



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 132<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 23-27 juin 2003

*Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire*

CE132/16 (Fr.)

1 mai 2003

ORIGINAL : ESPAGNOL

### ETHNICITÉ ET SANTÉ

La population de la Région des Amériques offre un large éventail d'héritages et d'ascendances culturelles qui permet de désigner certains segments de la population comme faisant partie de groupes ethniques/raciaux. Ces groupes sont importants sur le plan social et démographique : les peuples autochtones et les communautés de descendance africaine représentent à eux seuls plus de 25% de la population totale de la Région. Néanmoins, ce groupe de population important présente des écarts défavorables et injustes qui influent sur ses conditions de vie et l'accès aux services.

La mobilisation régionale engendrée par la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, convoquée par l'Organisation des Nations unies en août 2001, a ouvert la voie à de nombreuses possibilités pour accomplir un travail efficace et coordonné entre les gouvernements et la société civile. La Déclaration du Sommet du Millénaire, qui a été approuvée lors de la 55.<sup>e</sup> période de sessions de l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2000, établit comme l'un des objectifs de faire respecter et de faire valoir pleinement la Déclaration universelle des Droits de l'Homme. Elle a décidé en plus de demander aux États Membres de ne ménager aucun effort pour renforcer le respect des droits de l'homme dont ceux des minorités et « d'adopter des mesures pour garantir le respect des droits et la protection des droits de l'homme des migrants, des travailleurs migratoires et de leur famille, d'éliminer les actes de racisme et de xénophobie qui deviennent de plus en plus fréquents dans de nombreuses sociétés ».

Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a rassemblé et analysé l'information en santé disponible pour contribuer au débat et à l'établissement d'un diagnostic de la situation en santé des minorités ethniques, qui permet d'observer également l'existence d'écarts au niveau de la santé au détriment des groupes ethniques/raciaux. Il est donc possible de conclure qu'il est nécessaire de formuler et de développer des politiques publiques de santé qui répondent aux nécessités spécifiques des groupes ethniques/raciaux, comme une condition préalable à la réalisation d'une meilleure équité au niveau de la Région. S'il est vrai que de nombreux progrès ont été accomplis dans la santé des peuples autochtones au cours de la décennie écoulée, cela ne veut pas dire que le questionnement est épuisé mais qu'au contraire, il est nécessaire d'incorporer d'autres catégories qui actuellement partagent des caractéristiques communes d'exclusion sociale.

Le Comité exécutif est prié d'examiner le présent document et de formuler ses observations sur :  
a) l'importance de la collecte d'information sur la santé des groupes ethniques et b) la nécessité d'incorporer la sensibilité ethnique et raciale pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire dans la perspective de réduire l'inéquité en santé.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Les groupes ethniques dans la Région.....	4
L'importance de la reconnaissance du fait que la population des Amériques est multiethnique.....	5
Pauvreté et ethnicité.....	6
Les groupes ethniques et la santé : domaines de sensibilité majeure .....	7
Bons exemples de programmes et politiques destinés à répondre aux nécessités vitales et sanitaires des groupes ethniques.....	12
Activités de l'OPS en matière de santé et d'ethnicité.....	15
Participation de la société civile .....	16
Domaines clés pour action.....	17
Mesures à prendre par le Comité exécutif .....	18

## Introduction

1. La Région des Amériques offre une réalité démographique complexe du point de vue de sa composition ethnique/raciale<sup>1</sup>. Dans la majorité des pays de la Région, les groupes ethniques partagent des caractéristiques de grande vulnérabilité et d'exclusion sociale. Quarante-trois pour cent de la population d'Amérique latine vivent au-dessous du seuil de la pauvreté. Des études provenant de diverses sources coïncident sur le fait que la population d'origine ethnique/raciale est sur-représentée parmi les défavorisés. Ces résultats ont permis de mieux comprendre « l'ethnicité » comme un facteur macro-déterminant qui restreint les possibilités de certaines personnes sur le marché du travail et l'accès aux services. Les constatations faites par l'OPS au cours des dernières années, mettent en évidence le fait que même à des niveaux égaux de revenu, les minorités ethniques ont un accès moindre aux services que le reste de la population et que leurs indicateurs de santé sont pires.

2. Le présent document cherche à stimuler la discussion entre les membres du Comité exécutif et la Programmation en ce qui concerne l'incorporation de la perspective ethnique/raciale dans la formulation de politiques publiques en santé, dans le but d'atteindre une plus grande équité dans la santé, en particulier pour ce qui est des politiques de réduction de la pauvreté et la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire. S'il est vrai que de nombreux progrès ont été accomplis dans la santé des peuples autochtones au cours de la décennie écoulée, cela ne veut pas dire que le questionnement est épuisé parce que ces peuples ne sont seulement qu'une catégorie d'un segment de la population plus vaste et plus différencié selon les pays. Il est nécessaire de passer de la perspective de « population spéciale » qui désignait les peuples autochtones, à une perspective plus élargie de « groupes ethniques/raciaux » en vue d'y incorporer d'autres catégories (comme les personnes de descendance africaine, les migrants et descendants de migrants comme par exemple les indiens, asiatiques, arabes, peuples rom ou gitans, etc., ainsi que des réfugiés et des personnes déplacées) qui partagent actuellement des caractéristiques d'exclusion sociale. A cette fin, un diagnostic de la situation en santé et de l'accès aux services des principaux groupes ethniques/raciaux dans la Région est présenté ci-après. Il se fonde sur l'information désagrégée par origine dans des pays choisis. Sont également présentées les lignes directrices de ce thème émanant de tribunes internationales, qui servent de cadre aux projets que des pays de la Région exécutent déjà actuellement.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre du présent travail, les termes ethnique et racial sont utilisés comme synonymes. L'Organisation panaméricaine de la Santé qui fait partie intégrante du système des Nations unies, considère que la race humaine est une seule et que les différences entre les individus sont de caractère culturel et symbolique. Quoiqu'il en soit, nous maintenons les deux appellations étant donné que dans de nombreux pays il s'est établi une distinction entre les deux concepts qui réserve le mot race aux personnes de descendance africaine et le mot ethnique aux peuples autochtones.

