

57^e CONSEIL DIRECTEUR

71^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2019

Point 4.11 de l'ordre du jour

CD57/13, Rev. 1
3 octobre 2019
Original : espagnol

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR L'ETHNICITÉ ET LA SANTÉ 2019-2025

Introduction

1. Dans le cadre de la santé universelle, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont priorisé des mesures visant à s'assurer que toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination aucune, à des services de santé complets, adéquats, en temps opportun et de qualité. Toutefois, en raison de relations de pouvoir asymétriques et de domination, les membres de certains groupes ethniques – notamment les populations autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les Roms – subissent systématiquement différentes formes de discrimination et d'exclusion qui entraînent des inégalités et des injustices sociales. La marginalisation et la discrimination fondées sur l'ethnicité,¹ y compris le racisme institutionnel, interagissent négativement avec d'autres déterminants structurels, comme le genre, et produisent des iniquités en matière de santé dans une région qui est précisément caractérisée par sa riche diversité ethnique et culturelle.

2. La prise de conscience de cette situation injuste alliée à la nécessité de mener des actions conjointes sur les déterminants sociaux et l'élimination de la discrimination, ainsi que le potentiel de la culture pour améliorer la qualité de vie des personnes, ont conduit l'OPS à adopter la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7, Rev. 1) (1), qui reflète l'engagement de progresser vers le meilleur état de santé possible pour toute la population de la Région des Amériques. Cette politique vise à élaborer les mesures nécessaires pour garantir une approche interculturelle de l'accès aux soins et aux services de santé, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, dans une perspective d'égalité et de respect mutuel, en valorisant les pratiques culturelles des groupes ethniques de la Région, leurs modes de vie, leur organisation sociale, leurs systèmes de valeurs, leurs

¹ L'Organisation panaméricaine de la Santé, en tant que partie intégrante du système des Nations Unies, considère qu'il existe une seule race humaine et que les différences sont de type culturel et symbolique. Bien que certains pays utilisent le concept de race pour caractériser des relations sociales fondées sur le colonialisme et l'esclavage, le terme « ethnicité » sera utilisé aux fins du présent document.

traditions et leurs visions du monde. De même, il convient de souligner que le rapport de la Commission de haut niveau sur la *Santé universelle au XXI^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata*, a souligné la nécessité d'élaborer des modèles de soins fondés sur les soins de santé primaires, centrés sur les personnes et les communautés, et tenant compte de la diversité humaine, de l'interculturalité et de l'ethnicité (2).

3. Afin de coopérer avec les États Membres à la mise en œuvre des orientations contenues dans la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*, la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* sont présentés dans ce document.

Antécédents

4. La Région des Amériques est une région où la reconnaissance et le respect des droits de l'homme des membres des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms, ainsi que des membres d'autres groupes ethniques, rencontrent différents obstacles. Tout au long de leur parcours de vie, les personnes appartenant à ces groupes ethniques continuent de faire l'objet d'une discrimination structurelle et d'un faible niveau de représentation et d'inclusion dans les processus décisionnels, ce qui entrave leur accès aux services de santé, influe sur la qualité des soins qu'elles reçoivent et a une incidence générale sur leurs conditions de vie. Cela a été souligné dans le *Rapport de la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques*, qui indique que les populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine dans les Amériques sont exposées à de nombreux désavantages qui entraînent une détérioration de leur santé (3).²

5. Reconnaisant ces inégalités, les États Membres de l'OPS prennent des mesures en élaborant des politiques, des plans et des programmes visant à réduire les iniquités, à promouvoir la justice sociale et à éliminer les obstacles à la santé rencontrés par les personnes appartenant à ces groupes de population. Les divers groupes ethniques de la Région ont également déployé des efforts considérables pour renforcer leur capacité d'organisation, comme en témoigne leur participation accrue aux tables rondes nationales et internationales de consultation et de concertation. Par exemple, 17 pays de la Région ont créé une entité ou un mécanisme étatique ayant pour mandat spécifique de gérer la santé interculturelle (4).

6. Pour leur part, comme le mentionne la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (1), certaines instances comme les Nations Unies ont élaboré des instruments et des normes internationaux en vue d'apporter une réponse aux niveaux mondial et régional lorsque les droits de l'homme des membres de ces groupes de population ne sont pas respectés, et cette stratégie et ce plan d'action s'inscrivent dans le droit fil de ces instruments et normes, y compris le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui explicite l'engagement à ne laisser personne pour compte (5).

² Cette stratégie et ce plan d'action se concentrent sur les mesures visant à lutter contre la discrimination et les iniquités en matière de santé auxquelles sont confrontés les groupes ethniques, tout en reconnaissant les différences entre ces groupes, ainsi qu'entre les pays et au sein des pays.

Analyse de la situation

7. Les personnes appartenant à des groupes ethniques tels que les populations autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les Roms restent souvent statistiquement invisibles dans les systèmes d'information nationaux et les recensements nationaux dans la mesure où certains pays n'incluent pas la variable d'auto-identification ethnique.

