

# 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

## 69<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

---

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CSP29/7, Rev. 1

28 septembre 2017

Original : espagnol

### POLITIQUE EN MATIÈRE D'ETHNICITÉ ET DE SANTÉ

#### Introduction

1. La Région des Amériques est pluriethnique<sup>1</sup> et multiculturelle. Au sein de la Région coexistent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques,<sup>2</sup> ce qui suppose la reconnaissance de réalités et de besoins divers dans le domaine de la santé. Ces populations sont très souvent confrontées à des formes multiples de discrimination et d'exclusion, sources d'inégalités majeures, comme à des niveaux élevés de pauvreté et de violence, et par conséquent à la négation de leurs droits individuels et, pour les peuples autochtones, de leurs droits collectifs.

2. La présente politique repose sur la reconnaissance des différences existant entre les groupes ethniques distincts, d'un pays à l'autre comme à l'intérieur des pays, de même que sur la reconnaissance des différences au niveau des défis, des besoins et des contextes historiques respectifs, ainsi que de la nécessité d'une approche interculturelle de la santé dans un souci d'équité et de respect mutuel qui contribuent à améliorer les résultats en matière de santé et à progresser vers la santé universelle. Pour cela, il est nécessaire de reconnaître la valeur de la culture et de proposer des lignes directrices qui permettent aux pays de concevoir des solutions conjointes et de s'engager à élaborer des politiques dans la perspective des différents groupes ethniques, selon une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, englobant toutes les étapes de la vie, et veillant à la

---

<sup>1</sup> L'Organisation panaméricaine de la Santé, en tant que partie intégrante du système des Nations Unies, considère que la race humaine est unique et que les différences sont de nature culturelle et symbolique. S'il est vrai que certains pays utilisent le concept de race pour reconnaître les relations sociales établies à l'époque du colonialisme et de l'esclavage, aux fins du présent document le terme utilisé sera celui « d'ethnicité ». Voir l'annexe A pour une explication de ce terme comme des autres termes employés dans le document.

<sup>2</sup> Dans la suite du document, on se référera à ces groupes sans préjuger des différentes dénominations et conceptualisations existantes dans les différents pays – communautés, peuples premiers et nations – en fonction du contexte historique, politique et culturel propre à chacun des pays. De même, on reconnaît que les spécificités ou caractéristiques d'un groupe ethnique varient en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

---

promotion et au respect des droits individuels et, pour les peuples autochtones, des droits collectifs.<sup>3</sup>

### **Antécédents**

3. Cette politique s'inscrit dans le contexte d'engagements importants et d'initiatives au niveau mondial qui reconnaissent la nécessité de garantir le respect des droits humains pour les membres des groupes ethniques, et le respect des systèmes de santé pour ces groupes, ainsi que la nécessité de réorienter les services de santé selon une approche interculturelle pour progresser avec équité et justice sociale vers la promotion, sur une base non discriminatoire, du droit au meilleur état de santé possible, ainsi que d'autres droits humains des personnes autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques. La politique est fondée sur le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, dans lequel l'hétérogénéité de la Région est reconnue ainsi que le fait que les populations ont des besoins différents qui nécessitent des approches socioculturelles différenciées pour améliorer la santé (1). De même, elle s'inscrit dans le cadre des engagements en faveur du développement durable pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies : ne laisser personne de côté et s'efforcer d'aider les plus défavorisés en premier, conformément aux engagements régionaux établis dans la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et dans le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (2-5).

4. Depuis les années 1990, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé des lignes directrices et appuyé diverses interventions qui intègrent une approche interculturelle de la santé des peuples autochtones (6-8). Elle a aussi reconnu qu'il était nécessaire d'élargir ce travail à d'autres groupes ethniques, comme les personnes d'ascendance africaine et les Roms, pour répondre aux divers besoins dans une perspective interculturelle. C'est dans cet esprit que la notion d'ethnicité a été intégrée au Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, en tant qu'axe transversal pour tous les niveaux de l'Organisation, en conformité avec le genre, l'équité et les droits humains (9).

5. Les États Membres ont également adopté des instruments internationaux en rapport avec ce thème. La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, l'un des instruments les plus importants pour la protection des droits des peuples autochtones, consacre, entre autres, le droit d'accès à leur pharmacopée traditionnelle et le droit de conserver leurs pratiques médicales. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale comporte quant à elle l'engagement d'éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et de garantir le droit de toute personne à l'égalité devant la loi, sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique et, plus particulièrement, le droit à la santé et aux soins médicaux entre autres. De même, quinze pays de la Région ont ratifié à ce jour

---

<sup>3</sup> Voir l'annexe A concernant les instruments internationaux relatifs aux droits humains pertinents dans le contexte de la santé et de l'ethnicité qui n'ont pas été intégrés à des résolutions de l'OPS.

la Convention (n° 169) concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants de l'Organisation internationale du Travail (OIT), selon laquelle les services de santé doivent être organisés en coopération avec les peuples intéressés, en tenant compte de leur situation économique, géographique, sociale et culturelle, ainsi que de leurs méthodes de soins préventifs, leurs pratiques de guérison et leurs remèdes traditionnels (10-12).

