



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.4/2005/22
14 février 2005

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS/ESPAGNOL

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Soixante et unième session
Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire

**LE RACISME, LA DISCRIMINATION RACIALE, LA XÉNOPHOBIE
ET TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION:**

**APPLICATION INTÉGRALE ET SUIVI DE LA DÉCLARATION ET
DU PROGRAMME D'ACTION DE DURBAN**

**Rapport de l'Atelier régional pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes
sur le thème «Pour que les objectifs de développement du Millénaire contribuent
à triompher de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou
l'origine nationale ou ethnique»^{*},^{**}**

Note de la Haut-Commissaire aux droits de l'homme

La Haut-Commissaire aux droits de l'homme a l'honneur de transmettre à la Commission des droits de l'homme le rapport de l'Atelier régional pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes sur le thème «Pour que les objectifs de développement du Millénaire contribuent à triompher de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique», qui s'est tenu à Brasilia du 1^{er} au 3 décembre 2004.

* Le rapport est présenté tardivement car le séminaire n'a eu lieu qu'en décembre 2004.

** Les annexes sont diffusées uniquement dans la langue dans laquelle elles ont été présentées.

Résumé

Le présent document contient le rapport de l'Atelier régional pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes sur le thème «Pour que les objectifs de développement du Millénaire contribuent à triompher de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique», organisé conjointement par la Haut-Commissaire aux droits de l'homme et l'Organisation panaméricaine de la santé. L'atelier, qui s'est tenu à Brasilia du 1^{er} au 3 décembre 2004, était accueilli par le Gouvernement brésilien, qui a fait de l'égalité raciale l'une des priorités de ses plans sociaux et qui a créé récemment le Secrétariat spécial à la promotion de l'égalité raciale. L'atelier a été l'occasion pour les États et des organisations non gouvernementales de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes d'échanger des informations et des données d'expérience sur l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sanitaire à l'égard des groupes qui sont exposés à la discrimination, dans le cadre des objectifs de développement du Millénaire et de la Déclaration et du Programme d'action de Durban.

Quinze experts ont participé à l'atelier en qualité d'intervenants et présenté des communications sur les diverses questions inscrites au programme. Des représentants des États de la région, d'institutions spécialisées des Nations Unies, d'institutions nationales de défense des droits de l'homme et d'organisations non gouvernementales étaient également présents.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Introduction	1 – 6	4
A. Ouverture de l'atelier	3 – 6	4
I. EXPOSÉS DES INTERVENANTS ET DÉBAT	7 – 46	5
A. Groupe 1: «Les droits de l'homme et les objectifs de développement du Millénaire – vers un cadre international en vue de définir un programme visant à réduire les inégalités en matière de santé» (Présidente: M ^{me} Maria Inés Barbosa)	7 – 15	5
B. Groupe 2: Accès aux soins de santé et incidences de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique.....	16 – 20	7
C. Groupe 3: Les avantages que pourrait apporter la réalisation des objectifs de développement du Millénaire dans une perspective ethnique – Faut-il concevoir une nouvelle politique?	21 – 27	9
D. Groupe 4: Examen des bonnes pratiques permettant de faire le point des inégalités dans le domaine de l'accès à la santé et de s'y attaquer	28 – 34	10
E. Groupe 5: Le racisme et le VIH/sida	35 – 37	12
F. Groupe 6: Mobilisation du secteur de la santé en vue de mettre l'accent sur les victimes du racisme dans la réalisation des objectifs de développement du Millénaire.....	38	13
G. Groupe 7: Mobilisation des organisations de la société civile s'occupant de la question du racisme et des groupes vulnérables en vue de la mise en œuvre des objectifs de développement du Millénaire.....	39 – 42	14
H. Groupe 8: L'approche des institutions financières internationales et des institutions du système des Nations Unies pour déceler et combattre les inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé	43 – 46	15
II. CONCLUSIONS	47 – 48	16
III. RECOMMANDATIONS	49	16
Annexes		
I. Agenda.....		21
II. List of participants.....		22
III. List of documents		24