8. Selon les données disponibles pour 2015, la population d'ascendance africaine en Amérique latine était estimée à 130 millions de personnes (6). Au Brésil, elle a dépassé 50 % de la population selon le dernier recensement en date, et, aux États-Unis, on estime qu'il y a 40 millions de personnes d'ascendance africaine, ce qui équivaut à 13 % de la population totale (7). En ce qui concerne les populations autochtones de la Région, on estime qu'en 2010 elles comprenaient au moins 44,8 millions de personnes, réparties entre 826 peuples autochtones, la plupart concentrées au Mexique (17 millions) et au Pérou (7 millions), suivis par le Guatemala et la Bolivie (6 millions dans chaque pays) (4). En ce qui concerne la population rom, bien que sa présence sur le continent américain remonte à l'époque de la colonisation, il n'est actuellement pas possible d'établir avec précision sa taille dans la Région, car les recensements ne tiennent pas compte de cette variable, ce qui contribue à la rendre invisible dans les statistiques nationales. Rien qu'au Brésil, la population rom dépassait le demi-million de personnes en 2015 (8).

9. Les chiffres des enquêtes auprès des ménages disponibles montrent que, en ajoutant la dimension ethnique, on constate que les populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine souffrent de niveaux plus élevés de pauvreté et de pauvreté extrême, ce qui signifie que ces phénomènes sont marqués par des écarts ethniques importants (6). L'analyse de la situation de la santé par rapport à l'ethnicité nécessite une approche permettant d'identifier les processus débouchant sur des différences dans les conditions de vie de ces groupes et celles d'autres groupes de population. Si l'on inclut une analyse croisée de l'ethnicité avec la dimension de genre, la situation s'aggrave, et l'écart se creuse encore si d'autres facteurs d'identité, tels que l'âge, la religion et l'orientation sexuelle, sont inclus.

Analyse des inégalités en matière de santé

10. Malgré la disponibilité limitée de données désagrégées dans les systèmes d'information de la santé, il est possible de mettre en évidence les inégalités en matière de santé qui touchent ces populations. Dans les zones où vivent des populations autochtones, les données disponibles montrent que le profil épidémiologique de ces groupes de population continue d'afficher des taux élevés d'incidence de maladies transmissibles, telles que la tuberculose, et de maladies non transmissibles, telles que le diabète associé à la malnutrition et l'obésité, ainsi que de mortalité due à ces maladies (9). Ainsi, par exemple, la probabilité qu'une personne soit atteinte de tuberculose au Paraguay est neuf fois plus élevée chez une personne qui s'auto-identifie comme autochtone que chez les non-autochtones ; et dans des pays comme le Brésil, la Colombie, le Panama et le Venezuela, elle est de deux à trois fois supérieure (10). Dans la Région des Amériques, les

personnes qui s'auto-identifient comme autochtones représentaient 13 % du total des cas de paludisme et ont représenté 7 % des décès entre 2010 et 2016 (11).

11. Une analyse croisée du genre et de l'ethnicité permet d'observer que les inégalités sont encore plus présentes dans le cas des femmes appartenant aux populations autochtones, afro-descendante ou rom. Par exemple, bien que le taux de mortalité maternelle ait diminué dans la majorité des pays d'Amérique latine et des Caraïbes au cours des deux dernières décennies, il reste élevé chez les femmes d'ascendance africaine. Étant donné que les registres des naissances et des décès de certains pays de la Région comprennent l'identification ethnico-raciale, comme c'est le cas au Brésil, en Colombie et en Équateur, il est possible d'observer les inégalités évidentes. Par exemple, le taux de mortalité maternelle au Brésil est 1,4 fois plus élevé chez les femmes d'ascendance africaine, tandis qu'il est 2,3 fois plus élevé que le total national en Colombie et presque 4 fois plus élevé en Équateur (12). La situation est similaire pour ce qui est de la mortalité maternelle au sein des populations autochtones. Ainsi, dans le cas du Mexique, les municipalités à prédominance autochtone, avec un taux élevé de marginalisation et d'isolement socio-géographique, enregistrent un risque de décès maternel jusqu'à neuf fois plus élevé chez les femmes autochtones que celui des municipalités offrant un meilleur accès aux services et soins de santé (13, 14).

12. D'autre part, plusieurs études, fondées sur des informations provenant d'enquêtes sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, mettent en exergue les inégalités dont souffrent les membres des populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine dans la Région par rapport aux descendants d'européens et aux personnes d'ascendance métisse (15-17).

13. Une analyse de neuf pays fondée sur la mortalité, la fécondité et les résultats nutritionnels fait apparaître qu'en 2010 les niveaux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans étaient de 31 à 220 % plus élevés chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones (18) (voir la figure 1 de l'annexe A).

14. Une autre analyse sur la couverture des interventions en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile parmi 16 pays de la Région (13, 17) montre que l'ampleur des écarts ethniques varie considérablement d'un pays à l'autre. Les résultats indiquent que, dans la plupart des pays, l'utilisation de contraceptifs modernes, les soins prénatals et la prise en charge de l'accouchement étaient plus faibles chez les femmes autochtones. En ce qui concerne la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois pays seulement présentaient des écarts importants impliquant une couverture plus faible chez les enfants autochtones. Après un ajustement pour la richesse, l'éducation et la résidence, les différences, bien qu'atténuées, persistaient quand même. Pour leur part, les femmes et les enfants d'ascendance africaine avaient une couverture similaire à celle du groupe de référence dans la plupart des pays.

15. En ce qui concerne l'analyse croisée de l'ethnicité et de la richesse familiale, au Guatemala, par exemple, le retard de croissance chez les enfants (mesuré par la petite taille pour l'âge), qui est un indicateur de malnutrition à long terme, montre que la situation des

enfants autochtones est pire que celle des enfants non autochtones ayant le même niveau de richesse familiale (19). À cet égard, les niveaux de prévalence des retards de croissance chez les enfants autochtones en 2014 étaient plus élevés que ceux observés chez les enfants non autochtones en 1995, ce qui fait apparaître un retard de 20 ans dans l'état nutritionnel des enfants autochtones (voir la figure 2 de l'annexe A).