6. Même si d'importants progrès ont été réalisés dans la reconnaissance de la nécessité d'une approche interculturelle des services de santé, des obstacles persistent qui ont leur origine dans la discrimination, le racisme et l'exclusion que subissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, lorsque leurs cultures ne sont ni valorisées ni reconnues. Par conséquent, il importe de parvenir à un consensus sur les engagements et d'élaborer des lignes directrices pour renforcer la coopération technique dans les domaines de l'ethnicité et de la santé.

### **Analyse de la situation**

7. Dans la Région des Amériques, les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques continuent à souffrir de discrimination, d'exclusion et d'inégalités structurelles. Malgré l'absence de données précises, les informations disponibles mettent en évidence dans ces populations d'importants niveaux de pauvreté, un manque d'accès aux services de base comme l'eau et l'assainissement, de faibles niveaux d'éducation, des taux inférieurs de participation et de représentation dans les processus de prise de décision et une surreprésentation dans les emplois à bas salaires (13-18). Ainsi, les peuples autochtones représentent à l'heure actuelle près de 17 % des personnes qui vivent dans la pauvreté extrême en Amérique latine, alors qu'ils sont moins de 8 % de la population (16). Lors de la Conférence régionale des Amériques qui s'est tenue à Santiago du Chili en 2000, les États ont reconnu qu'il existait un lien étroit entre la pauvreté et le racisme qui touchent les personnes d'ascendance africaine, lequel entraîne des niveaux plus élevés de pauvreté et de chômage (19). De même, malgré l'absence de données précises sur la taille démographique des populations roms, les informations disponibles montrent que de nombreuses familles vivent dans des conditions d'extrême pauvreté, sans électricité, ni eau potable, ni système d'assainissement, et sans accès à la santé publique (20). L'absence de visibilité et la discrimination dont souffrent fréquemment ces populations augmentent leur vulnérabilité.

### *Situation sanitaire*

8. Bon nombre de ces populations souffrent les conséquences de lacunes importantes dans le domaine de la santé et les données disponibles concernant certaines des populations autochtones et d'ascendance africaine rendent compte des inégalités existantes par rapport à la population en général. Pour ce qui est de la santé maternelle, bien que le taux de fécondité soit supérieur d'environ 50 % à celui de la population en

général, les soins dont les femmes bénéficient au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans la période post-partum, sont moindres, inéquitables et inadaptés d'un point de vue culturel (18). Dans le domaine de la santé sexuelle, les niveaux plus faibles d'accès à l'éducation mentionnés ci-dessus ont des répercussions négatives sur l'accès à l'éducation sexuelle. Malgré le manque d'informations disponibles, il est possible de constater dans certains pays des taux d'infection par le VIH plus de neuf fois supérieurs dans la population d'ascendance africaine que dans la population caucasienne, et des comportements plus à risque, comme un usage moindre du préservatif dans la population autochtone (21). Dans la Région, la dénutrition chez les enfants dans la population autochtone est supérieure comparée à la dénutrition chez les enfants non autochtones (18). Dans le cas du Guatemala, 58 % des filles et des garçons autochtones souffrent de dénutrition chronique, 23 % de dénutrition grave, tandis que pour les filles et les garçons non autochtones, les chiffres correspondants sont de 34 % et de 10 % (22). En outre, dans certains pays et malgré la sous-estimation des cas, on observe des taux de violence contre les femmes et de suicide supérieurs dans ces populations (15, 18).

9. Bien qu'il n'y ait pas de données régionales sur l'espérance de vie ventilées en fonction de l'origine ethnique, les données disponibles permettent d'observer des disparités marquées pour ce qui est de la mortalité tout au long de la vie. En ce qui concerne la mortalité infantile chez les enfants autochtones de moins d'un an, les données disponibles attestent qu'elle continue à être systématiquement plus élevée que chez les enfants qui ne sont pas autochtones ; au Panama et au Pérou, par exemple, la mortalité infantile chez les enfants autochtones est ainsi trois fois supérieure à celle des enfants qui ne sont pas autochtones (18). D'autre part, pour ce qui est de la mortalité maternelle et malgré les contraintes liées à la faible disponibilité des données et à la qualité des informations, les chiffres disponibles, issus d'études locales et spécifiques, reflètent une surmortalité maternelle chez les femmes autochtones (18). De la même façon, au Chili, la mortalité chez les jeunes autochtones est près de quatre fois supérieure à la mortalité parmi les jeunes de la population en général (23). L'absence de visibilité et l'exclusion dont souffrent ces populations représentent un défi pour parvenir aux cibles des objectifs de développement durable (ODD) ayant trait à la santé, notamment celles relatives à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, à la tuberculose, au paludisme et à la santé mentale, entre autres.

#### *Déterminants sociaux de la santé*

10. Outre la situation de pauvreté susmentionnée, il existe des données montrant que pour d'autres déterminants sociaux de la santé, les populations autochtones et d'ascendance africaine sont aussi désavantagées. Par exemple, les avancées dans le domaine de l'éducation dans la population d'ascendance africaine dans certains pays qui disposent de données sur ce point sont moindres (17). On observe également, à partir des données de 11 pays qui ont été analysées, une différence dans l'analphabétisme de plus de 20 points entre les populations autochtones et les autres, qui atteint 25 points dans la population féminine (16). Le manque d'accès à l'éducation conduit à des emplois moins

qualifiés et moins bien rémunérés, avec une surreprésentation des femmes de ces populations dans les emplois domestiques (19).

