



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 20 au 24 juin 2011

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CE148/10 (Fr.)

9 mai 2011

ORIGINAL : ESPAGNOL

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Introduction

1. La sécurité routière est un thème prioritaire dans le programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) parce que les accidents de la route constituent une des premières causes de mortalité et produisent un fardeau énorme de maladie et de handicap. Dans cette Région, les traumatismes provoqués par les accidents de la route sont la première cause de mortalité parmi les personnes âgées de 5 à 14 ans, et la seconde dans le groupe d'âge de 15 à 44 ans, ce qui a pour résultat un chiffre important d'années potentielles de vie perdues. Par ailleurs, ces accidents peuvent être prévenus et les ministères de la santé ont la capacité d'orienter les politiques d'autres secteurs pour atteindre les objectifs dans le secteur de la santé. Le présent document a pour objectif de formuler les principes qui guident les activités dans les pays de la Région et de définir les lignes d'action qui forment une stratégie appropriée aux conditions des Amériques.

Antécédents

2. Parmi certains des documents importants liés à ce thème, on peut citer :
 - la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2004;
 - la résolution A/RES64/255, approuvée en mars 2010, dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la période 2011-2020 « Décennie d'action pour la sécurité routière ». Cette résolution exhortait les États membres des Nations Unies à élaborer un plan national de sécurité routière; et
 - la résolution A/RES/58/289 (2004), émanant également de l'Assemblée générale des Nations Unies, sur l'amélioration de la sécurité routière dans le monde.
3. À la suite de la publication en 2004 du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route*, premier rapport sur le thème préparé

conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale, l'OPS a préparé et publié en 2009 le *Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques*. Ce dernier document a mis en relief le fardeau que représentent pour la santé publique les traumatismes mortels et non mortels, spécifiquement dans les Amériques, et a mis le doigt sur le retard de l'investissement dans la sécurité routière, dans l'adoption de politiques nationales, dans la fiabilité de l'information et dans l'approbation de la législation pertinente.

4. La formulation de cette politique repose sur la stratégie approuvée par l'OMS en 2001 le *Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques* et sur les résolutions mentionnées, WHA57.10, A/RES/64/255 et A/RES/58/289. Ces résolutions demandent le renforcement de la coopération internationale. En réponse à cette demande, a été créé le groupe de collaboration des Nations Unies pour la sécurité routière. Depuis 2004, sous la présidence de l'Organisation mondiale de la Santé et avec la participation des commissions régionales des Nations Unies, ce groupe a réuni des organisations internationales, des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des fondations et des entités du secteur privé afin de coordonner des réponses efficaces aux questions relatives à la sécurité routière. Le rapport régional offre des recommandations concrètes qui appuient cette initiative.

5. Le présent document se fonde de plus sur la déclaration des États membres de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui reconnaît certains principes de base pour le bonheur, les relations harmonieuses et la sécurité de tous les peuples, un de ces principes étant que : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

6. Les politiques de sécurité routière sont alignées sur les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Les initiatives entreprises en matière de promotion d'un système de transport public sûr et durable contribuent à protéger efficacement la population plus pauvre, marginalisée et vulnérable. De plus, les activités prévues au titre de la sécurité routière sont conformes au plan de réduction des risques et du fardeau de la maladie, en raison de leur contribution à la diminution de l'obésité et à l'augmentation de l'activité physique, ainsi qu'à la diminution des décès et handicaps dus aux traumatismes provoqués par les accidents de la route. Elles se rattachent également à la résolution sur la santé, la sécurité humaine et le bien-être, approuvée par le 50^e Conseil directeur de l'OPS (CD50.R16 [2010]), aux propositions de la stratégie et du plan d'action sur le changement climatique et à la stratégie et au plan d'action sur la santé urbaine, qui seront présentés à la 148^e session du Comité exécutif.

Analyse de la situation actuelle

7. En 2007, le taux ajusté de mortalité dans le monde était de 18,8 pour 100 000 habitants et, aux Amériques, il était de 15,82 pour 100 000 habitants, avec des variations allant de 4,3 à 21,8 pour 100 000 habitants. En moyenne dans la Région, 80% des victimes sont des hommes, les collisions sur les voies de circulation causent annuellement 142 252 décès et le nombre estimé de blessés est de plus de 5 millions. En 2005, aux États-Unis, les coûts associés aux traumatismes causés par les accidents de la route excédaient US \$99 milliards. Au Brésil la même année, une autre étude a noté que les coûts apparentés aux accidents de la route étaient de \$10 milliards par an, ce qui équivaut à 1,2% du produit intérieur brut (PIB) du pays. Au Belize, une étude reposant sur des données de 2007, estime un coût économique total de \$11 millions, chiffre qui représente 0,9% du produit intérieur brut du pays.