16. Comme indiqué précédemment, la bibliographie de la Région fait apparaître des écarts ethniques par rapport à d'autres problèmes de santé, tels que la tuberculose, le suicide, l'alcoolisme et les maladies parasitaires et sexuellement transmissibles, entre autres (20). Ces différences doivent être analysées à la lumière du contexte historique d'exclusion, de discrimination et d'absence de réponses culturellement appropriées que connaissent ces groupes de population.

17. Les inégalités structurelles aggravent les inégalités sur le plan de l'incidence et de la prévalence des maladies mentales et les iniquités dans l'accès à des traitements efficaces en santé mentale. Ces inégalités se produisent entre les différents groupes ethniques des Amériques, ainsi qu'entre les différents groupes socioéconomiques, et entre les hommes et les femmes (3).

18. Bien qu'il s'agisse d'un groupe de population ayant sa propre identité et sa propre culture, on sait peu de choses sur la situation de la population rom dans de nombreux pays de la Région. La taille de cette population, ses conditions socio-économiques et son état de santé, entre autres aspects, ne sont pas connus. Les Roms se heurtent à des obstacles considérables pour accéder aux services de santé ; dans certains pays, par exemple, pour des raisons de discrimination, les parents ont des difficultés à faire vacciner leurs enfants (8).

Progrès sur le plan des politiques

19. Certains pays de la Région ont renforcé leurs capacités institutionnelles pour traiter de la question de l'ethnicité et de la santé selon une approche interculturelle. Par exemple, la promotion d'approches différenciées pour les différents groupes ethniques est considérée comme un outil essentiel pour répondre aux priorités sanitaires des différents groupes et pour améliorer les services de santé, ainsi que pour éliminer la discrimination. De même, la médecine traditionnelle et son articulation avec les systèmes de santé sont mieux reconnues ; au nombre des pays qui ont fait des progrès à cet égard, on peut citer la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, Cuba, l'Équateur, le Mexique, le Nicaragua et le Pérou.

Proposition

20. Cette stratégie encourage les approches interculturelles de la santé ainsi que les interventions sur les déterminants sociaux de la santé, avec la participation des groupes concernés et en intégrant la perspective de genre, afin de mettre en œuvre les cinq axes stratégiques d'intervention priorités dans la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*, à savoir : a) la production de données probantes, b) la promotion de l'action en matière de politiques, c) la participation sociale et les alliances stratégiques, d) la reconnaissance des

connaissances ancestrales et de la médecine traditionnelle et complémentaire et e) le développement des capacités à tous les niveaux.

Axes stratégiques d'intervention

21. La mise en œuvre cohérente et intégrée des axes d'intervention proposés dans le présent plan d'action, en fonction du contexte et des priorités nationales, aura une incidence positive sur la santé des populations autochtones, d'ascendance africaine et rom, réduira les iniquités en matière de santé et contribuera à la réalisation des cibles d'impact indiquées ci-après.

Objectif	Indicateur	Référence (2019)	Cible (2025)
1. Réduction du taux de mortalité maternelle	Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de mortalité maternelle d'au moins 30 % dans au moins une des populations suivantes : populations autochtones, personnes d'ascendance africaine et Roms	0	12
2. Réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Nombre de pays et territoires ayant réduit l'écart de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'au moins 30 % dans au moins une des populations suivantes : populations autochtones, personnes d'ascendance africaine et Roms	0	12
3. Réduction de l'incidence de la tuberculose	Nombre de pays et territoires ayant réduit d'au moins 50 % l'incidence de la tuberculose parmi les populations autochtones, les personnes d'ascendance africaine ou les Roms par rapport à 2015	0	8

Axe stratégique d'intervention 1 : Production de données probantes

22. Cet axe d'intervention stratégique a pour objectif la production, la gestion intégrée et l'analyse d'informations sanitaires ventilées par origine ethnique, y compris les déterminants de la santé, en vue de la prise de décisions concernant les politiques publiques de santé.

Objectif	Indicateur*	Référence (2019)	Cible (2025)
1.1 Promouvoir la production de données et d'informations ventilées sur la santé des différents groupes ethniques et de leurs déterminants	1.1.1 Nombre de pays et territoires qui intègrent l'auto-identification ethnique comme variable dans leurs registres d'état civil (naissances et décès)	8	15
	1.1.2 Nombre de pays et territoires qui saisissent des données sur l'auto-identification ethnique dans les registres sanitaires administratifs	8	15
1.2 Renforcer les capacités institutionnelles d'analyse de la situation sanitaire dans une perspective ethnique	1.2.1 Nombre de pays et territoires qui disposent d'un profil national actualisé de la situation sanitaire avec des données ventilées par origine ethnique et par sexe	10	15
1.3 Promouvoir la recherche sur la santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et d'autres groupes ethniques	1.3.1 Nombre de pays et territoires qui intègrent dans leur programme de recherche un engagement explicite à examiner l'origine ethnique et la santé	8	12
	1.3.2 Nombre de pays et territoires ayant achevé une étude sur les obstacles à un accès équitable aux services de santé	24	36
1.4 Promouvoir des mécanismes de diffusion d'informations sur l'origine ethnique et la santé, et leur utilisation pour la prise de décisions, la promotion de cette approche et la reddition de comptes	1.4.1 Nombre de pays et territoires qui utilisent les informations sur la santé des divers groupes ethniques pour élaborer des politiques, stratégies, plans ou programmes	16	36

