



Décennie internationale des populations autochtones

Rapport du Secrétariat

1. Le présent document a été rédigé pour donner suite à la résolution WHA51.24 dans laquelle il était demandé au Secrétariat de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur les progrès des initiatives en matière de santé des populations autochtones. Il met en lumière le manque de données précises et l'insuffisance des recherches dans ce domaine – ce qui compromet la mise en oeuvre de la résolution WHA53.10 qui demande l'établissement de plans d'action régionaux et mondiaux – et décrit certaines des activités entreprises au niveau régional.
2. Malgré l'attention croissante portée à la question des populations autochtones au niveau international, on manque encore d'**informations précises** sur le nombre de personnes concernées et les données concernant leur état de santé restent incomplètes et fragmentaires. Tous les pays qui comptent des populations autochtones ou tribales ne précisent pas systématiquement l'origine ethnique dans leurs systèmes nationaux de notification des données et peu d'entre eux en tiennent compte dans le cadre des enquêtes sanitaires et analyses réalisées au plan national. Même lorsque l'origine ethnique est précisée dans les recensements ou autres systèmes d'information, les résultats ne sont pas toujours précis en raison d'obstacles tels que la stigmatisation souvent associée au statut autochtone ou tribal (qui se répercute sur les informations données par les sujets eux-mêmes), l'inaccessibilité physique, des problèmes de communication et un malentendu sur la définition de la population autochtone et des groupes entrant dans cette catégorie.
3. C'est pourquoi les divergences entre les statistiques officielles et les statistiques indépendantes peuvent être considérables. Les chercheurs ont donc souvent tendance à s'en remettre à des indicateurs de substitution tels que la situation géographique ou l'usage des langues dans un pays. En outre, la grande diversité des types de catégories ethniques utilisés empêche les comparaisons entre pays et le repérage de facteurs de risque ou de problèmes communs au niveau mondial.
4. Le manque de données nationales sur l'ethnicité et de travaux de recherche complets sur les risques pour la santé et les disparités dans les populations autochtones dans de nombreux pays ont considérablement gêné l'établissement de plans d'action régionaux ou mondiaux pour la santé des populations autochtones. En outre, la recherche en santé n'est jusqu'ici en général pas parvenue à tenir dûment compte de la situation des populations autochtones dans ses travaux. Pour être vraiment exhaustive, la recherche devrait associer les populations autochtones et tenir compte de leurs points de vue. Le manque de données empêche également les pays d'élaborer une politique efficace et utile dans les domaines liés à la santé des populations autochtones – problème grave dans les pays où les populations

autochtones soit représentent une proportion élevée de la population, soit possèdent une forte identité ethnique.

5. Néanmoins, il est possible de dégager certaines caractéristiques générales de la santé des populations autochtones, comme le montre l'annexe. Une série de mesures positives sont actuellement prises par les gouvernements pour combattre les disparités en matière de santé bien que l'on ne dispose que de peu d'informations détaillées à ce sujet.

6. La somme des données recueillies jusqu'ici montre que les populations autochtones ont une espérance de vie inférieure et que leur état de santé est généralement moins bon que celui des autres groupes de population. Si l'on veut que cette situation change, des mesures immédiates doivent être prises pour développer la base de connaissances nécessaire à la prise de mesures correctrices. Il s'agit notamment d'établir une définition opérationnelle OMS des populations autochtones, de recueillir systématiquement des données sanitaires et démographiques et de procéder à des travaux de recherche opérationnelle comparés qui jetteront les bases d'un redressement de la situation sanitaire des populations autochtones.

7. Afin de faire progresser l'établissement de plans d'action complets, il est proposé d'utiliser la **définition** contenue dans la Convention 169 de l'OIT relative aux peuples indigènes et tribaux (1989) jusqu'à ce qu'une définition soit acceptée au sein du système des Nations Unies. L'article 1 de la Convention se lit comme suit :

1. La présente Convention s'applique :

a) aux peuples tribaux dans les pays indépendants qui se distinguent des autres secteurs de la communauté nationale par leurs conditions sociales, culturelles et économiques et qui sont régis totalement ou partiellement par des coutumes ou des traditions qui leur sont propres ou par une législation spéciale ;

b) aux 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.

2. Le sentiment d'appartenance indigène ou tribale doit être considéré comme un critère fondamental pour déterminer les groupes auxquels s'appliquent les dispositions de la présente Convention.

*3. L'emploi du terme **peuples** dans la présente Convention ne peut en aucune manière être interprété comme ayant des implications de quelque nature que ce soit quant aux droits qui peuvent s'attacher à ce terme en vertu du droit international.*

8. L'OMS collaborera avec les Etats Membres à la collecte de données et à l'établissement d'un programme de recherche pertinent.

9. Parmi les **activités régionales**, l'OMS/OPS a lancé en 1993 l'initiative pour la santé des populations autochtones des Amériques, qui constitue la contribution de la Région à la Décennie des populations autochtones et témoigne de son engagement à travailler avec ces populations à améliorer leur santé et leur

bien-être, démarche cruciale dans une Région où celles-ci représentent environ 43 millions de personnes appartenant à plus de 400 groupes différents.