8. La Région ne dispose pas de données sur l'ethnicité des victimes. Outre la souffrance que cette réalité représente pour les blessés et leur famille, elle donne lieu non seulement à une demande importante de soins préhospitaliers et des traumatismes, mais aussi à une surcharge pour les services de santé et un coût élevé pour toute la société. Dans 11 pays, le taux de mortalité par blessures causées dans les accidents de la circulation est supérieur à la moyenne pour la Région (Brésil, Bolivie, Guyana, Îles Vierges britanniques, Mexique, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname et Venezuela). Aux États-Unis et au Canada, dont les taux sont respectivement de 13,9/100 000 habitants et de 8,8/100 000 habitants, les taux ont baissé sensiblement au cours des derniers 30 ans, alors qu'en Amérique du Sud, seule la Colombie enregistre une diminution du taux de mortalité au cours des dernières 10 années; deux pays des Caraïbes, les Bahamas et la Jamaïque, ont notifié des tendances similaires lors de périodes plus récentes

9. Trente-neuf pour cent des personnes qui décèdent dans la Région en raison de traumatismes provoqués par des accidents de la route sont des usagers vulnérables (piétons, cyclistes ou motocyclistes), alors que 47% sont des automobilistes, par-dessus tout dans la sous-région de l'Amérique du Nord qui indique le pourcentage le plus élevé (74%). Il y a des pays où le pourcentage de décès de piétons dépasse 50%, parmi eux, El Salvador (63%) et le Pérou (78%).

10. L'information sur la Région continue à être insuffisante pour identifier les aspects spécifiques aux conditions urbaines, aux groupes autochtones et aux autres facteurs qui doivent être pris en considération; à signaler que 80% de la Région est urbaine.

11. En réponse au défi à relever pour faire en sorte que la circulation automobile dans la Région soit plus sûre, l'OPS travaille de manière ardue avec l'OMS pour renforcer les activités dans la Région, en plus de réunir une série d'associés au niveau mondial et

régional—comme la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL), la Banque interaméricaine de développement (BID), la Corporation andine de développement, des organisations bi- et multilatérales, des organisations de la société civile, des fondations (Fondation Bloomberg Philanthropies) et le secteur privé—pour que l'approche intersectorielle et de politique s'applique de façon suffisamment claire et efficace au thème de la sécurité routière.

Proposition

12. Le présent document aborde le cadre institutionnel, les stratégies intersectorielles, la fonction du secteur de la santé, les systèmes d'information sur la mortalité et la morbidité des victimes de traumatismes dus aux accidents de la route; la législation se rapportant aux principaux facteurs de risque (vitesse, consommation d'alcool, usage de la ceinture de sécurité, usage de casques et usage de sièges de sécurité pour les enfants et les bébés); les normes de sécurité pour les voitures, les audits de sécurité routière, la promotion de politiques de transport public et de transport non motorisé; les soins préhospitaliers aux blessés. Le présent document est conforme au programme général de travail de l'OMS et au plan stratégique de l'OPS, qui établissent des buts pour diminuer le taux de mortalité des accidents de la route.

Plan d'action sur la sécurité routière (2012-2017)

Objectif 1 : Que les États membres désignent un organisme directeur multisectoriel dans l'administration publique pour qu'il oriente les activités nationales en matière de sécurité routière en accordant une attention particulière à l'élaboration de plans nationaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière.

Indicateur

- Nombre de pays qui ont un organisme directeur multisectoriel consacré à coordonner les mesures de promotion de la sécurité routière. (Référence : 25. Cible : 30 jusqu'à 2017.)

Activités

- 1.1 Établir un organisme directeur de la sécurité routière doté du pouvoir et de la responsabilité pour adopter des décisions, administrer les ressources et coordonner les activités de tous les secteurs gouvernementaux en matière de sécurité routière, dont la santé, le transport, l'éducation et la police.
- 1.2 Cet organisme devra disposer des ressources appropriées pour les appliquer à la sécurité routière et aura à rendre des comptes publiquement de ses activités et de l'impact qu'il a sur la santé.

Objectif 2 : Diminuer l'incidence des facteurs de risque (vitesse et consommation d'alcool) dans les traumatismes résultant des accidents de la route et augmenter le pourcentage de l'utilisation des accessoires de protection (casques, ceintures de sécurité et sièges de sécurité pour les enfants).

