. : OPS ; 2006. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5634/CE139-03-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
26. Organisation panaméricaine de la Santé. Report on the meeting of health and environment ministers of the Americas (HEMA), 26th Pan American Sanitary Conference, CSP26/27, septembre 2002 [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2002. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3712/csp26.r17-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Organisation des Nations Unies. Sommet mondial sur le développement durable, Sommet de Johannesburg, 2002 [Internet]. Disponible sur : <https://www.un.org/french/events/wssd/>
28. Meeting of Ministers of Health and Environment of the Americas (HEMA). Declaration of Mar Del Plata [Internet]. Mar del Plata, Argentina : HEMA ; 2005. Disponible sur : www.oas.org/dsd/Events/english/HEMA/documents/MarDelPlataEng.doc
29. Organisation des Nations Unies. Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants [Internet]. Recueil des Traités, vol. 2256, p.119. New York, ÉUA : ONU ; 2001. Disponible sur : https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=XXVII-15&chapter=27&clang=fr
30. Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international [Internet]. Disponible sur : www.pic.int/
31. Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination [Internet]. Disponible sur : <http://www.basel.int/>
32. Romanelli C, Corvalan C, Cooper HD, Manga L, Maiero M, Campbell-Lendrum D. (2014). Tiré de : Manaus to Maputo: Toward a public health and biodiversity framework. EcoHealth [Internet]. 11: 292-299. Disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10393-014-0959-2>
33. UNEP/REGATTA (2013). Ateliers de Regatta. II Seminario Internacional sobre Cambio Climático y Salud. Disponible sur : www.cambioclimatico-regatta.org/index.php/en/workshops/category/ii-seminario-internacional-sobre-cambio-climatico-y-salud-2
34. Organisation des Nations Unies. Conferences, Meetings and Events [Internet]. Past conferences, meetings and events: Millennium summit of the United Nations. New York, ÉUA : ONU ; 2001. Disponible sur : https://www.un.org/en/events/pastevents/millennium_summit.shtml

35. Organisation panaméricaine de la Santé. Final Report on the Health Related Millennium Development Goals in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34118/9789275118788_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
36. Organisation des Nations Unies. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 2015. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>
37. Organisation des Nations Unies. Résolution adoptée par l'Assemblée générale. L'avenir que nous voulons [Internet]. New York, ÉUA : ONU ; 2012. Disponible sur : https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=F
38. Organisation panaméricaine de la Santé. Regional briefing on implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/sdgs-briefing-on-eng.pdf
39. Organisation panaméricaine de la Santé. Final report on the health-related Millennium Development Goals in the Region of the Americas [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34118/9789275118788_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
40. Padrón M. Informe Final de Misión OPS/OMS 1992-2017. Julio 2017.
41. Organisation panaméricaine de la Santé. Water and Sanitation [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; s/d. Disponible sur : www.paho.org/en/topics/water-and-sanitation
42. Organisation mondiale de la Santé. Water Sanitation and Health. (s/d). Disponible sur : www.who.int/water-sanitation_health/fr/
43. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud: Una propuesta de estrategia regional y un marco de referencia para la formulación de Planes Nacionales de Inversiones en América Latina y el Caribe [Internet]. II Cumbre Iberoamericana de Presidentes. Washington, D.C. : OPS ; 1992. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/20253/CE109_27.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Organisation panaméricaine de la Santé. Temas de Actualidad. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Bol Oficina Sanit Panam [Internet]. 113(4): 349-353. s/l OPS ; 1992. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18125/v113n4p349.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Organisation panaméricaine de la Santé. Temas de Actualidad. El Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para América Latina y el Caribe. Bol Oficina Sanit Panam [Internet]. 120 (6): 538-541. s/l OPS ; 1996. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15459/v120n6p538.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Organisation mondiale de la Santé. Water sanitation and hygiene. UN-Water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/monitoring-and-evidence/wash-systems-monitoring/un-water-global-analysis-and-assessment-of-sanitation-and-drinking-water>
47. Martinez Arce E, Daza D, Tello Espinoza P, Soulier Faure M, Terraza H. Regional evaluation on urban solid waste management in Latin America and the Caribbean: 2010 Report [Internet]. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2010. Disponible sur : <https://publications.iadb.org/en/regional-evaluation-urban-solid-waste-management-latin-america-and-caribbean-2010-report>
48. Organisation panaméricaine de la Santé. Health conditions in the Americas, 1961-1964 [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1966. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28381>
49. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (s/d). Joint Monitoring Programme [Internet]. Disponible sur : <https://washdata.org/>
50. Organisation panaméricaine de la Santé. Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1982. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/25212/88_14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Organisation panaméricaine de la Santé. Possible strategies for the international drinking water and sanitation decade [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1979. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6413/26137.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Organisation panaméricaine de la Santé. International drinking water supply and sanitation decade--regional progress [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1986. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/30375/22_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Organisation panaméricaine de la Santé. International drinking water supply and sanitation decade. Report on the situation in the region at the end of the decade [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1991. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/20148/107_12.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Koo D, Traverso H, Libel M, Drasbek C, Tauxe R, Brandling-Bennett D. El cólera epidémico en América Latina de 1991 a 1993: implicaciones de las definiciones de casos usadas en la vigilancia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet]. 1(2), 1997. Disponible sur : www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v1n2/85-92
55. Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental. 70 Años de AIDIS 1948-2018 [Internet]. s/l : OPS ; 2018. Disponible sur : <https://aidisnet.org/wp-content/uploads/2019/08/LIBRO-AIDIS-2-70-a-a%C3%B1os.pdf>
56. Organisation panaméricaine de la Santé. REPIDISCA: una nueva red de información sobre ingeniería sanitaria para América Latina. Educación médica y salud [Internet]. 15(4): 505-514 (1981). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39444/5796.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

57. GTZ, OPS (2002). Memoria de la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos (1990-2002).
58. Organisation mondiale de la Santé. Environment, climate change and health [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health
59. Organisation panaméricaine de la Santé. Climate change and health [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; s/d. Disponible sur : www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5152:climate-and-environmental-determinants-of-health&Itemid=258&lang=en.
60. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Explore a world of health data [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : www.who.int/data/gho
61. Bryce M. (2014). Informe Final de Misión OPS/OMS. Octubre.
62. Organisation panaméricaine de la Santé. Resultados logrados en relación con las orientaciones estratégicas y programáticas durante el período 1999-2002 [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2003. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/27904/ce132-11-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Organisation panaméricaine de la Santé. Investigación en salud y ambiente [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 1998. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35264/doc409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, Programme des Nations Unies pour l'environnement, Global Environment Facility. Regional program of action and demonstration of sustainable alternative to DDT for malaria vector control in Mexico and Central America. Final report [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2011. Disponible sur : www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/DDT-GEF_Final_Report.pdf
65. Organisation panaméricaine de la Santé, International Atomic Energy Agency. Memorias. Taller para el fortalecimiento de los laboratorios de ambiente y salud de América Latina y El Caribe–RELAC [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2006. Disponible sur : www.paho.org/hq/dmdocuments/2006/laboratorios-relac-taller-lima-2006.pdf
66. CEPIS/Organisation panaméricaine de la Santé. Red Panamericana de Muestreo de la Contaminación del Aire (REDPANAIRES) ; informe final 1967-1980. OPS. Serie Técnica, 23. Washington, D.C. : OPS ; 1982.
67. Organisation panaméricaine de la Santé. Red de Toxicología de América Latina y El Caribe [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; s/d. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8707:2013-red-toxicologia-america-latina-caribe&Itemid=40144&lang=fr
68. Organisation panaméricaine de la Santé. Conheça a REQUILAC - Rede de emergência químicas da América Latina e Caribe. Washington, D.C. : OPS ; s/d.
69. Organisation panaméricaine de la Santé. Memorandum of Understanding for Collaboration between the Pan American Health Organization and the International Network of EcoClubes [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2012. Disponible sur : www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2012-mou-paho-ecoclubes.pdf

70. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action des Caraïbes pour la santé et le changement climatique [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51794/OPSCDE19007_fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y

71. Organisation mondiale de la Santé. UN partnerships and programmes on climate change and health [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : www.who.int/activities/awareness-raising-to-protect-human-health-from-climate-change/partnerships-for-action-on-climate-change-and-health.

72. Organisation mondiale de la Santé. Assemblée mondiale de la Santé. Santé, environnement et changements climatiques – Projet de plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_16-fr.pdf.

73. Agence de santé publique des Caraïbes, Organisation panaméricaine de la Santé, Caribbean Institute for Meteorology and Hydrology. About the Caribbean Health-Climatic Bulletin [Internet]. s/l : CIMH ; s/d. Disponible sur : <https://rcc.cimh.edu.bb/caribbean-health-climatic-bulletin/>.

ANNEXE 3.

RECUEIL D'INDICATEURS

Le présent recueil comprend les spécifications techniques pour les indicateurs du Programme pour les Amériques sur la santé, l'environnement et les changements climatiques 2021-2030, de l'OPS. Le recueil fournit des définitions et des critères de mesure pour tous les indicateurs, afin de faciliter une approche systématique du suivi, de l'évaluation et du rapport sur la mise en œuvre du programme. Ces indicateurs sont liés aux cibles 11.2 et 11.3 du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et aux indicateurs d'impact 26 et 27 ainsi qu'aux indicateurs de résultats 18c, 18d, 18e, 18f, 18g et 18h du résultat 18 du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

Indicateurs d'impact 26 et 27 du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025

CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR D'IMPACT 26 : Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air intérieur et ambiant
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air intérieur et ambiant pour 100 000 habitants</p> <p>Référence 2019 : 13,05 décès pour 100 000 habitants Cible 2025 : 12,40 décès pour 100 000 habitants*</p> <p>* La cible correspond à une réduction de 5 % d'ici à 2025.</p>
But de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure les progrès accomplis en matière de réduction du nombre de décès évitables qui sont attribuables à la pollution de l'air dans les Amériques. Il s'agit d'un indicateur composite, car il mesure les décès causés par l'utilisation de combustibles polluants par les ménages pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage, ainsi que les décès causés par la pollution de l'air ambiant. Les combustibles polluants comprennent le bois, le charbon, les excréments d'animaux, le charbon de bois, les déchets de culture et le kérosène. La pollution de l'air ambiant est le résultat des émissions provenant de l'activité industrielle, des activités des ménages et des véhicules à moteur ; ces émissions contiennent des mélanges complexes de polluants aériens, dont beaucoup sont nocifs pour la santé. De tous ces polluants, les particules fines en suspension ont le plus grand impact sur la santé humaine.</p>

Note technique

La mortalité attribuable aux effets combinés de la pollution de l'air intérieur et ambiant peut être exprimée soit par le nombre de décès, soit par le taux de mortalité. Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès par la population totale (ou, le cas échéant, par un groupe de population spécifique, par exemple les enfants de moins de 5 ans).

Les données probantes fournies par les études épidémiologiques ont montré que l'exposition à la pollution de l'air a un lien, entre autres, avec les maladies importantes suivantes :

- infections respiratoires aiguës du jeune enfant (estimées chez les moins de 5 ans) ;
- accidents vasculaires cérébraux (AVC) de l'adulte (estimés chez les plus de 25 ans) ;
- cardiopathies ischémiques (IHD) de l'adulte (estimées chez les plus de 25 ans) ;
- bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) de l'adulte (estimées chez les plus de 25 ans) ;
- cancers du poumon de l'adulte (estimés chez les plus de 25 ans).

L'indicateur suit la méthodologie utilisée par l'OMS pour estimer la charge de morbidité attribuable à la pollution de l'air. Cette méthodologie bien établie est utilisée pour suivre l'indicateur 3.9.1 des ODD (indicateur de niveau 1).

La première étape du calcul de la mortalité attribuable consiste à combiner a) l'information sur le risque accru (ou relatif) d'une maladie résultant de l'exposition avec b) l'information sur l'étendue de l'exposition dans la population (par ex. la concentration annuelle moyenne de particules à laquelle la population est exposée et la proportion de la population utilisant principalement des combustibles polluants pour cuisiner).

L'étape suivante consiste à calculer la « fraction attribuable à la population » (PAF), ou fraction de la maladie observée dans une population donnée qui peut être attribuée à l'exposition (dans ce cas, à la fois la concentration moyenne annuelle de particules et l'exposition à des combustibles polluants pour la cuisson).

L'application de cette fraction à la charge totale de morbidité (par ex. aux cardiopneumopathies exprimées en nombre de décès) donne le nombre total de décès résultant de l'exposition au facteur de risque envisagé (dans ce cas, la pollution de l'air intérieur et celle de l'air ambiant).

Pour estimer les effets combinés des facteurs de risque, on calcule une fraction attribuable à la population combinée, comme l'expliquent Ezzati et al. (2003).

La mortalité associée à la pollution dans les habitations et à la pollution ambiante a été estimée sur la base du calcul des fractions attribuables à la population combinées, en supposant des expositions distribuées indépendamment et des dangers indépendants, comme décrit par Ezzati et al. (2003).

La fraction attribuable à la population combinée a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$\text{PAF} = 1 - \text{PRODUIT} (1 - \text{PAFi})$$

où PAFi est la PAF des facteurs de risque individuels.

