



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



47^e CONSEIL DIRECTEUR 58^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 septembre 2006

Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire

CD47/13 (Fr.)

18 août 2006

ORIGINAL : ANGLAIS

SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES DES 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 à la réalisation des 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 l'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.

Le Comité exécutif a examiné le rapport et a adopté la Résolution CE138.R18 aux fins d'examen par le Conseil directeur.

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	16
Aspects clés à envisager	17
Mesures à prendre par le Comité exécutif	17
Annexes	
Annexe A: Estimations de la population autochtone dans les Amériques, total et pourcentage du total de la population dans des pays choisis	
Annexe B: Convention OIT (C169) relative aux peuples indigènes et tribaux dans des pays indépendants. Partie V. Sécurité sociale et santé	
Annexe C : Objectifs du Millénaire pour le Développement et inégalités	
Annexe D: État d'avancement de la coopération technique	
Annexe E: Objectifs de la seconde décennie des peuples autochtones du monde	
Annexe F : Mesurer les progrès des axes d'actions stratégiques proposés, base initiale et indicateurs ciblés	
Annexe G: Budget du Plan d'Action 2006-2011	
Annexe H : Glossaire	
Annexe I : Résolution CE138.R18	

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 autochtones 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, deviennent de plus en plus graves les maladies chroniques et autres problèmes 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. Situation rendue encore plus précaire par les inégalités face au genre et les femmes autochtones tout particulièrement se heurtent à bien des obstacles pour obtenir des soins de qualité en matière de santé de la reproduction.

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. Par exemple, les croyances et pratiques traditionnelles liées à l'accouchement souvent ne sont pas respectées dans les contextes institutionnels.

7. Au niveau politiques, la participation régulière et constante des personnes autochtones ne fait pas partie de la formulation et de la mise en œuvre de ces efforts tel qu'indiqué par exemple, par la Convention 169 de l'Organisation internationale du travail (Annexe B). 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 (Annexe C). 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. 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, en 2004, à la fin de la Décennie internationale des populations autochtones du monde (1995-2004). 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 ainsi qu'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) compiler les connaissances et informations pertinentes en fonction des expériences et se donner des mécanismes pour garder une telle connaissance et information; c) 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 D.

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

Nombre de pays qui ont signé et ratifié les Résolutions CD37.R5 et CD40.R6:			35
Nombre de pays avec des populations autochtones :			24
Nombre de pays qui ont participé à l'évaluation de l'Initiative de santé des peuples autochtones :			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.	

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 de premier plan.
- 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 peuples 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 E 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, à la prestation de services de santé de qualité, à l'amélioration des conditions de santé des groupes vulnérables et peu desservis et à la formulation de 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 à la réalisation des 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 l'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 F présente la base initiale et les indicateurs ciblés.

Axe d'action stratégique 1 : Intégrer les perspectives autochtones à la réalisation des 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

- a) Nombre de pays dotés de lois traitant du droit au niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible et aux droits connexes sur le plan santé des peuples autochtones conformément à la Constitution de l'OMS, aux traités de droits humains internationaux et régionaux ratifiés par les Etats Membres de l'OMS et les normes internationales applicables dans le contexte de la santé des peuples autochtones.
- b) Indicateurs des progrès en vue d'atteindre les OMD pour la santé des peuples autochtones acceptés par les populations autochtones et désagrégés par ethnie, genre et âge aux niveaux national et sous-national.
- c) Indicateurs des progrès en vue d'atteindre les OMD concernant la santé des peuples autochtones réalisés aux niveaux sous-national, national et international.

Activités

24. L'axe stratégique 1 permettra de formuler des cadres et des instruments juridiques qui intègrent la perspective des personnes autochtones et facilitent la réalisation des OMD et autres directives. Au titre des activités spécifiques :

- a) Soutenir la formulation de lois qui accordent une grande importance à la santé des peuples autochtones, conformément aux normes et traités internationaux de droits humains.

