



ORGANISATION PANAMÉRICAINES DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CE138/13. Rév. 1 (Fr.)
12 juin 2006
ORIGINAL : ANGLAIS

SANTÉ DE LA POPULATION INDIGÈNE DANS LES AMÉRIQUES

La diversité culturelle dans la Région des Amériques est déterminée, dans une grande mesure, par la présence de 45 millions de personnes autochtones appartenant à plus de 400 différents groupes ethniques répartis dans 24 pays (Organisation panaméricaine de la Santé, 2002).

Si les taux de mortalité moyenne dans la Région ont diminué ces dernières années, les indicateurs sanitaires des peuples autochtones (lorsqu'ils sont disponibles) n'en montrent pas moins qu'une action urgente s'avère nécessaire. Si l'on compare aux communautés non autochtones, la plupart des communautés autochtones sont affligées par l'analphabétisme, des niveaux élevés de pauvreté, le chômage et le manque d'accès aux services de santé de base.

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a soutenu un certain nombre d'interventions concernant la santé autochtone. Conformément aux Résolutions CD37.R5 (1993) et CD40.R6 (1997), l'OPS a mis sur pied l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones. Malgré des progrès notables dans de nombreux domaines, l'équité sur le plan de la santé pour la plupart des peuples autochtones n'a pas encore été réalisée dans les Amériques. Aussi, une stratégie en vue de promouvoir et de protéger la santé des peuples autochtones relève-t-elle de la plus haute importance.

Ce document ébauche la stratégie de l'OPS pour promouvoir la santé autochtone sur une période quinquennale. A cette fin, quatre axes stratégiques sont proposés ici : a) intégrer les perspectives autochtones aux OMD et politiques sanitaires nationales ; b) améliorer la gestion de l'information et des connaissances sur les questions de la santé autochtone pour renforcer des capacités de prise de décisions et de suivi, informées, aux niveaux régional et national ; c) intégrer une approche interculturelle aux systèmes de santé nationaux de la Région dans le cadre de la stratégie de soins de santé primaires et d) Forger des alliances stratégiques avec les peuples autochtones et autres parties concernées pour faire progresser la santé des peuples autochtones.

Ce rapport est présenté aux fins d'examen par les Organes directeurs de l'OPS afin de : a) analyser les progrès faits à ce jour ; b) obtenir des directives et commentaires sur les axes stratégiques proposés, et c) renouveler l'engagement politique à la santé des peuples autochtones des Amériques.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Situation actuelle.....	3
Histoire, processus et principaux résultats des activités de l'OPS	5
Évaluation de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones dans le cadre de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde	7
Axes d'action stratégique	10
Implications organisationnelles et financières	15
Aspects clés à envisager	15
Mesures à prendre par le Comité exécutif	16
Annexe A: Estimations de la population autochtone dans les Amériques, total et pourcentage du total de la population dans des pays choisis	
Annexe B: Objectifs du Millénaire pour le Développement et inégalités	
Annexe C: État d'avancement de la coopération technique	
Annexe D: Objectifs de la seconde Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde	
Annexe E: Mesurer les progrès des axes d'actions stratégiques proposés, base initiale et indicateurs ciblés	
Annexe F: Budget du Plan d'Action 2006-2011	

Situation actuelle

1. De nos jours, 45 à 50 millions de personnes autochtones appartenant à plus de 400 groupes ethniques vivent dans les Amériques. Représentant presque 10% de la population totale et 40% de la population rurale de l'Amérique latine et des Caraïbes (Banque de Développement interaméricaine 2003, OPS 2004), les peuples autochtones sont une force dynamique venant enrichir la diversité des 24 pays dans lesquels ils vivent. Ils sont les gardiens de l'héritage culturel et de la biodiversité du continent Sud-Américain (annexe A). Malgré leurs riches apports, les peuples autochtones¹ sont très vulnérables dans les nations où ils habitent et souvent sont négligés ou niés leurs droits humains, ainsi que leur égalité sociale, politique et économique.

2. L'incidence de la pauvreté et de l'extrême pauvreté est nettement plus élevée au sein des groupes autochtones dans les Amériques que dans les groupes non autochtones. A cette pauvreté viennent s'ajouter d'autres facteurs aggravant leur situation : taux d'analphabétisme et de chômage nettement plus élevés, manque d'accès aux services sociaux, violation des droits humains, déplacements suite aux conflits armés et dégradation environnementale.

3. Depuis toujours, les groupes autochtones connaissent des taux disproportionnés de mortalité maternelle et infantile, de malnutrition et de maladies infectieuses, bien plus élevés que dans les autres groupes. Par ailleurs, alors que ces populations se déplacent davantage, sont moins isolées, deviennent de plus en plus urbaines et vivent souvent dans les zones frontalières, d'autres problèmes font surface tels que l'utilisation de drogues et la consommation d'alcool, les suicides, les maladies sexuellement transmissibles et la perte de l'influence des pratiques sanitaires traditionnelles.

4. Si leur charge de morbidité et profil épidémiologique sont analogues à ceux d'autres groupes défavorisés de la Région, leur mauvais état de santé est pourtant encore aggravé par la discrimination et l'inégalité dont ils souffrent au sein du système de santé. Les groupes autochtones constituent la majorité dans plusieurs régions et zones géographiques et pourtant, 40% de cette population n'a pas accès aux services de santé classiques et 80% se rendent chez le guérisseur traditionnel qui est leur principal prestataire de soins de santé.