* Ventilation par populations autochtones, personnes d'ascendance africaine ou Roms, en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

Axe stratégique d'intervention 2 : Promotion de l'action en matière de politiques pour l'accès universel à la santé

23. Cet axe d'intervention implique de mener des actions qui reconnaissent et mettent en œuvre une approche interculturelle et intersectorielle, ainsi que des actions sur les déterminants sociaux et l'élimination de la discrimination. À cette fin, il est nécessaire d'identifier les lacunes normatives par rapport aux normes internationales, de proposer des cadres de politiques qui respectent le droit de chacun de jouir du meilleur état de santé possible et qui favorisent et promeuvent l'équité, l'interculturalité et l'accès à des services et des soins de santé de qualité, en fonction des besoins spécifiques des personnes tout au long de leur parcours de vie, compte tenu du contexte national et local.

Objectif	Indicateur*	Référence (2019)	Cible (2025)
2.1 Promouvoir des mesures de politique publique traitant de l'ethnicité et de la santé	2.1.1 Nombre de pays ayant ratifié la Convention 169 de l'Organisation internationale du Travail relative aux peuples indigènes et tribaux	13	15
	2.1.2 Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des politiques de lutte contre les iniquités ethniques en matière de santé	17	26
	2.1.3 Nombre de pays et territoires qui ont intégré l'ethnicité et la santé dans leurs programmes nationaux de développement	13	19
2.2 Promouvoir des systèmes et des services de santé culturellement appropriés pour tous	2.2.1 Nombre de pays et territoires qui développent ou ont des systèmes de santé intégrant une approche interculturelle	16	26
	2.2.2 Nombre de pays et territoires qui disposent de politiques de lutte contre la discrimination fondée sur l'origine ethnique dans le système de santé	6	12
2.3 Promouvoir des mécanismes de reddition de comptes pour la réduction des iniquités en santé	2.3.1 Nombre de pays et territoires qui produisent un rapport périodique pour rendre compte de la réduction des iniquités ethniques en santé	0	6

* Ventilation par populations autochtones, personnes d'ascendance africaine ou Roms, en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

Axe stratégique d'intervention 3 : Participation sociale et alliances stratégiques

24. Cet axe d'intervention vise à favoriser la participation sociale et la reddition de comptes tout en respectant les formes d'organisation des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms, ainsi que d'autres groupes ethniques. Il vise également à établir des partenariats stratégiques avec ces groupes et d'autres acteurs pertinents pour l'élaboration de politiques et de mesures liées à la santé, avec l'idée qu'ils participent à la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et la reformulation des plans, programmes et politiques de la santé.

Objectif	Indicateur*	Référence (2019)	Cible (2025)
3.1 Promouvoir la participation des différents groupes ethniques à l'élaboration de politiques et de mesures relatives à leur santé	3.1.1 Nombre de pays et territoires qui garantissent la participation sociale des différents groupes ethniques aux mécanismes nationaux liés aux politiques et mesures de santé	15	26
	3.1.2 Nombre de pays et territoires dotés de mécanismes officiels de participation sociale à la reddition de comptes sur la réduction des iniquités ethniques en santé	8	16

* Ventilation par populations autochtones, personnes d'ascendance africaine ou Roms, en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

Axe stratégique d'intervention 4 : Reconnaissance des connaissances ancestrales et de la médecine traditionnelle et complémentaire

25. La reconnaissance des connaissances ancestrales est essentielle pour tirer parti du potentiel de la médecine traditionnelle de manière à ce qu'elle contribue à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, y compris l'articulation ou l'intégration de services dans les systèmes de santé nationaux et l'adoption d'interventions d'auto-prise en charge dans le cadre d'une approche interculturelle.

26. L'objectif de cet axe d'intervention consiste à promouvoir le dialogue des savoirs qui facilite le développement et le renforcement de modèles de santé interculturels afin que l'attention soit centrée sur les besoins des personnes et des communautés. Pour ce faire, il convient de tenir compte des différentes visions du monde des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et d'autres groupes ethniques, selon le contexte national.

Objectif	Indicateur*	Référence (2019)	Cible (2025)
4.1 Promouvoir la reconnaissance, le respect et la protection de la médecine traditionnelle, ancestrale et complémentaire, fondée sur le savoir, dans les systèmes de santé nationaux	4.1.1 Nombre de pays et territoires dotés de lois, de politiques ou de stratégies visant à reconnaître, respecter, protéger et intégrer la médecine traditionnelle, ancestrale et complémentaire, fondée sur le savoir, dans les systèmes de santé nationaux	17	24
	4.1.2 Nombre de pays et territoires disposant d'organes institutionnels et d'outils d'orientation pour promouvoir le respect des guérisseurs traditionnels et des thérapeutes ancestraux dans le secteur de la santé	10	24

* Ventilation par populations autochtones, personnes d'ascendance africaine ou Roms, en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

Axe stratégique d'intervention 5 : Développement des capacités à tous les niveaux

27. Cet axe d'intervention encourage la formation du personnel de santé dans les établissements de santé et la communauté pour faciliter et promouvoir l'action interculturelle et les conditions du dialogue des savoirs. Il encourage également le renforcement de la pratique et des connaissances des agents de médecine traditionnelle fondée sur le savoir. Il encourage l'inclusion de l'interculturalité et l'action sur les déterminants sociaux dans les programmes d'études professionnelles et la formation continue dans le domaine de la santé. À cet égard, la représentativité dans les systèmes de santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms et d'autres groupes ethniques, en fonction de la réalité de chaque pays, est encouragée pour veiller à ce que les soins de santé soient culturellement pertinents, qu'ils autonomisent la communauté et qu'ils soient adaptés aux besoins spécifiques. Par ailleurs, cet axe d'intervention vise également à contribuer à l'élimination de toutes les formes de racisme et de discrimination dans les services de santé que subissent souvent les différents groupes ethniques.