### Les groupes ethniques dans la Région

3. La Région des Amériques abrite d'innombrables groupes ethniques qui varient selon les pays. Il existe divers groupes qui ont leur culture propre, certains sont très importants en nombre, comme les peuples autochtones<sup>2</sup> (50 millions) et les peuples de descendance africaine (entre 150 et 200 millions), qui additionnés représentent près de 25% de la population totale de la Région.<sup>3</sup> Les trois pays où la concentration de la population autochtone est numériquement la plus élevée en termes absolus sont le Mexique, le Pérou et le Guatemala, avec 13, 11 et 7 millions respectivement. La Bolivie et l'Équateur ont une population autochtone supérieure à 40%. Les pays d'Amérique latine dont la proportion de population de descendance africaine est supérieure à 45% sont les pays des Caraïbes anglophones, le Brésil, la Colombie, Haïti, la République dominicaine et le Venezuela. Le Brésil, avec un calcul officiel de près de 75 millions, est le premier pays de population de descendance africaine de la Région. Les États-Unis d'Amérique comptent 36 millions d'Afro-américains (12,9%). Ces deux derniers pays ont les conglomérats les plus nombreux de personnes de descendance africaine en dehors de l'Afrique.

4. D'autres groupes humains dont il faut tenir compte dans cette perspective sont les migrants et leurs descendants, comme les Indiens, essentiellement dans quelques nations des Caraïbes anglophones, et les Asiatiques au Brésil, aux États-Unis et au Pérou. Il faut également ne pas oublier les gitans, ou les peuples rom qui sont présents dans différents pays. Il faut inclure dans ce groupe des migrants les « Hispaniques » aux États-Unis, car il s'agit d'une catégorie qui regroupe des personnes d'origine hispanique ou qui sont nées dans un pays d'Amérique latine et dont la langue maternelle est l'espagnol, de première et deuxième génération. Selon les estimations, en 2020 ce groupe sera la première minorité des États-Unis. Actuellement ils sont au nombre de 35 millions, soit 12,5% de la population totale de ce pays. D'autres groupes qui sont susceptibles d'être incorporés sont les personnes déplacées et les réfugiés qui sont affectés en raison de facteurs de

---

<sup>2</sup> Selon la définition adoptée par l'Organisation internationale du Travail (Convention 169), sont considérés comme peuples autochtones ou tribaux : a) les peuples qui dans des pays indépendants présentent des conditions sociales, culturelles et économiques qui les distinguent des autres secteurs de la collectivité nationale et qui sont régis entièrement ou partiellement par leurs propres coutumes ou traditions ou par une législation particulière, et b) les peuples de pays indépendants, considérés comme autochtones parce qu'ils descendent de populations qui habitaient dans le pays ou dans une région géographique à laquelle le pays appartenait à l'époque de la conquête, la colonisation ou de l'établissement des frontières actuelles du pays et qui, quelle que soit leur situation juridique, conservent toutes leurs institutions sociales, économiques, culturelles et politiques propres, ou une partie de ces institutions.

<sup>3</sup> Un groupe de neuf pays —Belize, Chili, Élé Salvador, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama et Surinam— ont une population autochtone qui oscille entre 5% et 20%. Quatorze pays ont des pourcentages inférieurs à 4% : Argentine, Brésil, Canada Colombie, Costa Rica, Guyane française, Paraguay, Venezuela, Uruguay et certaines îles des Caraïbes.

violence ou de conditions de milieux adverses. Enfin, dans quelques pays, les groupes vulnérables se transforment en des groupes humains qui partagent certaines des catégories mentionnées plus haut, non seulement en raison de la présence de personnes ou d'ancêtres de descendance africaine ou autochtone, mais du fait qu'ils génèrent une « culture propre » comme mécanisme de survie, qui intègre des éléments de diverses visions cosmiques, ce qui pose des difficultés pour leur donner une définition stricte.

5. Dans le contexte du présent document et tenant compte des limitations de l'information disponible, seront considérés les peuples autochtones et ceux de descendance africaine, en raison de leur importance numérique, de leur participation sociale et politique restreinte et de leur présence de longue date dans la Région (avant l'arrivée des Européens dans le cas des peuples autochtones et avec le processus de colonisation dans le cas des peuples de descendance africaine). Comme l'objectif est d'identifier le rôle important que joue l'ethnicité dans les conditions de marginalisation, d'exclusion sociale ou de discrimination qui se traduisent par des indicateurs de santé et d'accès aux services plus mauvais, dans un futur proche un effort similaire peut être consacré à l'analyse de la situation d'autres groupes (migrants, travailleurs migratoires et réfugiés/personnes déplacées).