¹ Convention BIT 169, Article 1, concernant les Peuples autochtones et les tribus des Pays indépendants (1989) reconnaît que « autochtone » est une section distincte de la communauté nationale comprise dans le sens suivant : « ...peuples dans des pays indépendants vus comme autochtones au regard de leur descendance de populations qui ont habité le pays ou une région géographique du pays au moment de la colonisation ou de l'établissement des actuelles frontières des états et qui, quel que soit leur statut légal, gardent une partie ou l'intégralité de leurs institutions sociales, économiques, culturelles et politiques. »

5. Certes, le manque de qualité des prestations de services est un problème que connaissent de nombreux contextes des pays en développement, mais il est bien plus prononcé dans les régions habitées par les peuples autochtones. Courants sont les problèmes persistants du manque de qualité des services — compétences insuffisantes du personnel soignant, non-observance des protocoles de traitement qui ont fait leurs preuves, manque de médicaments et rotation élevée du personnel — affligeant un grand nombre des endroits reculés où vivent les peuples autochtones. De plus, des barrières géographiques empêchent les peuples autochtones de consulter les soins de santé à cause de la distance, du prix des transports et de l'isolement géographique saisonnier. Les services de soins de santé sont gratuits en grande partie pour les peuples autochtones, mais c'est le coût *réel* des soins dont les frais de transport, d'alimentation, d'hébergement, les soins familiaux, les médicaments et le manque à gagner entrave l'accès aux soins de santé.

6. Ce sont les barrières culturelles qui constituent le principal obstacle puisqu'on ne connaît guère les facteurs sociaux et culturels liés aux connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé des peuples autochtones. L'importance accordée aux médicaments et aux interventions modernes risque d'être contraire au traitement traditionnel. Par ailleurs, il est difficile de trouver un personnel soignant qui parle et comprend les langues vernaculaires et le manque de communication entre les prestataires et les patients à tous les niveaux est un frein à l'accès à des soins de qualité. Par ailleurs, il existe souvent une discrimination à l'égard des personnes autochtones dans les centres de santé de la part d'un personnel non autochtones et tant par crainte que méfiance causées par les attitudes et comportements des agents de santé, les personnes autochtones hésitent à consulter les services de santé lorsqu'elles en ont besoin.

7. Au niveau politiques, le manque de statistiques d'état civil ou de répartitions par groupe ethnique, genre et âge compliquent encore davantage la formulation de politiques et de processus reposant sur de solides preuves, d'où toute la difficulté à fixer des priorités et à mettre en place des systèmes adéquats de suivi et d'évaluation pour les peuples autochtones. Des politiques nationales et des accords internationaux guident certains pays lors de leur formulation de programmes axés sur les populations autochtones et l'octroi de fonds pour des services sociaux autochtones. Par ailleurs, l'application de ces politiques n'est pas coordonnée et ne repose pas sur la participation autochtone régulière à la formulation ou à la mise en œuvre de ces activités. Le manque de communication, ainsi que la désintégration et le double emploi des efforts à tous les niveaux empêchent de diffuser les leçons retenues et d'uniformiser l'application de l'information pour remettre un produit final à la société. De plus, d'autres questions telles que les droits à la propriété collective, les brevets, la protection de la biodiversité et la conservation ne reçoivent pas l'attention méritée.

8. Conscients de ces inégalités sur le plan de la santé, les pays se sont engagés à combler les écarts en cherchant à réaliser, d'ici 2015, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Et pourtant, malgré certains gains dans le secteur de la santé, les évaluations dans les Amériques et les projections récentes montrent pourtant que les résultats escomptés ne seront pas atteints ni dans les délais, ni dans le contenu prévu, surtout au sein des populations autochtones, à moins que certaines stratégies courantes ne changent de cap. Par exemple, les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement économique n'envisagent pas les identités autochtones, leurs vues du monde et cultures ; le droit à l'autodétermination ; le droit de contrôler leurs territoires et ressources ; et la perspective holistique de la santé des peuples autochtones (Annexe B). Actuellement, l'évaluation des progrès faits en vue d'atteindre les OMD se fonde sur des moyennes mais non pas sur des données désagrégées et, par conséquent, sont masqués les progrès (ou le manque de progrès) des populations autochtones dans ces calculs.

9. Les dynamiques changements économiques et sociaux qui ont transformé la majorité de l'Amérique latine ces dernières décennies ont largement ignoré les besoins des peuples autochtones et leur développement sanitaire et socioéconomique reste à la traîne. Les liens apparaissent de plus en plus clairement entre la santé et le développement économique et, par conséquent, des interventions prioritaires doivent être prises, élargissant l'accès aux soins de qualité pour les peuples autochtones. Il faut agir dès maintenant en visant des améliorations à court et à long terme dans leur santé et qualité de la vie. Toute collaboration avec les populations autochtones est de nature délicate exigeant une démonstration de respect envers les sociétés et cultures autochtones, surtout en ce qui concerne les marques laissées par les conflits historiques et la colonisation.

Histoire, processus et principaux résultats des activités de l'OPS

10. En 1992, le Sous-Comité de Planification et de Programmation a proposé d'accorder une plus grande attention à la santé et au bien-être des peuples autochtones dans les Amériques. Suivant un atelier de consultation qui s'est tenu à Winnipeg, au Canada, avec la participation de représentants de populations autochtones, de gouvernements et autres personnes de 18 pays, des recommandations ont été intégrées dans une proposition, l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones, présentées par la suite aux Organes Directeurs de l'Organisation et approuvées lors du 37^e Conseil Directeur (1993).