- b1) Formuler un cadre conceptuel et des outils intégrant la vue holistique des peuples autochtones dans l'accomplissement des OMD et politiques nationales.
- b2) Formuler, en coordination avec les peuples autochtones, un ensemble d'indicateurs pour mesurer les progrès de l'accomplissement des OMD.
- c1) Encourager le dialogue entre les pouvoirs nationaux, les peuples 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.
- c2) 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 des peuples autochtones pour renforcer les capacités de prise de décisions et de suivi, informées, aux niveaux régional et national.

Objectif

- Mettre en place des systèmes pour partager et gérer une information quantitative et qualitative basée sur des données probantes aux fins d'encourager un apprentissage dynamique, la prise de décisions et la formulation de priorités, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation des activités pour améliorer la santé des peuples autochtones en prêtant une attention particulière au respect et à la protection des connaissances ancestrales.

Indicateurs

- a) Nombre de pays avec des populations autochtones disposant de systèmes statistiques publics, de santé et d'état civil, capables de suivre et d'évaluer la santé des peuples autochtones.
- b) Disponibilité d'une bibliothèque virtuelle régionale avec des données, cadres conceptuels, méthodologies et expériences se rapportant à la santé des peuples autochtones et approches interculturelles à la santé.
- c) Nombre de pays avec des projets de recherche opérationnelle sur des questions telles que l'harmonisation des connaissances et pratiques de santé autochtones et conventionnelles reliés à des institutions officielles et universitaires.
- d) Disponibilité d'un atelier de formation sur l'inégalité et la discrimination au niveau de l'accès et de l'utilisation des services de santé suite à l'appartenance ethnique conformément aux normes et traités internationaux et régionaux sur les droits humains,

ratifiés par les Etats Membres de l'OPS tels que « la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ». 2

e) Intégration de la santé des peuples autochtones dans la prochaine édition de la publication *Santé dans les Amériques* (2007).

Activités

25. L'Axe stratégique 3 aidera à systématiser et à analyser l'information disponible pour intégrer les variables de l'appartenance ethnique, du genre et de l'âge aux systèmes d'information, de suivi et d'évaluation aux niveaux national et sous-national. Sont également encouragées les compétences interculturelles ainsi que les compétences analytiques et gestionnaires des professionnels des soins de santé. Un programme de recherche opérationnelle sera formulé encourageant une meilleure compréhension de la santé des peuples autochtones utilisant, chaque fois que possible, les connaissances ancestrales. Activités spécifiques :

- a1) Classer, mettre à jour et évaluer l'information existante sur la santé des peuples autochtones pour brosser un tableau initial de la situation actuelle.
- a2) Mettre au point des approches méthodologiques, des instruments et des indicateurs qui intègrent les variables de l'appartenance ethnique et du genre aux statistiques de santé et d'état civil et systèmes d'information des pays.
- b) Créer une bibliothèque virtuelle avec des données et des publications sur la santé des peuples autochtones.
- c) Promouvoir une recherche opérationnelle sur des thèmes tels que l'harmonisation des connaissances et pratiques autochtones et conventionnelles pour traiter la santé des peuples autochtones.
- d) Mettre au point et appliquer un module de formation sur l'inégalité et la discrimination au niveau de l'accès et de l'utilisation des services de santé suite à l'appartenance ethnique.
- e) Rédiger et intégrer une section sur la santé des peuples autochtones dans la prochaine édition de la publication *Santé dans les Amériques* (2007).

Axe d'action stratégique 3 : Intégrer l'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 et aux principes de sécurité et d'efficacité des pratiques traditionnelles de soins de santé.

Indicateurs

- a) Inventaire des meilleures pratiques de la Région pour intégrer les perspectives et pratiques autochtones aux systèmes de santé.
- b) Nombre de pays avec des services de santé de qualité qui dispensent des services de santé appropriés du point de vue culturel et linguistique.
- c) Méthodologie pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des pratiques traditionnelles autochtones.
- d) Existence d'indicateurs sur l'accès à des services de soins de santé primaires de qualité, formulés et adoptés aux niveaux national et sous-national et désagrégés selon l'ethnie et le genre.