11. Compte tenu de la répartition géographique dans les zones rurales qui est une caractéristique commune à ces groupes de population, ainsi que de l'absence d'infrastructures sanitaires dans les zones où ils vivent, l'accès aux services de santé, y compris aux services de santé maternelle, est bien moindre, ce qui entraîne des dépenses directes très souvent insurmontables pour des populations confrontées à la pauvreté (13, 24, 25). Pour les mêmes raisons, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement diffère largement des moyennes nationales ; on estime ainsi que 62,6 % des enfants autochtones sont, dans une plus ou moins grande mesure, privés d'eau potable dans la Région, alors que le pourcentage est de 36,5 parmi les enfants non autochtones (16). Pour ce qui est de la maternité chez les adolescentes, dans certains pays le taux chez les adolescentes d'ascendance africaine est supérieur de 40 % au taux enregistré pour les autres adolescentes (23). Dans certains pays, ce taux chez les adolescentes autochtones est parfois le double de celui des adolescentes non autochtones (18).

#### *Informations sanitaires*

12. Les systèmes d'information ne prennent pas suffisamment en compte la variable « ethnicité » (ou appartenance ethnique) et l'un des principaux obstacles est l'absence de données ventilées qui permettent d'obtenir un diagnostic précis des différentes situations sanitaires de bon nombre de ces populations en vue d'orienter la conception et la mise en œuvre de politiques publiques reposant sur des données probantes (16). À l'échelle nationale, nombreux sont les pays de la Région qui ont intégré des mécanismes pour ventiler les données sur la santé en fonction de l'origine ethnique. Toutefois, ces mécanismes n'ont pas toujours été mis en œuvre et il existe différentes façons d'identifier l'appartenance ethnique dans les recensements, les registres de santé et les enquêtes (17). L'absence de données quantitatives et qualitatives, comme les connaissances sur la diversité des concepts de la santé, sur les maladies propres à ces groupes, ainsi que sur leurs savoirs et connaissances traditionnelles, représente toujours un obstacle à la compréhension des déterminants de la santé et de la situation sanitaire des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, à la formulation de réponses adaptées et à la capacité de rendre compte.

#### **Proposition de politique en matière d'ethnicité et de santé**

13. Compte tenu de l'engagement de l'OPS auprès des divers peuples de la Région, la présente politique demande instamment aux États Membres de tenir compte du lien existant entre l'ethnicité et la santé, et de promouvoir une approche interculturelle qui contribue, entre autres, à éliminer les obstacles à l'accès aux services et à améliorer les résultats en matière de santé des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, le cas échéant, en tenant compte des contextes nationaux, des priorités et des cadres normatifs qui sont les leurs. L'OPS assurera la coopération technique avec les États Membres pour la mise en œuvre

de mesures dans une optique interculturelle, orientées selon les axes prioritaires suivants :  
*a)* production de données probantes, *b)* incitation à l'action dans le domaine des politiques, *c)* participation sociale et alliances stratégiques, *d)* reconnaissance des connaissances ancestrales et de la médecine traditionnelle et complémentaire et *e)* développement des capacités à tous les niveaux.

### **Production de données probantes**

14. Il est indispensable de promouvoir la production, la gestion intégrale et l'analyse d'informations ventilées en fonction de l'origine ethnique et de données (tant qualitatives que quantitatives) sur la santé des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, ainsi que sur les déterminants de leur santé, en tenant compte des droits humains et de la dimension sexospécifique pour la prise de décisions relatives aux politiques publiques intersectorielles dans le domaine de la santé. De plus, il faut promouvoir la recherche pour obtenir des données sur la diversité des concepts de la santé, sur les maladies propres à ces groupes, ainsi que sur les savoirs et les connaissances traditionnelles.

15. Cela implique d'améliorer le processus de production de données quantitatives et qualitatives et d'informations de bonne qualité sur la santé de ces populations, qui soient ventilées en fonction de catégories pertinentes, par exemple selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence. Pour accorder la priorité aux peuples autochtones, aux personnes d'ascendance africaine, aux Roms et aux membres d'autres groupes ethniques, il convient de reconnaître que certaines populations sont invisibles dans les méthodes traditionnelles de collecte de données soit parce qu'elles restent exclues des registres d'état civil, leur appartenance ou origine ethnique n'étant pas enregistrée, soit parce qu'elles sont confrontées à d'autres obstacles, d'où l'importance, à titre de complément, de la collecte de données qualitatives. La participation des communautés concernées et de leurs membres à la collecte et à l'usage des données, en veillant à ce que hommes et femmes soient représentés, est vitale pour garantir la qualité des données des registres administratifs et des statistiques de l'état civil ainsi que pour une prise de décision appropriée qui permette de répondre aux besoins et aux caractéristiques spécifiques des membres de ces populations. En outre, des données ventilées de qualité permettront d'intégrer les groupes ethniques aux systèmes de suivi et d'évaluation des inégalités et des injustices en santé, et d'assurer le suivi de l'impact des politiques publiques et des résultats en matière de santé.