### **L'importance de la reconnaissance du fait que la population des Amériques est multiethnique**

6. Des efforts systématiques ont été entrepris depuis plusieurs décennies<sup>4</sup> pour vaincre la discrimination raciale. Les progrès de la science médicale au cours du siècle écoulé ont permis de vaincre les idées sur lesquelles se fondait le racisme. Il existe en fait actuellement un consensus dans la communauté scientifique sur le fait que les différences de phénotype ne constituent pas des différences significatives entre les êtres humains et que par conséquent, il est incorrect de parler de races sur la base de la biologie ou de la génétique. Les différences principales entre les êtres humains et les peuples résident dans la culture.

---

<sup>4</sup> Les Nations unies ont inscrit à leur programme depuis 1948 la problématique de la discrimination raciale. En cette année-là, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, ratifiée par 58 États Membres, qui promeut l'élimination de tout type de discrimination raciale. En 1965, l'Assemblée générale a adopté la Convention internationale sur l'élimination de la discrimination raciale et le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale s'est réuni pour la première fois. En 1978, la Déclaration sur la race et les préjugés raciaux a été proclamée et à la suite, la Déclaration sur toutes les formes d'intolérance et de discrimination fondées sur la religion ou les convictions. En 1992 a été adoptée la Déclaration sur les droits des personnes appartenant à des minorités nationales ou ethniques, religieuses et linguistiques.

7. La race est un concept social, politique et culturel. Dans le traitement de ces sujets a été introduit récemment le concept d'ethnicité, comprise comme un ensemble partagé de mythes, d'ancêtres, de religion, de territoire, d'habillement, de langage, de souvenirs d'un passé collectif qui régissent les relations d'une communauté humaine. Même si ces deux concepts évoquent en dernier ressort le même phénomène social, les communautés et les organisations sociales se sentent parfois mal à l'aise avec ces dénominations génériques et préfèrent des termes plus spécifiques. Dans la Région des Amériques, la dénomination peuples autochtones se réfère aux descendants des peuples précolombiens, selon la définition qui a été adoptée dans le cadre de la Convention 169 de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Quelques pays continuent à employer le terme groupes raciaux pour désigner les groupes de descendance africaine.

8. De grands progrès ont été accomplis dans la reconnaissance de la richesse ethnique de la Région. On est passé d'un paradigme social « d'homogénéisation » à un autre de « tolérance et de valorisation de la différence », à titre d'instrument servant à conserver la validité des droits de l'homme et à récupérer les valeurs culturelles qui donnent à la Région son propre profil et qui assurent le développement de son capital humain.

### **Pauvreté et ethnicité**

9. Une corrélation marquée existe entre les indicateurs statistiques qui configurent les indices de pauvreté désagrégés par groupe ethnique/racial et d'autres indicateurs du développement humain comme par exemple, l'accès à la santé, à l'éducation ou les propres possibilités de travail. La population autochtone est l'une des plus susceptibles d'être pauvre en Amérique latine, si l'on considère comme pauvre toute personne ayant un revenu inférieur à US\$ 2 par jour. Une étude réalisée en 2001 par la Banque interaméricaine de Développement (BID) indique qu'au Pérou, 80% de la population autochtone sont pauvres par rapport à 50% de la population non autochtone. Dans le cas du Mexique, l'écart est encore plus important; plus de 80% de la population autochtone se situent en-dessous du seuil de pauvreté et 18% seulement de la population générale partagent cette situation.<sup>5</sup> Un autre document de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) présente des situations similaires pour la Bolivie, le Guatemala et le Paraguay.<sup>6</sup>

10. On peut avancer que la pauvreté se doit à des raisons structurelles et que l'origine ethnique et raciale n'a pas d'implications sur le niveau socioéconomique des personnes. Les statistiques indiquent cependant qu'il existe des différences dans la distribution du

---

<sup>5</sup> Quezada Ch. *Invisible Citizen*. Revue BID Amérique. BID, Washington, D.C. août 2001.

<sup>6</sup> Hopenhayn M, Bello A. *Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*. CEPAL, Chili 2001.

revenu entre les différents groupes ethniques à l'intérieur de chaque couche socioéconomique. Selon les données de l'Enquête nationale des foyers (PNAD) de 1996 du Brésil, les minorités ethniques sont sur-représentées dans les niveaux de revenu les plus bas; dans le quintile I, 27,88% sont autochtones, 52,5% sont de descendance africaine et 13,37% de descendance européenne.

11. Les différences de revenu selon les groupes ethniques ne sont pas l'exclusivité des pays en développement mais elles sont également observées dans les pays développés de la Région comme les États-Unis. Selon les données du Bureau du recensement (1999) de ce pays, le revenu moyen par habitant en dollars américains pour les Afro-américains était de \$14.397, pour les Hispaniques de \$11.621 et pour les blancs de \$24.109.

12. Cherchant à répondre à la question de savoir si les mesures économiques sont suffisantes pour venir à bout de la situation de dépression des groupes minoritaires, des études récentes mettent en évidence que les niveaux de pauvreté sont liés aux phénomènes complexes de l'exclusion sociale et que pour cette raison, le problème doit être abordé au moyen d'une approche intégrale qui englobe l'éducation, la santé, et l'accès à l'eau et à l'assainissement.

### **Les groupes ethniques et la santé : domaines de sensibilité majeure**

13. L'analyse des conditions de santé de la perspective de l'origine ethnique ne paraît pas a priori appropriée puisque du point de vue biologique elle n'existe pas, comme mentionné précédemment, la race humaine étant une seule. Par conséquent, dans le cadre du développement scientifique actuel, si une personne connaît des problèmes de santé, elle requiert les mêmes traitements. Donc, l'information sur l'origine n'est pas pertinente à ce niveau.