Indicateurs

- Nombre de pays avec des limites de vitesse en milieu urbain jusqu'à 50 km/heure. (Référence : 20. Cible : 30 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de programmes de contrôle du respect des limites de vitesse. (Référence : 4. Cible : 15 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays et de villes avec des limites d'alcool dans le sang pour les conducteurs égales ou inférieures à 0,05g/dl. (Référence : 10. Cible : 20 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de programmes pour empêcher la conduite sous l'influence de l'alcool. (Référence : 4. Cible : 15 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de lois sur l'usage obligatoire du casque pour tous les occupants de motocyclettes. (Référence : 12. Cible : 25 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de programmes de promotion et de contrôle de l'usage des casques. (Référence : 13. Cible : 25 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays ayant des lois sur l'usage obligatoire de la ceinture de sécurité pour tous les occupants de voitures. (Référence : 20. Cible : 30 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de programmes de promotion et de contrôle de l'usage de la ceinture de sécurité. (Référence : 18. Cible : 30 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays ayant des lois sur l'usage obligatoire du système de retenue pour les enfants dans les automobiles. (Référence : 21. Cible : 30 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui disposent de programmes de promotion et de contrôle de l'usage des systèmes de retenue pour les enfants. (Référence : 5. Cible : 15 jusqu'à 2017.)

Activités

Vitesse

- 2.1 Recommander l'établissement de limites de vitesse qui protègent les usagers plus vulnérables contre les blessures et la mort sur les routes (piétons, cyclistes et motocyclistes), surtout dans les zones urbaines, où les limites de vitesse ne devraient pas dépasser 50 km/h, et les réduire à 30 km/h dans les zones scolaires. Cette activité est proposée conformément à la recommandation du *Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques* publié en 2004 par l'OMS.
- 2.2 Promouvoir de manière intersectorielle des politiques de décentralisation de la gestion de la sécurité routière pour que les administrations locales aient la capacité de modifier les limites de vitesse établies au niveau national.
- 2.3 Promouvoir la sensibilisation et la compréhension du public sur les effets de la vitesse et sur les motifs pour lesquels des limites sont imposées.

Consommation d'alcool

- 2.4 Conseiller les législateurs sur l'approbation de lois qui réglementent que les niveaux permis de concentration d'alcool dans le sang pour les conducteurs soient égaux ou inférieurs à 0,05 g/dl et encourager leur stricte application.
- 2.5 Conseiller les législateurs sur l'importance d'établir des limites égales ou inférieures à 0,02g g/dl pour les jeunes conducteurs.
- 2.6 Promouvoir l'application de la loi pour éviter l'impunité des transgresseurs, comme l'introduction de points de contrôle de l'alcoolémie par la police dans des lieux préétablis dans les rues (appelés « points de contrôle sobriété ») et la vérification aléatoire de l'alcool sur la voie publique. Il s'agit là de mesures très efficaces par rapport au coût qui réduisent jusqu'à 20% le nombre de collisions.
- 2.7 Promouvoir le développement et l'exécution de politiques publiques destinées à réduire la consommation générale d'alcool qui se sont avérées effectives pour améliorer la sécurité routière, telles que : l'augmentation des impôts et des prix, la réglementation de la vente des boissons alcoolisées (limites pour les heures, les jours, les lieux de vente et la vente aux mineurs), ainsi que la réglementation de la publicité et de la promotion de l'alcool.

Casques

- 2.8 Conseiller les législateurs sur l'approbation de lois concernant l'usage obligatoire du casque pour tous les passagers de véhicules à moteur de deux ou trois roues et qui garantissent que les casques respectent les normes de qualité.

- 2.9 Promouvoir le respect des lois dans un travail conjoint avec les secteurs gouvernementaux responsables de leur application.
- 2.10 Appuyer le secteur de la circulation dans l'établissement d'un système qui rassemble les données sur le pourcentage de l'usage du casque.

Ceintures de sécurité

- 2.11 Promouvoir l'adoption de lois qui exigent que les fabricants et importateurs de véhicules les équiper tous avec des ceintures de sécurité à tous les sièges.
- 2.12 Promouvoir le renforcement des lois et l'intensification des efforts afin de garantir que la ceinture de sécurité soit utilisée par tous les occupants de véhicules.
- 2.13 Appuyer le secteur de la circulation dans l'établissement de systèmes de recueil de données sur le pourcentage de l'usage de la ceinture de sécurité.
- 2.14 Entreprendre des initiatives avec les secteurs gouvernementaux et la société civile pour faire respecter les lois, avec l'appui de programmes intensifs d'information dans les moyens de communication.
- 2.15 Appuyer les législateurs pour promulguer et faire appliquer les lois sur l'usage de sièges de sécurité pour les enfants, selon des normes de qualité et de sécurité.
- 2.16 Établir des mécanismes pour promouvoir et améliorer l'accès à ces sièges de sécurité, tels que l'établissement de protocoles dans les établissements de maternité pour que les nouveau-nés sortent de la maternité dans des sièges porte-bébé; la promotion de programmes de don de sièges, entre autres.
- 2.17 Appuyer le secteur de la circulation à établir des systèmes de recueil de données sur l'usage des sièges de sécurité pour les enfants.

Objectif 3 : Améliorer les politiques de transport public de masse à l'aide de critères de sécurité, d'équité et d'accessibilité qui garantissent l'exercice des droits de l'homme.