11. Les recommandations de l'atelier de Winnipeg et la Résolution CD37.R5, ratifiée en 1997, stipulent cinq principes de collaboration avec les communautés autochtones. Ces principes ont guidé le travail, défini les critères du suivi et constituaient le fondement de l'évaluation à la fin de la décennie en 2004. Les principes étaient les suivants :

- La nécessité d'adopter une approche holistique à la santé

- Le droit à l'auto-détermination des peuples autochtones
- Le droit à la participation systématique
- Le respect et le renouveau des cultures autochtones
- Des relations marquées par la réciprocité

Récapitulatif de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones

But : Améliorer la santé des peuples autochtones.

Objectif : En collaboration avec les peuples autochtones eux-mêmes, trouver des solutions réalistes et durables aux graves problèmes de mauvaise santé et conditions de vie inférieures à la moyenne qui constituent la réalité d'un grand nombre des peuples autochtones de la Région.

Domaines d'activités : Politiques nationales et accords internationaux, réseaux de collaboration inter-institutionnelle et intersectorielle, soins de santé primaires et approche interculturelle à la santé, analyse d'information, suivi et gestion.

Stratégies : (a) encourager collaboration et partage de responsabilité entre l'OPS et ses États Membres et les organisations et communautés autochtones, conjointement avec des organisations nationales et internationales (gouvernementales et non gouvernementales) ; (b) formuler des propositions adaptées aux différentes situations et contextes des pays et se donner des approches en fonction des questions communes au niveau régional avec l'engagement et la participation de l'Organisation entière et de tous les États Membres.

Domaines d'activités : Renforcement des capacités et des alliances ; collaboration avec les gouvernements membres pour la réalisation de processus et de projets nationaux et locaux ; projets dans des domaines programmatiques prioritaires ; renforcement des systèmes sanitaires traditionnels et information scientifique, technique et publique.

12. Tenant compte des ressources, perspectives, pratiques, traitements et médicaments autochtones, ainsi que de l'expérience concrète des États Membres, l'OMS a mis en œuvre l'Initiative susmentionnée. Les détails de la coopération technique de l'OPS sont donnés en Annexe C.

13. Plus récemment, l'OPS a réalisé plusieurs activités d'un impact important pour les progrès de la coopération technique :

- a) L'Évaluation de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones dans le cadre de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde ;
- b) L'Atelier de Planification stratégique concernant la Santé des Peuples autochtones (tenu à Panama en octobre 2005) où 19 experts de ministères de la

- santé, d'institutions universitaires, d'organisations autochtones et l'OPS ont revu la première version des nouveaux axes d'action, et
- c) La Réunion régionale « Santé des peuples autochtones des Amériques : accomplissements et futures directives » (tenue en décembre 2005 au Nicaragua), où les experts ont présenté les évaluations régionales et nationales de l'Initiative.
14. Les recommandations des experts autochtones, des représentants de la santé publique et des conseillers de l'OPS qui ont participé à ces activités ont permis une réorientation des paramètres stratégiques et programmatiques de l'Initiative.

Évaluation de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones dans le cadre de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde

15. L'évaluation, à laquelle participaient 19 pays, met en avant une série d'accomplissements et d'obstacles (voir Tableau 1) :
- a) Les pays indiquent avoir du moins une directive juridique générale comme cadre de politiques sur les peuples autochtones. Par ailleurs, l'impact de ces politiques est limité, surtout en ce qui concerne la réalisation des OMD, puisque aucune d'entre elles ne tient compte des inégalités sociales et économiques dans les régions où vivent les peuples autochtones.
- b) La plupart des pays ont mis en œuvre ou se sont inspirés de politiques encourageant l'intégration des perspectives, traitements et médicaments autochtones dans le système national de santé. Plusieurs pays ont abordé de manière fragmentaire le thème alors que d'autres ont fait une observation plus intégrale de l'approche interculturelle à la santé par le truchement de projets particuliers.
- c) La plupart des pays disposent de cellules techniques se consacrant aux affaires de la santé autochtones au sein de leurs ministères de la santé. Mais plusieurs de ces cellules ne disposent ni du soutien politique, ni du personnel ou des budgets en vue de répondre aux demandes de coopération technique.
- d) Tous les 19 pays participant signalent la présence de programmes/projets nationaux concernant la santé des peuples autochtones. Par ailleurs, en termes généraux, ces initiatives profitent essentiellement à des zones géographiques qui comptent déjà un bon accès aux services de santé.
- e) Si des études et estimations ont été faites, il n'existe pourtant pas une caractérisation valable des peuples autochtones de la Région, ni un système fiable d'information, de suivi et d'évaluation de leurs conditions sanitaires.

- f) En notifiant les mécanismes pour renforcer la capacité technique sur le plan de la santé des peuples autochtones, 6 pays participant indiquent des programmes consacrés à la recherche. Seuls 5 des 19 pays signalent des bourses destinées tout spécifiquement aux étudiants autochtones pour qu'ils puissent poursuivre une éducation tertiaire.
- g) La plupart des pays décrivent l'existence de réseaux locaux sur le paludisme, la santé infantile, la mortalité maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA et l'eau et l'assainissement. Par contre, aux niveaux sous-nationaux, il n'existe que peu de coordination entre les différents réseaux et programmes/projets de santé autochtone.
- h) Des efforts louables ont été faits, mais la coordination reste faible, aux niveaux national ou sous-régional, concernant les initiatives de santé autochtone.