Objectif	Indicateur*	Référence (2019)	Cible (2025)
5.1 Renforcer les capacités au sein des établissements de santé et des communautés en matière d'ethnicité et de santé	5.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont intégré l'interculturalité dans le contenu des programmes d'enseignement des études en sciences de la santé ou qui ont inclus une formation aux compétences interculturelles pour les professionnels de la santé	10	15
	5.1.2 Nombre de pays et territoires disposant de mécanismes institutionnels pour intégrer des professionnels des différents groupes ethniques dans les services de santé	10	15
	5.1.3 Nombre de pays et territoires disposant de mécanismes formels de formation du personnel de santé à l'interculturalité au niveau communautaire	5	10

* Ventilation par populations autochtones, personnes d'ascendance africaine ou Roms, en fonction de la composition ethnique de chaque pays.

Suivi et évaluation

28. La stratégie et le plan d'action contribueront au résultat intermédiaire 26 du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025. Les axes stratégiques d'intervention seront mis en œuvre au moyen du budget programme de l'Organisation. Le Bureau sanitaire panaméricain préparera un guide méthodologique pour appuyer la mesure des indicateurs définis dans cette stratégie et ce plan d'action. Un rapport d'étape sera réalisé en 2023 afin d'évaluer les progrès accomplis par rapport aux cibles définies. En 2026, une fois la mise en œuvre du plan d'action terminée, un rapport final sera publié.

Incidences financières

29. Le coût total estimé de la coopération technique de l'OPS à la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action pendant l'ensemble du cycle allant de 2019 à 2025, y compris les dépenses de personnel et les activités, s'élève à US\$ 4 375 000. Le financement des interventions des pays sera assumé par les États Membres. Des informations plus détaillées figurent à l'annexe C.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

30. Le Conseil directeur est prié d'examiner la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025*, de formuler les observations qu'il juge pertinentes et d'envisager l'approbation du projet de résolution figurant à l'annexe B.

Annexes

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique en matière d'ethnicité et de santé [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2017 (document CSP29/7, Rev. 1) [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42014&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. « Santé universelle au XXI^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata ». Rapport de la Commission de haut niveau. Washington (DC): OPS ; 2019 [consulté le 20 mai 2019]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2018. [consulté le 20 mai 2019]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49505>
4. Del Popolo F (ed.). Los pueblos indígenas en América (Abya Yala). Desafíos para la igualdad en la diversidad [Internet]. Santiago (Chile): Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); diciembre del 2017 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/6/S1600364_es.pdf
5. 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 : Nations Unies ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible sur : <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>

6. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; diciembre del 2017 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42654/1/S1701063_es.pdf
7. World Population Review. États-Unis [Internet]. 2019 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <http://worldpopulationreview.com/countries/>
8. Conseil des droits de l'homme. Seminario regional sobre la situación del Pueblo Rom en las Américas [Internet]. Trente et unième session du Conseil des droits de l'homme ; du 29 février au 24 mars 2016 ; Genève. Genève : CDH ; 2016 (document A/HRC/31/CRP.2) [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session31/Documents/A_HRC.31.CRP.2_S.docx
9. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, Santiago (Chili) : CEPALC ; 2014 (LC/L.3902) [consulté le 24 avril 2018]. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Information fournie par les programmes nationaux contre la tuberculose par le biais des bureaux de représentant de l'OPS. 2018.
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Situación de la malaria en la Región de las Américas, 2000-2016 [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2016 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=statistics-data-maps-8109&alias=45344-situation-malaria-region-americas-2000-2016-344&Itemid=270&lang=en
12. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad [Internet]. Santiago (Chili) : CEPALC ; 2018 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/1/S1800190_es.pdf
13. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publ [Internet]. 2015 [consulté le 3 janvier 2019] ; 38(2):96-109. Disponible en anglais sur : https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

14. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos [Internet]. Santiago (Chili) : CEPALC ; 2013 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4100-mujeres-indigenas-america-latina-dinamicas-demograficas-sociales-marco-derechos>
15. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Panorama social de América Latina [Internet]. Santiago (Chili) : CEPALC ; 2006 [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1225/S0600674_es.pdf;jsessionid=ADDB35C3953930C6CEA1C899F7607F8B?sequence=1
16. Del Popolo F, Schkolnik S. Pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información. Notas de población [Internet]. 2017 [consulté le 3 janvier 2019] ;15(97):205-47. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35946/np97205247_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Balandrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, et al. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin America and the Caribbean countries. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 [consulté le 3 janvier 2019] ;6(8):e902-e913. Disponible en anglais sur : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30300-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30300-0/fulltext)
18. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Síntesis [Internet]. Santiago (Chile): CEPAL; 2014. [consulté le 3 janvier 2019]. Disponible en espagnol sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf
19. Gatica-Domínguez G, et al. Ethnic inequalities in stunting prevalence in Guatemala 1995-2014. 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health; du 17 au 19 mai 2018 ; Edimbourg (Royaume-Uni).
20. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet [Internet]. 2006 [consulté le 3 janvier 2019];367(9525):1859-69. Disponible en anglais sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68808-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68808-9/fulltext)