Indicateur

- Nombre de pays ayant des politiques qui appuient l'investissement dans le transport public. (Référence : 14. Cible : 30 jusqu'à 2017.)

Activités

- 3.1 Promouvoir avec les États membres l'établissement de systèmes de transport public de masse qui contribuent à la diminution du transport individuel en voiture et qui encouragent l'utilisation d'autres types de transport plus sûrs et moins polluants, en vue de réduire l'exposition au risque de traumatismes de la route et des maladies respiratoires résultant des émissions des gaz à effet de serre.

Objectif 4 : Promouvoir le développement de l'infrastructure qui favorise les déplacements sûrs de tous les usagers de la route dans les villes et sur les routes, en particulier des plus vulnérables (piétons, cyclistes et motocyclistes).

Indicateurs

- Nombre de pays disposant de politiques nationales qui encouragent le déplacement à pied ou à bicyclette. (Référence : 10. Cible : 30 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays qui incorporent des éléments de sécurité routière à la conception des routes, et qui appliquent des mesures pour réduire la vitesse dans les zones utilisées par les piétons et/ou les cyclistes. (Référence : 4. Cible : 10 jusqu'à 2017.)

Activités

- 4.1 Recommander aux secteurs responsables d'adapter l'infrastructure routière en place, en mettant l'accent sur les carrefours routiers urbains pour garantir une meilleure protection des usagers vulnérables lors de leurs déplacements, tels que les piétons, les cyclistes et les motocyclistes.
- 4.2 Appuyer et promouvoir la réalisation d'évaluations de la sécurité de l'infrastructure existante et l'application de solutions à l'aide de travaux dont l'efficacité a fait ses preuves pour améliorer les résultats en matière de sécurité.
- 4.3 Appuyer les États membres pour qu'ils requièrent, avec les secteurs responsables de l'infrastructure, que les nouveaux projets routiers soient soumis à des audits de sécurité routière qui incorporent des analyses qualitatives des modèles de mobilité pour contribuer à soutenir l'application de mesures efficaces par rapport au coût.

Objectif 5 : Créer ou renforcer un système d'inspection et de révision technique du parc de véhicules.

Indicateur

- Nombre de pays qui disposent d'un système d'inspection et de révision technique de l'ensemble du parc des véhicules. (Référence : 23. Cible : 30 jusqu'à 2017.)

Activités

- 5.1 Promouvoir l'augmentation des conditions techniques de sécurité requises sur les véhicules nouveaux qui sortent sur le marché.
- 5.2 Promouvoir l'importance de la réalisation d'inspections techniques annuelles de tous les véhicules en circulation pour évaluer s'ils répondent aux conditions de sécurité requises.
- 5.3 Recommander aux secteurs responsables d'interdire la circulation des véhicules qui ne répondent pas aux conditions de sécurité requises.

Objectif 6 : Disposer de services structurés et intégrés de soins préhospitaliers pour les victimes d'accidents de la route.

Indicateur

- Nombre de pays disposant d'un système de soins préhospitaliers intégré au secteur de la santé. (Référence : 22. Cible : 30 jusqu'à 2017.)

Activités

- 6.1 Renforcer et intégrer les services de soins préhospitaliers au titre des Réseaux intégrés de services de santé où sont compris les services hospitaliers et de réhabilitation.
- 6.2 Développer des stratégies de formation des agents communautaires aux premiers secours, réanimation de base et autres interventions élémentaires qui réduisent « les soins inadéquats postérieurs au traumatisme ».

Objectif 7 : Améliorer la qualité des données relatives aux traumatismes dus aux accidents de la route afin que les taux de mortalité et de morbidité puissent prendre en compte les caractéristiques des victimes.

Indicateurs

- Nombre de pays disposant de taux de mortalité par traumatismes dus aux accidents de la route. (Référence : 30. Cible : 37 jusqu'à 2017.)
- Nombre de pays disposant de taux de morbidité par traumatismes dus aux accidents de la route (nombre de blessés qui sont soignés dans les services préhospitaliers et hospitaliers. (Référence: 3.¹ Cible : 10 jusqu'à 2017.)

¹ Considérant les pays qui ont notifié plus de 50 blessés par décès dans le rapport régional de la sécurité routière, 2009.