Tableau 1 – Résultats des évaluations de pays de l'Initiative

Pays qui ont signé et ratifié les Résolutions CD37.R5 et CD40.R6:		35
Pays avec des populations autochtones :		24
Pays qui ont répondu à l'évaluation de la Décennie jusqu'à présent :		19
Pays		Catégorie
Pourcentage	Nombre	
100	19	Politiques publiques qui encouragent le bien-être des peuples autochtones
95	18	Cellules techniques de santé autochtone dans les ministères de la santé
100	19	Projets nationaux sur la santé des peuples autochtones
84	16	Réseaux ou thèmes locaux
79	15	Politiques et expériences concernant l'intégration des perspectives, des traitements et des médicaments autochtones dans les systèmes nationaux de santé
32	6	Programmes de recherche
26	5	Bourses pour les étudiants et les professionnels autochtones
53	10	Mise en place de systèmes d'information, de suivi et d'évaluation de la santé qui tiennent compte de la variable de l'appartenance ethnique.
Obstacles nationaux <ul style="list-style-type: none"> • Coordination • Uniformisation et analyse des expériences en cours • Formulation de politiques sociales interculturelles 		

16. De plus, des rapports d'évaluation au niveau national mettent en avant un certain nombre de barrières aux efforts continus faits par l'OPS pour promouvoir la santé des peuples autochtones :

- a) Manque de formation interculturelle pour le personnel soignant et pour d'autres décideurs.
- b) Décisions politiques et économiques prises à un niveau élevé sans la participation les peuples autochtones.
- c) Pauvreté persistante et manque d'accès aux terres.
- d) Marasme économique des nations les plus pauvres, avec toutes les répercussions qui touchent essentiellement les groupes les plus vulnérables, tels que les groupes autochtones.
- e) Fragmentation, rivalités et luttes de pouvoir entre les différents leaderships et organisations qui représentent les communautés autochtones.

17. Leur lutte continue rend les peuples autochtones plus visibles que jamais. L'OPS soutient leur participation pour qu'ils aient voix au chapitre lors de la prise de décisions, pour qu'ils prennent davantage part à un certain nombre d'accords, de conventions et d'articles de constitutions politiques. La participation autochtone aux processus démocratiques a favorisé l'autogestion de quelques gouvernements locaux, dont certains sont dirigés par des leaders autochtones et dotés d'un niveau élevé de participation populaire.

18. Enfin, et du point de vue programmatique et organisationnel de l'OPS, les leçons retenues comprennent les points suivants :

- a) L'OPS a su créer une légitimité parmi les peuples autochtones en insistant sur une étroite consultation et collaboration avec des représentants et communautés autochtones.
- b) La mobilisation de ressources s'est avérée moins réussie qu'on ne l'avait prévu. L'importance qu'accordent les bailleurs de fonds aux interventions verticales et programmatiques a freiné le financement pour des projets complets et intégrés en vue de répondre aux besoins de santé des peuples autochtones.
- c) L'absence d'une structure organisationnelle spécifique de l'Initiative au sein de l'OPS a ralenti la coopération technique, tant dans la cadence qu'elle aurait dû maintenir que dans sa capacité à mobiliser d'autres ressources financières.
- d) Peu de pays collectent et analysent régulièrement les statistiques de l'état civil ou les statistiques de service par groupe ethnique et il est donc difficile de mettre en

place une bonne base de données initiales pour les pays et de faire une évaluation adéquate de la santé et des conditions de vie des peuples autochtones de la Région. Cela a limité la réorientation des processus et la planification stratégique de l'Initiative.

Axes d'actions stratégiques proposés

19. En décembre 2004, l'Assemblée générale du Forum permanent des Questions autochtones des Nations Unies a adopté une résolution (A/RES/59/174) pour une seconde Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde (2005 – 2015). L'Annexe D présente les objectifs de cette seconde décennie des Nations Unies.

20. Dans ce contexte, la demande accrue de coopération technique concernant la santé des peuples autochtones met en avant le besoin de procéder à une restructuration stratégique. À présent, les OMD sur le plan de la santé font partie intégrante des priorités de l'OPS/OMS et s'inscrivent dans le sens de son engagement à l'équité en santé entre les pays et au sein d'un pays et correspondent à des politiques sanitaires avec des résultats mesurables. Ils font partie du processus national de développement de la santé et dépendent du niveau de protection sociale en santé (Résolution CE134.R8). L'approche renouvelée aux soins de santé primaires (SSP) est jugée une condition essentielle pour atteindre les engagements de la Déclaration du Millénaire, traiter les déterminants sociaux de la santé et arriver au meilleur état de santé possible pour tous (document CD46/13).

21. Consciente des priorités des peuples autochtones, l'OPS connaît l'urgence de trouver des manières novatrices et respectueuses de travailler avec les représentants autochtones et de montrer des résultats clairs indiquant une réduction dans les barrières de l'accès à des soins de santé de qualité dans les communautés. En formulant ces axes d'actions stratégiques, l'OPS a emprunté une démarche consultative minutieuse avec les peuples autochtones, les gouvernements nationaux, les institutions universitaires, les professionnels de santé publique et d'autres.

22. Les axes d'actions stratégiques suivants sont notamment proposés pour la coopération technique de l'OPS :

- a) Intégrer les perspectives autochtones aux OMD et aux politiques sanitaires nationales ;

- b) Améliorer la gestion de l'information et des connaissances sur les questions de santé autochtones pour renforcer des capacités de prise de décisions et de suivi, bien informées, aux niveaux régional et national ;
- c) Intégrer une approche interculturelle aux systèmes nationaux de santé de la Région à la stratégie des soins de santé primaires ; et
- d) Forger des alliances stratégiques avec les peuples autochtones et autres parties prenantes pour faire progresser la santé des peuples autochtones.