Annexe A

Figure 1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les communautés autochtones et non autochtones de neuf pays de la Région, années 2000 et 2010

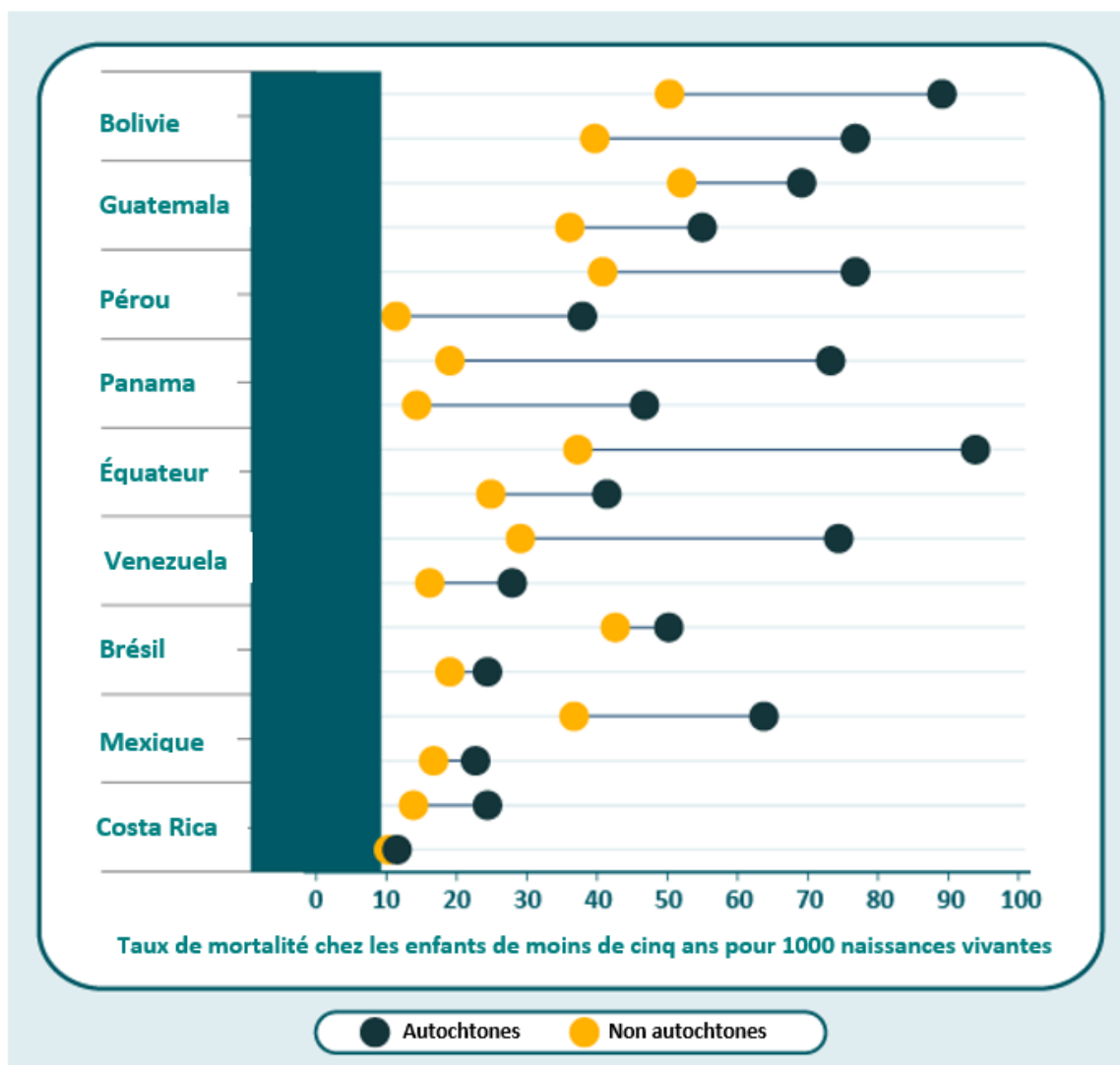
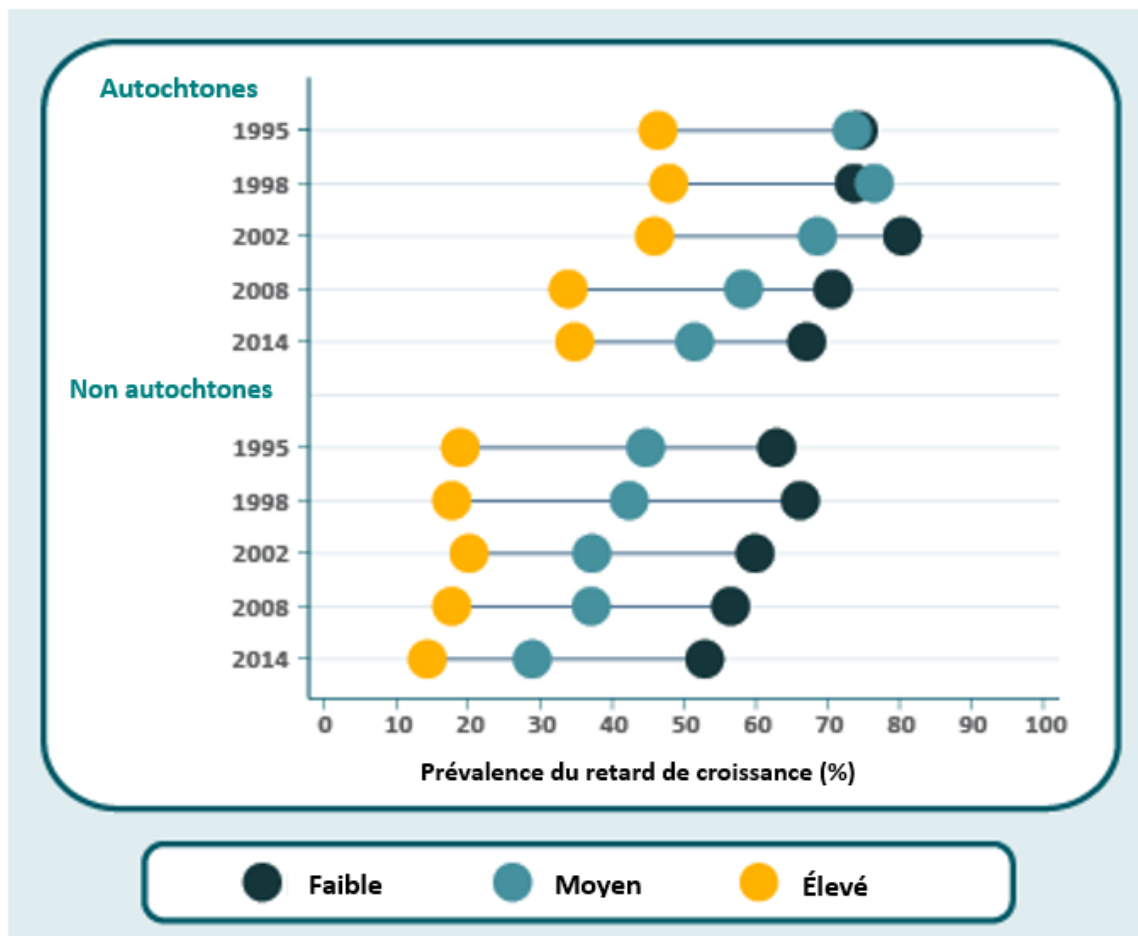