INTRODUCTION

1. Dans le cadre du suivi de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont organisé un atelier régional pour la région de l'Amérique latine et des Caraïbes intitulé «Pour que les objectifs de développement du Millénaire contribuent à triompher de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique». L'atelier, qui a eu lieu à Brasilia du 1^{er} au 3 décembre 2004, était accueilli par le Gouvernement brésilien, qui a fait de l'égalité raciale l'une de ses priorités. Il a donné l'occasion aux représentants des États de la région, d'institutions spécialisées des Nations Unies, d'institutions nationales de défense des droits de l'homme et d'organisations non gouvernementales (ONG) de la région d'Amérique latine et des Caraïbes d'échanger des informations et des données d'expérience, et de dégager les pratiques optimales concernant l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sanitaire à l'égard des groupes qui sont exposés à la discrimination. Parmi les personnes qui ont pris part à l'atelier – participants ou intervenants – figuraient des hauts responsables gouvernementaux et des décideurs, des représentants d'institutions nationales de défense des droits de l'homme et d'ONG dotés du statut consultatif auprès du Conseil économique et social, ainsi que d'ONG qui avaient été accréditées auprès de la Conférence mondiale de Durban; des institutions des Nations Unies, le PNUD et l'UNICEF étaient aussi représentés. M. Juan Martabit, Représentant permanent du Chili auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, a assuré la présidence.

2. Les débats s'inscrivaient dans le cadre des objectifs de développement du Millénaire, du droit à la santé et du principe de non-discrimination, consacrés dans une foule d'instruments internationaux et régionaux, ainsi que du programme de lutte contre la discrimination de la Déclaration et du Programme d'action de Durban. Les travaux étaient axés sur les moyens concrets de donner suite à ces textes dans un effort mondial pour venir à bout de la misère, mettre fin à la discrimination et promouvoir la dignité de l'homme et l'égalité. Le programme en sept points est reproduit à l'annexe I.

A. Ouverture de l'atelier

3. Dans son introduction, M. Miguel Malo, Coordonnateur de la promotion de la santé, OPS, Brésil, a dit que l'accès aux médicaments et autres fournitures médicales de première importance était une priorité mondiale selon les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Soulignant combien il importait de prendre en compte la dimension ethnique des objectifs de développement du Millénaire, il a évoqué les inégalités sociales qui se perpétuent en Amérique latine et dans les Caraïbes et la nécessité d'adopter des politiques en vue d'offrir aux groupes ethniques et aux personnes qui sont victimes de discrimination raciale l'égalité en matière d'accès à la santé, y compris l'accès aux médicaments essentiels et autres produits de santé publique. La participation de toutes les parties prenantes à l'élaboration de stratégies pertinentes et la transparence des décisions sont indispensables si l'on veut renforcer le système de santé publique, les services en la matière et les fonctions essentielles du système.

4. Le représentant du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, M. Pierre Sob, a dit que la discrimination continuait de menacer de manière directe et constante la dignité de l'homme et entravait considérablement et durablement les possibilités de développement dans tous les domaines, social, économique, politique et culturel. La Haut-Commissaire a fait sa priorité de la

lutte contre le racisme et la discrimination raciale et la xénophobie, qui est désormais pour le HCDH une question intersectorielle. Le programme repose sur l'idée que le seul moyen de venir à bout du fléau de la discrimination est que la communauté internationale unisse ses efforts et que ceux-ci soient suivis d'effet à l'échelon national.

5. M. Paulo Carvalho, représentant le Ministre brésilien de la santé, a dit que l'accès à la santé sans discrimination était une condition préalable à la jouissance des droits de l'homme. Le Brésil attache une importance capitale à la lutte contre le racisme dans le cadre de la Déclaration et du Programme de Durban et a pris diverses mesures en vue de l'élimination effective de la discrimination, fondée notamment sur la race, l'ethnie, le sexe et l'orientation sexuelle. M. Carvalho était conscient des nombreux défis qui restaient à relever pour faire prévaloir l'équité dans divers secteurs de la vie sociale et économique, mais il s'est félicité de ce que, grâce à des efforts constants, un certain nombre de progrès soient déjà manifestes.