14. Et pourtant, un regard plus large sur la santé publique avec un critère d'équité permet de dégager quatre domaines dans lesquels l'origine ethnique a un impact significatif sur la santé, à savoir, les différences dans la situation en santé et dans l'espérance de vie à la naissance, l'accès différentiel aux services de soins, de prévention et de promotion de la santé, les différences au moment de la consultation, et les différences dans la qualité des services. L'information recueillie auprès de diverses sources sur les quatre domaines mentionnés est présentée ci-après.

15. Quelques indicateurs classiques seront utilisés pour surveiller les écarts dans la situation en santé entre groupes ethniques. Par exemple, les données rassemblées par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) indiquent qu'au Brésil en 1950, l'espérance de vie à la naissance des blancs était de 47 ans, alors qu'elle était de 40 ans pour les Afro-brésiliens. Cinquante ans plus tard, et malgré avoir atteint des espérances de vie plus longues, le même écart de sept ans se maintient entre les deux

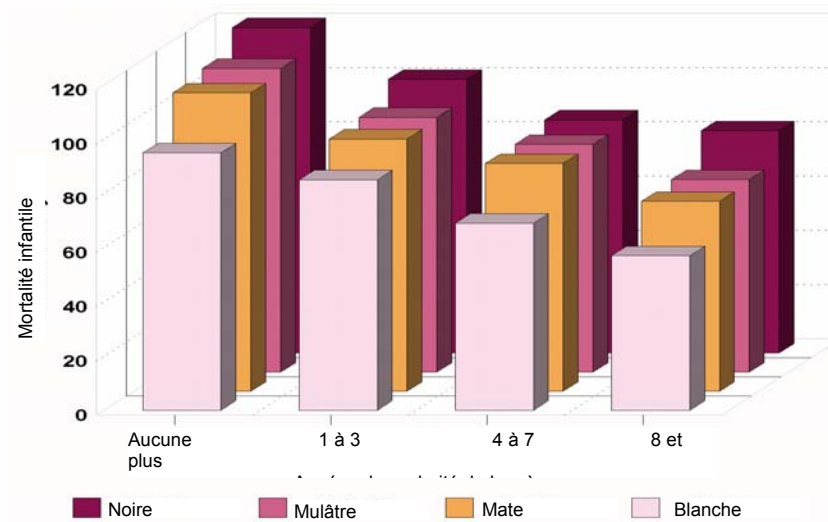
groupes. Au Guatemala, on constate une association marquée entre l'espérance de vie à la naissance et la répartition de la population par groupe ethnique. Il existe une différence de près de dix ans entre ceux qui naissent dans la capitale et ceux qui naissent au Totonicapán, département guatémaltèque dans lequel plus de 96% de la population est autochtone. Aux États-Unis selon des données de l'an 2000, les populations autochtones américaines et les natifs de l'Alaska ont une espérance de vie inférieure de cinq ans à celle de la population en général. Dans ce pays, l'espérance de vie de la population générale est de 76,9 ans, alors que pour les Afro-américains, les autochtones et les blancs, elle est respectivement de 71,8, 71 et 77,4 ans.

16. La mortalité infantile est un autre indicateur qui nous permet de mesurer les écarts dans la situation en santé. Si nous l'analysons par origine ethnique, dans les pays pour lesquels l'information est disponible, nous observons qu'il existe des écarts entre groupes ethniques. En Colombie par exemple, la mortalité infantile est entre trois fois (pour les garçons) et quatre fois (pour les filles) plus élevée à Chocó qu'à Antioquia. La mortalité infantile masculine est de plus de 90 par mille naissances vivantes à Chocó, alors qu'à Antioquia elle est inférieure à la moyenne nationale, soit inférieure à 25.

17. De nombreux spécialistes se demandent si l'origine ethnique est une variable pertinente ou si les différences dans la mortalité infantile sont fondamentalement en corrélation avec le niveau socioéconomique. On peut observer dans la Figure 1 les résultats du croisement des niveaux de scolarité, comme variable d'approximation au « niveau de vie », avec la mortalité infantile et la race de la mère.

18. Si l'on compare la mortalité infantile avec les années de scolarité de la mère, dans chaque groupe ethnique on observe que les fils des femmes de descendance africaine avec la scolarité la plus longue (huit ans et plus) ont le même taux de mortalité infantile que les fils des femmes blanches analphabètes.

**Figure 1. Mortalité infantile par race et années de scolarité de la mère au Brésil**



**Source :** Pinto da Cunha, E. 1997. In Barata et al: Equidade e saúde: Contribuições da epidemiologia. Abrasco/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

19. Ceci démontre que la variable origine ethnique a une certaine indépendance du niveau socioéconomique des personnes mesuré par le niveau de scolarité.

20. Si nous analysons d'autres problèmes comme l'alcoolisme, les homicides et les suicides, qui ont un rapport avec la santé mentale et la violence, nous observons que l'incidence est plus forte dans les groupes ethniques que dans la majorité de la population. Par exemple aux États-Unis<sup>7</sup> les taux d'homicide sont plus élevés chez les Afro-américains hommes et femmes. Il faut toutefois attirer l'attention sur le fait que même dans la population masculine avec une éducation à niveau supérieur (13>), la relation entre Afro-américains et blancs est d'environ 11.

21. En ce qui concerne les homicides, Esmeralda, une des provinces de l'Équateur avec une population élevée de descendance africaine, présente un taux de mortalité de 3,8 pour 10.000 habitants, alors que le taux national correspondant est de 1,65.<sup>8</sup> Pour ce qui est du taux de suicide et des blessures volontaires qui sont des problèmes qui comme on le sait ont un rapport avec les troubles psychologiques, on observe également une différence importante (8,8 pour les personnes de descendance africaine et 4,8 pour la

<sup>7</sup> La Veist Thomas, *Race, Ethnicity and Health*, Jossey Bass. Maryland (USA) 2002.