Activités

26. L'Axe stratégique 3 permettra de systématiser et d'analyser les expériences en cours, de créer des instruments et des directives pour mettre en place des services de santé et des programmes prioritaires, appropriés du point de vue culturel et linguistique, dans des régions où habitent des populations autochtones. Les méthodologies actuelles seront analysées pour évaluer la sécurité et l'efficacité des traitements traditionnels autochtones 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) Faire l'inventaire des modèles des meilleures pratiques concernant les soins indiqués pour répondre aux besoins des populations autochtones et mettre en avant deux des modèles.
- b) Mettre au point un système pour cerner, évaluer et suivre les pratiques sanitaires traditionnelles sur la base des principes de SSP et les approches interculturelles à la santé.
- c) Développer et promouvoir l'utilisation de protocoles pour évaluer la sécurité et l'efficacité d'interventions appropriées du point de vue culturel et linguistique dans des domaines clés.

- d) Formuler et évaluer des indicateurs sur l'accès aux services de soins de santé de qualité dispensés aux populations 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

- Mettre en place des réseaux aidant à faire progresser la santé des peuples autochtones, à renforcer le leadership autochtone et à 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 aux fins d'améliorer la santé publique parmi les 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'Axe stratégique 4 soutiendra 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 :

a1) Mise en place du Réseau sur la Santé des Peuples autochtones avec des organisations autochtones.

a2) 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 et d'autres partenaires.

a3) Intégration des approches interculturelles aux processus d'intégration sous-régionaux et régionaux en incorporant la santé autochtone aux programmes d'action à ces mêmes niveaux.

a4) Création de mécanismes de plaidoyer pour promouvoir la santé publique et protéger le droit au meilleur niveau de santé possible et autres droits connexes.

b1) Promotion du renforcement des capacités liées à la prestation des services de santé pour les peuples autochtones.

b2) Promotion de la coopération technique entre des projets de pays et échange d'expériences concernant la santé des populations autochtones.

28. L'Annexe G récapitule le budget régional disponible pour la mise en œuvre des axes d'action stratégique au Siège au sein de l'Unité de l'organisation des services de santé (THS/OS) et dans le cadre d'autres programmes régionaux ainsi que dans les bureaux de terrain et centres sous-régionaux.

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 Conseil directeur

31. Le Conseil directeur est prié d'envisager la résolution en annexe proposée par le Comité exécutif.

Annexes

Estimations de la population autochtone dans les Amériques, total et pourcentage du total de la population dans des pays choisis¹

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.

¹ 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.

Convention OIT (C169) relative aux peuples indigènes et tribaux dans des pays indépendants

Section V. Sécurité sociale et santé

Article 24

Les régimes de sécurité sociale doivent être progressivement étendus aux peuples intéressés et être appliqués sans discrimination à leur encontre.

Article 25

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que des services de santé adéquats soient mis à la disposition des peuples intéressés ou doivent leur donner les moyens leur permettant d'organiser et de dispenser de tels services sous leur responsabilité et leur contrôle propres, de manière à ce qu'ils puissent jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale.
2. Les services de santé doivent être autant que possible organisés au niveau communautaire. Ces services doivent être planifiés et administrés en coopération avec les peuples intéressés et tenir compte de leurs conditions économiques, géographiques, sociales et culturelles, ainsi que de leurs méthodes de soins préventifs, pratiques de guérison et remèdes traditionnels.
3. Le système de soins de santé doit accorder la préférence à la formation et à l'emploi de personnel de santé des communautés locales et se concentrer sur les soins de santé primaires, tout en restant en rapport étroit avec les autres niveaux de services de santé.
4. La prestation de tels services de santé doit être coordonnée avec les autres mesures sociales, économiques et culturelles prises dans le pays.

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

- 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

- Page Web.
- Bulletin autochtone publié en anglais, portugais, espagnol et langues vernaculaires (aymara et kichwa).
- Série *Santé des peuples autochtones*, 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

- Cadres juridiques sur la médecine traditionnelle autochtone en Equateur, au Panama et au Nicaragua.
- Progrès conceptuels et méthodologiques :
 - 6 études de cas sur l'intégration des perspectives, traitements et médicaments autochtones aux soins de santé primaires dans les types de communautés suivantes : Mapuche (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

- 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 *interorganisations* dans le système des Nations Unies en Colombie, en Équateur, au Honduras et au Venezuela ont adopté l'approche interculturelle à la santé.
- Inventaire d'institutions qui interviennent au niveau de la santé autochtone dans les pays de l'Amérique centrale.