Activités

- 7.1 Améliorer les liens entre les différents secteurs qui participent au recueil et à la notification des données sur les traumatismes des accidents de la route, pour connaître, en plus des caractéristiques, les conditions de survie des victimes et les facteurs déterminants et environnementaux (tels que conditions de vie, horaires, climat) des collisions.
- 7.2 Améliorer l'usage de la codification de la classification statistique internationale des maladies et problèmes liés à la santé (CIE-10) dans les registres vitaux pour que soient prises en compte adéquatement les victimes des accidents de la route.
- 7.3 Étendre l'utilisation de la définition de mort par accident de la route quand elle se produit jusqu'à 30 jours après l'accident de la route, pour harmoniser les données de différentes sources.
- 7.4 Améliorer l'information sur les blessés qui arrivent aux services de soins aux victimes (préhospitaliers, hospitaliers et de réhabilitation) pour qu'elle comporte les données relatives au lieu où s'est produit l'accident.
- 7.5 Créer des mécanismes pour garantir la notification des données relatives aux victimes qui souffrent de séquelles et/ou d'infirmité, qu'elles soient physiques ou mentales.
- 7.6 Former les ressources humaines en vue d'améliorer la qualité de l'information dans toutes les étapes : recueil, analyse et interprétation des données.

Suivi, analyse et évaluation

13. Le présent plan d'action contribue à la réalisation des Objectifs stratégiques 3² et 6³ du Plan stratégique de l'OPS. Les résultats escomptés au niveau régional auxquels ce Plan contribue sont détaillés à l'annexe C. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront alignés sur le cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'Organisation, ainsi que sur ses processus de suivi et d'évaluation de la performance. En ce sens, des rapports de situation seront préparés à partir de l'information disponible à la fin de chaque période biennale.

14. Au cours de la dernière année de la période du Plan, une évaluation sera effectuée afin de déterminer les forces et les faiblesses de son exécution générale, ainsi que les facteurs des causes des succès et des échecs, et les actions futures.

² OS3 : Prévenir et réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée dues à des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux, la violence et les traumatismes.

³ OS6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et autres substances psychoactives, les régimes malsains, l'inactivité physique et les pratiques sexuelles à risque, qui affectent les conditions de santé.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

15. Ce plan d'action est soumis à la considération du Comité exécutif pour qu'il examine l'information présentée dans ce document et qu'il étudie la possibilité d'approuver le projet de résolution qui figure à l'annexe A.

Références :

1. Peden M (Ed). Proceedings of WHO Meeting to Develop a 5-year Strategy for Road Traffic Injury Prevention [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001 [consulté le 1^{er} avril 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/5yearstrat_proceedings/en/index.html.
2. Peden MM, Krug E, Mohan D, et al. Stratégie quinquennale de l'OMS pour la prévention des accidents de la circulation [Internet] Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé, 2002 [consulté le 1^{er} avril 2011]. Disponible sur: http://www.who.int/world-health-day/previous/2004/en/final_strat_fr.pdf
3. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al., eds. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation [Internet]. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé, 2004 [consulté le 1^{er} avril 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/fr/index.html
4. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde [Internet]. Genève, Suisse: OMS; 2009 [consulté le 1^{er} avril 2011]. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/fr/index.html.
5. Organización Panamericana de Salud. Informe sobre el Estado de la Seguridad Vial en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2009.
6. World Health Organization. Casques: Manuel de sécurité routière à l'intention des décideurs et des praticiens [Internet]. Genève, Suisse: OMS; 2006 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242562996_fre.pdf.

7. Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners [Internet]. Geneva, Switzerland: Global Road Safety Partnership; 2007 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur :
<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/alcohol/en/>.
8. Speed: a road safety manual for decision-makers and practitioners [Internet]. [Internet]. Geneva, Switzerland: Global Road Safety Partnership; 2008 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9782940395040_eng.pdf.
9. Seat-belts and child restraints: a road safety manual for decision-makers and practitioners [Internet]. London, UK: FIA Foundation for the Automobile and Society; 2009 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur :
<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/seatbelt/en/>.
10. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R (eds). Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur :
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf.
11. Nations Unies. Amélioration de la sécurité routière mondiale. Soixante-quatrième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 10 mai 2010 [Internet]. New York: Nations Unies (résolution A/RES/64/255) [consulté le 1^{er} avril 2011]. Disponible sur :
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/UN_GA_resolution-54-255-es.pdf.
12. Finch D, Kampfner P, Lockwood C, Maycock G. Speed, speed limits and accidents. (Project Report 58). Crowthorne, England: Transport Research Laboratory; 1994.
13. Nilsson G. Traffic safety dimensions and the power model to describe the effect of Speed on safety. Lund, Sweden: Lund Institute of Technology and Society, Traffic Engineering; 2004.
14. Organization for Economic Co-operation and Development, European Conference of Ministers of Transport, OECD/ECMT Transport Research Centre. Speed Management [Internet]. Paris, France: OECD Publishing; 2006 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur :
<http://www.internationaltransportforum.org/Pub/pdf/06Speed.pdf>.