<sup>8</sup> Indicateurs de base par région et province. Edition 2001. Equateur : MinSanté, Institut national de statistique et recensement et OPS.

population générale).<sup>9</sup> La santé mentale est un autre élément qui donne lieu à des différences entre les groupes. Diverses études indiquent que les obstacles pour accéder aux services de soins psychiatriques peuvent être liés à la segmentation dans la qualité des services. Ils peuvent être également imputables à des raisons d'ordre culturel qui poussent les individus à ne pas demander des services déterminés.

22. L'accès aux services, la qualité de ceux-ci et le type de service utilisé sont des indicateurs clés pour mesurer les inéquités en santé entre les groupes ethniques. Les groupes ethniques ont un comportement différentiel vis-à-vis des services qui ne s'explique pas seulement par les difficultés économiques, puisque si l'on analyse le comportement dans le même quintile de revenu, on observe des différences. Une étude effectuée aux États-Unis<sup>10</sup> a indiqué que les non assurés se répartissent de la manière suivante : blancs, 10,2%; Afro-américains, 19,7%; Américains-mexicains, 36,9%; Portoricains, 15,5% et Américains-cubains, 20,3%.

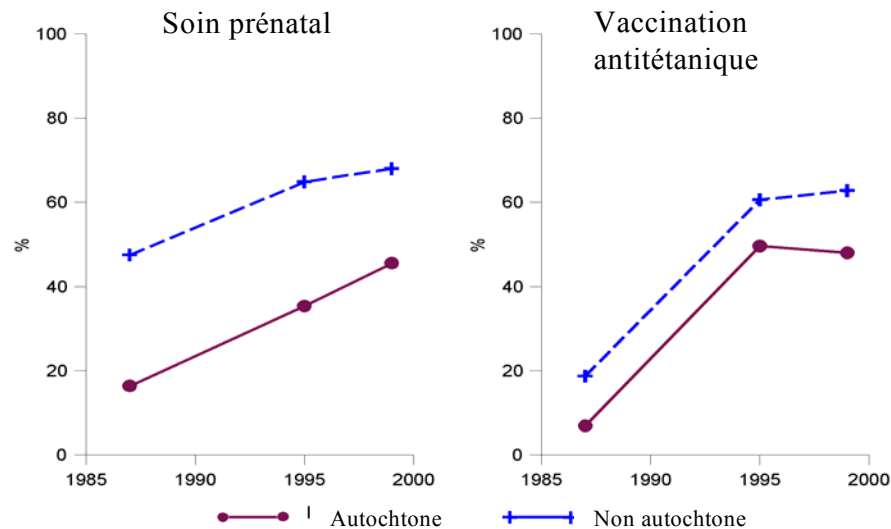
23. Un exemple où peuvent être observées les différences dans la qualité des soins provient d'une étude du Guatemala où l'on peut voir clairement la baisse de la vaccination des groupes autochtones plus accentuée que celle de la population générale à partir du milieu de l'année 1996. C'est-à-dire que, peut-être pour des raisons budgétaires, la qualité des services décline dans certaines des prestations. Ce phénomène est plus marqué dans les services aux populations d'origine ethnique (voir Figure 2).

---

<sup>9</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. *Salud en las Américas*. OPS, Washington D.C. 2002.

<sup>10</sup> Treviño F. et al. Quality of Health Care for Ethnic/Racial Minority Populations. *Ethnicity & Health* 1999; 4(3):153-164.

**Figure 2. Tendances dans les soins prénatals et la vaccination antitétanique  
Au Guatemala par origine ethnique, 1987-1999**



Source : Valladares y Barillas. Inversiones en salud, equidad y pobreza: Guatemala. Banque mondiale, PNUD. OPS, 1998

24. La question de l'accès a fait l'objet de nombreuses études en ce qui concerne les facteurs économiques réducteurs. Néanmoins, la variable ethnique semble avoir des effets au-delà des niveaux de revenu. Selon l'enquête des foyers du Brésil (PNAD) de 1998, on observe cet impact entre blancs et Afro-brésiliens. Parmi les personnes avec une capacité de payer plus grande, 60% de la population blanche du quintile supérieur se rendent chez un médecin privé par rapport à 38% des Afro-brésiliens, ce qui réduit l'usage des services d'urgence pour la population blanche à revenu élevé par rapport à la population de descendance africaine. Cette donnée indique que la population blanche avec un niveau déterminé de revenu choisit de se rendre chez un médecin, ce qui présuppose un comportement de demande de soins de santé, de promotion et de prévention. Il est probable que ces personnes protègent mieux leur santé au moyen de visites médicales et d'une prévention précoce. Ceci coïncide avec l'information disponible sur les États-Unis qui indique que l'une des grandes différences dans la capacité de résolution des problèmes de santé est le moment auquel la personne se rend à la visite médicale.