La PAF relative à la pollution de l'air ambiant et la PAF relative à la pollution de l'air intérieur ont été évaluées séparément, sur la base d'une évaluation comparative des risques (Ezzati et al., 2002) et des travaux de groupes d'experts pour l'Étude sur la charge mondiale de morbidité 2010 [*Global Burden of Disease Study 2010*] (Lim et al., 2012 ; Smith et al., 2014).

- Pour l'exposition à la pollution de l'air ambiant, les estimations annuelles moyennes des particules de moins de 2,5 µm de diamètre (PM_{2,5}) ont été modélisées comme décrit par l'OMS (2016) ou dans la méthodologie de l'indicateur 11.6.2 des ODD.
- En ce qui concerne l'exposition à la pollution de l'air intérieur, la proportion de population utilisant principalement des combustibles polluants pour la cuisson a été modélisée (voir l'indicateur 7.1.2 des ODD). Des détails supplémentaires sur ce modèle sont publiés par ailleurs par Bonjour et al. (2013).

Les fonctions intégrées exposition-réponse (IER) développées pour calculer la charge mondiale de morbidité 2010 (Burnett et al., 2014) et mises à jour pour l'étude de la charge de morbidité 2013 (Forouzanfar et al., 2015) ont été utilisées.

	<p>Le pourcentage de la population exposée à un facteur de risque spécifique (ici, la pollution de l'air ambiant, c'est-à-dire les PM2,5) a été fourni par pays et par palier de 1 µg/m³, tandis que les risques relatifs ont été calculés, pour chaque palier de PM2,5, sur la base des IER. La concentration contrefactuelle a été choisie pour se situer entre 5,6 et 8,8 µg/m³, comme décrit ailleurs (Ezzati et al., 2002 ; Lim et al., 2012). Les fractions attribuables aux populations nationales pour les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, la BPCO, l'IHD, les AVC et le cancer du poumon ont été calculées à l'aide de la formule suivante :</p> $PAF = \sum P_i (RR_i - 1) / (\sum P_i (RR_i - 1) + 1)$ <p>où i est le taux de PM2,5 en µg/m³, P_i le pourcentage de population exposée à ce niveau de pollution de l'air ambiant, et RR le risque relatif.</p> <p>Les calculs relatifs à la pollution de l'air intérieur sont similaires et expliqués en détail ailleurs (voir OMS 2014, « Description des méthodes »).</p> <p>Ventilation : les données sont mises à disposition selon le pays, le sexe, la maladie et l'âge.</p> <p>Traitement des valeurs manquantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau national : les pays ne disposant pas de données sont notifiés. • Aux niveaux régional et mondial : les pays ne disposant pas de données ne sont pas déclarés dans les moyennes régionales et mondiales.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Décès pour 100 000 habitants
Fréquence de mesure	La mesure est annuelle ou quinquennale (selon la définition de la fréquence donnée par l'OMS).
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé / Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	<p>Exposition : l'indicateur 7.1.2 des ODD a été utilisé comme indicateur d'exposition à la pollution de l'air intérieur ; une concentration annuelle moyenne de particules inférieures à 2,5 µm a été utilisée comme indicateur d'exposition à la pollution de l'air ambiant ; les données sont modélisées selon les méthodes décrites pour l'indicateur 11.6.2 des ODD.</p> <p>Fonction exposition-réponse : les fonctions intégrées exposition-réponse développées pour calculer la charge mondiale de morbidité 2010 (Burnett et al., 2014) et mises à jour pour l'étude de la charge de morbidité 2013 (Forouzanfar et al., 2015) ont été utilisées.</p> <p>Les données sanitaires sur le nombre total de décès par maladie, par pays, selon le sexe et selon le groupe d'âge, ont été produites par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2014, « Global Health Estimates »).</p>

<p>Limitations</p>	<p>Une approximation des effets combinés des facteurs de risque est possible si l'on peut supposer une indépendance ou une faible corrélation entre les facteurs de risque ayant un impact sur les mêmes maladies (Ezzati et al., 2003). Dans le cas de la pollution de l'air, il existe cependant certaines difficultés à estimer les effets combinés. Il s'agit notamment de la limitation des connaissances sur la répartition de la population exposée tant à la pollution de l'air intérieur qu'à celle de l'air ambiant, sur la corrélation des expositions au niveau individuel (car la pollution de l'air intérieur contribue à la pollution de l'air ambiant) et sur les interactions non linéaires (Lim et al., 2012 ; Smith et al., 2014). Dans plusieurs régions cependant, la pollution de l'air intérieur reste principalement un problème rural, tandis que la pollution de l'air ambiant est principalement un problème urbain. En outre, dans certaines régions du monde, de nombreux pays sont relativement peu touchés par la pollution de l'air intérieur, tandis que la pollution de l'air ambiant constitue une préoccupation majeure. Si l'on suppose une indépendance ou une faible corrélation de ces facteurs de risque, il devient possible de calculer une estimation approximative de l'impact total qui est inférieure à la somme des impacts distincts des deux facteurs de risque.</p> <p>D'autres limites existent également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur n'inclut pas toutes les maladies qui ont été liées à la pollution de l'air. Cela peut avoir un impact sur les estimations de la charge de morbidité. Toutes les mortalités attribuées à la pollution de l'air n'ont pas été prises en compte. • Les données sur la mortalité peuvent ne pas être fiables en raison de données d'enregistrement des décès incomplètes ou inutilisables. • La mise à disposition des mesures sur l'exposition peut être limitée (par ex. en raison de la faible couverture des stations de surveillance de la qualité de l'air). • Les données sur l'exposition et la mortalité peuvent être obsolètes si le pays ne les notifie pas périodiquement. • L'exposition modélisée à l'aide de données de télédétection par satellites peut être moins fiable dans des zones restreintes ou pour des populations limitées. • Les erreurs de mesure peuvent affecter les estimations d'exposition. • L'indicateur ne comprend que les causes de décès qui s'accompagnent d'une quantité suffisante de données probantes cliniques et épidémiologiques relativement à un lien causal avec la pollution de l'air (données dans les mesures statistiques d'association). • Il existe des lacunes dans les connaissances concernant la Région des Amériques (par ex. des différences d'exposition et d'effet à haute altitude, des sites d'exposition non mesurés au niveau du sol, etc.)
---------------------------	---

Références

1. Brauer M, Amann M, Burnett RT, Cohen A, Dentener F, Ezzati M, et al. Exposure assessment for estimation of the global burden of disease attributable to outdoor air pollution. *Environ Sci Technol*. [Internet]. 2012;46(2):652-660. doi: 10.1021/es2025752. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4043337/>
2. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. *Environ Health Perspect* [Internet], 2013;121(7). doi:10.1289/ehp.1205987. Disponible sur : <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/ehp.1205987>
3. Burnett RT, Pope A, Ezzati M, Olives C, Lim SS, Mehta S, et al. An integrated risk function for estimating the global burden of disease attributable to ambient fine particulate matter exposure. *Environ Health Perspect* [Internet], 2014;122(4). Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307049>
4. Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, Lopez A, Mathers C, Murray C. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* [Internet] 2003 ; 362(9380):271-280. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13968-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13968-2/fulltext)
5. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* [Internet] 2002 ; 360(9343):1347-1360. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11403-6. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11403-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11403-6/fulltext)
6. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet] 2015 ; 386(10010): 2287-2323. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00128-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00128-2/fulltext)
7. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet] 2012; 380(9859): 2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736\(12\)61766-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736(12)61766-8/fulltext)
8. Smith KR, Bruce N, Balakrishnan K, Adair-Rohani H, Balmes J, Chafe Z, et al. Millions dead: how do we know and what does it mean? Methods used in the comparative risk assessment of household air pollution. *Annu. Rev Public Health* [Internet] 2014. 35:185-206. Disponible sur : https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-032013-182356?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
9. Organisation mondiale de la Santé. Burden of disease from household air pollution for 2016. Description of method [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://www.who.int/airpollution/data/HAP_BoD_methods_May2018.pdf
10. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Estimates 2016: Life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
11. Organisation mondiale de la Santé. Ambient Air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511353>

	<p>12. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Observatory visualizations. Indicator Metadata Registry. Burden of disease attributable to ambient air pollution [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : https://apps.who.int/gho/data/node_wrapper.imr?x-id=2259</p> <p>13. Organisation mondiale de la Santé. Health statistics and information systems. Metrics: Population attributable fraction (PAF) [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1287</p>
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateur 3.9.1 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13^e PGT

CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	
INDICATEUR D'IMPACT 27 : Taux de mortalité attribué à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène	
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure le nombre de décès attribués à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène pour 100 000 habitants et sur un an.</p> <p>Les maladies attribuables à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène (WASH) comprennent les fractions attribuables à la diarrhée, aux infections intestinales dues à des nématodes et à la malnutrition protéino-énergétique.</p> <p>Référence 2016 : 1,65 décès pour 100 000 habitants* Cible 2025 : 1,32 décès pour 100 000 habitants</p> <p>* Cette référence est calculée à partir des données de 29 pays de la Région.</p>
But de l'indicateur	<p>L'indicateur exprime le nombre de décès dus à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène (en ciblant les services WASH) qui pourraient être évités en améliorant les services et pratiques WASH. Il est basé à la fois sur la fourniture de services WASH dans le pays et sur les résultats sanitaires connexes. Il fournit donc des informations importantes sur les maladies réellement causées par le risque mesuré dans le cadre des cibles 6.1, 6.2 et 6.3 des ODD.</p> <p>La mesure du nombre de décès pouvant être attribués à des contextes pénalisants sur le plan des services et des pratiques WASH appuie les actions préventives en améliorant ces services et ces pratiques.</p>
Note technique	<p>Les décès par diarrhée attribuables sont calculés en combinant d'abord a) des informations sur le risque accru (ou relatif) des maladies résultant de l'exposition et b) des informations sur l'étendue de l'exposition dans la population (dans ce cas, le pourcentage de la population exposée à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène). Cela permet de calculer la fraction attribuable à la population (PAF), ou proportion de maladies observées dans une population donnée que l'on peut attribuer à l'exposition étudiée, ici le manque d'accès à une eau, un assainissement et une hygiène de meilleure qualité. L'application de cette fraction au total des décès dus à une diarrhée permet de déterminer le nombre de décès par diarrhée résultant de services WASH de pauvre qualité. Les décès dus à la malnutrition protéino-énergétique attribuable à des services et des pratiques WASH inadéquats sont estimés en évaluant les impacts d'épisodes répétés de diarrhée infectieuse sur l'état nutritionnel (en particulier le retard de croissance). Tous les décès par infections intestinales dues à des nématodes sont attribués à l'insalubrité de l'eau, à l'absence de système d'assainissement et au manque d'hygiène en raison de la voie de transmission des nématodes.</p> <p>Numérateur : nombre de décès dus à des services et des pratiques WASH insuffisants sur une année. Dénominateur : population</p> <p>Le calcul est exprimé en taux pour 100 000 habitants.</p>

	<p>Des méthodes conformes aux normes internationales convenues ont été élaborées, examinées et publiées dans divers documents, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation mondiale de la Santé. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: Exposures and impacts in low- and middle-income countries [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/150112 • Prüss-Ustün A, Bartram J, Clasen T, Colford J, Cumming O, Curtis V, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. Trop Med Int Health [Internet] 2014. 19(8):894-905. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255749/
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Nombre annuel de décès sur un an pour 100 000 habitants
Fréquence de mesure	Non disponible
Unité du BSP responsable de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé, Unité de l'analyse, des mesures et des données sanitaires probantes (EIH/HA) • Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé / Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	<p>Les données sont compilées principalement à partir de bases de données nationales et autres bases de données. Afin d'optimiser les données pour obtenir des estimations fiables, pour réduire les données recueillies en double lors de la collecte et éviter d'imposer aux pays une charge supplémentaire en matière de notification des données, des données complémentaires provenant de diverses bases de données sont également utilisées.</p> <p>Les principaux fournisseurs de données sont les bureaux nationaux de statistiques, divers ministères et les bases de données qui fournissent l'enregistrement de l'état civil avec une couverture complète et une certification médicale de la cause du décès.</p> <p>L'OMS mène un processus officiel de consultation nationale avant de publier ses estimations sur les causes de décès.</p>
Limitations	Des données sont mises à disposition pour pratiquement tous les pays. Pour certains pays cependant, les données nationales sont incomplètes et les statistiques sont fournies par des organismes internationaux. Dans ces cas, les données ont été interpolées/extrapolées, ajustées et complétées par d'autres données et des modèles de causes de décès.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation des Nations Unies. SDG Indicators Metadata Repository. Metadata for SDG Target 3.9 [Internet]. New York : ONU ; s/d. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=3&Target=3.9%202 2. Organisation mondiale de la Santé. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012 [Internet]. Genève : OMS ; 2014 (Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7). Disponible sur : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateur 3.9.2 des ODD • Cible 11.3 du PASDA 2030 • Cadre d'impact du 13^e PGT