### **Incitation à l'élaboration de politiques**

16. Pour favoriser l'adoption de mesures politiques qui soient efficaces, il est indispensable de mener à bien des interventions majeures dans le cadre desquelles l'approche interculturelle est reconnue et mise en œuvre dans le contexte des déterminants sociaux de la santé. Ces interventions intègrent les propositions suivantes :  
*a)* déterminer les lacunes nationales au niveau des politiques nationales par comparaison aux normes internationales, *b)* proposer des cadres politiques, sur la base du droit au meilleur état de santé possible, qui favorisent et encouragent l'équité, l'interculturalité et

l'accès à des services de santé de qualité, en tenant compte du contexte national, c) favoriser la révision, l'adaptation et la mise en œuvre efficaces des politiques existantes pour se conformer à la perspective de l'interculturalité et d) promouvoir et faciliter la pleine participation des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon le contexte national, à la santé et au bien-être. Le processus de formulation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques publiques doit garantir la participation des populations concernées, le respect des droits humains, l'interculturalité et l'égalité des genres. Il convient d'utiliser des méthodes qui rendent compte de la diversité culturelle et de la diversité des populations, dans un souci d'équité. L'objectif est de chercher à garantir une formulation partagée et interculturelle des politiques publiques, en incorporant, à titre de référence, les connaissances, les pratiques et les espaces d'action des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, en lien avec les systèmes de santé institutionnels.

### **Participation sociale et alliances stratégiques**

17. Il est fondamental d'encourager la participation sociale et les alliances stratégiques avec les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, selon le contexte national, en veillant à ce que hommes et femmes soient représentés lors de l'élaboration des politiques publiques et des actions liées à la santé. L'objectif dans ce domaine d'intervention est d'encourager la participation effective, la construction conjointe, l'engagement et les alliances stratégiques entre les autorités sanitaires, les autres institutions publiques, les organisations locales et la population en général pour favoriser les actions destinées à améliorer l'intégration, l'équité et l'égalité.

### **Reconnaissance des connaissances ancestrales et de la médecine traditionnelle et complémentaire**

18. Avec cet axe prioritaire, l'objectif est de renforcer le dialogue des savoirs pour faciliter le développement et la consolidation de modèles interculturels de santé en tant que moyen de parvenir à des soins axés sur les besoins des personnes et des communautés. Pour ce faire, les cadres politiques, les instruments, les ressources et les procédures institutionnels doivent tenir compte des diverses visions du monde des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon le contexte national.

19. Une condition nécessaire au dialogue des savoirs est la revalorisation et la promotion des connaissances, des pratiques et des expressions culturelles traditionnelles, par l'intermédiaire des mécanismes de transmission propres à chaque culture. Il convient d'en tenir compte non seulement en ce qui concerne les soins médicaux, mais aussi pour ce qui est de la promotion de la santé et de l'accompagnement dans la mort.

20. Le fait de tirer parti de la médecine traditionnelle et complémentaire pour la santé, le bien-être et les soins centrés sur la personne est aussi l'un des objectifs de la *Stratégie*

*de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 (27)*. La reconnaissance des connaissances ancestrales est essentielle pour profiter du potentiel de la médecine traditionnelle et contribuer à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, y compris pour l'organisation ou l'intégration des services dans les systèmes nationaux de santé et l'adoption d'interventions pour une auto-prise en charge selon une approche interculturelle.

### **Développement des capacités à tous les niveaux**

21. Il convient d'encourager les efforts pour donner au personnel de santé institutionnel et communautaire les capacités de faciliter les relations interculturelles et de créer les conditions pour un dialogue des savoirs. Il faut prendre en considération des soins intégrés et articulés avec d'autres secteurs, dans le souci de soins adaptés, culturellement pertinents et non discriminatoires. Il convient aussi de favoriser l'introduction de l'interculturalité dans les programmes de formation des agents techniques et professionnels du domaine de la santé. Il y a lieu de renforcer les capacités de représentation, au sein des systèmes de santé, des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, en fonction de la réalité nationale, pour assurer des soins de santé culturellement pertinents.

### **Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

22. La Conférence est priée d'examiner les informations fournies dans le présent document et d'envisager d'adopter le projet de résolution figurant à l'annexe B.

Annexes

### **Références**

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 [Internet]. Ville de Panamá; 3 juin 2007 [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16304&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16304&Itemid)
2. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 15 septembre 2015 au 12 septembre 2016 ; New York. New York : ONU ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F)

3. Organisation des Nations Unies. Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible [Internet]. Soixante et onzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies du 13 septembre 2016 au 11 septembre 2017 ; New York. New York : ONU ; 2016 (document A/71/304) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/250/85/pdf/N1625085.pdf?OpenElement>
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr)
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/10, Rev. 1) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26800&Itemid=270&lang=fr](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26800&Itemid=270&lang=fr)
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Salud de los pueblos indígenas de las Américas [Internet]. 37<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS. 45<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 1993, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 1993 (document CD37/20) [consulté le 16 janvier 2017] Disponible en espagnol sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7015/15688.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Health of indigenous peoples [Internet]. 40<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 49<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 22 au 26 septembre 1997; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 1997 (résolution CD40.R6) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1629/CD40.R6en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé des peuples autochtones des Amériques. 47<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 58<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2006 (document CD47/13) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD47-13-f.pdf>

9. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 53<sup>e</sup> session du Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC, États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2014 (Document officiel N° 345) [consulté le 17 janvier 2017]. Disponible sur :  
[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr)
10. Organisation des Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones [Internet]. Soixante et unième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; du 12 septembre 2006 au 17 septembre 2007; New York. New York : ONU ; 2007 (document A/RES/61/295) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur :  
[http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/61/295&referer=https://www.google.es/&Lang=F](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/295&referer=https://www.google.es/&Lang=F)
11. Organisation des Nations Unies. Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale [Internet]. Vingtième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; du 21 septembre 1965 au 22 décembre 1965 ; New York. New York : ONU ; 1965 (résolution A/RES/2106 [XX] A) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur :  
[http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/RES/2106\(XX\)&referer=/spanish/&Lang=F](http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/RES/2106(XX)&referer=/spanish/&Lang=F)
12. Organisation internationale du Travail. Convention (n°169) relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989. 76<sup>e</sup> session de la Conférence internationale du Travail ; juin 1989 ; Genève (Suisse). Genève ; OIT ; 1989. Disponible sur :  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312314](http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314)
13. Organisation des États Américains; Inter-American Commission on Human Rights. The Situation of People of African Descent in the Americas [Internet]. OEA/CIDH; 2011 (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 62, par. 255; p. 86) [consulté le 14 avril 2016]. Disponible en anglais sur :  
[http://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/AFROS\\_2011\\_ENG.pdf](http://www.oas.org/en/iachr/afro-descendants/docs/pdf/AFROS_2011_ENG.pdf)
14. Ñopo H. New Century, Old Disparities. Gender and ethnic earnings gaps in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement; 2012 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en anglais sur:  
<http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2012/10588.pdf>

15. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Health Equity Report 2016 [Internet]. Ville de Panamá: UNICEF; 2016 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en anglais sur :  
[https://www.unicef.org/lac/20161207\\_LACRO\\_APR\\_Informe\\_sobre\\_equidad\\_en\\_salud\\_EN\\_LR.pdf](https://www.unicef.org/lac/20161207_LACRO_APR_Informe_sobre_equidad_en_salud_EN_LR.pdf)
16. Banque mondiale. Indigenous Latin America in the twenty first century : the first decade [Internet]. Washington, DC: Banque mondiale; 2015 [consulté le 27 janvier 2017]. Introduction, p. 13-16. Disponible en anglais sur :  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/145891467991974540/Indigenous-Latin-America-in-the-twenty-first-century-the-first-decade>
17. Htun Mala. Intersectoral disadvantage and political inclusion: getting more Afrodescendant women into elected office in Latin America [Internet]. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement; 2012 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en anglais sur :  
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36945627>
18. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Guaranteeing indigenous people's rights in Latin America. Progress in the past decade and remaining challenges. Summary [Internet]. Santiago (Chile): Nations Unies; 2014 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en anglais sur :  
<http://www.cepal.org/en/publications/37051-guaranteeing-indigenous-peoples-rights-latin-america-progress-past-decade-and>
19. Proyecto de declaración y plan de acción [Internet]. Conferencia Regional de las Américas, preparativos de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia; del 5 al 7 de diciembre del 2000; Santiago de Chile (Chile). Santiago de Chile; 2000 (document WCR/RCONF/SANT/2000/L.1/Rev.4) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible en espagnol sur (*lien de la conférence tenue en janvier 2001*) :  
[https://www.oas.org/dil/2000%20Declaration%20of%20the%20Conference%20of%20the%20Americas%20\(Preparatory%20meeting%20for%20the%20Third%20World%20Conference%20against%20Racism,%20Racial%20Discrimination,%20Xenophobia%20and%20Related%20Intolerance\).pdf](https://www.oas.org/dil/2000%20Declaration%20of%20the%20Conference%20of%20the%20Americas%20(Preparatory%20meeting%20for%20the%20Third%20World%20Conference%20against%20Racism,%20Racial%20Discrimination,%20Xenophobia%20and%20Related%20Intolerance).pdf)
20. Human Rights Council. Regional workshop on the situation of Roma in the Americas [Internet]. Trente-et-unième session; du 29 février au 24 mars 2016; Genève (Suisse). Genève : CDH; 2016 (document A/HRC/31/CRP.2) [consulté le 16 janvier 2017]. Disponible en anglais sur :  
[http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A.HRC.31.CRP.2\\_E.docx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A.HRC.31.CRP.2_E.docx)

21. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report—United States, 2013. MMWR [Internet]. 2013 [consulté le 27 janvier 2017];62(Suppl3):3-5. Disponible en anglais sur : <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6203.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe Final [Internet]. Guatemala, MSPAS/INE/ICF; 2017 [consulté le 28 juin 2017]. Disponible en espagnol sur : [https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014\\_2015.pdf](https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf)
23. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes; Organisation panaméricaine de la Santé. Salud de la población joven indígena en América latina. Un panorama general [Internet]. Santiago (Chili): Nation unies; 2011 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en espagnol sur : <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35357-salud-la-poblacion-joven-indigena-america-latina-un-panorama-general>
24. Banque interaméricaine de développement. Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna [Internet]. Washington, DC: BID; 2010 [consulté le 27 janvier 2017]. Disponible en espagnol sur : <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/246/Salud%20de%20la%20mujer%20ind%C3%ADgena.pdf>
25. Minority Rights Group International. State of the World's Minorities and Indigenous Peoples [Internet]. Londres: Minority Rights Group International; 2013 [consulté le 16 janvier 2017]. Foreword, p. 7. Disponible en anglais sur : <http://minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-1293-State-of-the-Worlds-Minorities-and-Indigenous-Peoples-2013.pdf>
26. Fond des Nations Unies pour la population/Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos [Internet]. Panama; 2012 [consulté le 24 mai 2017]. Disponible en espagnol sur : [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/informe\\_afro.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/informe_afro.pdf)
27. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2013 [consulté le 14 avril 2017]. Disponible sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201fr/s21201fr.pdf>