6. M^{me} Matilda Ribeiro, Ministre, chef du Secrétariat spécial à la promotion de l'égalité raciale (SEPPIR) du Brésil, a indiqué que le Gouvernement s'attachait à promouvoir l'intégration raciale et l'égalité entre les races pour tenter de mettre fin à un problème qui n'avait fait que s'amplifier au fil des années. Les autorités mettent en œuvre diverses mesures à cette fin, parmi lesquelles l'action positive et l'imposition de quotas afin de faciliter l'accès des personnes d'ascendance africaine et des autochtones à l'université, à l'emploi, à la santé, et autres. M^{me} Ribeiro a précisé le mandat et les objectifs de son service, créé par le Président en mars 2003 à la demande d'organisations des personnes d'ascendance africaine. La santé occupe une place importante à l'ordre du jour du Secrétariat à la promotion de l'égalité raciale et l'atelier permettra de se faire une meilleure idée de la manière de promouvoir des politiques sociales et sanitaires. M^{me} Ribeiro a indiqué que les pays d'Amérique latine et des Caraïbes prennent de plus en plus en considération les préoccupations propres aux personnes d'ascendance africaine et aux autochtones. Des ministères analogues à celui qu'elle dirige ont été créés dans 12 pays de la région pour s'attaquer à la discrimination en général, et plus particulièrement aux problèmes raciaux et ethniques. C'est là un grand progrès pour la région. L'institutionnalisation des recommandations de l'atelier contribuera à faire en sorte que les politiques axées sur l'action positive contribuent efficacement à faire avancer la lutte contre la discrimination dans la région. Ces mesures peuvent aussi contribuer à renforcer l'action au niveau régional.

I. EXPOSÉS DES INTERVENANTS ET DÉBAT

A. Groupe I: «Les droits de l'homme et les objectifs de développement du Millénaire – vers un cadre international en vue de définir un programme visant à réduire les inégalités en matière de santé» (Présidente: M^{me} Maria Inés Barbosa)

7. M. Juan Martabit a donné un aperçu des travaux du Groupe de travail intergouvernemental sur l'application effective de la Déclaration et du Programme de Durban, dont il est Président-Rapporteur. À sa troisième session (Genève, 11-22 octobre 2004), le Groupe de travail intergouvernemental a examiné la question du racisme et de la santé et recommandé que les États introduisent une perspective antidiscrimination dans les programmes de santé, notamment ceux qui sont élaborés dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté. À cet effet, les programmes devraient être conçus de manière à garantir que les services de santé soient accessibles, peu onéreux et culturellement et linguistiquement appropriés à tous les secteurs de la

société, notamment les groupes vulnérables ou les victimes de discrimination polymorphe. Il est nécessaire de s'attaquer aux inégalités touchant à l'état de santé dans le monde entier, y compris dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, sachant que certains groupes ethniques et raciaux sont frappés beaucoup plus que d'autres par diverses maladies comme le VIH/sida, la tuberculose, la lèpre et le paludisme. Dans les recommandations adoptées par le Groupe de travail intergouvernemental figurent des stratégies dont la mise en œuvre pourrait permettre de s'attaquer au problème de la discrimination en liaison avec la santé. Il convient de noter par ailleurs qu'à sa deuxième session (Genève, 26 janvier-6 février 2004), le Groupe de travail s'est penché sur la pauvreté en tant qu'expression et conséquence du racisme. À propos des engagements correspondants pris à Durban qui n'ont pas encore été mis à exécution, le Groupe de travail en a appelé aux États pour qu'ils renforcent leurs politiques et mesures visant à réduire les inégalités de revenu et de patrimoine, le but ultime demeurant l'élimination totale de la pauvreté.

8. M. Pierre Sob, représentant le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, a rappelé aux participants combien il importait de renforcer le partenariat à l'échelon national et international afin d'intégrer des mesures, actions, politiques et programmes antidiscriminatoires dans le système de santé. Il est passé ensuite aux aspects théoriques du droit à la santé dans le cadre des droits de l'homme. Il a appelé l'attention sur les instruments relatifs aux droits de l'homme, qui constituent un cadre juridique contraignant fondé sur des valeurs morales auxquelles on ne peut se dérober et qui imposent aux États l'obligation de promouvoir la non-discrimination et l'égalité de traitement. En droit international des droits de l'homme, le droit à la santé et le droit d'être à l'abri de la discrimination sont consacrés dans divers instruments et conventions régionaux et internationaux et accompagnés d'un mécanisme de surveillance visant à s'assurer que les États s'acquittent de leurs obligations.

9. L'intervenant a évoqué la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée en 1946, premier texte dans lequel ce droit à la santé est véritablement formulé. La Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée deux ans après, jetait les fondements du cadre juridique international concernant le droit à la santé. C'est dans la Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par la grande majorité des États, que ce droit est le plus développé. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, en son article 12, consacre lui aussi le droit à la santé, de même que la constitution de plus de 100 États.