Indicateurs de résultats 18c, 18d, 18e, 18f, 18g et 18h du résultat 18 du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.C : Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre.
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure la proportion de la population qui utilise une source d'eau potable améliorée (eau courante dans les habitations, les cours ou les parcelles, robinets ou bornes-fontaines publics, forages ou puits tubulaires, puits creusés protégés ou sources et eaux de pluie protégées) qui est située sur place et disponible lorsqu'elle en a besoin, et qui ne contient aucune contamination chimique prioritaire et fécale.</p> <p>Niveau de référence 2019 : 57,5 % dans 8 pays et territoires Cible 2025 : 75 %</p>
But de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur l'indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement « proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée ». Le terme « source améliorée » a été utilisé comme indicateur indirect de l'eau potable en raison du manque de données sur la qualité de l'eau potable. L'indicateur du Plan stratégique intègre également des aspects de qualité (« sûre », « non contaminée »), d'accessibilité (« sur place ») et de disponibilité (« disponible lorsqu'elle en a besoin ») pour mieux répondre aux critères normatifs du droit à l'eau.</p> <p>Grâce à l'analyse de tous ces aspects, les responsables et les décideurs peuvent décider des priorités de leurs interventions : par exemple, le traitement pour améliorer la qualité, l'expansion des réseaux de distribution pour améliorer l'accessibilité, ou la réhabilitation du réseau de distribution existant pour améliorer la disponibilité et préserver la qualité. La désagrégation des données par critères géographiques et par niveaux socio-économiques permet d'identifier les segments de la population qui accusent un retard dans l'accès à des sources améliorées.</p>
Note technique	<p>Selon le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP), pour atteindre le seuil d'un service « géré de manière sûre », la source améliorée doit remplir trois conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accessibilité : la source doit être située sur place (dans un logement, une cour ou une parcelle) ; • disponibilité : l'eau devra être disponible lorsqu'on en a besoin ; • qualité : l'eau fournie ne doit contenir aucune contamination chimique prioritaire et fécale. <p>Ces critères sont définis comme suit dans le document méthodologique du JMP.</p> <p><i>Accessibilité</i> : l'eau potable se trouve sur place ou le temps de collecte depuis une autre source ne dépasse pas 30 minutes.</p> <p><i>Disponibilité</i> : l'eau est « disponible en permanence et en quantité suffisante pour répondre aux besoins pour la consommation et l'hygiène personnelle, ainsi qu'à d'autres usages personnels et domestiques, telles que la cuisine et la préparation des aliments, la vaisselle et la lessive. L'approvisionnement doit être suffisamment continu pour permettre la collecte de quantités suffisantes pour satisfaire tous les besoins, sans compromettre la qualité de l'eau. » La « disponibilité de l'eau lorsqu'on en a besoin » est complexe et dépend de la quantité d'eau nécessaire, de la quantité d'eau disponible, de la continuité et de la fiabilité des approvisionnements, et de la capacité de stockage à domicile.</p>

	<p>Lorsqu'elles sont disponibles, le JMP utilise des données provenant de sources basées sur la population et un éventail de questions qui ont été incluses dans les enquêtes nationales auprès des ménages à ce jour. Dans les cas où les ménages interrogés déclarent avoir accès à suffisamment d'eau quand ils en ont besoin ou avoir de l'eau disponible au moins 50 % du temps (c'est-à-dire au moins 12 heures par jour ou quatre jours par semaine), le JMP les classe comme ayant des services d'eau potable qui sont disponibles lorsque la population en a besoin. En l'absence de données provenant de sources basées sur la population, des données provenant de sources administratives ont également été utilisées. Les systèmes d'eau par canalisation qui fournissent de l'eau pendant au moins 12 heures par jour ou quatre jours par semaine sont classés par le JMP comme « disponibles lorsque la population en a besoin », bien qu'il soit reconnu que cela peut ne pas être suffisant pour réaliser pleinement ce droit de l'homme.</p> <p>Qualité : pour que l'eau potable soit considérée comme sûre, elle doit être exempte d'agents pathogènes et de concentrations élevées de substances nocives en tout temps. Aux fins du suivi mondial, la norme microbiologique appliquée est qu'aucun E. coli ne doit être détecté dans un échantillon de 100 ml. La numération des coliformes thermotolérants est un autre indicateur fécal couramment utilisé et est considérée comme une alternative acceptable de l'E. coli. Les données sur le respect des normes relatives au chlore résiduel, bien que précieuses pour le suivi opérationnel et la surveillance, ne sont pas considérées par le JMP comme démontrant le respect des normes microbiologiques. Au niveau mondial, les contaminants chimiques prioritaires sont l'arsenic et le fluorure. Le JMP recueille des données sur la conformité aux normes nationales pertinentes et, dans la mesure du possible, utilise le respect des valeurs des lignes directrices de l'OMS (10 µg/L et 1,5 mg/L, respectivement).</p> <p>Numérateur : population utilisant une source d'eau potable améliorée (eau acheminée par canalisation dans les habitations, les cours ou les parcelles, robinets ou bornes-fontaines publics, forages ou puits tubulaires, puits creusés protégés, ou sources et eaux de pluie protégées) qui est située sur place et disponible lorsqu'on en a besoin, et qui ne contient aucune contamination chimique prioritaire et fécale.</p> <p>Dénominateur : population totale du pays sur la base des estimations annuelles officielles.</p>
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels du JMP disponibles sur https://washdata.org/ .
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Les données sur la disponibilité et l'accessibilité de l'eau potable sont de plus en plus disponibles grâce à une combinaison d'enquêtes auprès des ménages et de sources administratives, y compris les organismes de réglementation, mais les définitions doivent encore être normalisées. • Les données sur la qualité (contamination fécale et chimique), tirées des enquêtes auprès des ménages et des bases de données réglementaires, ne couvriront pas immédiatement tous les pays et devront être élaborées.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. United Nations Water. Indicators [Internet]. New York : ONU ; s/d. Disponible sur : http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines, mars 2018. Disponible sur : https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for Drinking-water Quality, 4th edition, incorporating the 1st addendum [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/publications/item/9789241549950 Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateur 6.1.1 des ODD • Cible 11.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.5.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13^e PGT
--------------	--

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.D : Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec du savon et de l'eau.
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure la proportion de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées au niveau du ménage, une installation qui n'est pas partagée avec d'autres ménages et où les excréments sont éliminés de manière sûre in situ ou transportés et traités en dehors, et qui comprend une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon là où habite le ménage.</p> <p>Des installations sanitaires améliorées comprennent des toilettes à chasse d'eau automatique ou manuelle qui se déversent dans les égouts, des fosses septiques ou des latrines à fosse, des latrines à fosse améliorées (latrines à dalle ou à fosse ventilée) et des toilettes à compostage. Une installation de lavage des mains est un dispositif destiné à contenir, transporter ou réguler le débit d'eau pour faciliter le lavage des mains.</p> <p>Niveau de référence 2019 : 38 % dans 11 pays et territoires Cible 2025 : 50 %</p>
But de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur l'indicateur Objectifs du Millénaire pour le développement « proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées » et intègre les aspects d'accessibilité (au niveau du ménage), d'acceptabilité et de sécurité (non partagée avec d'autres ménages) pour mieux répondre aux critères normatifs du droit à l'eau. Pour assurer la santé publique au-delà du niveau des ménages, cet indicateur intègre la gestion sûre des déchets fécaux tout au long de la chaîne d'assainissement, du confinement au traitement final et à l'élimination, et sert ainsi d'indicateur polyvalent contribuant à l'indicateur 6.3.1 sur le traitement des eaux usées des ODD.</p> <p>Le lavage des mains au savon est largement reconnu comme étant la première priorité en matière d'hygiène pour améliorer les résultats de la santé, et la présence d'installations de lavage des mains avec du savon et de l'eau disponible est utilisée comme indicateur indirect du comportement de lavage des mains. Cet indicateur est inclus en tant qu'élément standard dans de nombreuses enquêtes auprès des ménages et est enregistré au moyen de l'observation des équipes de terrain plutôt que par l'auto-déclaration des personnes répondant à l'enquête.</p> <p>En incorporant l'analyse de tous ces aspects, l'indicateur 6.2.1 des ODD attire l'attention des décideurs et des responsables sur les domaines qui nécessitent davantage d'investissements pour obtenir des résultats en termes de santé, d'égalité des genres et d'environnement. La désagrégation des données par critères géographiques et par niveaux socio-économiques permet d'identifier les segments de la population qui accusent un retard dans l'accès à des services d'assainissement sûrs.</p>

Note technique

La définition de l'indicateur « services d'assainissement gérés de manière sûre » s'appuie sur le concept de diagramme des flux d'excréments, dans lequel les déchets fécaux provenant de différents types d'installations d'assainissement sont suivis tout au long des étapes du confinement, de la vidange, du transport, du traitement, de la réutilisation ou de l'élimination finale. Le document méthodologique du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP) décrit ces étapes comme suit :

Confinement : les installations sanitaires que les populations utilisent séparent de manière sûre les excréments des contacts humains au niveau des ménages et des communautés. Dans les cas où il existe des données sur la proportion de personnes utilisant des systèmes d'assainissement améliorés sans confinement efficace des déchets fécaux (par exemple, conduites d'égout, latrines ou fosses septiques qui fuient dans l'environnement), le JMP ajuste en conséquence les estimations de l'assainissement géré de manière sûre.

Vidange des installations de stockage sur place : le JMP recherche des données sur la proportion de personnes utilisant des installations de stockage d'assainissement sur place (fosses septiques ou latrines) qui ont déjà été vidées. Ces données peuvent provenir soit de sources de données basées sur la population, telles que des enquêtes auprès des ménages, soit de registres administratifs. Des informations sur le temps écoulé depuis la dernière vidange, la façon dont les excréments ont été vidés ou l'utilisation d'équipements de protection pour prévenir l'exposition professionnelle pendant la vidange peuvent être recueillies à partir de ces ensembles de données, mais elles n'ont pas été utilisées pour calculer les estimations.

Traitement et élimination des excréments provenant des installations de stockage sur place : il s'agit de la proportion d'excréments vidés des installations de stockage sur place (fosses septiques ou latrines) qui sont soit enfouis sur place, soit transportés, habituellement par chariot, camion ou camion-citerne, vers des installations de traitement (quel que soit le type d'installations de traitement), soit rejetés dans les réseaux d'égouts. Certaines enquêtes auprès des ménages et sources administratives recueillent des informations sur la fréquence et la méthode de vidange des systèmes d'assainissement sur place et sur la question de savoir si les excréments sont acheminés vers des centres de traitement ou rejetés dans des conditions dangereuses. Les excréments des installations d'assainissement sur place peuvent être transportés vers des stations de traitement des eaux usées ou vers des stations de traitement des boues fécales spécialement conçues à cet effet. Les excréments acheminés vers des stations de traitement des eaux usées assurant au moins un traitement secondaire sont classés comme étant gérés de manière sûre. Les excréments acheminés dans des usines de traitement des boues fécales sont classés comme étant gérés de manière sûre si les fractions liquides et solides sont toutes deux traitées.

Eaux usées transportées jusqu'au centre de traitement : il s'agit de la proportion d'excréments rejetés dans les systèmes d'égouts qui sont transportés avec les eaux usées jusqu'aux stations de traitement (quel que soit le type de station de traitement). Les eaux usées peuvent ne pas être transportées jusqu'au point de traitement en raison d'exfiltration, d'une défaillance de la pompe, de ruptures ou de blocages dans le réseau d'égout, ou elles peuvent se déverser directement dans des drains ouverts, des plans d'eau ou sur le sol. Les données sur la proportion d'eaux usées perdues au cours du transport sont rares.

Eaux usées traitées : il s'agit de la proportion d'eaux usées arrivant aux stations de traitement des eaux usées qui font l'objet d'au moins un traitement secondaire (biologique). Les eaux usées qui font l'objet d'un traitement primaire ne sont pas considérées comme étant gérées de manière sûre à moins que les effluents ne soit rejetés d'une manière qui empêche tout contact humain par la suite (p. ex. par un long collecteur en mer). Si des données sont disponibles pour les classes conventionnelles (primaire, secondaire, tertiaire, avancé) ainsi que pour les catégories ambiguës (p. ex., « autres »), les catégories ambiguës ne sont généralement pas considérées comme étant gérées de façon sûre. Lorsque les seules informations disponibles sur le traitement sont ambiguës (par exemple, « traitées »), le JMP assume au moins le traitement secondaire mais demande des éclaircissements lors des consultations avec les pays

	<p>Numérateur : population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon.</p> <p>Dénominateur : population totale du pays sur la base des estimations annuelles officielles.</p>
Type d'indicateur	Relatif
Unités de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Maladies transmissibles et déterminants environnementaux de la santé/Changement climatique et Déterminants environnementaux de la santé
Source de données	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels du JMP disponibles sur https://washdata.org/
Limitations	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels du JMP disponibles sur https://washdata.org/
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. United Nations Water. Indicators [Internet]. New York : ONU ; s/d. Disponible sur : https://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. JMP methodology 2017 update and SDG baselines, mars 2018 [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on sanitation and health [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • ODS, indicateur 6.2.1 • ASSA2030, cible 11.3 • PE14-19, indicateur du résultat intermédiaire 3.5.2 (adapté) • 13° PGT, structure d'impact