25. La détection précoce ou la détection tardive auront des effets radicalement opposés dans le choix du traitement qu'il est possible de prescrire. Si la détection est tardive, certains traitements sont impossibles car ils n'auraient déjà plus de sens. Par conséquent, la population de descendance africaine est exposée à des traitements beaucoup plus radicaux comme des extractions et des amputations pour ne pas s'être

rendue à la visite médicale au moment opportun. Par exemple, si on les compare aux blancs américains, les Afro-américains ont recours aux services d'urgence pour soigner l'asthme et ont ainsi plus de possibilités de se faire hospitaliser. Ce phénomène indique qu'ils ont un accès réduit aux services de prévention et de soins primaires. Par rapport aux blancs, les Afro-américains souffrant de diabète sont plus susceptible de subir des amputations.<sup>11</sup>

26. Pour résumer, l'information donnée dans ce qui précède met en évidence l'existence d'écarts au détriment des conditions de santé et de l'accès aux services pour les minorités ethniques. Elle met également en évidence le fait que l'origine ethnique/raciale est un facteur qui transcende le niveau socioéconomique des personnes et que, finalement, les groupes ethniques minoritaires sont sur-représentés parmi les « exclus ».

### **Bons exemples de programmes et politiques destinés à répondre aux nécessités vitales et sanitaires des groupes ethniques**

27. De nombreux gouvernements et organismes internationaux ont incorporé la question ethnique dans leurs programmes, en fonction des lignes directrices émanant de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, qui s'est tenue à Durban<sup>12</sup>, de la Déclaration du Sommet du Millénaire des Nations unies en 2000 et du Sommet des Amériques qui s'est tenu à Québec, Canada en 2001. Un exemple qui illustre ceci est le Projet de diversité à l'université que le Brésil, avec l'appui de la BID, a approuvé à la fin de 2002, au titre des actions destinées à favoriser l'éducation des groupes ethniques.

28. La Colombie a entrepris un processus de titularisation de terres dans le cadre des principes législatifs et avec l'appui de la Banque mondiale, qui permettra de reconnaître les droits des communautés de descendance africaine sur les terres qu'elles habitent depuis des temps ancestraux. L'Argentine a déjà achevé son plan d'exécution conformément aux lignes directrices de la Conférence de Durban et l'a soumis au Haut Commissaire aux droits de l'homme des Nations unies, pour examen et commentaires.

---

<sup>11</sup> The National Academy of Sciences. *Guidance for the National Healthcare Disparities Report*. Institute of medicine of the National Academies, Washington D.C., 2002.

<sup>12</sup> Le point 154 du programme d'action « encourage l'Organisation mondiale de la Santé et les autres organisations nationales concernées à promouvoir et réaliser des activités qui permettent de reconnaître l'impact du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et de l'intolérance qui y est associée à titre de déterminants sociaux importants de l'état de santé physique et mentale, comprenant la pandémie de VIH/SIDA et l'accès aux soins de santé et à préparer des projets spécifiques, en particulier de recherche, pour que les victimes aient accès à des systèmes de santé équitables ».

29. Avec l'appui de la Banque mondiale et de la BID, plusieurs pays procèdent à des changements dans le domaine des systèmes d'information démographique et socioéconomique qui permettront la désagrégation de l'information avec un impact énorme sur le moyen terme. Dans la Région des Amériques, les recensements de la « Ronda 2000 » qui incorporent déjà cette variable sont les suivants : Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, Équateur, Honduras, Jamaïque, Mexique, Paraguay et Venezuela.<sup>13</sup> Les États-Unis avaient déjà adopté cette variable précédemment et continuent à l'utiliser. Le Pérou est sur le point de l'adopter, alors que la Colombie et le Guatemala l'ont déjà incorporée dans leur recensement antérieur et il est possible qu'ils la maintiennent. L'étape suivante consiste à introduire la variable dans les feuilles de collecte d'information des enquêtes permanentes des ménages, afin de pouvoir compléter l'information avec des données socioéconomiques. Les pays suivants, Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Équateur, Él Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay et Pérou le font déjà. Dans le cas de la santé, il est très important d'introduire également la variable dans les registres administratifs de natalité, mortalité, morbidité et services de santé, mais il s'agit là d'un domaine pas encore suffisamment développé. L'Uruguay inclut la variable « origine ethnique/raciale » dans les certificats de décès. Le Brésil inclut les maladies de notification obligatoire telles que le VIH/SIDA.

30. D'autres changements sont observés en ce qui concerne la santé. Au cours de la dernière décennie par exemple, divers ministères de la Région (Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Chili, Équateur, Él Salvador, États-Unis, Guatemala, Honduras et Panama) ont exécuté des programmes pour la santé des peuples autochtones qui à l'avenir pourront englober d'autres groupes ethniques. L'action des ONG s'est également avérée très positive et les gouvernements nationaux ou municipaux les ont reconnues comme des contreparties valables. Au Brésil par exemple, un groupe a été établi pour assurer le suivi de la Conférence de Durban, dans lequel participent des représentants de différentes ONG appuyées par le PNUD. Son objectif est d'élaborer les grandes lignes d'un plan d'action à niveau national. Ce groupe a été organisé en sous-groupes thématiques dont l'un est consacré à la santé et il a travaillé avec la coopération technique de l'OPS. Il existe un autre exemple de participation dans le domaine de la santé, dans les services de santé de l'Intendance de Montevideo (Uruguay), dans lesquels se sont ouvertes les voies de la collaboration entre les techniciens et la communauté de descendance africaine organisée à travers « Mundo Afro », un réseau d'ONG locales dont la capacité de leadership est affirmée.

31. D'autres initiatives ont porté sur le domaine du développement de systèmes d'information sanitaire sensibles à la variable ethnique (Nicaragua, Uruguay). Un

---

<sup>13</sup> Information présentée par Juan Antonio Mejía à la réunion *Todos contamos*, organisée par la Banque mondiale à Lima (Pérou), les 22 et 23 octobre 2002.

domaine d'énormes progrès est celui du développement et de la revalorisation de la médecine traditionnelle, tant en ce qui concerne le cadre juridique pour l'exercice de ces pratiques (Bolivie, Colombie, Équateur, Mexique) que la formation des professionnels de la santé en vue d'une approche interculturelle.