23. Les axes d'actions stratégiques proposés sont à l'horizon 2007 à 2011. L'Annexe E présente la base initiale et les indicateurs ciblés.

Axe d'action stratégique 1 : Intégrer les perspectives autochtones aux OMD et aux politiques sanitaires nationales.

Objectif

- Soutenir les pays au niveau de l'application des accords internationaux en mettant au point et en évaluant des politiques publiques profitant aux peuples autochtones et en renforçant les systèmes de santé visant la réalisation des OMD.

Indicateurs

- Adoption de lois traitant des besoins et des droits des peuples autochtones.
- Indicateurs de progrès des OMD pour la santé autochtone, acceptés par les peuples autochtones et adoptés aux niveaux national et sous-national.

Activités

24. L'objectif consiste à formuler des cadres et des instruments juridiques intégrant la perspective des personnes autochtones et facilitant la réalisation des OMD et autres directives. Au titre des activités :

- a) Formulation d'un cadre conceptuel et d'outils intégrant la vue holistique des peuples autochtones dans les OMD et les politiques nationales.
- b) Formuler, de pair avec les peuples autochtones, un ensemble d'indicateurs mesurant les progrès de l'accomplissement des OMD.
- c) Soutien pour la formulation de lois qui insistent sur la santé, les besoins et les droits des peuples autochtones conformément aux traités internationaux de droits humains.

- d) Encourager le dialogue entre les pouvoirs nationaux, les populations autochtones et la société civile concernant l'efficacité et la pertinence culturelle des politiques et programmes nationaux en vue d'améliorer la santé des peuples autochtones.
- e) Promouvoir l'application des décisions du Forum permanent des Nations Unies sur les Questions autochtones ayant trait à la réalisation des OMD.

Axe d'action stratégique 2 : Améliorer la gestion de l'information et des connaissances sur les questions de santé autochtones pour renforcer les capacités de prise de décisions et de suivi, informées, aux niveaux régional et national.

Objectif

- Réunir une information quantitative et qualitative, une connaissance et des données étayant un apprentissage dynamique, une prise de décisions et la formulation de priorités, et permettant le suivi et l'évaluation des activités améliorant la santé des peuples autochtones en prêtant une attention particulière au respect et à la protection des connaissances ancestrales.

Indicateurs

- Nombre de pays avec des populations autochtones qui collectent des statistiques de santé et d'état civil capables de suivre et d'évaluer la santé des peuples autochtones.
- Disponibilité d'une bibliothèque virtuelle régionale sur la santé des peuples autochtones et l'approche interculturelle à la santé.

Activités

25. L'objectif consiste à systématiser et à analyser l'information disponible pour créer des bases initiales et des méthodologies, facilitant l'intégration de l'appartenance ethnique en tant que variable aux systèmes d'information, de suivi et d'évaluation. Sont également encouragées la sensibilité culturelle ainsi que les compétences analytiques et gestionnaires des professionnels des soins de santé. Un programme de recherche sera formulé encourageant une meilleure compréhension des axes d'action utilisant les connaissances ancestrales. Activités spécifiques :

- a) Compiler, classer, mettre à jour et évaluer l'information existante sur la santé des peuples autochtones pour formuler des bases initiales.
- b) Mettre au point une méthodologie, des instruments et des indicateurs qui intègrent la variable de l'appartenance ethnique aux statistiques de santé et d'état civil et systèmes d'information des pays.

- c) Formuler un module de formation traitant de l'inégalité et de la discrimination en fonction de l'appartenance ethnique.
- d) Créer une bibliothèque et des publications virtuelles sur la santé des peuples autochtones.
- e) Promouvoir une recherche opérationnelle sur des thèmes tels que l'harmonisation de la connaissance autochtone et conventionnelle pour traiter la santé des peuples autochtones.
- f) Intégrer la santé des peuples autochtones à la prochaine édition de la publication *Santé dans les Amériques* (2007).

Axe d'action stratégique 3 : Intégrer une approche interculturelle aux systèmes nationaux de santé de la Région dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires.

Objectif

- Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour les peuples autochtones en intégrant les perspectives, pratiques et traitements autochtones aux systèmes de santé nationaux conformément à la stratégie des soins de santé primaires.

Indicateurs

- Inventaire des meilleures pratiques de la Région pour intégrer l'approche interculturelle au système de santé.
- Nombre de pays avec des services de santé interculturels.
- Méthodologie pour évaluer l'innocuité et l'efficacité de certaines pratiques traditionnelles.
- Base initiale sur l'accès aux services de soins de santé, fondamentaux et de qualité, mise au point et adoptée aux niveaux national et sous-national.

Activités

26. L'objectif consiste à systématiser et à analyser les expériences en cours, à créer des instruments et des directives pour l'adoption de l'approche interculturelle dans les services de santé et les programmes prioritaires dans des régions où habitent des populations autochtones. Les méthodologies actuelles seront analysées pour évaluer la qualité et l'innocuité des traitements traditionnels et pour encourager un échange culturel favorisant le dialogue ouvert et l'harmonisation des systèmes de santé autochtones avec ceux de la médecine conventionnelle. Activités spécifiques :

- a) Mise en place d'un système d'autorisation et d'homologation tenant compte des principes SSP de l'approche interculturelle à la santé.
- b) Mise au point de protocoles pour des interventions adaptées à la culture dans des domaines clés.
- c) Formulation de deux modèles de soins interculturels (meilleures pratiques) pour répondre aux besoins des populations autochtones des zones rurales, urbaines et frontalières.
- d) Evaluer le niveau d'accès à des services de soins de santé, de base et de qualité, des peuples autochtones.