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.E : Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres.
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur mesure la proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres. Il est calculé en divisant le nombre de personnes utilisant des combustibles et des technologies propres pour la cuisson, le chauffage et l'éclairage par la population totale déclarant toute cuisson, tout chauffage ou éclairage, exprimé en pourcentage. Le terme « propre » est défini par les cibles de taux d'émission et les recommandations spécifiques relatives aux combustibles (c.-à-d. par opposition au charbon non traité et au kérosène) incluses dans les <i>Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air intérieur</i> : <i>Combustion de combustibles domestiques</i>.</p> <p>Niveau de référence 2019 : 87 %*</p> <p>Cible 2025 : 89 %</p> <p>* Il prend en compte les 23 pays suivants : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du).</p>

<p>But de l'indicateur</p>	<p>La pollution de l'air dans les habitations est l'une des principales causes de maladies et de décès prématurés dans les pays en développement (voir la base de données de l'OMS sur l'énergie domestique) et constitue un risque sanitaire évitable. Dans les Amériques, l'OMS estime qu'environ 82 000 décès sont survenus en 2016 dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en raison de la cuisson, du chauffage et de l'éclairage utilisant des combustibles et des technologies polluants (OMS, 2018). Les problèmes de santé liés à la pollution de l'air dans les habitations par les combustibles solides comprennent les infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les enfants de moins de 5 ans et les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le cancer du poumon chez les adultes (Lim et al., 2012). Les Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air intérieur : <i>Combustion des combustibles domestiques</i> (2014) mettent en garde contre les risques liés à l'utilisation de combustibles solides et de kérosène et fixent des objectifs pour réduire les émissions de polluants nocifs provenant des feux ouverts, des poêles et de l'éclairage à usage domestique.</p> <p>Le faible accès à l'énergie propre est concentré dans les populations marginalisées. Cela montre la nécessité de concevoir des interventions de politiques susceptibles de réduire l'exposition aux polluants domestiques, en tenant compte de leurs effets sur la santé et de leur contribution aux inégalités en matière de santé. Accélérer la transition vers l'énergie propre pour tous est une intervention de santé publique urgente et nécessaire dans la Région des Amériques, et le secteur de la santé doit être impliqué dans la recherche de solutions qui donnent les meilleurs résultats.</p> <p>Le renforcement de la capacité des États membres de l'OMS à lutter contre la pollution de l'air dans les habitations va de pair avec la feuille de route de l'OMS et de l'OPS approuvée par la 69e Assemblée mondiale de la Santé. L'OMS est l'organisme dépositaire qui supervise le suivi mondial de l'ODD 7, indicateur cible 7.1.2 : « Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres ». L'ODD 3 inclut également l'indicateur 3.9.1, « Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant ». L'OPS s'est engagée à contribuer aux efforts mondiaux pour atteindre ces objectifs.</p> <p>De plus, la réduction de l'utilisation de combustibles et de technologies polluants pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage des ménages contribue à réduire les émissions de carbone noir, un polluant qui contribue au changement climatique. Cela présente donc des avantages à la fois pour la santé et pour l'environnement, et ces avantages comprennent la contribution à la réalisation de l'ODD 13 et à la mise en œuvre de l'Accord de Paris sur les changements climatiques.</p>
-----------------------------------	--

Note technique

L'indicateur est calculé à partir des données d'enquêtes auprès des ménages compilées par l'OMS. Les informations sur l'utilisation du combustible de cuisson et les pratiques de cuisson proviennent d'environ 800 enquêtes et recensements représentatifs à l'échelle nationale. Les sources comprennent les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les Enquêtes sur la mesure des niveaux de vie (LSMS), les Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS), l'Enquête sur la santé dans le monde (WHS) et d'autres enquêtes élaborées et mises en œuvre au niveau national.

Les estimations de l'énergie pour la cuisson primaire pour la population totale, urbaine et rurale, pour une année donnée, sont obtenues séparément à l'aide d'un modèle à plusieurs niveaux. Le modèle ne tient compte que des régions, des pays et du temps en tant que fonction Spline, et les estimations sont limitées à des valeurs allant de zéro à un. Plus de détails sur le modèle sont publiés par ailleurs (Bonjour et al. 2013).

Les estimations pour les pays pour lesquels aucune enquête n'est disponible sont obtenues comme suit :

- Lorsque les données d'enquête ne sont pas disponibles pour un pays, la moyenne régionale pondérée en fonction de la population est utilisée pour obtenir des estimations globales au niveau régional ou mondial, mais aucune estimation ponctuelle n'est donnée pour ce pays.
- Les pays classés dans la catégorie des pays à revenu élevé, avec un revenu national brut de plus de US\$ 12 746 par habitant, sont supposés avoir effectué une transition complète vers l'utilisation de combustibles et de technologies propres comme principale source d'énergie domestique pour la cuisine. Pour ces pays, la dépendance primaire déclarée à l'égard des combustibles et des technologies polluants (non propres) est inférieure à 5 % et est considérée comme nulle aux fins des estimations régionales et mondiales.
- Pour estimer la fraction de la population qui dépend des combustibles et des technologies propres pour le chauffage et l'éclairage, la même méthodologie s'appliquera, en utilisant les données d'enquêtes pour obtenir des estimations par pays pour une année donnée, avec les mêmes hypothèses que ci-dessus.
- Il est possible de ventiler les données sur l'accès aux combustibles et aux technologies propres pour la cuisson des aliments par lieu de résidence rural ou urbain pour tous les pays.
- Des données ventilées par sexe pour le principal utilisateur d'énergie pour la cuisson des aliments (c'est-à-dire le cuisinier) seront disponibles avec les améliorations attendues dans les enquêtes auprès des ménages.
- Des données ventilées par sexe pour le chef de ménage sont disponibles pour la cuisine, l'éclairage et le chauffage.

Au niveau des pays :

- Il n'y a pas de rapports pour les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire pour lesquels il n'existe pas de données.
- On suppose que les pays à revenu élevé qui ne disposent pas de données sont passés à des combustibles et des technologies propres et que, par conséquent, plus de 95 % de leur population utilise des combustibles et des technologies propres.

	<p>Aux niveaux régional et mondial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne disposant pas de données, des moyennes régionales pondérées en fonction de la population sont utilisées pour calculer les estimations régionales et mondiales. • On suppose que les pays à revenu élevé qui ne disposent pas de données sont passés à des combustibles et des technologies propres et que, par conséquent, plus de 95 % de leur population utilise des combustibles et des technologies propres.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	<p>Dans la plupart des pays, des données sur les combustibles et les technologies domestiques primaires, en particulier pour la cuisson, sont systématiquement collectées au niveau national, à l'aide de recensements et d'enquêtes. Les enquêtes auprès des ménages utilisées comprennent les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), appuyées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), les Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS), appuyées par l'UNICEF, les Enquêtes sanitaires mondiales, appuyées par l'OMS, et d'autres enquêtes nationales fiables et représentatives à l'échelle nationale.</p> <p>L'Organisation mondiale de la Santé a compilé une base de données de statistiques sur l'accès à des combustibles et à des technologies propres et polluants, tirées de l'ensemble des enquêtes mondiales auprès des ménages sur la cuisson, le chauffage et l'éclairage. La base de données de l'OMS sur l'énergie domestique est mise à jour régulièrement et accessible publiquement. Pour l'énergie destinée à la cuisson, la base de données couvre 157 pays et un territoire pour la période 1970-2015, pour l'éclairage, 76 pays pour la période 1963-2014, et pour le chauffage, 16 pays pour la période 1986-2012.</p> <p>L'OMS travaille actuellement avec des organismes nationaux d'enquête, des bureaux nationaux de statistiques, des chercheurs et d'autres parties prenantes pour améliorer les instruments d'enquête polyvalents auprès des ménages afin qu'ils recueillent des données sur les combustibles et les technologies utilisés pour le chauffage et l'éclairage. La proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres est estimée par l'OMS tous les deux ans.</p>

<p>Limitations</p>	<p>Premièrement, les autorités nationales de l'énergie sont généralement chargées d'améliorer l'accès aux services énergétiques, y compris les combustibles et les technologies propres pour l'éclairage, la cuisson et le chauffage. Les autorités sanitaires nationales peuvent ne pas être impliquées dans le processus de prise de décisions concernant les solutions mises en œuvre. Cet indicateur peut ne refléter que la capacité du pays à améliorer l'accès à l'énergie propre ; il ne mesure pas nécessairement le rôle du secteur de la santé du pays dans la promotion de solutions énergétiques propres, comme pour la cuisson des aliments, en tant qu'intervention majeure de santé publique. Il peut refléter les efforts de l'OMS pour inclure cet indicateur en tant qu'indicateur des ODD liés à la santé (l'OMS est l'organisme dépositaire de l'indicateur 7.1.2 des ODD, qui est nécessaire pour estimer l'indicateur 3.9.1 des ODD).</p> <p>Deuxièmement, il peut y avoir des écarts entre les chiffres déclarés à l'échelle internationale et les chiffres déclarés à l'échelle nationale, pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des estimations modélisées peuvent être utilisées dans certains cas et des points de données d'enquête dans d'autres. • Différents calculs peuvent utiliser des définitions différentes des combustibles « polluants » (ou auparavant, « solides ») (bois seulement, ou bois et toute autre biomasse, par exemple, résidus de fumier ; kérosène inclus ou non comme combustible polluant). • Les calculs peuvent utiliser différentes estimations de la population totale. • Les estimations peuvent être exprimées en pourcentage de la population utilisant des combustibles polluants (ou solides) aux termes de l'indicateur de l'ODD 7, ou en pourcentage des ménages utilisant des combustibles polluants (ou solides) comme évalué dans des enquêtes telles que les enquêtes EDS ou MICS. • Les valeurs supérieures à 95 % d'utilisation de combustibles polluants sont déclarées comme étant >95 % et les valeurs inférieures à 5 % sont déclarées comme étant <5 %.
<p>Références</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> [Internet] 2012. 380(9859): 2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8. 8. Disponible sur : https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736(12)61766-8/fulltext 2. Organisation des Nations Unies. Objectifs de développement durables des Nations Unies 2015-2030. Indicateurs ODD. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organisation mondiale de la Santé. Health and the environment: draft road map for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution: report by the Secretariat [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/handle/10665/252673 4. Organisation mondiale de la Santé. WHO Household Energy Database [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution/who-household-energy-db 5. Organisation mondiale de la Santé. WHO Guidelines for Indoor Air Quality [Internet]. Household Fuel Combustion. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789241548885 6. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. <i>Environ Health Perspect</i> [Internet] 2013. 121(7). doi:10.1289/ehp.1205987. 3. Disponible sur : https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/ehp.1205987

Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs 3.9.1 et 7.1.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13^e PGT
--------------	---

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.F : Nombre de villes de ≥500 000 habitants (ou au moins la plus grande ville du pays) dans chaque pays et territoire qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour la moyenne annuelle des particules fines (PM _{2,5}) ou progressent sur le plan de leur mise en œuvre).
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur compte le nombre de grandes villes de la Région qui se conforment aux directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour les particules fines, ou qui progressent dans ce sens. La concentration annuelle moyenne de particules fines en suspension de moins de 2,5 microns de diamètre (PM_{2,5}) est une mesure courante de la pollution atmosphérique et un bon indicateur de la qualité de l'air. Les PM_{2,5} peuvent également être estimées à partir des mesures effectuées pour les PM₁₀. La moyenne annuelle est une moyenne pondérée en fonction de la zone pour la qualité de l'air urbain basée sur des mesures quotidiennes dans un ou plusieurs sites de suivi ou des estimations de modélisation, et est exprimée en microgrammes par mètre cube (µg/m³).</p> <p>Niveau de référence 2019 : à déterminer sur la base d'un calcul pour 45 villes.*</p> <p>Cible 2025 : une réduction de 20 % de la concentration annuelle moyenne de PM_{2,5} par rapport à 2019, dans au moins 35 des 45 villes.</p> <p>* Le niveau de référence pour la concentration annuelle moyenne des particules fines en suspension de moins de 2,5 microns de diamètre (PM_{2,5}) sera calculé pour les villes suivantes de la Région qui mesurent les PM_{2,5} ou PM₁₀ en 2019 : Argentine (Buenos Aires, Córdoba, Rosario), Bolivie (État plurinational de) (Cochabamba, La Paz, Santa Cruz), Brésil (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador de Bahia), Chili (Santiago), Colombie (Barranquilla, Bogotá, Cali, Manizales, Medellín), Costa Rica (San José), Cuba (La Havane), Équateur (Guayaquil, Quito), El Salvador (San Salvador), Guatemala (Guatemala), Honduras (San Pedro Sula, Tegucigalpa), Mexique (Mexico, Guadalajara, Juárez, León, Monterrey, Tijuana), Panama (ville de Panama), Pérou (Lima-Callao), République dominicaine (Saint-Domingue), Uruguay (Montevideo) et Venezuela (République bolivarienne du) (Caracas).</p>