32. Dans le domaine de la recherche également sont accomplis des efforts qui méritent la reconnaissance internationale, comme par exemple le travail réalisé par le Centre de recherche d'affections chroniques de la Barbade, qui depuis quelques années effectue des études comparatives sur la prévalence de quelques affections (cécité, diabète, hypertension) auprès de populations d'origines ethniques diverses sous les auspices de l'Université Stony Brook de New York et l'École de Médecine de Londres.

33. Le Gouvernement du Canada reconnaît que l'appartenance à un groupe ethnique déterminé constitue un important facteur déterminant de la santé dont il faut tenir compte dans l'élaboration de programmes et de stratégies de santé. En témoigne l'application aux programmes et aux stratégies de l'approche de santé de la population qui reconnaît que toute analyse de la santé de la population doit aller au-delà de la seule évaluation traditionnelle de la situation sanitaire. L'approche mentionnée tient compte d'une large gamme de facteurs et de situations en rapport avec le bien-être mental et social, la qualité de vie, le revenu, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, la culture, le sexe et d'autres facteurs qui influent de façon contrôlée sur la santé des sous-groupes de la population canadienne.

34. Le Gouvernement du Canada a mis en place de nombreux programmes, politiques et initiatives de recherche pour répondre aux besoins multiculturels de la société canadienne. Ces actions incluent des divisions et des programmes spécifiques au Ministère de la Santé consacrés aux nécessités et aux intérêts des populations autochtones, dont les Inuit. Le Ministère de la Santé investit en effet plus de \$ 1.300 millions (canadiens) par an dans les services de santé destinés à ces populations. Cet investissement vient en complément des services provinciaux, tels que les hôpitaux et les médecins. L'engagement du Département de la Santé du Canada est de réduire l'écart, de mieux comprendre les tendances en santé et les problèmes émergents des nations originaires et des Inuit, en rassemblant l'information statistique des conditions de santé, les résultats en santé et la qualité des services. Cette information sera obtenue en collaboration avec des contreparties provinciales et des territoires, ainsi que celle des organisations de santé autochtone au niveau national. Réduire les écarts dans la situation en santé des populations autochtones est l'un des objectifs à long terme du Gouvernement du Canada. Le Département de la Santé contribue également au développement des institutions de santé autochtone, comprenant l'Institut de santé des peuples autochtones, qui fait partie des Instituts canadiens de recherche en santé de l'Organisation nationale de santé autochtone.

35. Une autre initiative qui mérite d'être soulignée est « Healthy People 2010 », (« Gens sains 2010 ») présentée par le Secrétariat des services de santé des États-Unis en janvier 2000<sup>14</sup>, dont l'un des objectifs principaux est de réduire les inégalités des conditions de santé et d'accès et d'établir des domaines spécifiques de prise en charge de la mortalité infantile, de détection précoce du cancer, de maladies cardiovasculaires, du diabète, du VIH/SIDA, et des immunisations. Cette initiative a renforcé la collecte et l'analyse d'information statistique désagrégée par race et ethnie pour en faire un instrument qui assure son développement et son succès.

### **Activités de l'OPS en matière de santé et d'ethnicité**

36. L'OPS a entrepris des activités dans ce domaine, par l'intermédiaire de son bureau central et des bureaux de représentation. Depuis 1999, deux unités —Organisation et gestion des systèmes et services de santé (OS) et Politique et gouvernance (PG)<sup>15</sup>— partagent cette responsabilité. Le travail de l'OS porte sur les populations autochtones et travaille depuis 1993 au développement de l'Initiative des peuples autochtones. Cette Initiative constitue l'appui de la Région des Amériques à la Décennie internationale des populations autochtones du monde (1994-2004), qui s'efforce de développer la capacité et la construction d'alliances, de collaborer avec les États Membres à l'exécution de plans et de projets nationaux et locaux, de contribuer à la formulation de projets de développement dans les domaines de santé prioritaires, de renforcer la médecine traditionnelle et son harmonisation avec les systèmes nationaux de santé, et de produire et disséminer l'information scientifique et technique. Les objectifs d'OS/PG consistent à améliorer l'information disponible et à accroître la qualité de l'analyse de la situation sanitaire des peuples autochtones dans les pays.

37. De son côté, GPP/PG s'occupe d'incorporer la perspective ethnique dans les politiques de santé et dans le suivi des mandats émanant de la Conférence de Durban, avec une surveillance particulière de la santé des communautés de descendance africaine. Les deux programmes se sont efforcés de trouver des domaines de travail conjoint dans les activités entreprises concernant la collecte d'information, le VIH/SIDA et la désagrégation de l'information statistique. Il a également été invité à participer au Domaine d'analyses et de systèmes d'information sanitaires (AIS).<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> L'initiative « Healthy People » a été lancée en 1979. En 1990, ses objectifs ont été redéfinis dans 22 domaines prioritaires sous le nom de « Healthy People 2000 ». Au début du nouveau siècle, l'initiative a été actualisée avec des objectifs à atteindre en 2010.

<sup>15</sup> Dans la structure antérieure, responsable des unités Organisation et gestion des systèmes et services de santé (HSO) et Politiques publiques et santé (HDD).

<sup>16</sup> Dans la structure antérieure « Programme spécial d'analyse de situation de santé » (SHA).