15. London Assembly Transport Committee. Braking point: 20mph speed limits in London. London, UK: Greater London Authority; 2009.
16. Compton R, Blomberg R, Moskowitz H, Burns M, Peck R, Fiorentino D. Crash risk of alcohol impaired driving. En: *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Montreal, Canadá, del 4 al 9 de agosto del 2002. Montreal, Canadá: International Council on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety; 2002.
17. Moskowitz H, Blomberg R, Burns M, Fiorentino D, Peck R. Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk. En: Mayhew DR, Dussault C, eds. *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Montreal, Canadá del 4 al 9 de agosto del 2002. Montreal, Canadá: Société de l'assurance automobile du Québec. 2002:45-50 (consulté le 1^{er} avril 2011). Disponible sur : [http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/\(06a\).pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/(06a).pdf).
18. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Zaza S, Thompson RS. Effectiveness of Sobriety Checkpoints for Reducing Alcohol-Involved Crashes. *Traffic Injury Prevention* 2002;3(4):266–274.
19. Peek-Asa C. The effect of random alcohol screening in reducing motor vehicle crash injuries. *Am J Prev Med* 1999;16(1 Suppl):57–67.
20. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al.. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. New York: Oxford University Press; 2003.
21. Naumann RB, Dellinger AM, Zaloshnja E, Lawrence BA, Miller TR. Incidence and total lifetime costs of motor vehicle-related fatal and nonfatal injury by road user type, United States, 2005. *Traffic Inj Prev*. 2010 Aug;11(4):353–360.
22. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras-relatório executivo. Brasília, Brazil: IPEA/DENATRAN/ANTP; 2006.
23. Pérez-Núñez R, Híjar-Medina M, Heredia-Pi I, Jones S, Silveira-Rodrigues EM. Economic impact of fatal and nonfatal road traffic injuries in Belize in 2007. *Rev Panam Salud Pública*. 2010 Nov;28(5):326–36



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 20 au 24 juin 2011

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CE148/10 (Fr.)

Annexe A

ORIGINAL:

ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la sécurité routière* (document CE148/10),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la sécurité routière* (document CD51/__);

Reconnaissant le fardeau que représentent les traumatismes dus aux accidents de la route dans la Région des Amériques, qui constituent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 14 ans, et la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, ainsi que la nécessité urgente d'adopter des mesures de santé publique pour réduire le fardeau dû à la perte de vies et la souffrance provoquée par les accidents de la route;

Rappelant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA57.10 (2004) sur la sécurité routière et la santé et la résolution pertinente de l'Assemblée générale des

Nations Unies A/RES/58/289 (2004) sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale, la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2004, consacrée à la sécurité routière, et le lancement du Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route, le Rapport sur la situation mondiale de la sécurité routière et le Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques;

Rappelant en outre qu'en mars 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 (A/RES/64/255);

Reconnaissant les opportunités offertes par l'adoption d'une approche de santé publique qui favorise l'action multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé assume une fonction de coordination pour faire face à la nécessité urgente de protéger efficacement la population pauvre, marginalisée et plus vulnérable qui est la plus affectée par les accidents de la route dans la Région,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan d'action sur la sécurité routière.
2. De prier instamment les États membres:
 - a) de donner la priorité à la sécurité routière au moyen de la formulation de plans nationaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière, et de la désignation d'un organisme de coordination dans l'administration publique qui oriente les activités nationales en matière de sécurité routière, afin de consolider les efforts et de mettre en pratique les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'Assemblée générale des Nations Unies;
 - b) d'améliorer l'infrastructure des voies urbaines et des routes;
 - c) d'améliorer les politiques et les lois sur le transport public de masse au moyen de l'intégration de la sécurité, de l'équité et des critères d'accessibilité afin de garantir les droits de l'homme pour tous;
 - d) de réduire l'incidence des facteurs de risque (vitesse et consommation d'alcool) dans les traumatismes dus aux accidents de la route et d'augmenter le taux d'usage des équipements de protection (casques, ceintures de sécurité et systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles);
 - e) d'établir des limites de vitesse dans les zones urbaines qui ne dépassent pas les 50 km/h, de promouvoir la décentralisation et de permettre que les administrations

- locales puissent modifier les limites de vitesse et promouvoir la sensibilisation du public à la nécessité de fixer des limites de vitesse;
- f) d'adopter la limite d'alcoolémie pour les conducteurs, inférieure ou égale à 0,05 g/dl;
 - g) de faire respecter les lois sur le port obligatoire de casques, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité;
 - h) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire des ceintures de sécurité, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité et d'encourager l'usage de la ceinture de sécurité;
 - i) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire de systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles, tenant en compte la qualité et les normes de sécurité, et d'encourager l'utilisation de ces systèmes;
 - j) de créer ou de renforcer un système d'inspection et un examen technique des véhicules;
 - k) de renforcer la capacité technique et institutionnelle des soins aux victimes de traumatismes dus aux accidents de la route, en particulier dans la phase préhospitalière, les soins hospitaliers et la réhabilitation;
 - l) d'améliorer les données sur les accidents de la route en mettant sur pied des services de surveillance permettant d'améliorer la compréhension et la prise de conscience du fardeau, des causes et des conséquences des traumatismes dus aux accidents de la route, afin de mieux cibler, contrôler et évaluer les programmes et les investissements en faveur de la prévention, des soins et de la réhabilitation des victimes.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États membres dans leurs initiatives de renforcement de la sécurité routière et de formulation de plans nationaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière;
 - b) de faciliter l'identification et l'échange de bonnes pratiques dans la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route;