<p>But de l'indicateur</p>	<p>Cet indicateur reflète les efforts déployés par la Région pour atteindre la cible 11.6 des ODD : « D'ici à 2030, réduire l'impact environnemental négatif des villes par habitant, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air et à la gestion, notamment municipale, des déchets ».</p> <p>Il est également nécessaire d'estimer le niveau annuel moyen du pays, pondéré par la superficie et la répartition de la population, qui sera utilisé pour mesurer l'indicateur 3.9.1 des ODD, « Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant. »</p> <p>Avec l'adoption par l'Organisation des Nations Unies du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en 2015 et l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé de la Feuille de route sur la pollution atmosphérique en 2016, la Région des Amériques a témoigné de son engagement à réduire l'impact négatif de la pollution atmosphérique sur la santé. Pour respecter ces engagements, l'un des principaux défis consistera à renforcer les interventions régionales, nationales et locales en incluant la santé dans la gestion de la qualité de l'air.</p> <p>Il s'agit notamment d'élargir et d'assurer l'accessibilité des informations et des données probantes régionales sur les effets de la pollution atmosphérique sur la santé, ainsi que sur l'efficacité des politiques et des interventions visant à remédier à ces effets, de renforcer les efforts régionaux pour le suivi et les rapports sur les tendances associées à l'exposition humaine à la pollution atmosphérique, en particulier aux PM_{2,5} et PM₁₀, d'associer les acteurs de la santé à une action coordonnée avec les parties prenantes concernées pour permettre une réponse appropriée en vue de réduire les effets nocifs sur la santé de la pollution atmosphérique dans les Amériques tout en favorisant les synergies et de renforcer la capacité des secteurs responsables.</p> <p>La Région des Amériques est fortement urbanisée. Souligner la nécessité de contrôler la qualité de l'air dans les grandes villes en tant qu'objectif de santé publique liera directement l'indicateur aux mesures nécessaires pour réduire l'exposition à la pollution atmosphérique et contribuera au suivi des progrès réalisés dans ce sens. Le fait d'exprimer l'indicateur en termes de Directives de l'OMS sur la qualité de l'air et non comme un paramètre spécifique permet d'éventuels changements des Directives de l'OMS au cours de la période pendant laquelle l'indicateur sera utilisé.</p>
-----------------------------------	--

Note technique	<p>Calcul au niveau régional :</p> <p>Cet indicateur compte le nombre de villes de 500 000 habitants ou plus qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour ce qui est de la moyenne annuelle des particules fines (PM2,5) ou qui font des progrès en ce sens. Si un pays ou un territoire n'a pas de villes de 500 000 habitants ou plus, l'indicateur évaluera la situation de la plus grande ville ou de la capitale.</p> <p>Calcul au niveau des pays :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthode de calcul : la concentration moyenne annuelle de PM2,5 en milieu urbain est estimée à l'aide de stations de surveillance de la qualité de l'air au niveau du sol, à l'aide d'une modélisation améliorée qui intègre les données de télédétection par satellite, les estimations démographiques, la topographie et les mesures au sol (OMS 2016 ; Shaddick et al. 2016). • Désagrégation : lorsqu'il n'est pas estimé au niveau du sol, l'indicateur est disponible sur une grille de 0,1° x 0,1° pour le monde sur la Plate-forme mondiale de l'OMS sur la qualité de l'air et la santé. • Traitement des valeurs manquantes au niveau des pays : les valeurs manquantes sont laissées en blanc. • Sources des écarts : les différences entre les chiffres mondiaux et nationaux s'expliquent par l'utilisation des estimations modélisées par rapport aux concentrations moyennes annuelles obtenues à partir de mesures au sol. • Méthodes et orientations à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national : les pays qui disposent de réseaux de suivi de la qualité de l'air dans les zones urbaines peuvent utiliser les concentrations moyennes annuelles mesurées au sol et le nombre correspondant d'habitants pour calculer l'exposition pondérée par la population aux particules dans les villes. • Assurance de la qualité : les données utilisées dans le modèle sont des données officielles ou publiées sur la qualité de l'air ou d'autres sujets pertinents. Les estimations modélisées sont soigneusement vérifiées par recoupement et comparées aux mesures officielles au sol. • Processus de consultation/validation des ajustements et des estimations avec les pays : les données utilisées, les méthodes et les estimations finales sont partagées avec les pays avant d'être publiées par les voies de communication officielles de l'OMS avec les États membres de l'OMS.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de villes
Fréquence de mesure	Annuelle ou semestrielle (selon la fréquence à laquelle l'information est communiquée et mise à disposition dans la base de données mondiale sur la qualité de l'air ambiant de l'OMS).
Unité du BSP	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	En Amérique latine et dans les Caraïbes, seules 37 villes de 500 000 habitants ou plus sur 100 ont fait l'objet de mesures de la pollution atmosphérique ces dernières années (Riojas et al. 2016). Par conséquent, les sources de données comprendront les mesures au sol des réseaux de suivi, mais aussi la télédétection par satellite, les estimations de la population, la topographie, les informations sur les réseaux locaux de suivi et les mesures des facteurs spécifiques contribuant à la pollution atmosphérique. Le processus de collecte des données pour les mesures au sol comprend des rapports officiels des pays et des recherches sur le Web. Les mesures des PM10 et des PM2,5 proviennent de rapports nationaux et infranationaux officiels et de sites Web ou sont communiquées par des réseaux régionaux ou par des agences des Nations Unies, des agences de développement, des articles de revues évalués par des pairs et des mesures au sol compilées dans le cadre de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité.

Limitations	Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet d'un suivi par tous les pays. Les données proviennent des systèmes de suivi des pays et de la modélisation de l'OMS, ce qui peut limiter la fréquence à laquelle l'indicateur peut être mesuré.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shaddick G, Thomas M, Jobling A, Brauer M, von Donkelaar A, Burnett R et al. Data integration model for air quality: a hierarchical approach to the global estimation of exposures to ambient air pollution. Royal Statistical Society [Internet] 2016. arXiv: 1609.0014. Disponible sur : https://arxiv.org/abs/1609.00141 2. Organisation des Nations Unies. SDG Indicators. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York : ONU ; 2017. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organisation mondiale de la Santé. Health and the environment: draft road map for an enhanced global response to the adverse health effects of air pollution: report by the Secretariat [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/handle/10665/252673 4. Organisation mondiale de la Santé. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. 2016. Disponible sur : https://www.who.int/publications/item/9789241511353 5. Organisation mondiale de la Santé. WHO Global Ambient Air Quality Database [Internet]. Genève : OMS ; s/d. Disponible sur : https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ambient-air-pollution 6. Riojas-Rodríguez, H; Soares da Silva A; Texcalac-Sangrador JL; Moreno-Banda GL. Air pollution management and control in Latin America and the Caribbean: Implications for climate change. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2016. 40(3):150-159. Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27991972/
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs 3.9.1 et 11.6.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13^e PGT

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.G : Nombre de pays et territoires ayant la capacité de considérer la santé dans le domaine de la sécurité chimique (y compris l'exposition des êtres humains aux métaux ou aux pesticides).
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui élaborent des politiques et mettent en œuvre des programmes pour considérer la santé dans le domaine de la sécurité chimique, y compris la formation du personnel du secteur de la santé, les services de santé et la surveillance et la promotion de la santé, en ciblant les personnes exposées, en particulier celles en situation de vulnérabilité.</p> <p>Niveau de référence 2019 : 6 Cible 2025 : 22</p>
But de l'indicateur	La sécurité chimique exige une approche multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé est un participant clé, étant donné la nécessité d'une gestion solide pour prévenir les effets sur la santé qui contribuent à la charge de morbidité et à la demande de services de santé. L'élaboration de politiques et la mise en œuvre de programmes compatibles avec les différents accords et cadres relatifs aux produits chimiques sont nécessaires pour renforcer la participation du secteur de la santé à la sécurité chimique.

Note technique	<p>La Feuille de route de l'OMS sur les produits chimiques a été mise en œuvre pour donner suite à la résolution WHA69.4 (2016) de l'Assemblée mondiale de la Santé, <i>Rôle du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà</i>. La Feuille de route contribue également à la réalisation des cibles 3.9, 6.3 et 12.4 du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les domaines d'action de la Feuille de route comprennent la réduction des risques, les connaissances et les données probantes, la capacité institutionnelle, le leadership et la coordination, sous la responsabilité des États membres de l'OMS et du Secrétariat de l'OMS. Pour la mise en œuvre, d'autres documents comprennent un manuel pour aider les pays à prioriser et à planifier leurs activités sur les actions décrites dans la Feuille de route. Ce manuel peut être utilisé pour préparer un plan de mise en œuvre de haut niveau, avec l'identification des domaines de focalisation et des possibilités de collaboration, ainsi que pour souligner les domaines où un soutien est nécessaire. Les centres antipoison, les services cliniques, la surveillance et l'éducation du public sont quelques-uns des domaines qui relèvent directement de la compétence du secteur de la santé.</p> <p>Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre des activités liées à l'exposition aux produits chimiques incluses dans les quatre domaines d'action de la Feuille de route de l'OMS : réduction des risques, connaissances et données probantes, capacité institutionnelle et leadership et coordination (au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs). Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir mis en œuvre au moins une activité liée à l'exposition aux produits chimiques dans chacun des quatre domaines d'action.</p>
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, combiné à des rapports continus portant spécifiquement sur les activités du secteur de la santé
Unité du BSP	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Des données seront obtenues à partir des rapports des pays concernant la participation aux activités de sécurité chimique, y compris la formation dans le secteur de la santé et les réunions internationales, régionales et nationales sur la sécurité chimique, telles que les activités et réunions liées à la Convention de Minamata sur le mercure et à l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (SAICM).
Limitations	Il est possible que les pays soient engagés dans des activités de sécurité chimique, souvent en collaboration avec d'autres secteurs et institutions, mais qu'ils ne rendent pas compte de ces activités, qui sont abordées dans les divers outils disponibles dans le cadre de la Feuille de route sur les produits chimiques.
Références	Organisation mondiale de la Santé. WHO Chemicals Road Map [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/publications/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Cibles 3.9, 6.3, et 12.4 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030

CODE ET ÉNONCÉ DU RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 18.H : Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé.
Définition de l'indicateur	<p>Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui démontrent une capacité au sein de l'autorité sanitaire nationale à faire face aux effets du changement climatique sur la santé. Au niveau national, cette capacité est définie par l'inclusion politique du secteur de la santé dans le débat national sur le changement climatique et par l'existence d'un point focal désigné pour le changement climatique qui a reçu une formation approuvée par l'OPS.</p> <p>Niveau de référence 2017 : 12 Cible 2025 : 23</p>
But de l'indicateur	Cet indicateur reflète la capacité du secteur de la santé de la Région à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes intersectoriels pour traiter des effets du changement climatique sur la santé.
Note technique	<p>Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir à la fois a) un représentant de l'autorité sanitaire nationale participant à un comité interministériel national sur le changement climatique et b) un service central chargé de coordonner la réponse du secteur de la santé aux effets du changement climatique sur la santé et qui possède les compétences requises. La création d'un comité interministériel national est un bon indicateur du fait qu'un pays a identifié des priorités de politique publique pour l'atténuation du changement climatique et l'adaptation au changement climatique. La représentation du secteur de la santé dans les comités interministériels sur le changement climatique améliore la coordination des politiques avec d'autres secteurs, facilite la mise en œuvre d'actions qui bénéficient à la santé et contribue à préparer le secteur de la santé aux effets du changement climatique. En outre, un comité interministériel peut veiller à ce que les questions de santé soient prises en compte dans les rapports nationaux sur le changement climatique présentés à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, tels que la communication nationale, le rapport d'inventaire national, les contributions déterminées au niveau national, les mesures d'atténuation appropriées au niveau national et les plans nationaux d'adaptation.</p> <p>Les pays sont encouragés à désigner un responsable nommé pour représenter l'autorité sanitaire nationale au sein du comité interministériel, assurant ainsi la continuité, la gestion et la représentation de l'autorité sanitaire nationale dans les activités nationales sur le changement climatique.</p> <p>Un service central désigné renforce également la coordination des travaux interprogrammatiques entre les départements et les unités de l'autorité sanitaire nationale et sert de point de contact pour recevoir, collecter et diffuser les informations pertinentes, y compris avec les autres secteurs et parties prenantes.</p>

	<p>Pour une participation renforcée, ce service central désigné devra également recevoir une formation reconnue par l'OPS sur le changement climatique, ses liens avec la santé et les possibilités de stratégies d'atténuation et d'adaptation. Les formations considérées comme applicables pour la réalisation de cet indicateur sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cours virtuel de l'OPS sur le changement climatique et la santé ; • formations dirigées par l'OPS sur l'élaboration de plans nationaux d'adaptation pour le secteur de la santé (H-NAPs) ; • formations CCNUCC/PNUÉ/PNUD sur les plans nationaux d'adaptation avec une composante sur les plans sectoriels ; • formations du Fonds vert pour le climat (FVC) sur l'accès aux fonds du FVC par l'intermédiaire des autorités nationales désignées ; • cours OMS/UNITAR sur la santé humaine et le changement climatique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données proviendront des enquêtes de l'OPS dans les pays sur la santé et le changement climatique, des listes de certification des cours et des listes de participation aux formations.
Limitations	Bien que tous les pays n'assurent pas activement un suivi, l'OPS devra disposer de données fiables pour assurer un suivi précis. Par conséquent, il n'y a aucune limitation identifiée pour ce qui est de pouvoir suivre les progrès réalisés par rapport à cet indicateur.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation panaméricaine de la Santé. Caribbean action plan on health and climate change [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38566 2. Organisation mondiale de la Santé. Operational framework for building climate resilient health systems [Internet]. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/189951/9789241565073_eng.pdf?sequence=1
Liens	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs 13.2.1 et 13.3.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Indicateur I.1.1 du Plan d'action des Caraïbes sur la santé et le changement climatique