Figure 2. Prévalence du retard de croissance des enfants de moins de cinq ans selon l'éthnie et les terciles de richesse, au Guatemala, années 1995 et 2014



57^e CONSEIL DIRECTEUR

71^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2019

CD57/13, Rev. 1
Annexe B
Original : espagnol

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR L'ETHNICITÉ ET LA SANTÉ 2019-2025

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/13, Rev. 1) ;

(PP2) Tenant compte du fait que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé en septembre 2017 la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*, dont la résolution demande à la Directrice de continuer à prioriser l'ethnicité en tant qu'axe transversal, dans une perspective de genre, d'équité et de droits de l'homme, dans le cadre de la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

(PP3) Considérant que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé déclare que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ;

(PP4) Notant que l'adoption de mesures dans le cadre de la santé interculturelle pourrait contribuer à améliorer les résultats en matière de santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, conformément au Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS, ses objectifs stratégiques, ses résultats escomptés au niveau régional et ses indicateurs ;

(PP5) Considérant les enseignements tirés et les résolutions déjà approuvées qui reconnaissent la nécessité de renforcer la santé interculturelle dans les interventions de santé ;

(PP6) Faisant siens la vision des objectifs de développement durable, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, le Plan stratégique 2020-2025 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, la *Politique de l'OPS en matière d'égalité des genres*, la résolution sur la *Santé et les droits de l'homme*, la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques*,

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver et de mettre en œuvre la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/13, Rev. 1).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et de leurs besoins, de promouvoir la réalisation des objectifs et des indicateurs de la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* afin de progresser plus rapidement par rapport à la feuille de route définie par la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*.

(OP)3. De demander à la Directrice, dans la limite des possibilités financières de l'Organisation :

- a) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* ;
- b) de maintenir l'ethnicité et la santé comme thématique transversale de la coopération technique de l'OPS ;
- c) de renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration inter-institutions afin de créer des synergies et d'accroître l'efficacité de la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, du système interaméricain et avec les autres parties prenantes travaillant dans le domaine de l'ethnicité et de la santé, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales pertinentes ;
- d) de faire régulièrement rapport aux Organes directeurs sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le Bureau sanitaire panaméricain le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.11 Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025

2. **Lien avec le Programme et budget de l'OPS 2020-2021** :*

Résultat intermédiaire 26: Renforcement du leadership et de la capacité des pays à promouvoir l'équité et l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans un cadre axé sur les droits de l'homme

** Le projet de budget programme 2020-2021 a été présenté à la 13^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration et à la 16^e session du Comité exécutif. Le 57^e Conseil directeur examinera ce projet en septembre 2019. Par conséquent, la version finale du budget programme pourrait comporter des modifications concernant les résultats intermédiaires, qui seront reflétées également dans cette stratégie et plan d'action*