Axe d'action stratégique 4 : Forger des alliances stratégiques avec les peuples autochtones et autres parties prenantes pour faire progresser la santé des peuples autochtones.

Objectif

- Orienter les activités pour le bien de la santé des peuples autochtones, renforcer le leadership autochtone et utiliser, de manière optimale, les ressources financières et techniques disponibles dans les pays en se donnant des stratégies de plaidoyer et des techniques de négociation qui respectent le droit au meilleur état de santé possible et autres droits humains des peuples autochtones.

Indicateurs

- Nombre de pays avec des populations autochtones bénéficiant d'une coopération technique pour le renforcement des capacités et renforcement des services techniques responsables de la santé des peuples autochtones.
- Présence de réseaux régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la santé des peuples autochtones et approche interculturelle à la santé.

Activités

27. L'objectif consiste à soutenir des démarches faisant preuve de sensibilité de la part des dirigeants et du personnel opérationnel ; à renforcer les capacités techniques, administratives, gestionnaires et politiques des pays pour améliorer les soins de santé dans la Région ; à intégrer les soins de santé autochtones aux programmes politiques nationaux et internationaux. Ces activités permettront de créer des réseaux dépendant de la participation active des principales parties prenantes et institutions autochtones. Activités spécifiques :

- a) Mise en place du Réseau sur la Santé des Peuples autochtones avec des organisations autochtones.
- b) Suivi de la concordance des activités interinstitutionnelles avec la Banque interaméricaine de Développement, la Banque mondiale, l'Organisation des Etats Américains, les Services de Santé indiens, le Fonds autochtone (Iberoamérica) et d'autres partenaires.
- c) Optique interculturelle du processus d'intégration sous-régionale et régionale en intégrant la santé autochtone aux programmes d'action à ces mêmes niveaux.
- d) Création de mécanismes de plaidoyer pour promouvoir et protéger le droit au meilleur niveau de santé possible et autres droits connexes.

28. L'Annexe F récapitule le budget régional disponible pour la mise en œuvre des axes d'actions stratégiques.

Implications financières et organisationnelles

29. En 2005, conformément à la politique de l'OPS visant à encourager le développement de la coopération technique axée sur les pays, un poste décentralisé de Conseiller en Santé des Peuples autochtones a été créé et les activités régionales ont commencé en août à partir du bureau du Représentant de l'OPS/OMS en Equateur. De plus, des fonds réguliers ont été alloués pour poursuivre ces activités.

30. Pendant la prochaine période quinquennale, la mise en œuvre des axes d'actions stratégiques proposés reviendra à \$4,9 millions. Dans le budget-programme régional 2006-2007 de l'OPS, \$175 000 sont disponibles et \$1,7 million ne sont pas financés. Actuellement, l'OPS formule des propositions pour mobiliser des fonds extrabudgétaires supplémentaires.

Aspects clés à envisager

- a) Discussion des progrès faits et évaluation de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones dans le cadre de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde.

- b) Nécessité d'engagement politique et octroi de ressources suffisantes pour soutenir les activités locales, nationales et régionales en vue d'améliorer la santé des peuples autochtones.
- c) Adéquation des axes d'actions proposés pour les futures activités et le rôle de l'OPS pour sa mise en œuvre, dont l'occasion de mettre au point un Plan régional sur la Santé des Peuples autochtones.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

34. Le Comité exécutif est prié de : (a) prendre note des progrès réalisés à ce jour ; (b) fournir des directives sur les nouveaux axes stratégiques proposés pour la coopération technique de l'OPS ; et (c) renouveler l'engagement à la santé des peuples autochtones des Amériques.

Annexes

Estimations de la population autochtone dans les Amériques, total et pourcentage du total de la population dans des pays choisis²

Population autochtone totale			
Pourcentage	<100 000	100 000 à 500 000	>500 000
Plus de 40			Pérou Guatemala Bolivie Équateur
5 à 40	Guyana Belize Suriname	El Salvador Nicaragua Panama	Mexique Chili Honduras
Moins de 5	Costa Rica Guyana Jamaïque République dominicaine	Argentine Brésil Paraguay Venezuela	Canada Colombie États-Unis d'Amérique

Sources : Banque interaméricaine du Développement, 2002. Rapports sur l'Évaluation de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde, OPS, 2004.

² Le graphique fait référence aux statistiques nationales officielles des peuples autochtones en tant que "majorités" or "minorités". Par contre, des zones peuvent exister dans les pays où la population autochtone constitue une majorité, même si les chiffres nationaux ne reflètent pas ces zones.

Objectifs du Millénaire pour le Développement et inégalités

Dans ce diagramme, on note la nécessité d'appliquer le contenu des OMD aux différentes réalités. Il montre la charge de morbidité et l'inégalité touchant les peuples autochtones dans les Amériques. La concordance avec ces déclarations, tel que demandé par les dirigeants autochtones, demandera qu'on tienne compte des visions des peuples dans les concepts de la pauvreté, de l'alliance et du développement.