Indicateurs du Programme sur la santé, l'environnement et les changements climatiques pour les Amériques 2021-2030

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.1 : Renforcer les programmes et les institutions de santé publique environnementale, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), ainsi qu'aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.1.1 : Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre les recommandations des évaluations de la performance des programmes nationaux de santé publique environnementale pour des domaines thématiques spécifiques, en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre les recommandations des évaluations de la performance des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale pour des domaines thématiques spécifiques, en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS.
But de l'indicateur	Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des services, programmes et politiques inclusifs et équitables pour protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Cet indicateur est utilisé pour quantifier la performance des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS. Une attention particulière est accordée à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques et à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre les recommandations des évaluations de la performance des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale pour la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques, ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS. Pour atteindre l'indicateur, un pays ou un territoire doit avoir mis en œuvre au moins deux recommandations de son évaluation de la performance.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports de pays concernant la mise en œuvre des recommandations des évaluations de la performance des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale, en utilisant le cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS.
Limitations	Les pays et les territoires peuvent être engagés dans l'amélioration de la performance des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale en utilisant différents cadres des fonctions essentielles de santé publique et peuvent ne pas déclarer ces activités.
Références	Organisation panaméricaine de la Santé. The essential public health functions in the Americas. A renewal for the 21st century. Conceptual framework and description [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.1 : Renforcer les programmes et les institutions de santé publique environnementale, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), ainsi qu'aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.1.2 : Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre et assurant le suivi de politiques nationales visant à atteindre les cibles des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre et assurent le suivi de politiques nationales de santé publique environnementale visant à atteindre les cibles des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé, en accordant la priorité aux groupes de population vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière de développement, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de services, programmes et politiques inclusifs et équitables pour protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Cet indicateur est utilisé pour quantifier la capacité des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale à mettre en œuvre et à surveiller les politiques de santé publique environnementale afin d'atteindre les cibles des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé. Un accent particulier est mis sur les politiques qui contribuent à atteindre l'ODD 3 (Santé et bien-être), l'ODD 6 (Eau propre et assainissement), l'ODD 7 (Énergie propre et d'un coût abordable), l'ODD 11 (Villes et communautés durables), l'ODD 12 (Consommation et production durables) et l'ODD 13 (Lutte contre les changements climatiques).
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre et suivi des politiques nationales pour atteindre les cibles des ODD qui concernent : <u>La qualité de l'air (ODD 3, 7 et 11)</u> : objectifs ou normes nationales relatives à la qualité de l'air concernant les matières particulaires, basés sur les lignes directrices de l'OMS portant sur la qualité de l'air ambiant et de l'air intradomiciliaire. <u>La sécurité chimique (ODD 3 et 12)</u> : feuille de route nationale pour renforcer l'engagement du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. <u>Les impacts liés aux changements climatiques (ODD 3 et 13)</u> : chapitre sur la santé dans les plans nationaux d'adaptation (PNA) ou dans des documents équivalents, tels que les stratégies et plans d'action sectoriels d'adaptation et les plans nationaux d'adaptation sanitaire (PNA-S). <u>L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) (ODD 3 et 6)</u> : plans nationaux de sécurité en matière d'eau et d'assainissement. Pour atteindre l'indicateur, le pays ou le territoire doit avoir mis en œuvre au moins une activité dans chacune des politiques susmentionnées.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)

Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports des bureaux de pays de l'OPS concernant la mise en œuvre et le suivi des politiques nationales susmentionnées (voir la note technique).
Limitations	Les pays et les territoires peuvent être engagés dans la mise en œuvre et le suivi de politiques visant à atteindre les cibles des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé autres que celles indiquées ci-dessus (voir la note technique) et peuvent ne pas déclarer ces activités.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide [Internet]. Copenhague : OMS ; 2006. Disponible sur : https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health/publications/pre-2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide 2. Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141496/9789241548885_eng.pdf?sequence=1 3. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03 4. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques. Manuel de travail [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273138/9789242513639_fre.pdf?ua=1 5. Organisation mondiale de la Santé. Directives de l'OMS relatives à la protection de la santé contre les effets du changement climatique grâce à la planification de l'adaptation du secteur de la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160091/9789242508000_fre.pdf 6. Organisation mondiale de la Santé. Water safety planning: A roadmap to supporting resources [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsp-roadmap-v2.pdf?ua=1 7. Organisation mondiale de la Santé. Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement. Manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251457/9789242549249_fre.pdf?sequence=1

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.1 : Renforcer les programmes et les institutions de santé publique environnementale, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), et aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.1.3 : Nombre de pays et de territoires qui incluent les indicateurs des ODD qui abordent les déterminants environnementaux de la santé de manière ventilée par groupes de population vivant en situation de vulnérabilité dans les systèmes nationaux de surveillance environnementale ou de santé publique.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur désigne le nombre de pays et de territoires qui incluent l'indicateur d'impact 26 (indicateur 3.9.1 des ODD), l'indicateur d'impact 27 (indicateur 3.9.2 des ODD), l'indicateur de résultat intermédiaire 18.c (indicateur 6.1.1 des ODD), l'indicateur de résultat intermédiaire 18.d (indicateur 6.2.1 des ODD), l'indicateur de résultat intermédiaire 18.e (indicateur 7.1.2 des ODD) et l'indicateur de résultat intermédiaire 18.f (indicateur 11.6.2 des ODD) du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 et l'indicateur 3.9.3 des ODD ventilés par groupes de sous-population pertinents pour mesurer les conditions de vulnérabilité dans les systèmes nationaux de surveillance de la santé publique et/ou environnementale.
But de l'indicateur	La surveillance de la santé publique environnementale doit être structurée et renforcée afin de protéger la santé de la population contre les risques environnementaux. La structure de surveillance de la santé publique environnementale doit être intégrée dans les systèmes de surveillance de la santé publique ou environnementale existants, être durable et suivre des protocoles normalisés. Elle doit avoir la capacité de collecter, d'analyser, d'interpréter et de communiquer des informations aux différentes parties prenantes dans les formats nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation systématiques des interventions dans une optique d'équité en matière de santé.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont inclus les indicateurs d'impact 26 et 27, les indicateurs de résultats intermédiaires 18.c, 18.d, 18.e et 18.f du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 et l'indicateur 3.9.3 des ODD dans la liste nationale/territoriale des indicateurs qui doivent être déclarés par les systèmes de surveillance de la santé publique ou environnementale. Pour chaque indicateur, mention doit être faite de la ventilation par groupes de sous-population (par ex., urbaine/rurale, niveaux de revenu, ethnicité, répartition géographique, etc.) Pour atteindre cet objectif, chaque pays ou territoire doit inclure au moins quatre indicateurs, ventilés selon au moins une catégorie de sous-population pertinente, dans la liste nationale des indicateurs qui doivent être déclarés par les systèmes de surveillance de la santé publique ou environnementale.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Bisannuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront fournies par les pays et territoires, obtenues à partir de mécanismes officiels internationaux (par ex., WASH de l'OMS-UNICEF, UNSTATS, Observatoire mondial de la santé de l'OMS, base de données mondiale de l'OMS sur la pollution atmosphérique, etc.) ou de documents officiels, de rapports ou de sites Internet, puis validées par les autorités nationales ou territoriales.

Limitations	<p>Seuls certains pays ou territoires sont dotés de systèmes de surveillance de la santé publique ou environnementale qui incluent la santé publique environnementale, ou même qui ont des structures officielles en place pour la surveillance de la santé publique environnementale.</p> <p>Les données peuvent être collectées et analysées par différentes parties prenantes issues de l'intérieur et de l'extérieur du secteur de la santé et peuvent ne pas être regroupées dans un même système intégré.</p> <p>Certains pays et territoires peuvent ne déclarer que certains indicateurs et, dans certains cas, la ventilation peut être impossible (par ex., en raison des limites de l'instrument qui génère les informations, comme les enquêtes sanitaires auprès des ménages).</p> <p>Les données peuvent être obtenues par différentes sources et regroupées au niveau national ou territorial, mais peuvent être incomplètes ou ne pas avoir été validées.</p>
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 : L'équité au cœur de la santé [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/52954 2. Organisation panaméricaine de la Santé. PAHO Strategic Plan 2020–2025 “Equity at the Heart of Health”: Compendium of Impact Indicators [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : www.paho.org/en/documents/paho-strategic-plan-2020-2025-equity-heart-health-compedium-impact-indicators 3. Organisation panaméricaine de la Santé. PAHO Strategic Plan 2020–2025 “Equity at the Heart of Health”: Compendium of Outcome Indicators [Internet]. Washington, D.C.: OPS ; 2020. Disponible sur : www.paho.org/en/documents/paho-strategic-plan-2020-2025-equity-heart-health-compedium-outcome-indicators 4. Organisation des Nations Unies. Objectifs de développement durable. Indicateurs des ODD. Metadata repository [Internet]. New York ; ONU ; s/d. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/metadata/ 5. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé de l'OMS [Internet]. Genève, OMS ; s/d. Disponible sur : www.who.int/data/gho

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.2 : Renforcer la collaboration du secteur de la santé avec le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement et d'autres secteurs, en employant le cadre de la santé dans toutes les politiques, pour aborder les déterminants environnementaux de la santé en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés, et faire progresser l'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.2.1 : Nombre de pays et de territoires disposant de mécanismes formels établis entre l'autorité sanitaire nationale et les entités chargées de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement, ainsi que d'autres entités gouvernementales nationales, pour aborder les déterminants environnementaux de la santé en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui disposent de mécanismes formels établis entre le secteur de la santé et d'autres secteurs gouvernementaux pour aborder les déterminants environnementaux de la santé, en donnant la priorité aux groupes de population vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de services, programmes et politiques inclusifs et équitables visant à protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Pour améliorer leur performance, il faut mettre en œuvre des actions non seulement au sein du secteur de la santé, mais aussi dans d'autres secteurs qui peuvent apporter des avantages connexes en matière de santé. Cet indicateur est utilisé pour quantifier la capacité des pays et des territoires à établir des collaborations intentionnelles entre le secteur de la santé et d'autres secteurs gouvernementaux pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en place des mécanismes formels entre l'entité sanitaire nationale et d'autres entités gouvernementales nationales, tels que la nomination par un chef d'État d'un coordinateur inter-agences, des agences partageant les mêmes locaux au sein d'un même établissement et des groupes de travail ou des équipes spéciales inter-agences, dans le but de traiter de la qualité de l'air, de la sécurité chimique, des impacts liés aux changements climatiques et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Pour atteindre l'indicateur, le pays ou le territoire doit disposer d'au moins un mécanisme formel de collaboration pour chaque domaine thématique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des documents officiels du pays établissant les mécanismes formels de collaboration inter-agences du gouvernement.
Limitations	Les pays et les territoires peuvent disposer de mécanismes formels pour mettre en œuvre des efforts de collaboration inter-agences entre l'autorité sanitaire nationale et d'autres entités gouvernementales sans que des documents officiels ne les confirment et peuvent ne pas déclarer ces activités.
Références	Organisation panaméricaine de la Santé. The essential public health functions in the Americas. A renewal for the 21st century. Conceptual framework and description [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.3 : Renforcer la capacité technique du personnel de santé publique environnementale au sein et en dehors du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.3.1 : Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance des titres de compétences en matière de santé publique environnementale.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui disposent d'une stratégie nationale pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance de titres de compétences en matière de santé publique environnementale.
But de l'indicateur	Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de services, programmes et politiques inclusifs et équitables pour protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Pour améliorer leur performance, il faut renforcer la capacité du personnel de santé publique environnementale à assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale. Cet indicateur est utilisé pour quantifier la capacité des pays et des territoires à renforcer les effectifs de santé publique environnementale afin de remplir ces fonctions.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont élaboré des stratégies nationales pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance de titres de compétences en santé publique environnementale pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale dans quatre domaines thématiques précis : la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques et l'air, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Pour atteindre l'indicateur, le pays ou le territoire doit être doté d'une stratégie nationale documentée pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance de titres de compétences en matière de santé publique environnementale pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale dans les quatre domaines thématiques.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des documents stratégiques du pays visant à normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et les titres de compétences des professionnels en santé publique environnementale pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale.
Limitations	Les pays et les territoires peuvent avoir des stratégies infranationales pour normaliser les qualifications professionnelles, les exigences en matière d'éducation et la délivrance de titres de compétences en santé publique environnementale pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale sans la participation des autorités sanitaires nationales et peuvent ne pas déclarer ces activités.