10. Selon M. Sob, le droit à la santé recouvre soins de santé et salubrité, y compris les conditions environnementales et les conditions de vie, qui sont des facteurs déterminants de la santé. M. Sob a cité le Rapporteur spécial sur le droit à la santé de la Commission des droits de l'homme, Paul Hunt, qui considère que les facteurs sociaux déterminants du droit à la santé englobent l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à des informations liées à la santé parmi lesquelles l'hygiène sexuelle et la santé génésique. Le droit à la santé doit être nuancé et faire une place au droit à un système de protection de la santé respectueux des cultures et de bonne qualité. Le droit à la santé comporte de nombreux éléments, dont l'accès aux médicaments essentiels. Il suppose l'existence d'établissements, matériels et services de santé. Si le droit à la santé est un droit de réalisation progressive, il s'accompagne d'un certain nombre d'obligations à effet immédiat, dont l'obligation de non-discrimination.

11. Pour conclure, l'intervenant a relevé que le droit d'être à l'abri de la discrimination était inscrit dans de nombreux instruments et conventions régionaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme. Le système international des droits de l'homme offre une multitude d'exemples de non-discrimination et d'égalité qui pourraient être utiles pour définir les politiques de nature à garantir l'accès à la santé à tous les individus et à tous les groupes, y compris les minorités ethniques les plus défavorisées.

12. Au cours du débat qui a fait suite à cet exposé, un participant a souligné qu'il fallait constituer un potentiel à l'intérieur des communautés pour permettre aux personnes d'ascendance africaine d'avoir accès à la santé. Un autre orateur a dit que les systèmes et programmes de santé en eux-mêmes avaient une dimension discriminatoire qui ne faisait qu'entretenir des attitudes discriminatoires et qu'il importait de rechercher les vices des programmes de santé de la région qui avaient pour effet d'entretenir le racisme.

13. Un participant a fait ressortir les liens incontestables entre la mortalité maternelle et le défaut d'accès aux services de santé dans de nombreuses communautés, dans lesquelles les femmes enceintes, n'avaient souvent pas d'autre possibilité que de faire appel aux accoucheuses traditionnelles. Il a déploré l'échec de l'État et son incapacité à garantir l'accès aux services de santé de base et aux médicaments essentiels.

14. Une autre participante a indiqué que la lutte contre la discrimination avait progressé dans son pays depuis l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Durban. Elle estimait toutefois que le fait que les maladies peu étudiées continuent de sévir montrait qu'il était nécessaire de tenter de combattre les maladies les plus répandues chez les plus pauvres dans les pays les plus pauvres dans le cadre des objectifs de développement du Millénaire.

15. Un participant a relevé que les soins cliniques restent imperméables aux pratiques et connaissances thérapeutiques ancestrales étroitement liées à la nature, qui permettent de soigner diverses maladies du corps et de l'esprit. Une discrimination s'exerce à l'égard des services de santé traditionnels, qui font partie du patrimoine culturel et du savoir des peuples autochtones, et qui ne sont pas reconnus dans les programmes de santé de nombreux pays de la région.

B. Groupe 2: Accès aux soins de santé et incidences de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique

16. M^{me} Fátima Oliveira, professeur à l'Université fédérale de Minas Gerais au Brésil, a fait observer que les objectifs du Millénaire ne faisaient pas de place au problème du racisme, qu'ils ne le mentionnaient qu'une seule fois, sans lui donner l'importance qui lui revient, qu'ils ne répondaient pas aux attentes des mouvements sociaux, qu'ils ne correspondaient pas aux programmes des mouvements féministes ni du mouvement noir, et qu'ils n'étaient pas l'unique modèle permettant de résoudre les problèmes des populations, et qu'il fallait tenir compte des travaux d'autres réunions et sommets consacrés aux questions raciales. Elle a souligné l'importance de la composante ethnique et raciale et suggéré que l'Organisation panaméricaine de la santé prévoie des projets équitables en matière de santé.

17. M. Federico Hernández Pimentel, représentant de l'OPS au Guatemala, a fait ressortir, graphiques à l'appui, les inégalités entre les autochtones et le reste de la population au Guatemala en ce qui concerne l'accès à des établissements de santé. L'examen des indicateurs de

la santé pour le Guatemala montre clairement les liens entre la pauvreté et les populations autochtones (qui représentent 41 % de la population totale). L'intervenant a également montré que, selon des données désagrégées, le taux anormalement élevé de mortalité infantile et autre, due à diverses maladies curables chez les populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine, est presque du double par rapport au reste de la population.