Question	Pays	Autochtone	Non autochtone
1. Pauvreté	Canada	34%	16%
	Chili	32,2%	20,1%
2. Analphabétisme	Bolivie	19,61%	4,51%
3. Équité entre les genres et autonomie de la femme	Guatemala	L'analphabétisme chez les femmes autochtones s'élève entre 50% et 90%, et seules 43% ont terminé l'école élémentaire, 5,8% l'école secondaire et 1% poursuivent une éducation supérieure.	
4. Mortalité infantile	Panama	84/1 000 naissances vivantes	17/1 000 naissances vivantes
5. Mortalité maternelle	Honduras	255/100 000 naissances vivantes (Intibuca)	147/100 000 naissances vivantes
6. Lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et d'autres maladies	Nicaragua	90% des cas de paludisme dû à <i>falciparum</i> sont concentrés dans 24 municipalités avec des populations autochtones.	
7. Conservation de l'environnement et statut nutritionnel	Salvador	95% des points d'eau de surface sont contaminés. La malnutrition chez les enfants et les adultes est associée aux parasites. 40% des enfants autochtones souffrent de malnutrition comparés à 20% à l'échelle nationale.	
8. Association mondiale pour le Développement		Présence de problèmes analogues chez les peuples autochtones (profils épidémiologiques semblables, réfugiés, changements dans les styles de vie, acculturation, progrès dans le développement, perte de territoire), surtout ceux qui vivent dans les zones frontalières d'où l'urgence de coordonner les activités de développement et/ou l'application des accords internationaux et sous-régionaux dans la Région.	

Source : Les données présentées par les pays participant à l'évaluation nationale des progrès en santé dans le cadre de l'accord de la Décennie internationale des Peuples autochtones du Monde, OPS, 2004.

État d'avancement de la coopération technique

Coopération technique pour la santé des peuples autochtones : progrès réalisés	
1. Axe stratégique Politiques et accords internationaux	
Progrès <ul style="list-style-type: none"> ▪ 19 pays avec cellules techniques et initiatives nationales : Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Costa Rica, Chili, République dominicaine, Équateur, Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, États-Unis et Venezuela. ▪ Les résolutions CD37.R5 (1993) et CD40.R6 (1997) et les plans et directives de l'Initiative de la Santé des Peuples autochtones a été le cadre servant dans plusieurs pays à formuler des initiatives, politiques, programmes et projets nationaux. ▪ Participation permanente des représentants autochtones aux activités de coopération technique. ▪ Points focaux : 1 à l'OMS, 5 centres spécialisés et 18 bureaux de représentants—dans 6, le sujet est coordonné par les mêmes représentants. ▪ Politiques nationales qui mettent en relief la santé des peuples autochtones (par exemple, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Équateur, Panama, Pérou, États-Unis et Venezuela). 	
2. Axe stratégique Information, analyse, suivi et gestion	
Progrès <ul style="list-style-type: none"> ▪ Page Web. ▪ Bulletin autochtone publié en anglais, portugais, espagnol et langues vernaculaires (aymara et kichwa). ▪ Série <i>Santé des peuples autochtones</i>, avec 14 titres. ▪ Publications sur les politiques, analyse de la situation, modes interculturels, médecine traditionnelle et réseaux d'action (28 titres). ▪ Base de données sur la santé autochtone avec 919 saisies disponibles sur la page Web de l'OPS. ▪ Documents nationaux sur l'analyse situationnelle. 	

Coopération technique pour la santé des peuples autochtones : progrès réalisés	
3. Axe stratégique Soins de santé primaires et approche interculturelle à la santé	
Progrès <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadres juridiques sur la médecine traditionnelle autochtone en Equateur, au Panama et au Nicaragua. ▪ Progrès conceptuels et méthodologiques : <ul style="list-style-type: none"> – 6 études de cas sur l'intégration des perspectives, traitements et médicaments autochtones aux soins de santé primaires dans les types de communautés suivantes : Araucan Indian (Chili), Nahuatl-Pipil (Salvador), Mayan (Guatemala), Garífuna (Honduras), Ngöbe Buglé (Panama) et Kechwa (Pérou). – Directives stratégiques pour l'intégration des perspectives, traitements et médicaments autochtones aux soins de santé primaires. – Modules de formation des ressources humaines en matière d'approche interculturelle à la santé en Bolivie, au Brésil, en Equateur, au Guatemala, au Honduras, au Mexique et au Nicaragua. – Adaptation et mise au point de méthodologies et d'instruments pour l'approche interculturelle aux problèmes prioritaires : Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), Initiative Faire Reculer le Paludisme, eau et assainissement, VIH/SIDA, tuberculose, lutte contre le paludisme avec DDT (Projet OPS-GEF) et matrices pour l'évaluation de la qualité des modèles interculturels de soins. 	
4. Axe stratégique Réseaux de collaboration interinstitutionnels et intersectoriels	
Progrès <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenariats intra-institutionnel : avec 14 programmes de l'OPS : paludisme, PCIME, santé de la reproduction, eau et assainissement, santé maternelle et infantile, campus virtuel, santé mentale, droits humains, IST/VIH/SIDA, exclusion sociale, santé des personnes âgées, santé buccale, santé oculaire, récupération/réhabilitation. ▪ Partenariats interinstitutionnels : Banque interaméricaine pour le Développement, Banque mondiale, Organisation des États américains, organismes de coopération bilatérale, Fonds pour le Développement des Peuples autochtones de l'Amérique latine et des Caraïbes, Bureau de la Médecine parallèle des Instituts nationaux de la Santé des États-Unis, Health Canada, Service de Santé indien, Parlement autochtone. ▪ Partenariats intersectoriels : partenariats pour traiter de l'accès à l'eau et à l'assainissement et de l'infirmité dans les divers Miskito de la côte Atlantique, Honduras, avec la participation des Ministères de la Santé, de l'Environnement et de l'Agriculture dans le premier cas et avec les Ministères de la Santé, de l'Éducation et du Travail dans le second cas. ▪ Participation à des forums internationaux : Forum permanent sur les Questions autochtones des Nations Unies, Conférence mondiale « Healing our Spirits Worldwide. » ▪ Alliances tripartites entre les bureaux des représentants de l'OPS/OMS dans les pays, les ministères de la santé et les organisations autochtones nationales de la Bolivie, du Honduras et du Panama. ▪ Les initiatives <i>interorganisations</i> dans le système des Nations Unies en Colombie, en Équateur, au Honduras et au Venezuela ont adopté l'approche interculturelle à la santé. <p>Inventaire d'institutions qui interviennent au niveau de la santé autochtone dans les pays de l'Amérique centrale.</p>	