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.

Source : <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/en/second.html>

**Mesurer les progrès des axes d'action stratégique proposés
Base initiale et indicateurs ciblés**

Indicateurs	Base initiale²	Cible - 2011
Axe d'action stratégique 1. Intégrer les perspectives autochtones à la réalisation des OMD et aux politiques sanitaires nationales		
<i>Indicateurs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays dotés de lois traitant des besoins et des droits des peuples autochtones 	3 pays	8 pays
<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de progrès liés aux OMD pour la santé autochtone acceptés par les peuples autochtones et désagrégés par ethnie, genre et âge aux niveaux national et sous-national. 	0 pays	10 pays
<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs des progrès en vue d'atteindre les OMD concernant la santé des peuples autochtones réalisés aux niveaux sous-national, national et international. 	0 pays	7 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> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays avec des populations autochtones disposant de systèmes statistiques publics, de santé et d'état civil, capables de suivre et d'évaluer la santé des peuples autochtones 	3 pays	8 pays
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une bibliothèque virtuelle régionale avec des données, cadres conceptuels, méthodologies et expériences se rapportant à la santé des peuples autochtones et approches interculturelles à a santé. 	0 bibliothèque virtuelle	1 bibliothèque virtuelle régionale

² La base initiale se fonde sur 19 rapports de pays de l'évaluation de la Décennie.

Mesurer les progrès des axes d'action stratégique proposés
Base initiale et indicateurs ciblés (suite)

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays avec des projets de recherche opérationnelle sur des questions telles que l'harmonisation des connaissances et pratiques de santé autochtones et conventionnelles reliés à des institutions officielles et universitaires. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un atelier de formation sur l'inégalité et la discrimination au niveau de l'accès et de l'utilisation des services de santé suite à l'appartenance ethnique conformément aux normes et traités internationaux et régionaux sur les droits humains, ratifiés par les Etats Membres de l'OPS tels que la « Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. » 	0 atelier	Un atelier
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la santé des peuples autochtones dans la prochaine édition de la publication <i>Santé dans les Amériques</i> (2007) 	Editions 1994, 1998, 2002	Edition 2007
<p>Axe d'action stratégique 3 : Intégrer l'approche interculturelle aux systèmes nationaux de santé de la Région dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires</p>		
<p><i>Indicateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventaire des meilleures pratiques de la Région pour intégrer les perspectives et pratiques autochtones aux systèmes de santé. 	Pas d'inventaire	Un inventaire de région
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays avec des services de santé de qualité qui dispensent des services appropriés du point de vue culturel et linguistique. 	0 pays	5 pays

Mesurer les progrès des axes d'action stratégique proposés
Base initiale et indicateurs ciblés (suite)

<ul style="list-style-type: none"> Méthodologie pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des pratiques traditionnelles autochtones 	Pas de méthodologie	Méthodologie
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'indicateurs sur l'accès à des services de soins de santé primaires de qualité, formulés et adoptés aux niveaux national et sous-national et désagrégés selon l'ethnie et le genre. 	Pas de base initiale	Base initiale
<p>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.</p>		
<p><i>Indicateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Présence de réseaux régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la santé des peuples autochtones et approches interculturelles à la santé 	1 annuaire annoté régional	1 réseau régional 1 réseau sous-régional
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays avec des populations autochtones bénéficiant d'une coopération technique de l'OPS/OMS pour le renforcement des capacités et renforcement des services techniques responsables de la santé des peuples autochtones. 	18	24

**Budget du Plan d'Action 2006-2011
THS/OS et autres programmes régionaux**

Axes 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 PAHEF*	\$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 primaires et approche interculturelle à la santé	35 000,00	80 000,00 OPS- GEF/SDE/HS* 29 000 00 PCIME/SFC/CA*	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	\$ 144 000,00	\$1 660 270,00	\$3 100 000,00

PAHEF : Fondation panaméricaine de santé et d'éducation

OPS-GEF/SDE/HS : Organisation panaméricaine de la Santé – Projet Global Environmental Fund sur la lutte contre le paludisme sans utiliser DDT/Développement durable et santé environnementale/Unité environnements de santé.