## Annexe A

### **Instruments internationaux relatifs aux droits humains qui sont pertinents dans le contexte de la santé et de l'ethnicité qui n'ont pas été incorporés précédemment dans d'autres résolutions de l'OPS<sup>1</sup> (liste non exhaustive)**

#### **Instruments internationaux relatifs aux droits humains pertinents dans le contexte de la santé et de l'ethnicité**

##### *Système des droits humains des Nations Unies :*

- a) Convention (n°169) relative aux peuples indigènes et tribaux (Organisation internationale du Travail, 1989)  
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312314](http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314)
- b) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, Organisation des Nations Unies, 1965)<sup>2</sup>  
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

##### *Système interaméricain des droits humains*

- a) Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (Organización de los Estados Americanos, 2013)<sup>3</sup>  
[http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-68\\_racismo.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-68_racismo.asp) ; en français : Convention interaméricaine contre le racisme, la discrimination raciale et les formes connexes d'intolérance (Organisation des États Américains, 2013, projet de résolution, document AG/doc.5375/13 rev.1), Disponible sur : <http://www.oas.org/consejo/fr/AG/AG43ordinaire.asp>
- b) Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia (Organización de los Estados Americanos, 2013)<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Pour obtenir une liste plus complète des instruments internationaux contraignants ou non contraignants relatifs aux droits humains ayant un rapport avec la santé, voir Organisation panaméricaine de la Santé, La Santé et les droits humains. Document conceptuel [Internet]. 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 62<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (document CD50/12) [consulté le 14 avril 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-f.pdf>.

<sup>2</sup> États Parties : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

<sup>3</sup> Adoptée le 5 juin 2013, lors de la 43<sup>e</sup> session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains. Au moment où la présente politique est rédigée, elle n'est pas entrée en vigueur ; elle entrera en vigueur une fois le second instrument de ratification ou d'adhésion déposé.

---

[http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-69\\_discriminacion\\_intolerancia\\_firmas.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia_firmas.asp) ; en français : Convention interaméricaine contre toutes les formes de discrimination et d'intolérance (Organisation des États Américains, 2013, projet de résolution, document AG/doc.5374/13 rev.1), Disponible sur : <http://www.oas.org/consejo/fr/AG/AG43ordinaire.asp>

### **Normes internationales relatives aux droits humains pertinentes dans le contexte de la santé et de l'ethnicité**

*Système des Nations Unies :*

- a) Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Organisation des Nations Unies, 2007)  
[http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_fr.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf)
- b) Déclaration et Programme d'action de Vienne (Conférence mondiale sur les droits de l'homme, 1993)  
[http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_fr.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_fr.pdf)
- c) Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Observation générale N.º 14 (2000). (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Organisation des Nations Unies, 2000)  
<http://undocs.org/fr/E/C.12/2000/4>
- d) Recommandation générale N.º XXVII concernant la discrimination à l'égard des Roms (Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, 2000)  
[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCERD%2fGEC%2f7499&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCERD%2fGEC%2f7499&Lang=en)
- e) Recommandation générale N.º 34 sur la discrimination raciale à l'égard des personnes d'ascendance africaine (Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, 2011)  
[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2fC%2fGC%2f34&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2fC%2fGC%2f34&Lang=en)
- f) Déclaration des droits des personnes appartenant à des minorités nationales ou ethniques, religieuses et linguistiques (Assemblée générale des Nations Unies, 1992)  
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/Minorities.aspx>
- g) Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, Gran Chaco y región oriental del Paraguay (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos,

---

<sup>4</sup> *Idem.*

2012) (Directives pour la protection des peuples autochtones en situation d'isolement volontaire et de premier contact de l'Amazonie, du Gran Chaco et de la région orientale du Paraguay)

<http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/03/Final-version-Guidelines-on-isolated-indigenous-peoples-february-2012.pdf>

*Système interaméricain*

- a) Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas (Organización de los Estados Americanos, 2016) (Déclaration américaine sur les droits des peuples autochtones)

<http://www.oas.org/es/sadye/documentos/res-2888-16-es.pdf>

**Accords mondiaux et régionaux pertinents dans le contexte de la santé des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques (liste non exhaustive)**

- a) Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (2001)

[http://www.un.org/french/WCAR/durban\\_fr.pdf](http://www.un.org/french/WCAR/durban_fr.pdf)

- b) Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2011)

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_French.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf)

- c) Cumbre Mundial de Afrodescendientes (Sommet mondial des personnes d'ascendance africaine) (2011)

<http://www.hchr.org.co/afrodescendientes/index.php/unete-al-ano-de-los-afrodescendientes/archive/view/listid-1/mailid-41.html>

- d) Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine 2015-2024 (2013)

<http://www.un.org/fr/events/africandescentdecade/background.shtml>

- e) Conférence mondiale sur les peuples autochtones (2014)

<http://www.un.org/fr/ga/69/meetings/indigenous/#&panel1-1>

- f) Programme de développement durable à l'horizon 2030 (2015)

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/2015/09/25/les-etats-membres-de-lonu-adoptent-un-nouveau-programme-de-developpement-audacieux/>

- g) Plan d'action de la décennie des personnes d'ascendance africaine dans les Amériques (2016)