18. Le même intervenant a indiqué par ailleurs que les autochtones et les personnes d'ascendance africaine vivant au Guatemala sont anormalement touchés par la misère, la marginalisation, l'analphabétisme, le chômage et l'absence d'accès aux services de santé. Les obstacles raciaux qui empêchent l'accès aux soins de santé sont dus, pour une large part, au fait que certaines communautés sont entièrement dépourvues de services de santé. L'insuffisance d'établissements de soins par rapport à la population pèse lourdement sur les communautés autochtones et les communautés de personnes d'ascendance africaine. Parmi les établissements qui font le plus gravement défaut dans ces communautés figurent non seulement les hôpitaux mais les dispensaires, les cliniques dentaires et les consultations psychiatriques.

19. M. Gustavo Makanaky, Colombie, a fait observer que les inégalités raciales en ce qui concerne le traitement médical ne sont pas toujours le fruit d'un comportement discriminatoire délibéré et intentionnel. Il arrive que les manifestations de discrimination raciale en ce qui concerne les soins de santé proviennent d'une déformation inconsciente ou d'un impact disproportionné des politiques et pratiques. Dans bien des pays d'Amérique latine, la discrimination vient pour beaucoup du fait que l'existence de la partie de la population qui est d'ascendance africaine n'est pas reconnue. Il s'agit d'un problème de visibilité et de perception. La marginalisation de ces personnes paraît normale aux décideurs et aux responsables de la politique de la région, si bien que certaines personnes d'ascendance africaine qui sont victimes de discrimination vont jusqu'à refuser d'admettre la chose, et ont tendance à considérer qu'il s'agit, non de discrimination, mais d'un simple problème économique. M. Gustavo Makanaky estime que le déficit de santé qui affecte les groupes plus vulnérables de manière disproportionnée est dû pour une large part à un racisme institutionnel, qui pèse lourdement sur l'accès à des soins de santé de qualité. Le racisme institutionnel repose sur des politiques, des pratiques, des règlements et des lois qui ont des effets négatifs inégaux sur certains groupes particuliers. La mise en œuvre de programmes à long terme complets fondés sur une action positive et des systèmes de quotas visant à instaurer l'égalité et à venir à bout des obstacles sociaux et économiques pourrait être un moyen d'atténuer la discrimination et de promouvoir l'égalité d'accès à la santé et autres services et l'égalité des chances.

20. Il a été relevé au cours du débat que les personnes déplacées en raison du conflit sont victimes de discrimination et que le personnel des services de santé de Colombie n'est pas représentatif des diverses cultures. Les médecins et les autochtones ne parlent pas la même langue et les échanges sont difficiles. Il a été dit également que, dans les systèmes statistiques, la médecine traditionnelle n'est pas encore incorporée aux systèmes de santé. Il conviendrait à cet égard de renforcer les systèmes de rassemblement de données en matière de santé en ce qui concerne la couverture, la qualité et le contenu, et de procéder à des mesures de la collectivité qui viennent compléter les systèmes de routine et s'ajoutent aux enquêtes privées isolées, c'est-à-dire procéder à des mesures systématiques à des fins de surveillance et de couverture.

C. Groupe 3: Les avantages que pourrait apporter la réalisation des objectifs de développement du Millénaire dans une perspective ethnique – Faut-il concevoir une nouvelle politique?