- c) de stimuler et d'appuyer le réseau de points focaux nationaux et d'encourager la collaboration avec d'autres réseaux d'experts, de professionnels et d'organisations non gouvernementales;
- d) de soutenir la création de capacités au niveau technique et de politiques pour faciliter le recueil et la diffusion d'information et de promouvoir des systèmes d'investigation et de surveillance liés à la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route;
- e) de prêter une assistance technique pour améliorer le traitement et les soins préhospitaliers aux victimes des accidents de la route;
- f) de promouvoir la création d'associations et la collaboration avec des organismes internationaux, des réseaux d'experts, la société civile, les fondations et le secteur privé pour obtenir l'adoption d'une approche intersectorielle.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE148/10 (Fr.)
Annexe B

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

1. Point de l'ordre du jour : 4.4 Plan d'action sur la sécurité routière

2. Lien avec le programme et budget :

a) Domaine d'activité : Développement durable et santé environnementale

b) Résultat prévu :

RPR 3.1 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique afin d'accroître l'engagement politique, financier et technique pour faire face aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et du comportement, à la violence, aux traumatismes dus au manque de sécurité routière et aux handicaps.

Indicateur

3.1.5 Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et alliances intersectorielles) liés à la sécurité routière.

RPR 3.2 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et règlements relatifs aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et du comportement, à la violence, à la sécurité routière, aux handicaps et aux maladies bucco-dentaires.

Indicateur

3.2.7 Nombre de pays qui exécutent des plans nationaux multisectoriels pour la prévention des traumatismes dus aux accidents sur la voie publique, en accord avec les directives de l'OPS/OMS.

RPR 3.3 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour recueillir, analyser, diffuser et utiliser les données relatives à l'ampleur, aux causes et aux conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et du comportement, de la violence, des traumatismes dus aux accidents sur la voie publique et des handicaps.

Indicateur

3.3.5 Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information en santé qui comporte des indicateurs concernant les traumatismes dus aux accidents de la route.

RPR 3.4 Le Bureau aura rassemblé de meilleures données objectives sur le coût-efficacité des interventions pour soigner les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et du comportement, la violence, les traumatismes dus aux accidents sur la voie publique, les handicaps et la santé bucco-dentaire.

Indicateur

3.4.5 Nombre de pays où ont été réalisées et diffusées des études analytiques sur les coûts liés à la sécurité routière.

RPR 6.5 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour élaborer des politiques, stratégies, programmes et guides éthiques fondés sur des données probantes pour prévenir et réduire les régimes alimentaires malsains et l'inactivité physique ainsi que les problèmes apparentés.

Indicateur

6.5.2 Nombre de pays qui ont créé des environnements propices pour les piétons et les cyclistes et des programmes de promotion de l'activité physique dans au moins une de leurs villes principales.

3. Incidences financières

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

Cinq ans : US \$2 850 000

Détail : Dotation de personnel : \$520 346 par an, total \$2 601 730 sur 5 ans.

Ces ressources sont déjà programmées au bureau régional (un conseiller régional) et dans les bureaux de deux pays (2 postes au Mexique et 2 postes au Brésil). Un poste technique est ajouté dans le bureau régional.

Suivi et évaluation de l'exécution des cibles :

\$50 000 par an, total \$250 000 sur 5 ans.

Le suivi et l'évaluation se feront en suivant comme ligne de base le Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques, OPS (2009) et les rapports prévus pour 2012 et 2014 avec des ressources extrabudgétaires déjà garanties au moyen de l'accord signé en novembre 2009 entre l'OMS et Bloomberg Philanthropies pour un total de \$250 000 sur 5 ans.

b) Coût estimatif pour la période biennale 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

\$1 040 000 (2 ans)

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :

\$894 000

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Régional, infrarégional et au niveau des pays

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Un poste de niveau professionnel (maîtrise en sciences sociales) pour fournir un appui technique à la coordination et au suivi de l'exécution de projets spécifiques au niveau des pays.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

2012-2017



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE148/10 (Fr.)

Annexe C

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.4 Plan d'action sur la sécurité routière.

2. Unité responsable : Domaine du développement durable et de la santé environnementale/Équipe de santé urbaine et déterminants sociaux de la santé.