<http://www.oas.org/es/sadye/documentos/res-2891-16-es.pdf>

en français : [www.oas.org/doc\\_public/FRENCH/HIST\\_16/CP36466F02.doc](http://www.oas.org/doc_public/FRENCH/HIST_16/CP36466F02.doc)

# 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

## 69<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

---

CSP29/7, Rev. 1  
Annexe B  
Original: espagnol

### ***PROJET DE RÉOLUTION***

#### **POLITIQUE EN MATIÈRE D'ETHNICITÉ ET DE SANTÉ**

##### ***La 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

(PP1) Ayant examiné la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7, Rev. 1) ;

(PP2) Tenant compte du besoin existant de promouvoir une approche interculturelle dans le domaine de la santé pour éliminer les inégalités en santé que subissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en fonction du contexte national ;

(PP3) Reconnaisant les différences existant entre les groupes ethniques distincts, d'un pays à l'autre comme à l'intérieur des pays, et reconnaissant les différences au niveau des défis, des besoins et des contextes historiques respectifs ;

(PP4) Rappelant les principes inscrits dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban (2001), la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), le Sommet mondial des personnes d'ascendance africaine (2011), la Décennie des personnes d'ascendance africaine 2015-2024 (2013), la Conférence mondiale sur les peuples autochtones (2014) et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (2015), ainsi que les principes figurant dans d'autres instruments internationaux concernant l'ethnicité et la santé ;

(PP5) Se référant au cadre des missions de l'OPS concernant la santé des peuples autochtones, à l'intégration de l'ethnicité en tant qu'axe transversal dans le Plan stratégique de l'OPS et aux enseignements tirés de l'expérience ;

---

(PP6) Reconnaissant qu'il importe que l'OPS dans son ensemble (le Bureau et les États Membres) mette l'accent sur les efforts visant à renforcer l'optique interculturelle en matière de santé pour parvenir au meilleur état de santé susceptible d'être atteint par les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, conformément au contexte national de chacun ;

(PP7) Tenant compte de la nécessité d'adopter les mesures nécessaires pour garantir l'approche interculturelle dans le domaine de la santé et l'égalité de traitement entre les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, dans un souci d'égalité et de respect mutuel, et prenant en considération l'importance de leurs pratiques culturelles, parmi lesquelles figurent les modes de vie, les systèmes de valeurs, les traditions et les visions du monde,

**DÉCIDE :**

(OP)1. D'adopter la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7, Rev. 1) ;

(OP)2. De prier instamment tous les États Membres, selon qu'il convient et compte tenu de leur contexte national, de leurs cadres normatifs, de leurs priorités et de leurs possibilités financières et budgétaires :

- a) de promouvoir des politiques publiques qui considèrent l'ethnicité comme un déterminant social de la santé dans la perspective des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques ;
- b) d'encourager l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, entre autres, en favorisant des modèles de santé interculturels qui incluent, par le dialogue, les perspectives des savoirs et des pratiques ancestrales et spirituelles des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon la réalité nationale propre à chacun ;
- c) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires dans les États Membres pour disposer de données suffisantes et de qualité, et produire des données factuelles sur les inégalités et les injustices dans le domaine de la santé que connaissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en vue de la prise de décisions politiques intersectorielles dans le domaine de la santé ;
- d) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires à tous les niveaux pour mettre en œuvre une approche interculturelle dans les systèmes et services de santé qui contribue, entre autres, à garantir l'accès à des services de santé de qualité ;

- e) d'élargir, de promouvoir et d'assurer la participation sociale de tous les peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, et englobant le parcours de vie, dans la transposition normative de la politique de santé et sa mise en œuvre
- f) de promouvoir la production de connaissances et d'espaces propres à la médecine et aux savoirs ancestraux dans le cadre du renforcement de l'optique interculturelle en matière de santé ;
- g) d'intégrer l'approche ethnique et la vision des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques dans l'application du *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CD53/10, Rev. 1 [2014]), conformément aux réalités nationales ;
- h) de promouvoir la coopération intersectorielle pour le développement durable des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques.

(OP)3. De prier la Directrice, dans le cadre des possibilités financières de l'Organisation :

- a) de défendre l'introduction des composantes stratégiques relatives à l'ethnicité et à la santé dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2008-2030 et le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 ;
- b) de considérer comme prioritaire la coopération technique en vue d'encourager les pays à renforcer les capacités des systèmes de santé pour intégrer l'ethnicité en tant que déterminant social de la santé dans la perspective des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, en harmonie avec les objectifs de développement durable (ODD) et dans le cadre des instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains applicables ;
- c) de continuer à considérer l'ethnicité comme un axe transversal, en harmonie avec les questions de genre, l'équité et les droits humains, dans le cadre de la coopération technique de l'OPS ;
- d) de renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration institutionnels pour tirer parti des synergies et faire preuve d'efficacité dans la coopération technique au sein du système des Nations Unies et du système interaméricain, ainsi qu'avec d'autres entités intéressées par le travail relatif à l'ethnicité dans le domaine de la santé, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales pertinentes.



## Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 - Politique en matière d'ethnicité et de santé

2. Lien avec le [Programme et budget de l'OPS 2016-2017](#) :

- a) **Catégorie** : 3, Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie : Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur le genre, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme.
- b) **Domaines programmatiques et résultats intermédiaires** :  
Domaine programmatique : 3.3, Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique.  
Résultat intermédiaire (RIM) : 3.3, Capacité accrue des pays à intégrer le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique en matière de santé.