21. Les intervenants ont présenté des études de cas afin de sensibiliser les participants à la nécessité d'adopter une politique de la santé dans la région pour atteindre les objectifs de développement du Millénaire dans la perspective de l'égalité ethnique.
22. M^{me} Cristina Torres, OPS/OMS, s'est attachée à présenter aux responsables des décisions dans le domaine de la santé des arguments sur la nécessité d'adopter de nouvelles politiques de la santé en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire. C'est ainsi qu'elle a présenté les résultats d'une analyse effectuée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) en 2002 fondée sur des modèles de simulation appliqués à 18 pays et relevé quelques-unes des recommandations de l'étude parmi lesquelles prendre pour cible les nouvelles catégories de pauvreté urbaine, comme les ménages monoparentaux dirigés par une femme, les jeunes à la recherche d'un premier emploi et les ménages unipersonnels du troisième âge; et intégrer une perspective ethnique/raciale dans la définition des programmes et politiques sachant que ces groupes ont toujours été laissés à l'écart et que les indicateurs socioéconomiques les concernant sont les plus mauvais; lancer des initiatives multisectorielles: recueillir des données désagrégées à des fins de surveillance, former du personnel, encourager la participation de la société civile à l'élaboration des politiques, établir des liaisons intersectorielles et renforcer les soins de santé primaires.
23. M. Oscar J. Mujica (Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé), Washington D.C., a présenté deux études de cas. La première, consacrée à la situation au Brésil et intitulée «Atteindre le quatrième objectif de développement du Millénaire en toute équité», fondée sur des données officielles mises à sa disposition par le Département de l'informatique du système unique de santé (DATASUS) du Ministère brésilien de la santé, présentait l'avantage d'analyser les incidences potentielles de diverses stratégies de réduction des risques de mortalité infantile sur l'égalité dans le domaine de la santé. L'existence de deux couches socioéconomiques nettement différenciées, selon une «ligne de séparation naturelle», dans la population brésilienne, a été retenue pour l'analyse. Il s'agit du scénario fondé sur une stratégie des «retombées», qui repose sur l'hypothèse que les avantages obtenus en se concentrant sur la couche la plus favorisée auront finalement des effets positifs sur toute la population.
24. À propos de l'étude concernant le Panama, axée sur la diversité ethnique et l'exclusion sociale, l'intervenant a présenté les résultats d'une analyse exploratoire des inégalités socioéconomiques dans le domaine de la santé effectuée en 2003 en collaboration avec le Ministère de la santé. D'après les statistiques, les peuples autochtones représentent actuellement 10 % de la population panaméenne et sont le secteur le plus touché par l'exclusion sociale. Des modifications minimales de la politique de redistribution des revenus auraient des incidences considérables sur l'amélioration de facteurs extrêmement importants du point de vue de la santé publique car elles auraient des incidences directes sur le risque de mortalité infantile, le taux de morbidité, la dynamique familiale, la productivité des régions et jusqu'au développement humain au niveau national. L'intervenant a souligné que 8 Panaméens sur 10 qui correspondent aux segments moyen et élevé de développement humain, ce qui permet de penser que des stratégies

de redistribution axées sur la parité des sexes et l'équité ethnique permettraient de réaliser des progrès importants en ce qui concerne l'égalité dans le domaine de la santé.

25. M^{me} Marianela Corriols, OPS, Nicaragua, a rappelé que la non-discrimination fondée sur la race et l'appartenance ethnique, le sexe, la langue et la religion, est une norme générale et fondamentale qui s'applique à tous les aspects de la vie publique, et elle a souligné que les objectifs de développement du Millénaire ne pourront être atteints que si prévaut l'égalité ethnique. Elle a souligné la nécessité d'adopter des politiques intégrées dans le domaine du développement, de l'économie, de l'environnement, de la santé, de l'éducation et de la parité des sexes et fait ressortir qu'il était indispensable d'élaborer de nouvelles politiques et de nouvelles manières de concevoir la réalisation des objectifs, et de passer de l'accumulation des faits à la prise de conscience et à l'action.

26. Le Nicaragua, qui vient au second rang parmi les pays les plus pauvres d'Amérique latine, a mis en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté. Il a récemment adhéré à l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés et mis l'accent sur la question ethnique dans la politique de développement et la politique sociale et sanitaire dans le programme des deux étapes de la stratégie de réduction de la pauvreté. Dans le domaine de la santé, pour ce qui est de l'investissement en capital humain, l'intervenante a indiqué qu'il est simplement fait mention d'un projet pilote de télémédecine concernant la côte atlantique et à la réorganisation de certaines unités du réseau de santé primaire et secondaire. Pour ce qui est des facteurs sociaux déterminants, elle a signalé les mesures en matière de sécurité alimentaire, de distribution d'eau et d'assainissement et des projets de développement. Le Gouvernement a récemment mis au point le plan national de développement pour la période 2004-2015. Le plan pose le principe de l'égalité dans le domaine de la politique sociale, comme l'amélioration du niveau de répartition des revenus et des richesses, et la parité des sexes et l'égalité entre groupes ethniques.

27. La nouvelle Stratégie renforcée de croissance économique et de réduction de la pauvreté, élaborée dans le cadre de ce plan national de développement, comprend des mesures touchant à l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi, la santé et la nutrition, la protection sociale, la fourniture de services, la distribution d'eau potable et l'assainissement. Elle est en net progrès par rapport à la stratégie antérieure. L'intervenante a indiqué que, dans le cadre de la politique de la santé, une politique spéciale a été adoptée en mai 2004 en faveur de la côte atlantique (politique sectorielle). La matrice opérationnelle de la stratégie reprend les objectifs de développement du Millénaire concernant la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la dénutrition, le VIH/sida et le paludisme. Elle définit des programmes concernant l'élargissement de la couverture, l'ensemble de mesures de santé de base, la construction et la modernisation d'hôpitaux, les fournitures médicales et non médicales.