38. Les bureaux nationaux dans nombre de ces pays dans lesquels la population d'origine ethnique est importante (Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Nicaragua et Uruguay) ont assumé un rôle dynamique dans le développement de proposition et de collaboration à la formulation de programmes et ont coopéré activement avec les points focaux nationaux et les organisations de la société civile sur les questions relatives à la santé et à l'ethnicité. Il faut souligner l'effort de la Représentation du Brésil pour appuyer le groupe de délégués de la société civile qui a préparé le premier document national de suivi de la Conférence de Durban en matière de santé.

39. De même, le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) a produit un nouveau formulaire qui demande l'origine ethnique/raciale des mères et leur intérêt à bénéficier de l'examen de détection précoce d'anémie falciforme du nouveau-né. Ces modifications auront des implications non seulement au bénéfice des mères, mais aussi au bénéfice de la production d'information désagrégée et fiable et de l'entraînement du personnel de santé à traiter le questionnaire.

40. Depuis 1999, l'OPS participe à un espace de coordination inter-organismes à Washington, D.C., avec des délégués de la Banque mondiale, de la BID, du Dialogue interaméricain, de la Fondation interaméricaine, la Fondation Ford, la Fondation Rockefeller, l'Organisation des États américains et des représentants de la communauté dans le but de partager l'information et les analyses sur la situation dans laquelle vivent les personnes de descendance africaine dans les Amériques, et de promouvoir des activités coordonnées.

41. Parallèlement, l'OPS coordonne son travail avec l'Unité stratégique de santé et droits de l'homme de l'OMS, avec laquelle elle a élaboré un document sur la santé dans un monde libre de discrimination. Lors de la Conférence de Durban, l'OPS et l'OMS ont mis sur pied un groupe de travail sur ce même thème. Enfin, l'OPS a participé avec des représentants des gouvernements de la Région, organisés par le Haut Commissaire aux droits de l'homme des Nations unies, à des ateliers de suivi du Plan d'action adopté par la Conférence de Durban. Conjointement au Projet de populations autochtones de l'Organisation mondiale de la Santé, l'OPS a formulé un protocole qui a été présenté à la coopération internationale pour demander des fonds dans le but de produire un manuel méthodologique qui oriente les pays sur la façon la plus appropriée d'aborder la désagrégation de l'information en santé par groupe ethnique/racial.

### **Participation de la société civile**

42. L'OPS doit promouvoir l'incorporation de la société civile organisée autour des groupes ethniques dans les activités qui se réalisent tant en ce qui concerne l'adoption de la variable dans les instruments de collecte de l'information que dans la formulation de programmes dont le but est d'assurer les intérêts des membres des communautés, et

d'éviter ainsi la discrimination ou les généralisation impropres. Par exemple, les communautés peu nombreuses qui sont facilement identifiables sur le plan géographique, peuvent être susceptibles de discrimination si elles ne sont pas incluses dans l'établissement même des propositions. Il faut également veiller particulièrement à ce que l'information en retour se fasse à travers des mécanismes appropriés qui permettent à la société civile de développer des capacités de suivi et d'évaluation progressifs afin de promouvoir sa participation active à l'amélioration des conditions de santé et de l'accès aux services. Il existe quelques institutions au niveau régional qui représentent la société civile organisée de communautés de descendance africaine et de peuples autochtones avec lesquelles du travail se fait déjà. Cet effort devra être élargi dans l'avenir proche à d'autres groupes ethniques (réfugiés, immigrants, personnes déplacées).

### **Domaines clés pour action**

43. Pour résumer, il convient de souligner que pour contribuer à réaliser les Objectifs de Développement pour le Millénaire avec équité, il est nécessaire d'introduire la sensibilité ethnique/raciale dans les politiques publiques et les programmes de tous les pays de la Région, en réponse dans chaque milieu national aux groupes spécifiques qui vivent dans des réalités concrètes. Ceci permettra sans doute de placer le cadre des efforts systématiques accomplis au cours de la décennie écoulée en faveur des peuples autochtones dans une perspective plus large et rénovée qui sera avantageuse pour toutes et chacune des minorités.

44. A la suite sont énumérés les domaines prioritaires dans lesquels l'OPS peut jouer un rôle positif pour atteindre l'incorporation de la sensibilité ethnique dans les politiques de santé avec une perspective d'équité :

- Travailler en coordination avec la CEPAL et les institutions nationales responsables du suivi du Sommet du Millénaire en vue d'établir des indicateurs tenant compte de la sensibilité ethnique qui correspondent aux Objectifs de Développement pour le Millénaire.
- Travailler avec les institutions chargées d'obtenir l'information statistique et les ministères de la santé dans le but d'introduire la variable ethnique dans les statistiques nationales du fait que cette information constitue un instrument important pour la formulation des politiques.

45. Parallèlement il faudra consacrer des efforts aux actions suivantes :

- Rassembler et systématiser les expériences réussies dans le domaine de l'information et de l'organisation de services afin qu'ils deviennent les diffuseurs de ces méthodologies.

- Appuyer les ministères de la santé dans la re-formulation de politiques, plans et programmes de santé avec une composante sensibilité ethnique.
- Promouvoir l'introduction de la perspective ethnique dans les plans de santé des stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays qui les appliquent.

**Mesures à prendre par le Comité exécutif**

46. Le Comité exécutif est prié d'examiner le présent document et de formuler ses observations sur : a) l'importance de la collecte d'information sur la santé des groupes ethniques et b) la nécessité d'incorporer la sensibilité ethnique et raciale pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire dans la perspective de réduire l'inéquité en santé.

- - -