PCIME/SFC/CA : Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance/Santé familiale et communautaire/Service santé de l'enfant et de l'adolescent.

**Budget du plan d'action 2006–2011
Bureaux de terrain**

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Argentine	Promouvoir l'approche interculturelle à la santé dans le cadre des forums et publications.	\$6 000.00	\$16 000.00
Total		\$6 000.00	\$16 000.00

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Bolivie	Intégrer la médecine autochtone traditionnelle au système national de santé.	10 000.00	
	Renforcer les alliances stratégiques pour améliorer l'accès équitable aux soins de santé parmi les populations autochtones.	7 500.00	
	Soutenir la mise en place d'un modèle de soins de santé approprié du point de vue culturel	8 500.00	
Total		26 000.00	

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Colombie	Promouvoir des études pour inclure l'approche interculturelle aux modèles de soins de santé.	83 000.00 (2006) 83 000.00 (2007 doit encore être approuvé)	
	Evaluer la situation sanitaire des peuples autochtones, des descendants d'origine africaine et des réfugiés.	41 500.00 (2006)	
	Evaluer la situation sanitaire des peuples autochtones et des descendants d'origine africaine dans les régions frontalières.	41 500.00 (2006)	
	Publier des documents sur la santé des peuples autochtones, des descendants d'origine africaine et des réfugiés.	4 900.00 (fonds de 2005)	
	Formuler une politique de protection sociale pour les peuples autochtones et autres groupes ethniques.	33 200.00 (2006)	
	Publier le document sur la politique de protection sociale.	4 900.00 (fonds de 2005)	
	Mettre sur pied un projet d'eau et d'assainissement dans la région de l'Amazone.	75 000.00	20 000.00
Total		367 000.00	20 000.00

Budget du plan d'action 2006–2011 Bureaux de terrain (suite)

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Chili	Promouvoir la santé des peuples autochtones.	\$15 000.00	
Total		\$15,000.00	

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Equateur	Soutenir la réalisation des OMD au niveau local, surtout le projet en cours à Cotacachi, Imbabura.	\$4 500.00	
	Intégrer l'approche interculturelle à la santé dans le cadre des programmes prioritaires.	\$5 500.00	
Total		\$10 000.00	

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
El Salvador	Mettre sur pied un projet d'eau et d'assainissement.	\$37 000.00	\$31 000.00
Total		\$37 000.00	\$31 000.00

Pays	Activités	2006 – 2007 (*)	2008 – 2011 (*)
Guatemala	Promouvoir la protection sociale et la santé des peuples autochtones.	\$50 000.00 (o)	\$20 000.00 (o)
	Intégrer la médecine populaire traditionnelle au système de santé.	\$15 000.00	\$10 000.00
	Renforcer le second niveau de soins par l'intermédiaire des centres de soins de santé maternelle et infantile.	\$30 000.00	\$20 000.00
Total		\$95 000.00	\$50 000.00

(*) Lié à la Stratégie d'expansion prévue pour étendre la couverture en soins de santé.

(o) Fonds extrabudgétaires du projet ASDI dans les départements avec pourcentage élevé de population autochtone : Alta Verapaz 93%, El Quiché 89%, et Huehuetenango 65%.

Budget du plan d'action 2006–2011 Bureaux de terrain (suite)

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Guyana	Identifier des modèles et approches pour renforcer la prestation de services pour les peuples autochtones.	\$5 000.00	
	Renforcer les ressources humaines pour les peuples autochtones dans les villages reculés de la région de l'Amazone.		\$25 000.00
Total		\$5 000.00	\$25 000.00

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Honduras	Mettre en place un projet de protection sociale dans des municipalités avec des populations autochtones.	Les activités font partie de projets génériques qui sont mis en œuvre dans des régions avec des populations autochtones. Les coûts des diverses activités ne sont pas disponibles.	
	Offrir une formation en santé environnementale.		
	Promouvoir des communautés saines et une bonne nutrition.		