D. Groupe 4: Examen des bonnes pratiques permettant de faire le point des inégalités dans le domaine de l'accès à la santé et de s'y attaquer

28. M. Oscar Bermúdez, Costa Rica, a exposé le cas du peuple Ngobe-Buglé du Panama qui migre vers le Costa Rica au moment de la cueillette du café, et indique quels étaient les facteurs qui amènent à les considérer comme un groupe vulnérable: la pauvreté, la qualité d'autochtone, le fait qu'ils passent «inaperçus» du système de veille sanitaire, un état de santé déficient et une grande vulnérabilité aux maladies infectieuses, sans compter les maladies professionnelles, des déplacements constants, des conditions de travail insalubres et la non-reconnaissance et le

non-respect de leur culture. L'intervenant a ajouté que l'existence de petites propriétés dans les régions où se fait la cueillette du café empêche d'avoir une action homogène pour améliorer l'état de santé des autochtones qui immigrent au moment de la récolte.

29. L'intervenant a indiqué qu'un projet avait été mis au point qui comportait les points suivants: une approche binationale (coopération technique entre les pays), un système d'assurance et un modèle de soins spéciaux, la réorganisation du système de veille sanitaire, la formation multiculturelle du personnel des services de santé, la sensibilisation des «bénéficiaires», la régularisation des emplois et la présentation d'une image spéculaire des deux côtés de la frontière. Il a énuméré quelques-unes des réalisations enregistrées: la mise en place d'un programme de coopération technique entre le Costa Rica et le Panama, l'instauration d'une veille sanitaire au niveau binational, un programme de formation professionnelle, l'élaboration d'un modèle de santé spécial, l'enregistrement de cassettes audiovisuelles et l'hygiène du travail.

30. M^{me} Gina Carrioni, anthropologue colombienne, a indiqué que le Ministère colombien de la protection sociale avait été créé le 3 février 2003, et s'était vu confier les fonctions de l'ancien Ministère de la santé. Elle a mentionné le Programme de santé pour la période 2002-2006 du Ministère, précisant qu'il avait notamment pour objectif l'amélioration de la couverture sanitaire des quatre groupes ethniques que l'on trouve en Colombie (autochtones, Afro-Colombiens, raizales de l'archipel et gitans). Elle a évoqué quelques-unes des multiples mesures mises en place par la Direction de la protection sociale, parmi lesquelles l'élaboration d'un plan visant à améliorer les soins dispensés aux groupes ethniques déplacés et annoncé qu'un projet pilote allait être lancé sous peu à Bogotá. Elle a enfin mentionné l'accord conclu avec l'Organisation panaméricaine de la santé prévoyant un diagnostic de la situation sanitaire et l'élaboration de directives pour le renforcement de la protection sociale selon divers modèles de soins adaptés aux besoins de chaque groupe ethnique.

31. M. Valcler Rancel, Sous-Secrétaire à la planification du Ministère de la santé du Brésil, a évoqué le problème de la santé des noirs par rapport à la population totale du pays. Il a rappelé les principes sur lesquels repose le système unique de santé du Brésil, qui sont: universalité, intégralité, égalité, participation sociale et décentralisation. Il a fait ressortir la complexité de la situation, dans un pays de 8 millions et demi de km², avec une structure économique et sociale hétérogène, la coexistence de maladies caractéristiques des pays en voie de développement et de la demande de technologies de pointe et un système unique de santé. Il a ensuite parlé des «quilombos», qui sont au nombre de 743 sur tout le territoire brésilien. Il a montré des cartes indiquant la couverture des équipes de santé familiale, qui existent depuis une dizaine d'années.