3. **Incidences financières**

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

Le coût estimatif total du plan d'action se monte à US\$ 4 375 000. Cette estimation tient compte du montant total nécessaire pour les activités du Bureau sanitaire panaméricain. Toutefois, des résultats ne seront atteints que si les États Membres augmentent également leurs investissements stratégiques en faveur de la santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms. Par conséquent, le montant total nécessaire pour les principales activités au niveau des pays n'est pas reflété dans cette estimation. Le montant estimatif pour les ressources humaines (voir le tableau ci-après) tient compte du personnel de l'OPS aux niveaux régional et des pays. Les montants estimatifs pour les activités (formation, consultants, déplacements et réunions, publications et fournitures) ont été calculés en tenant compte des fonds ordinaires et des contributions volontaires qui devront être mobilisés pendant la période de mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

Catégories	Coût estimatif (US\$)
Ressources humaines	1 093 750
Formation	1 531 250
Contrats de consultants/services	656 250
Déplacements et réunions	437 500
Publications	437 500
Fournitures et autres dépenses	218 750
Total	4 375 000

b) Coût estimatif pour l'exercice 2020-2021 (activités et personnel compris) :

Le coût estimatif pour l'exercice 2020-2021 est de US\$ 1 750 000.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :

Le montant de US\$ 930 000, estimé en additionnant l'activité d'un conseiller (P4) et d'un spécialiste (P3) à temps complet, et d'un conseiller (P4) à temps partiel (50 %).

4. Incidences administratives:

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Tous les niveaux de l'Organisation seront impliqués : programmatique, national, régional et infrarégional. La participation active des ministères de la Santé des États Membres et des organisations et mécanismes infrarégionaux sera également nécessaire.

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

Il y a actuellement un poste de conseiller en diversité culturelle (P4) à temps plein (100 %) et un poste de conseiller en genre et ethnicité dans la santé se consacrant à la production de données probantes à 50 %. Un poste supplémentaire de spécialiste de la diversité culturelle (niveau P3) à temps plein (100 %) sera nécessaire.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

La mise en œuvre commencera dès que cette stratégie et ce plan d'action auront été approuvés par le Conseil directeur pour garantir leur inclusion dans le nouveau plan stratégique et dans le budget programme. Un rapport d'étape sera produit en 2023 afin d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des cibles. Lorsque la mise en œuvre du plan d'action sera achevée en 2026, un rapport final sera publié.



Formulaire analytique visant à lier un point de l'ordre du jour aux missions de l'Organisation

1. **Point de l'ordre du jour:** 4.11 Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025

2. **Unité responsable:** Bureau de l'équité, du genre et de la diversité culturelle

3. **Funcionario a cargo:** Dr Sandra del Pino

4. **Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 :**

Ce point est lié à l'objectif 11, « Réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. » Cet objectif est important pour traiter des iniquités persistantes en matière de santé dans la Région. Conformément aux principes de ce Programme et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne pour compte, cet objectif envisage des stratégies multisectorielles visant à réduire les iniquités en matière de santé par la promotion de la santé et du bien-être en agissant sur les déterminants de la santé, y compris la protection sociale, et en tenant compte du genre, de l'ethnicité et des droits de l'homme.

5. **Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 :***

Résultat intermédiaire 26: Renforcement du leadership et de la capacité des pays à promouvoir l'équité et l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans un cadre axé sur les droits de l'homme

* *Le projet de plan stratégique de l'OPS 2020-2025 a été présenté à la 13^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration et à la 164^e session du Comité exécutif. Le 57^e Conseil directeur examinera ce projet en septembre 2019. Par conséquent, la version finale du plan stratégique pourrait comporter des modifications concernant les résultats intermédiaires, qui seront reflétées également dans cette stratégie et plan d'action.*

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

- ministères de la Santé et institutions nationales de la santé.
- autres organismes et entités gouvernementaux travaillant avec les populations autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les Roms, ainsi qu'avec les membres d'autres groupes ethniques, en particulier ceux liés à la santé interculturelle.
- Centres collaborateurs de l'OPS/OMS.
- organisations de la société civile et organisations des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms, et des membres d'autres groupes ethniques.
- universités.
- organismes des Nations Unies et organisations spécialisées.

- organes conventionnels et autres mécanismes du système des Nations Unies pertinents pour la santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms, ainsi que des membres d'autres groupes ethniques, le cas échéant, comme les procédures spéciales des Nations Unies.
- Organisation des États Américains et Commission interaméricaine des droits de l'homme.
- autres partenaires internationaux dans le domaine de la coopération en matière de santé.
- mécanismes d'intégration infrarégionale liés à la santé interculturelle et aux populations autochtones, aux personnes d'ascendance africaine, aux Roms et aux membres d'autres groupes ethniques, le cas échéant.

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

- Plusieurs pays de la Région ont des modèles de santé interculturelle autochtone dans lesquels les savoirs traditionnels sont harmonisés avec la médecine occidentale : le Brésil, la Bolivie, le Chili, la Colombie, Cuba, l'Équateur, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou.
- Un certain nombre de pays ont également élaboré des outils pour rendre opérationnels les politiques, les normes et les protocoles. En voici quelques exemples :
 - mise en place de parcours de soins de santé mentale mettant l'accent sur la prévention du suicide chez les populations autochtones en Colombie.
 - guide pour l'approche de la santé des populations autochtones isolées du Pérou.
 - code rouge communautaire dans le cadre d'une approche interculturelle au Paraguay.

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

Le coût estimatif total de la stratégie et du plan d'action (2019-2025) est de US\$ 4 375 000. Cette estimation tient compte du montant total correspondant aux activités du Bureau sanitaire panaméricain, y compris la mise en place des capacités au niveau régional et l'appui technique aux États Membres. Le coût estimatif pour l'exercice 2020-2021 est de US\$ 1 750 000.

- - -