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Mexique	Intégrer l'ethnicité comme variable dans les systèmes d'information sanitaire.	\$52 000.00	
	Participer aux réseaux internationaux		
	Diffuser les résultats des projets		
	_____ Médecine traditionnelle		
Total		\$52 000.00	

Pays	Activités	2006 – 2007	2008 – 2011
Venezuela	Améliorer les soins de santé pour les peuples autochtones avec l'approche interculturelle à la santé.	\$12 000.00	
Total		\$12 000.00	

Budget du plan d'action : 2006–2011
Centres régionaux

CEPIS

Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS)

Activités	Budget 2006 – 2007 (*)				Budget 2008-2011 (o)			
	Domaines	Unités techniques	Pays	Coût (US\$)	Domaines	Unités techniques	Pays	Co (US\$)
(*)Projet : Améliorer les conditions environnementales parmi les communautés autochtones (eau et assainissement) (*)	SDE	USB/CEPIS	ARG, BOL,BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUA, HON, NIC,MEX, PAN, PER, VEN	206,049				
(o)Projet régional: “Renforcement des capacités dans les communautés autochtones des régions des Andes et de l’ Amazone pour la prise en charge des risques environnementaux”	SDE	USB/CEPIS	BOL, BRA, COL, ECU, PER, VEN. Aussi: ARG, CHI, SUR, GUY	200,000	SDE	USB/CEPIS	BOL, BRA, COL, ECU, PER, VEN. ARG, CHI, SUR, GUY	900.000

(*) Le projet se terminera en juin 2006.

(o) Le budget devrait être approuvé par l’OPS et les bailleurs de fonds.

Glossaire

Peuples indigènes

L'Article 1 de la Convention de l'OIT concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants (1989) reconnaît comme *indigènes* : « ... les peuples dans les pays indépendants qui sont considérés comme indigènes du fait qu'ils descendent des populations qui habitaient le pays, ou une région géographique à laquelle appartient le pays, à l'époque de la conquête ou de la colonisation ou de l'établissement des frontières actuelles de l'Etat, et qui, quel que soit leur statut juridique, conservent leurs institutions sociales, économiques, culturelles et politiques propres ou certaines d'entre elles. » Le concept de *peuples* se rapporte aux traits qui caractérisent un groupe humain en termes territoriaux, culturels et ethniques et leur confèrent un sentiment d'identité.

Approche holistique à la santé

Les peuples autochtones ont une vue holistique du monde et ils définissent donc la santé comme un état de bien-être complet émanant de « l'harmonie de tous les éléments qui constituent la santé ; à savoir le droit à avoir sa propre compréhension et son propre contrôle sur sa vie et le droit des humains à vivre en harmonie avec la nature, avec eux-mêmes et avec les autres pour arriver au bien-être complet et à la réalisation et paix tant individuelle que collective. »

En d'autres termes, dans l'approche holistique, l'homme est un tout indivisible qui ne peut pas être expliqué par ses différentes composantes considérées séparément. La santé trouve son expression dans les relations dynamiques et l'équilibre entre les composantes inséparables de l'individu (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) et le collectif (écologique, politique, économique, culturel, social et là aussi, spirituel). Cette conception holistique de la santé recoupe le bien-être biologique, psychologique, social et spirituel d'une personne et de sa communauté dans des conditions d'équité.

Approche interculturelle à la santé

L'approche interculturelle à la santé est l'ensemble harmonieux des différentes connaissances, croyances et pratiques culturelles concernant la santé et la maladie, la vie et la mort ainsi que les questions biologiques et sociales exprimées non seulement par le biais de manifestations visibles mais aussi dans la dimension cosmique spirituelle.

Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est l'ensemble des connaissances, compétences et pratiques reposant sur des théories, croyances et expériences propres aux différentes cultures, qu'elles s'expliquent ou non, utilisées pour maintenir la santé ainsi que pour la

prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement des maladies physiques et mentale.

Médecine parallèle

Le terme est utilisé de manière interchangeable avec la médecine traditionnelle dans certains pays. Il a rapport avec un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'entrent pas dans la propre tradition du pays en question.