3. Incidences financières :

a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Approximativement US\$ 1 836 000 par exercice, à partir de l'approbation de la politique et pendant toute la période où elle reste en vigueur. L'estimation correspond à l'exercice pendant lequel la stratégie ou le plan d'exécution de la politique est mis en place. Celle-ci sera intégrée au programme, au budget et aux plans opérationnels de l'Organisation en vue du suivi et de l'évaluation. Sur le montant total, on estime que \$734 400 seront destinés aux dépenses de personnel et US\$ 1 101 600 aux activités.

Le budget actuel de l'exercice 2016-2017 pour l'ethnicité est estimé à un montant total de US\$ 1 100 000, ce qui suppose un engagement financier supplémentaire pour un montant de US\$ 736 000 pour la mise en œuvre de la politique au cours des exercices ultérieurs.

b) **Coût estimatif pour l'exercice 2016-2017 (activités et personnel compris) :** \$220 300 (montant correspondant aux dépenses de mise en œuvre de la politique de septembre à décembre 2017).

c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant pourrait-on inclure dans les activités programmées actuellement ? :** \$100 000.

**4. Incidences administratives :**

**a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront mises en œuvre :**

Tous les niveaux de l'Organisation sont concernés : programmatique, des pays, régional et infrarégional. La participation active des ministères de la Santé des États Membres et des organisations et mécanismes infrarégionaux sera aussi nécessaire.

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

On dispose actuellement d'un poste de conseiller en diversité culturelle (P4) employé à plein temps et d'un conseiller en genre et ethnicité en santé, dont les fonctions sont axées sur la production de données probantes pour 50% de son temps. Un poste de spécialiste en diversité culturelle (niveau P3) sera en outre nécessaire à plein temps et un poste de médecin anthropologue (niveau P4) à 50%.

**c) Calendrier (indiquer une durée suffisamment longue pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**

L'exécution de la politique débutera dès qu'elle sera approuvée par la Conférence sanitaire panaméricaine, afin qu'elle soit incorporée dans le nouveau plan stratégique et dans le programme et budget.



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

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.5 - Politique en matière d'ethnicité et de santé

**2. Unité responsable :** Genre et diversité culturelle /Département de la Famille, du genre et du parcours de vie (FGL)

**3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Dr Andrés de Francisco Serpa

**4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017](#) :**

L'exécution de la politique en matière d'ethnicité et de santé offre la possibilité, conformément aux prescriptions du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, de contribuer aux progrès dans les domaines suivants : approche des déterminants sociaux de la santé, amélioration de la protection sociale et accès aux services de santé de qualité ; diminution des inégalités en matière de santé entre les pays et des injustices à l'intérieur de ceux-ci. En outre, l'un des principes et l'une des valeurs du Programme d'action est l'équité en santé, d'où l'engagement d'éliminer, entre les populations et les groupes, toute inégalité en matière de santé qui peut être évitée et corrigée.

**5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'OPS 2014-2019](#) :**

Il relève de la catégorie 3 « Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie » : « Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur le genre, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme ».

Comme le prévoit le Plan stratégique, les travaux dans cette catégorie inclut en tant que composante transversale l'approche ethnique dans les activités de coopération technique de toute l'Organisation. En outre, cette approche est fondamentale pour aborder les déterminants sociaux de la santé et l'équité afin d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région, en particulier en ce qui concerne les groupes ethniques.

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

- Ministères de la santé et institutions de santé nationales
- Autres organismes et entités gouvernementales qui travaillent avec les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en particulier ceux qui ont un lien avec la santé interculturelle
- Centres collaborateurs de l'OPS/OMS
- Organisations de la société civile et des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques

- Universités
- Organismes des Nations Unies et institutions spécialisées
- Organes des traités et autres mécanismes du système des Nations Unies présentant un intérêt pour la santé des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon qu'il convient, tels que les procédures spéciales de l'ONU.
- Organisation des États Américains et Commission interaméricaine des droits de l'homme
- Autres partenaires internationaux dans le cadre de la coopération en matière de santé
- Mécanismes d'intégration infrarégionaux liés à la santé interculturelle et aux peuples autochtones, aux personnes d'ascendance africaine, aux Roms et aux membres d'autres groupes ethniques, selon qu'il convient

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

Dans la Région des Amériques, des progrès ont été accomplis pour répondre aux inégalités ethniques dans le domaine de la santé, en intégrant, entre autres, des approches interculturelles qui permettent l'accès aux populations les plus marginalisées et en situation de vulnérabilité, tout en tenant compte des diverses perspectives culturelles. Par exemple, dans le cadre de l'interculturalité, des thérapeutes traditionnels – hommes et femmes autochtones qui dispensent leurs services dans des espaces dignes, en respectant les us et les coutumes des communautés (Bolivie, Mexique) – ont été intégrés aux services de soins.

L'OPS favorise notamment l'échange de connaissances qui intègrent les approches interculturelles de la santé.

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

Le projet de budget estimé (US\$ 1 836 000) correspond à l'exercice pendant lequel la stratégie ou le plan d'exécution de la politique est mis en place. Celle-ci sera intégrée au programme, au budget et aux plans opérationnels de l'Organisation en vue du suivi et de l'évaluation.

---