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Eugênia Rodrigues

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Institut national de santé publique (INSP), Cuernavaca, Mexique
- Centres pour le contrôle et la prévention des Maladies (CDC), É-U
- Centre de Santé Publique et Sécurité dans les Milieux de Vie, Canada,
- Centre d'Investigations de santé et violence, Institut Cisalva, Colombie
- Centre pour la prévention des traumatismes, Emory University, É-U
- Unité de recherche internationale sur les traumatismes, Johns Hopkins University, É-U
- National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA), É-U

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

Aborder les déterminants de la santé

Paragraphe 40 : Il est impératif d'aborder les facteurs déterminants de la santé pour parvenir à protéger efficacement les populations les plus démunies, marginalisées et vulnérables. Il est ainsi fait référence à des variables en rapport avec a) l'exclusion sociale, b) l'exposition aux risques, c) l'urbanisation sauvage et d) le changement climatique. Une prise en compte qui passe nécessairement par une révision des cadres législatifs qui, de nos jours, offrent des incitations contraires à l'amélioration de ces facteurs.

Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein

Paragraphe 52 : La recherche de l'équité exige que les interventions destinées à améliorer la santé accordent la priorité aux plus pauvres ainsi qu'aux personnes marginalisées et vulnérables. Les peuples autochtones et les communautés tribales doivent être ciblés en premier, tout comme d'autres groupes. Les pays doivent prendre soin de les inclure, d'assurer l'accès à des services de santé dispensés de manière acceptable au plan culturel et de recueillir et d'utiliser des données spécifiques afin que ces populations prennent des décisions adéquates et exercent pleinement les prérogatives de leur citoyenneté. Les interventions sanitaires doivent être adaptées aux caractéristiques particulières de chaque groupe.

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

OS3 : Prévenir et réduire la morbidité, le handicap et la mortalité prématurée par affections chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes.

RPR 3.1 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique afin d'augmenter l'engagement politique, financier et technique pour faire face aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et du comportement, à la violence, aux traumatismes dus au manque de sécurité routière et aux handicaps.

Indicateurs

3.1.5 Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation, alliances intersectorielles) relatifs à la sécurité routière.

3.2.7 Nombre de pays qui exécutent des plans nationaux multisectoriels pour la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route, en accord avec les directives de l'OPS/OMS.

3.3.5 Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information en santé qui comporte des indicateurs des traumatismes dus aux accidents sur la voie publique.

RPR 3.4 Le Bureau aura rassemblé les meilleures données objectives sur le coût-efficacité des interventions pour soigner les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et du comportement, la violence, la sécurité routière, les handicaps et la santé bucco-dentaire.

Indicateur

3.4.5 Nombre de pays qui ont réalisé et diffusé des études analytiques sur les coûts liés à la sécurité routière.

OS6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et autres substances psychoactives, les régimes malsains, l'inactivité physique et les pratiques sexuelles à risque, qui affectent les conditions de santé.

RPR 6.5 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour élaborer des politiques, stratégies, programmes et guides éthiques fondés sur des données probantes pour prévenir et réduire les régimes alimentaires malsains et l'inactivité physique ainsi que les problèmes apparentés.

Indicateur

6.5.2 Nombre de pays qui ont créé des environnements propices pour les piétons et les cyclistes et des programmes de promotion de l'activité physique et des initiatives dans au moins une de leurs villes principales.

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

Depuis de nombreuses années, les États-Unis et le Canada travaillent à la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route en adoptant une approche multisectorielle et ont obtenu des succès dans la réduction des décès et des traumatismes. Le Canada a un des taux de mortalité par accidents de la route les plus bas de la Région (8,8/100 000 habitants). Aux États-Unis, la loi relative à la conduite sous l'influence de l'alcool est appliquée rigoureusement et le pourcentage de décès associés à ce facteur de risque tourne autour de 12%; ce pourcentage est plutôt bas par rapport aux autres pays latino-américains et des Caraïbes. Au cours des dernières années, le Brésil et le Mexique ont effectué des interventions multisectorielles pour améliorer la sécurité routière, au moyen de la révision et de l'application de lois relatives aux facteurs de risque pour les traumatismes des accidents de la route, avec des résultats initiaux qui dénotent une réduction de ces traumatismes et de ces décès. La Colombie a investi dans les espaces sains dans les grandes villes pour offrir une plus grande sécurité aux motocyclistes avec la promotion de l'usage de casques et de gilets réfléchissants. Au cours de la dernière décennie, en Colombie la tendance aux décès dus aux accidents de la route a baissé. En Amérique du Sud, il y a des progrès avec des initiatives de contrôle de la consommation d'alcool et de la conduite automobile, une amélioration des systèmes d'information et la participation de la société civile aux activités de promotion de la sécurité routière. Les ONG travaillent activement dans la Région pour améliorer la sécurité routière. On compte plusieurs exemples dans divers pays, comme l'Argentine, le Brésil, les États-Unis, le Mexique, l'Uruguay et le Venezuela, entre autres.

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

Coût total–5 ans : US \$2 850 000

(Voir l'annexe B de ce document pour de plus amples détails.)