**Objectifs de la seconde Décennie internationale
des Peuples autochtones du Monde**

La seconde Décennie compte cinq grands objectifs :

- (1) Promouvoir la non-discrimination et l'inclusion des peuples autochtones à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des processus internationaux, régionaux et nationaux concernant les lois, politiques, ressources, programmes et projets.
- (2) Promouvoir la pleine participation des peuples autochtones aux décisions touchant directement ou indirectement à leurs styles de vie, terres et territoires nationaux, à leur intégrité culturelle en tant que personnes autochtones avec des droits collectifs ou autres aspects de leur vie en vertu du principe du consentement libre, préalable et informé.
- (3) Remanier les politiques de développement qui s'écartent de la vision de l'équité, politiques sensibles à la culture et qui respectent la diversité culturelle et linguistique des peuples autochtones.
- (4) Adopter les politiques, programmes, projets et budgets au développement des peuples autochtones, avec des jalons concrets et en mettant en avant les femmes, enfants et jeunes autochtones.
- (5) Mettre en place de solides mécanismes de suivi et insister sur la responsabilisation aux niveaux international, régional et surtout, au niveau national, concernant l'application des cadres juridiques, politiques et opérationnels pour la protection des peuples autochtones et l'amélioration de leur vie.

Mesurer les progrès des axes d'action stratégique proposés
Base initiale et indicateurs cib s

Indicateurs	Base initiale³	Cible - 2011
Axe d'action stratégique 1. Intégrer les perspectives autochtones aux OMD et aux politiques sanitaires nationales		
<i>Indicateurs</i>	3 pays	8 pays
<ul style="list-style-type: none"> Adoption de lois traitant des besoins et des droits des peuples autochtones 		
<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs de progrès liés aux OMD pour la santé autochtone acceptés par les peuples autochtones et adoptés aux niveaux national et sous-national 	0 pays	10 pays
Axe d'action stratégique 2: Améliorer la gestion de l'information et des connaissances sur les questions de santé autochtones pour renforcer des capacités de prise de décisions et de suivi, informées, aux niveaux régional et national.		
<i>Indicateurs</i>	3 pays	8 pays
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays avec des populations autochtones qui collectent des statistiques de santé et d'état civil capables de suivre et d'évaluer la santé des peuples autochtones 		
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'une bibliothèque virtuelle régionale sur la santé des peuples autochtones et l'approche interculturelle à a santé. 	0 bibliothèques virtuelles	1 bibliothèque virtuelle régionale
Axe d'action stratégique 3 : Intégrer une approche interculturelle aux systèmes nationaux de santé de la Région dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires		
<i>Indicateurs</i>	Pas d'inventaire	Un inventaire de région
<ul style="list-style-type: none"> Inventaire des meilleures pratiques de la Région pour intégrer l'approche interculturelle au système de santé 		
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays avec des services certifiés de santé interculturels 	0 pays	5 pays

³ La base initiale se fonde sur 19 rapports de pays de l'évaluation de la Décennie.

<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie pour évaluer l'innocuité et l'efficacité de certaines pratiques traditionnelles 	Pas de méthodologie	Méthodologie
<ul style="list-style-type: none"> • Base initiale sur l'accès aux services de soins de santé, fondamentaux et de qualité, mise au point et adoptée aux niveaux national et sous-national 	Pas de base initiale	Base initiale
Axe d'action stratégique 4 : Forger des alliances stratégiques avec les peuples autochtones et autres parties prenantes pour faire progresser la santé des peuples autochtones.		
<i>Indicateurs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays avec des populations autochtones bénéficiant d'une coopération technique pour le renforcement des capacités et renforcement des services techniques responsables de la santé des peuples autochtones 	18 pays	24 pays
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de réseaux régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la santé des peuples autochtones et approche interculturelle à la santé 	1 annuaire annoté régional	1 réseau régional 1 réseau sous-régional

Budget du Plan d'Action 2006-2011

Axe d'action stratégiques	2006 - 2007			2008-2011
	Fonds réguliers régionaux THS/OS	Autres sources régionales	Activités non financées	Budget nécessaire
Axe d'action stratégique 1. Intégration des perspectives autochtones aux OMD et aux politiques sanitaires	\$ 25 000,00	\$ 35 000,00	\$450 000,00	\$850 000,00
Axe d'action stratégique 2. Gestion de l'information et des connaissances	20 000,00		400 000,00	800 000,00
Axe d'action stratégique 3. Soins de santé primaire et approche interculturelle	35 000,00	45,000.00 OPS-GEF	450 000,00	850 000,00
Axe d'action stratégique 4. Alliances stratégiques, renforcement de la capacité technique des pays et leadership autochtone	15 000,00		360 270,00	600 000,00
Totaux	\$ 95 000,00	\$ 80 000,00	\$1 660 270,00	\$3 100 000,00