10. Les consultations qui ont eu lieu au niveau des pays et avec les populations autochtones, axées sur la promotion de la santé et du bien-être de celles-ci à travers un appui aux pays pour favoriser l'équité d'accès aux services de santé de base, ont permis d'orienter les activités entreprises au titre de l'initiative. Celles-ci sont actuellement concentrées sur trois domaines clés : planification et alliances stratégiques ; cadres interculturels et modèles de soins ; et information pour déceler et surveiller les inégalités.

11. Dans d'autres Régions, diverses activités entreprises à l'échelle de pays ou de zones pourraient servir de point de départ à l'établissement d'un plan d'action pour la santé des populations autochtones. La Banque interaméricaine de Développement et la Banque asiatique de Développement soutiennent plusieurs initiatives sur les questions autochtones dans les pays, notamment la cartographie de la situation sanitaire des populations autochtones.

12. Un accord a récemment été conclu en vue d'établir, sous l'égide du Conseil économique et social, un **forum permanent sur les questions autochtones**, chargé de donner des avis dans ce domaine aux organes du système des Nations Unies. Le forum sera composé de 16 experts indépendants, dont la moitié seront des représentants de populations autochtones et l'autre moitié seront désignés par les gouvernements ; il devrait commencer ses travaux en 2002. L'OMS sera invitée, de même que d'autres organisations du système des Nations Unies, à soumettre régulièrement des informations à cet organe.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

ANNEXE

QUELQUES DONNEES CONCERNANT LA SANTE DES POPULATIONS AUTOCHTONES DANS CERTAINES REGIONS

Amériques

- 31 % des membres des Premières Nations du Canada font état d'une forme d'incapacité quelconque liée à des taux d'accidents élevés, à de mauvaises conditions de logement, à la toxicomanie ou à des maladies chroniques comme le diabète (OPS, 1999)
- L'espérance de vie chez les Mayas du Guatemala est de 17 ans inférieure à celle des groupes de populations non autochtones (document WHO/MNH/NAM/99.1). En 1989, 91 % des populations autochtones du Guatemala vivaient dans une extrême pauvreté, contre 45 % des populations non autochtones (OPS, 1999)
- On estimait en 1995 que l'espérance de vie à la naissance de la population autochtone du Mexique était de plus de trois ans inférieure à celle du reste de la population, et les taux de mortalité infantile étaient de 54 pour 1000, soit près du double (OPS, 1999)
- Au Pérou, les populations autochtones ont une fois et demie plus de risques d'être pauvres et presque trois fois plus d'être extrêmement pauvres que les populations non autochtones (FNUAP : Day of 6 Billion Fast Facts, 2000)
- Les autochtones d'Alaska présentent les taux les plus élevés de prévalence du tabagisme (42 %), de grossesses d'adolescentes (86 pour 1000) et de décès par traumatisme non intentionnel (3,3 fois la moyenne nationale), et arrivent au deuxième rang pour les homicides (17,8 pour 100 000), par comparaison à tous les autres groupes ethniques (Health Status in Alaska, 2000)
- Le taux de suicides parmi les Hawaïens autochtones atteignait 29,2 pour 100 000 en 1982 contre 18,5 pour 100 000 pour la population blanche (Blaisdell, 1993)

Asie du Sud-Est

- Plus de la moitié des enfants des populations tribales de l'Etat indien de Bihar ont un apport calorique insuffisant (Alderete, 1999)

Europe

- Les populations de pays en développement comme le Brésil, la Chine et la Thaïlande ont désormais une espérance de vie plus longue que les Inuits. L'espérance de vie d'un nourrisson inuit au Groenland est encore bien inférieure à celle d'un enfant danois (Statistics Greenland. Statistical Yearbook, 1997)

- Des études menées en Fédération de Russie montrent que la situation socio-économique et l'état de santé de la population autochtone de l'extrême nord-est du pays se sont gravement détériorés ces dernières années (Arctic Monitoring and Assessment Programme, Oslo, 1998)

Pacifique occidental

- L'espérance de vie à la naissance des aborigènes et des habitants des îles du détroit de Torres est jusqu'à 20 ans inférieure à celle des Australiens non autochtones (Australian Institute of Health and Welfare. Older Australia at a Glance, 1999)
- En République démocratique populaire lao et au Viet Nam, les taux de mortalité infantile des populations autochtones sont supérieurs à ceux des autres groupes (Banque asiatique de Développement. Policy for the Health Sector, 1999)
- Chez les Maori, l'espérance de vie est de 67,2 ans pour les hommes et de 71,6 ans pour les femmes, contre 75,3 et 80,6 pour les hommes et femmes dans le reste de la population (Our Health Our Future. The Health of New Zealanders, 1999)
- Les taux d'hospitalisation pour le cancer du col de l'utérus chez les femmes maori sont trois à quatre fois plus élevés que chez les femmes européennes ou d'autres femmes (Our Health Our Future. The Health of New Zealanders, 1999).

= = =