Médecine conventionnelle

Médecine reposant sur les principes biomédicaux et exercée par un médecin ou autres membres de la profession médicale (dentistes, psychologues et infirmiers, etc.). Allopathie, médecine occidentale, médecine générale, médecine générale et médecine régulière ou encore biomédecine sont d'autres termes pour médecine conventionnelle.

Guérisseurs traditionnels

Les guérisseurs traditionnels sont des spécialistes locaux de la santé dont l'art de guérir leur viendrait de naissance. Généralement, ils commencent à se former et à exercer à un jeune âge. Pour d'autres, leur don leur sera révélé plus tard dans la vie suite à une grave maladie ou pour avoir vu la mort de près. Certains pratiquent le jeûne ou d'autres sont à la recherche d'une vision pendant laquelle les esprits leur font part de leur mission. Certains travaillent avec des plantes, d'autres sont source de conseils et d'autres encore imposent les mains lors de cérémonies spéciales. Groupe très diversifié, ils ont des noms qui correspondent à leurs compétences et connaissances spéciales. Par exemple, sur le littoral atlantique du Nicaragua, ils sont appelés les *obiaman*, les *sukias*, *dopi*, dans la région de l'Amazone, le dirigeant spirituel est le *shaman*, dans la région des Andes, les guérisseurs traditionnels sont les *hierbateros*, les *fregadores*, les *hueseros*, les *limpiadores de mal viento*, les *llamadores de la sombra*, les *parteras*, *chupadores*, etc.

Services appropriés du point de vue culturel et linguistique

Services de soins de santé garantissant aux patients des soins efficaces, compréhensibles et respectueux qui sont dispensés de manière compatible avec leurs croyances culturelles et langage préféré. Ce type de services, appropriés du point de vue culturel et linguistique, devrait être intégré partout dans une organisation et dispensés en partenariats avec les communautés desservies.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

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

CD47/13 (Fr.)
Annexe I

RÉSOLUTION

CE138.R18

LA SANTÉ DES POPULATIONS AUTOCHTONES DES AMÉRIQUES

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le rapport sur la santé des populations autochtones des Amériques (document CE138/13),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Reconnaissant les progrès réalisés par l'Initiative Santé des populations autochtones et conscient des résultats de l'évaluation de la Décennie internationale des populations autochtones du monde ;

Prenant note de l'existence d'inégalités en matière de santé et d'accès aux services de prise en charge qui affectent plus de 45 millions d'autochtones qui vivent dans la Région des Amériques, et

Considérant que les objectifs de développement liés à la santé internationalement concertés, dont ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, ne pourront être atteints que si les besoins de santé spécifiques des populations exclues, comme les populations autochtones, sont pris en compte,

DÉCIDE :

1. D'approuver les orientations stratégiques proposées pour la coopération technique de l'OPS dans le contexte de la santé des populations autochtones des Amériques.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de veiller à intégrer la perspective des populations autochtones dans les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que dans les politiques sanitaires nationales ;
 - b) d'améliorer la gestion de l'information et du savoir dans les domaines de la santé des populations autochtones pour consolider la capacité à prendre des décisions s'appuyant sur des preuves scientifiques, ainsi que la capacité de suivi de la Région ;
 - c) d'incorporer l'optique interculturelle des systèmes nationaux de santé de la Région en tant que partie intégrante de la stratégie des soins de santé primaires ;
 - d) de forger, conjointement avec le l'OPS/OMS, des partenariats stratégiques avec les populations autochtones et autres acteurs concernés afin d'améliorer encore davantage la santé de ces populations.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre des orientations stratégiques proposées pour la coopération technique de l'OPS, y compris la possibilité d'élaborer un Plan régional pour la santé des populations autochtones ;
 - b) de plaider en faveur de la mobilisation de ressources nationales et internationales pour soutenir les efforts visant à améliorer la santé des populations autochtones de la Région ;
 - c) de veiller à ce que les orientations stratégiques proposées soient incorporées au Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012 et de favoriser leur inclusion au Programme de santé décennal pour la Région des Amériques.