Références	Organisation panaméricaine de la Santé. The essential public health functions in the Americas. A renewal for the 21st century. Conceptual framework and description [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124
-------------------	---

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : Améliorer la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 1.3 : Renforcer la capacité technique du personnel de santé publique environnementale au sein et en dehors du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 1.3.2 : Nombre de pays et de territoires dotés d'un personnel adéquat à temps plein dans le secteur de la santé, formé et affecté à la santé publique environnementale pour des domaines thématiques spécifiques.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui disposent d'un personnel à temps plein dans le secteur de la santé, formé et affecté à la santé publique environnementale, avec l'accent sur la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques, l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
But de l'indicateur	Les programmes et institutions de santé publique environnementale de la Région doivent améliorer leur performance en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de services, programmes et politiques inclusifs et équitables pour protéger la santé de tous contre les risques environnementaux. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un personnel adéquat et bien formé dans le secteur de la santé pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale. Cet indicateur est utilisé pour quantifier le personnel formé des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques et l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui sont dotés d'un personnel à temps plein dans le secteur de la santé, formé et affecté à la santé publique environnementale. Pour atteindre cet indicateur, le pays ou le territoire doit être doté d'un personnel à temps plein au sein de l'agence sanitaire nationale, formé et affecté à des fonctions essentielles de santé publique environnementale dans les domaines de la qualité de l'air, de la sécurité chimique, des impacts liés aux changements climatiques et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Le personnel à temps plein peut être chargé de plus d'un domaine thématique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports des bureaux de pays de l'OPS concernant la dotation en personnel formé des programmes et institutions nationaux de santé publique environnementale pour assurer les fonctions essentielles de santé publique environnementale dans les quatre domaines thématiques.

Limitations	La fragmentation des services de santé environnementale dans les Amériques et les différences entre les pays et entre les administrations locales ou provinciales compliqueront la collecte des données.
Références	Organisation panaméricaine de la Santé. The essential public health functions in the Americas. A renewal for the 21st century. Conceptual framework and description [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 2.1 : Réduire l’empreinte environnementale du secteur de la santé pour favoriser la création d’un environnement sain et durable sur le plan environnemental, en accordant une attention particulière à la qualité de l’air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l’eau, l’assainissement et l’hygiène et aux comportements qui y sont associés.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 2.1.1 : Nombre de pays et de territoires estimant l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre des méthodologies normalisées pour estimer l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé.
But de l'indicateur	Pour favoriser la durabilité environnementale dans un secteur donné, il est nécessaire de disposer d’une estimation de son empreinte environnementale afin de comprendre le poids relatif des différentes composantes dans la contribution globale à l’environnement. Cet indicateur est utilisé pour quantifier les pays et territoires qui ont estimé l’empreinte environnementale d’un système de santé en commençant par les établissements de soins de santé et pour guider les actions visant à la réduire.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre la méthodologie de l’OMS pour estimer l’empreinte environnementale, qui traite des quatre domaines thématiques : la qualité de l’air, la sécurité chimique, les impacts liés aux changements climatiques et l’eau, l’assainissement et l’hygiène, et qui est en cours d’élaboration finale. La méthodologie comprend des composantes thématiques pour permettre aux pays de les mettre en œuvre un par un en fonction des besoins et des priorités perçus. Pour atteindre cet indicateur, un pays ou un territoire doit avoir mis en œuvre au moins une composante de la méthodologie dans au moins cinq (5) établissements de soins de santé.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	La mise en œuvre de la méthodologie se fera avec le soutien technique de l’OMS/OPS. Les données seront obtenues à partir des rapports de pays sur les estimations de l’empreinte environnementale.

Limitations	La méthodologie de calcul de l’empreinte carbone est disponible actuellement par le biais de HCWH. L’OMS en est aux dernières étapes de la méthodologie de calcul de l’empreinte environnementale. Les pays et les territoires peuvent choisir d’autres méthodologies qui peuvent donner des résultats similaires. En outre, divers types d’établissements sont nécessaires pour établir par inférence les résultats pour d’autres établissements dans le même pays.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. The Global Green and Healthy Hospitals initiative. Disponible sur : https://www.greenhospitals.net/ 2. Organisation mondiale de la Santé. Établissements de santé résilients face au changement climatique et écologiquement viables - Orientations de l’OMS [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/climate-resilient-and-environmentally-sustainable-health-care-facilities

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 2.1 : Réduire l’empreinte environnementale du système de santé pour favoriser la création d’un environnement sain et durable sur le plan environnemental, en accordant une attention particulière à la qualité de l’air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l’eau, l’assainissement et l’hygiène et aux comportements qui y sont associés.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 2.1.2 : Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale visant à réduire l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre leur stratégie nationale de réduction de l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé, en utilisant comme guide les estimations calculées dans l’indicateur 2.1.1.
But de l'indicateur	Cet indicateur est utilisé pour quantifier les pays et les territoires qui mettent en œuvre une stratégie nationale pour réduire l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé. Pour avoir la capacité de mettre en œuvre une stratégie nationale, un pays ou un territoire doit d’abord analyser l’empreinte environnementale du secteur de la santé, tel que décrit dans l’indicateur 2.1.1. Cette estimation permet d’élaborer une stratégie ciblant les domaines susceptibles de contribuer le plus à la réduction de l’empreinte environnementale des établissements de soins de santé.
Note technique	Cet indicateur sera calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui disposent d’un plan stratégique de réduction de l’empreinte environnementale et qui ont commencé à le mettre en œuvre. Pour atteindre cet indicateur, un pays ou un territoire doit disposer d’une stratégie nationale approuvée pour l’ensemble ou l’une des composantes et avoir commencé à la mettre en œuvre dans au moins cinq (5) établissements de soins de santé.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	La mise en œuvre de la méthodologie se fera avec l’appui technique de l’OMS/OPS. Les données seront obtenues à partir des documents de stratégie nationale et des rapports de pays sur la mise en œuvre.

Limitations	Comme la mise en œuvre du plan stratégique se fera au niveau des établissements de soins de santé, il est possible que les informations n’atteignent pas le niveau national.
Références	Organisation mondiale de la Santé. Établissements de santé résilients face au changement climatique et écologiquement viables - Orientations de l’OMS [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/climate-resilient-and-environmentally-sustainable-health-care-facilities

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 2.1 : Réduire l’empreinte environnementale du secteur de la santé pour favoriser la création d’un environnement sain et durable sur le plan environnemental, en accordant une attention particulière à la qualité de l’air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l’eau, l’assainissement et l’hygiène et aux comportements qui y sont associés.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 2.1.3 : Nombre de pays et de territoires intégrant des pratiques d’achats durables dans leurs systèmes de santé.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui sont dotés de pratiques d’achat pour le système de santé qui prend en compte la durabilité.
But de l'indicateur	L’achat de biens et de services pour les services publics, tels que les soins de santé, a été identifié comme un point d’entrée clé pour la promotion de modes de production et de consommation plus durables. Le rôle de l’approvisionnement dans l’influence de l’impact environnemental des opérations du secteur de la santé est bien reconnu et les pratiques d’approvisionnement durable ont la capacité de réduire une proportion importante de l’empreinte environnementale du secteur de la santé. Cet indicateur sera utilisé pour quantifier les pays et territoires qui mettent en œuvre des pratiques d’achats durables.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre des pratiques d’achats durables dans leurs politiques et processus d’achat dans le secteur de la santé en utilisant l’indice d’achats durables axé sur le secteur de la santé. Pour atteindre cet indicateur, un pays ou un territoire doit disposer de processus et de procédures documentés mettant en œuvre des pratiques d’achats durables dans le secteur de la santé dans son intégralité ou pour un sous-secteur spécifique, à l’exemple des produits pharmaceutiques.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues auprès du centre national sur les changements climatiques de l’autorité sanitaire nationale, ainsi que des données du bureau de pays de l’OPS.

Limitations	Les pratiques nationales d'achat ne sont pas toujours influencées au niveau technique, et les centres techniques ne disposent pas toujours des informations nécessaires pour répondre à cette question. Il existe d'autres méthodologies, et pas seulement l'indice d'achat durable ou d'autres méthodologies établies. Certaines pratiques d'achats durables peuvent également ne pas être officialisées.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation mondiale de la Santé. UN Initiative on greening procurement in the health sector from products to services [Internet]. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789241508667 2. Programme des Nations Unies pour le développement. (2020) Guidelines for sustainable procurement of healthcare commodities and services [Internet]. Disponible sur : https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/guidelines-for-sustainable-procurement-of-healthcare-commodities.html 3. Health Care Without Harm. (2020) Sustainable Procurement Guide. Disponible sur : http://www.greenhospitals.net/sustainableprocurementguide/

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 2.2 : Fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé qui visent à accroître la résilience du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 2.2.1 : Nombre de pays et de territoires mettant en œuvre une stratégie nationale visant à fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé, en donnant la priorité aux établissements auxquels accèdent principalement les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre des plans d'action au niveau national pour assurer des conditions environnementales adéquates dans les établissements de soins de santé (par ex., eau, assainissement et hygiène, gestion des déchets, qualité de l'air, utilisation du mercure, résilience face aux risques liés aux changements climatiques), en donnant la priorité aux établissements auxquels accèdent principalement les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	La fourniture et la gestion sûres des infrastructures et services environnementaux dans les établissements de soins de santé sont essentielles pour réduire le risque d'infection des patients, des soignants, des agents de santé et des communautés. Étant donné que de nombreux établissements de soins de santé existent et fonctionnent d'une manière sous-optimale du point de vue environnemental, cet indicateur sera utilisé pour quantifier les pays et territoires qui mettent en œuvre une stratégie nationale visant à améliorer et à fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé, en donnant la priorité aux établissements auxquels accèdent principalement les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

Note technique	<p>Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre une stratégie nationale d'amélioration de l'infrastructure environnementale dans les établissements de soins de santé qui traitent des questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la qualité de l'air : outils de planification au niveau national pour réduire l'exposition à la pollution de l'air dans les établissements de soins de santé, qu'elle provienne de sources intérieures ou extérieures ; • la sécurité chimique : document de l'OMS sur le nettoyage et la désinfection des établissements de soins de santé ; • les impacts liés aux changements climatiques : voir les descripteurs des indicateurs du <i>Plan d'action des Caraïbes pour la santé et le changement climatique</i> (1.3.5, 1.3.6, 1.3.7) ; • l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) : élaboration et mise en œuvre de stratégies nationales pour la fourniture et la gestion sûres des services d'eau, d'assainissement, d'hygiène, et la gestion des déchets médicaux, conformément aux huit étapes de l'OMS pour des soins sûrs et de qualité. <p>Pour atteindre l'indicateur, le pays ou le territoire doit avoir mis en œuvre au moins un des quatre domaines susmentionnés.</p>
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports des bureaux de pays de l'OPS concernant la mise en œuvre et le suivi des stratégies nationales pour les domaines techniques susmentionnés (voir la Note technique).
Limitations	Ces informations ne sont pas recueillies de façon systématique et il faudra donc contacter le pays chaque année pour s'assurer de son avancement. Il existe un certain degré de chevauchement entre cet indicateur et l'indicateur 2.1.2.

<p>Références</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation mondiale de la Santé. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé : Mesures pratiques pour instaurer l'accès universel à des soins de santé [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/9789241515511 2. Organisation mondiale de la Santé. Eau, assainissement, hygiène. Aperçu des technologies pour le traitement de déchets infectieux et de déchets piquants/coupants/tranchants provenant des établissements de santé [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330920/9789240001602-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y 3. Shimek JM, Emmanuel J, Orris P, Chartier Y, Organisation mondiale de la Santé. Replacement of mercury thermometers and sphygmomanometers in health care: technical guidance [Internet]. Édité par Jo Anna M. Shimek. Genève : OMS ; 2011. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/44592 4. Organisation mondiale de la Santé. Planification stratégique pour la mise en œuvre des articles liés à la santé de la Convention de Minamata sur le mercure [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/strategic-planning-for-implementation-of-the-health-related-articles-of-the-minamata-convention-on-mercury 5. Organisation mondiale de la Santé. Établissements de santé résilients face au changement climatique et écologiquement viables - Orientations de l'OMS [Internet]. Genève : OMS ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications-detail/climate-resilient-and-environmentally-sustainable-health-care-facilities
--------------------------	---

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 : Favoriser un système de santé durable et résilient sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 2.2 : Fournir des infrastructures et des services environnementaux adéquats dans les établissements de soins de santé qui visent à accroître la résilience du secteur de la santé, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air, à la sécurité chimique, aux impacts liés aux changements climatiques, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et aux comportements qui y sont associés, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 2.2.2 : Nombre de pays et de territoires disposant de systèmes d'alerte précoce conçus pour les risques sanitaires sensibles au climat afin de renforcer la résilience du secteur de la santé.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'alerte précoce au niveau national dans un système de santé pour les risques sanitaires sensibles au climat, en donnant la priorité aux conditions affectant les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	Le renforcement des systèmes de surveillance et d'intervention précoces pour les risques sanitaires sensibles au climat est fondamental dans les conditions actuelles de changement rapide de l'environnement mondial, de mouvements de population, de vecteurs de maladies et d'infections, pour que le système de santé soit en mesure de réagir. Cet indicateur a pour but d'accroître la résilience du secteur de la santé aux changements climatiques en intégrant des systèmes d'alerte précoce pour les risques sanitaires sensibles au climat dans ses mécanismes nationaux de préparation et d'intervention du secteur de la santé en cas de catastrophe.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre au moins un système d'alerte précoce pour les risques sanitaires sensibles au climat, qui est intégré aux plans nationaux de préparation et d'intervention multirisques du secteur de la santé. Pour atteindre l'indicateur, le pays ou le territoire doit avoir mis en œuvre au moins un système d'alerte précoce et l'avoir intégré à ses mécanismes nationaux de préparation et d'intervention.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	La mise en œuvre de la méthodologie se fera avec l'appui technique de l'OMS/OPS. Les données seront obtenues à partir des documents de stratégie nationale et des rapports de pays sur la mise en œuvre.
Limitations	Ces informations ne sont pas collectées de façon systématique et il faudra donc contacter le pays chaque année pour s'assurer de son avancement. Cet indicateur requiert une collaboration interdisciplinaire entre la santé, la météorologie, l'environnement et la préparation aux catastrophes, ce qui n'est pas toujours possible.

Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation mondiale de la Santé. Heatwaves and health: guidance on warning-system development [Internet]. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/heatwaves-and-health-guidance-on-warning-system-development 2. Organisation mondiale de la Santé. Using climate to predict infectious disease epidemics [Internet]. Genève : OMS ; 2005. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/using-climate-to-predict-infectious-disease-epidemics 3. Heatwaves: A guide for health-based actions. OPS 2021 (à venir) 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Health sector multi-hazard response framework [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/51497
-------------------	---

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 3 : Promouvoir des villes et des communautés saines et résilientes sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 3.1 : Intégrer la santé publique environnementale dans les programmes de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 3.1.1 : Nombre de pays et de territoires ayant intégré la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, mises en œuvre dans les villes et les communautés, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui incluent la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, mises en œuvre dans les villes et les communautés, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	Il convient d'aborder les déterminants environnementaux de la santé dans les villes et les communautés de la Région afin d'éviter les pertes futures, d'apporter des avantages économiques et de fournir des avantages sociaux et environnementaux. Cet indicateur est utilisé pour quantifier l'inclusion de la dimension de la santé publique environnementale dans les stratégies nationales de protection et d'amélioration de la santé mises en œuvre dans les villes et les communautés qui bénéficieraient d'une telle approche intégrée, contribuant ainsi à l'atteinte des cibles de l'ODD 3 (Santé et bien-être). Une attention particulière sera accordée à l'inclusion des dimensions de la qualité de l'air, de la sécurité chimique, des impacts liés aux changements climatiques et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les stratégies nationales de protection et d'amélioration de la santé.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont inclus la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, mises en œuvre dans les villes et les communautés. Pour atteindre cet indicateur, le pays ou le territoire doit avoir mis en œuvre au moins une stratégie nationale de protection et d'amélioration de la santé dans les villes et les communautés qui inclut la dimension de la santé publique environnementale, en accordant la priorité aux populations vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des documents des stratégies nationales de protection et d'amélioration de la santé à mettre en œuvre dans les villes et les communautés et qui montrent l'inclusion de la dimension de santé publique environnementale.
Limitations	Les pays et territoires peuvent disposer de mécanismes permettant d'intégrer la santé publique environnementale dans les stratégies de protection et d'amélioration de la santé au sein du secteur de la santé, sans qu'une documentation officielle n'en confirme l'intégration.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide [Internet]. Copenhague : OMS ; 2006. Disponible sur : https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health/publications/pre-2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide 2. Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141496/9789241548885_eng.pdf?sequence=1 3. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03 4. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques. Manuel de travail [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273138/9789242513639_fre.pdf?ua=1 5. Organisation mondiale de la Santé. Directives de l'OMS relatives à la protection de la santé contre les effets du changement climatique grâce à la planification de l'adaptation du secteur de la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160091/9789242508000_fre.pdf 6. Organisation mondiale de la Santé. Water safety planning: A roadmap to supporting resources [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsp-roadmap-v2.pdf?ua=1 7. Organisation mondiale de la Santé. Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement. Manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251457/9789242549249_fre.pdf?sequence=1

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 3 : Promouvoir des villes et des communautés saines et résilientes sur le plan environnemental
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 3.2 : Intégrer la santé publique environnementale dans les programmes de développement ^a en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques, dans une optique d'équité en matière de santé.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 3.2.1 : Nombre de pays et de territoires ayant intégré la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de développement mises en œuvre dans les villes et les communautés, en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques et en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui incluent la dimension de santé publique environnementale dans les stratégies nationales spécifiques de développement mises en œuvre dans les villes et les communautés, en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques et en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
But de l'indicateur	Il convient de s'attaquer aux déterminants environnementaux de la santé dans les villes et les communautés de la Région afin d'éviter les pertes futures, d'apporter des avantages économiques et de fournir des avantages sociaux et environnementaux. Cet indicateur est utilisé pour quantifier l'inclusion de la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de développement mises en œuvre dans les villes et les communautés qui bénéficieraient d'une telle approche intégrée, de collaborations intersectorielles et multisectorielles et d'actions dans d'autres secteurs qui offrent des avantages connexes en matière de santé et qui contribueraient à atteindre les cibles de l'ODD qui traitent des déterminants environnementaux de la santé. Un accent particulier est mis sur les stratégies de développement qui contribuent à atteindre l'ODD 3 (Santé et bien-être), l'ODD 6 (Eau propre et assainissement), l'ODD 7 (Énergie propre et d'un coût abordable), l'ODD 11 (Villes et communautés durables), l'ODD 12 (Consommation et production durables) et l'ODD 13 (Lutte contre les changements climatiques).
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont inclus la dimension de santé publique environnementale dans des stratégies nationales spécifiques de développement mises en œuvre dans les villes et les communautés, en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité et en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques. Pour atteindre cet indicateur, le pays ou le territoire doit avoir mis en œuvre au moins une stratégie nationale de développement dans les villes et les communautés, qui inclut la dimension de santé publique environnementale.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des documents des stratégies nationales de développement à mettre en œuvre dans les villes et les communautés qui montrent l'inclusion de la dimension de santé publique environnementale, en utilisant le cadre de la santé dans toutes les politiques et en accordant la priorité aux personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

Limitations	Les pays et les territoires peuvent disposer de mécanismes pour intégrer la santé publique environnementale dans les stratégies de développement en dehors du secteur de la santé, sans que des documents officiels n'en confirment l'intégration.
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide [Internet]. Copenhague : OMS ; 2006. Disponible sur : https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health/publications/pre-2009/air-quality-guidelines.-global-update-2005.-particulate-matter,-ozone,-nitrogen-dioxide-and-sulfur-dioxide 2. Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141496/9789241548885_eng.pdf?sequence=1 3. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03 4. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour les produits chimiques. Manuel de travail [Internet]. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273138/9789242513639-fre.pdf?ua=1 5. Organisation mondiale de la Santé. Directives de l'OMS relatives à la protection de la santé contre les effets du changement climatique grâce à la planification de l'adaptation du secteur de la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160091/9789242508000_fre.pdf 6. Organisation mondiale de la Santé. Water safety planning: A roadmap to supporting resources [Internet]. Genève : OMS ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsp-roadmap-v2.pdf?ua=1 7. Organisation mondiale de la Santé. Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement. Manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251457/9789242549249-fre.pdf?sequence=1

NUMÉRO ET INTITULÉ DE L'AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION	AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 3 : Renforcer les capacités de la santé publique environnementale pour les interventions et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe
CODE ET INTITULÉ DE L'OBJECTIF	OBJECTIF 3.3 : Renforcer les capacités en matière de santé publique environnementale pour les interventions et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe.
CODE ET ÉNONCÉ DE L'INDICATEUR	INDICATEUR 3.3.1 : Nombre de pays et de territoires ayant testé des plans et des procédures de santé publique environnementale pour les interventions et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe, en coordination avec les équipes nationales d'intervention en cas d'incident ou d'urgence.
Définition de l'indicateur	Cet indicateur se réfère au nombre de pays et de territoires qui ont testé des plans et des procédures de santé publique environnementale pour l'intervention et le rétablissement rapides en cas d'urgence et de catastrophe.
But de l'indicateur	Il convient d'aborder les déterminants environnementaux de la santé dans les villes et les communautés de la Région afin d'éviter les pertes futures, d'apporter des avantages économiques et de fournir des avantages sociaux et environnementaux. Cela devient encore plus pressant en cas d'urgence ou de catastrophe. Cet indicateur est utilisé pour quantifier la capacité des institutions et des programmes nationaux de santé publique environnementale à tester des plans et des procédures de santé publique environnementale pour l'intervention et le rétablissement rapides en cas d'urgence ou de catastrophe, et qui contribueraient à atteindre les cibles de l'ODD qui traitent des déterminants environnementaux de la santé. Un accent particulier est mis sur les stratégies de développement qui contribuent à atteindre l'ODD 3 (Santé et bien-être), l'ODD 6 (Eau propre et assainissement), l'ODD 7 (Énergie propre et d'un coût abordable), l'ODD 11 (Villes et communautés durables), l'ODD 12 (Consommation et production durables) et l'ODD 13 (Lutte contre les changements climatiques).
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont testé des plans et des procédures de santé publique environnementale pour l'intervention et le rétablissement rapides en cas d'urgence ou de catastrophe, en employant l'approche de gestion des risques et en coordination avec l'équipe nationale d'intervention en cas d'incident ou d'urgence. <small>Les programmes ou les stratégies de développement désignent des processus extérieurs au secteur de la santé, comme notamment l'eau potable et l'assainissement, l'énergie propre et d'un coût abordable, les villes et communautés durables, la consommation et la production responsables, ainsi que les programmes ou stratégies de lutte contre le changement climatique.</small> Pour atteindre cet indicateur, un pays ou le territoire doit avoir testé au moins un plan ou une procédure de santé publique environnementale pour l'intervention et le rétablissement rapides en cas d'urgence ou de catastrophe.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé, Unité du changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CDE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports de l'équipe nationale d'intervention en cas d'incident ou d'urgence.
Limitations	Les pays et territoires peuvent disposer de mécanismes formels pour mettre en œuvre des efforts de collaboration interagences entre l'autorité sanitaire nationale et d'autres entités gouvernementales sans que des documents officiels ne les confirment, et ils peuvent ne pas déclarer ces activités.

<p>Références</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international, Troisième édition [Internet]. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications/item/9789241580496 2. Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe. Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 [Internet]. Genève : UNISDR ; 2015. Disponible sur : https://www.preventionweb.net/files/43291_frenchsendaiframeworkfordisasterris.pdf 3. Association Sphère. Le manuel Sphère : La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire [Internet]. Genève : Association Sphère ; 2018. Disponible sur : https://spherestandards.org/fr/manuel/editions/ 4. Organisation mondiale de la Santé. Emergency Response Framework [Internet]. Genève : OMS ; 2013. Disponible sur : https://www.who.int/hac/about/erf_.pdf 5. Organisation mondiale de la Santé. Health cluster guide, 2^e édition. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/ 6. Organisation panaméricaine de la Santé. Health sector multi-hazard response framework [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/51497 7. Organisation panaméricaine de la Santé. Notas técnicas sobre agua, saneamiento e higiene en emergencias [Internet]. Washington, D.C. : OPS ; 2019. 8. Global WASH Cluster. Disponible sur : http://washcluster.net/ 9. WASH LAC : Groupe régional de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Disponible sur : https://www.washlac.com/fra 10. Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. Guía para los gobiernos: Acción humanitaria internacional [Internet]. New York, ÉUA : BCAH ; 2019. Disponible sur : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/_20190530_guia_de_gobierno_esp.pdf
--------------------------	--

Cette publication présente le Programme sur la santé, l'environnement et les changements climatiques pour les Amériques 2021-2030. Le Programme est un appel à l'action au secteur de la santé pour qu'il prenne l'initiative d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé dans les Amériques. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) travaillera avec les États membres pour atteindre son but et son objectif, qui consistent à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, en employant une approche durable et équitable qui accorde la priorité à la réduction des iniquités en matière de santé.

Le programme a été élaboré sous l'égide de la *Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques* et s'appuie sur les engagements énoncés dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Le programme a été élaboré en consultation avec le groupe consultatif technique et par un processus décisionnel consensuel avec les États membres au cours de la période 2019-2020. En vue de la réalisation de l'Objectif de développement durable 3, le programme se concentre sur l'amélioration de la performance des programmes et des institutions de santé publique environnementale, la promotion de systèmes de santé résilients et durables sur le plan environnemental et la promotion de villes et de communautés saines et résilientes sur le plan environnemental. Sa mise en œuvre sera adaptée au contexte, en fonction des besoins et des réalités des pays. Il profitera aux pays et aux territoires en encourageant les pratiques de bonne gouvernance, en renforçant les rôles de leadership et de coordination du secteur de la santé, en favorisant l'action intersectorielle, en se concentrant sur la prévention primaire et en améliorant les données probantes et la communication. Il facilitera l'accès aux ressources humaines, techniques et financières nécessaires pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé et fera en sorte que la Région soit pleinement engagée dans les processus et les accords mondiaux en matière de santé, d'environnement et de changements climatiques.

Le programme a pour objectif de renforcer la capacité des acteurs de la santé dans les secteurs sanitaires et non sanitaires pour aborder les déterminants environnementaux de la santé et s'y adapter, en donnant la priorité aux populations vivant dans des conditions de vulnérabilité, afin d'atteindre le résultat 18 du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 de manière directe et plusieurs autres résultats de manière indirecte.

Pour aborder les déterminants environnementaux de la santé et s'adapter aux défis qu'ils posent dans la Région, il faudra adopter une approche intégrée et fondée sur des données probantes au sein du secteur de la santé et dans tous les autres secteurs. Cette approche sera nécessaire, rendue possible et soutenue par des pratiques de bonne gouvernance, des mécanismes de gestion adéquats, une volonté politique de haut niveau et des ressources humaines, techniques, technologiques et financières suffisantes.

www.paho.org