32. M. Alexandre Padilha, Directeur du Département de la santé des autochtones du Ministère de la santé, a rappelé que les peuples autochtones ne représentaient pas plus de 411 132 personnes, regroupées en 367 localités, situées en Amazonie en quasi-totalité. Les soins de santé des peuples autochtones ont été organisés sur la base des principes du système unique de santé, mais de manière différente. C'est ainsi qu'il existe sur tout le territoire environ 34 districts sanitaires spéciaux destinés aux autochtones, dont les limites ne correspondent pas à celles des localités ni des États. L'intervenant a mentionné un certain nombre d'indicateurs de la santé des peuples autochtones: la couverture vaccinale (entre 50 et 60 % à l'heure actuelle), l'absence de données concernant l'état nutritionnel, la forte prévalence de la tuberculose et du paludisme, le taux de mortalité infantile (qui reste élevé mais qui a baissé d'environ 50 % au cours des six dernières années, tombant de quelque 97 ‰ à 43 ‰, chiffre plus élevé que le taux

de mortalité infantile global). Il a mis en lumière un certain nombre de défis à relever: restitution aux peuples autochtones de leurs droits sur leur propre territoire (coexistence d'un système de soins médicalisés et de leur système traditionnel; accessibilité; orientation et prise en charge, etc.); l'enseignement des valeurs culturelles des peuples autochtones au personnel des services de santé; la gestion du budget, en renforçant la gestion des districts en même temps que le système unique de santé; l'amélioration des indicateurs de santé; le renforcement de la médecine traditionnelle.

33. Un certain nombre de problèmes ont été évoqués au cours du débat: les problèmes qui se posent aux frontières; la possibilité de conserver le nom des maladies dans les langues autochtones; les répercussions de l'existence des sociétés transnationales de commerce des bananes à la frontière entre le Costa Rica et le Panama sur le problème des migrations saisonnières qui se produisent dans cette zone au moment des récoltes; les ressources nécessaires pour former le personnel des services de santé aux questions de race; la nécessité de créer des ministères des ethnies; la nécessité de concilier la question de la parité des sexes et celle des peuples autochtones; les relations éventuelles entre la question de la santé et les revendications politiques des populations autochtones; l'intégration de l'ethnie en tant que variable dans la répartition de la pauvreté; une meilleure visibilité des personnes d'ascendance africaine; le poids important des Afro-Colombiens dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement du Millénaire, la nécessité de surveiller l'affectation et l'utilisation des ressources dans les communautés d'ascendance africaine.

34. Quelques participants ont également souligné que dans quelques pays de la région, seules les ONG se préoccupaient de la question de l'ethnicité. D'autres ont insisté sur la nécessité de sensibiliser à la question de l'ethnicité divers groupes comme les équipes de santé, les universitaires et les associations professionnelles. D'autres ont fait valoir également qu'il fallait absolument respecter les communautés ethniques, et breveter les médicaments traditionnels. Il a été suggéré que les pays mettent en place un système unique de santé garantissant soins de santé et égalité aux peuples autochtones et aux personnes d'ascendance africaine.

E. Groupe 5: Le racisme et le VIH/sida

35. M. Edgar Carrasco, Coodonnateur de l'action citoyenne contre le sida, a présenté un exposé sur l'étude sur le racisme et le VIH/sida effectuée par la LACCASO (Latin American and the Caribbean Council of AIDS Service Organisations), au cours duquel il a fait ressortir l'absence de visibilité du problème du VIH/sida chez les populations d'ascendance africaine et autochtones; le fait que le problème du racisme et de la xénophobie et d'autres formes de discrimination n'était pas pris en compte dans les plans globaux régionaux et nationaux contre le VIH/sida, qu'il n'existait pas de politique positive concernant les autochtones axées sur la prévention et la lutte contre le VIH/sida et l'assistance en la matière et la nette influence du racisme sur l'exclusion sociale. Les auteurs de l'étude reconnaissent que les organisations de la société civile entretiennent l'espoir chez les personnes infectées par le VIH/sida. Parmi les principales recommandations de l'étude l'intervenant a mis en relief la nécessité de faire une place à ce problème dans les programmes de prévention, de lutte et d'assistance par l'intermédiaire des réseaux régionaux communautaires et dans le cadre de projets de coopération technique horizontale, et de rechercher des solutions au problème de la non-visibilité des liens entre le racisme et le VIH/sida en renforçant la participation de la collectivité et en encourageant la formation d'alliances entre les organisations de la société civile engagées auprès des personnes

d'ascendance africaine et des peuples autochtones et celles qui travaillent avec les personnes infectées par le VIH/sida.

36. M. Manuel Chávez, Université nationale autonome du Honduras, a fait ressortir, d'une part, l'ampleur des efforts de concertation entrepris après le passage du cyclone Mitch en 1998, qui ont conduit à la mise en place de la stratégie de lutte contre la pauvreté pour la période 1999-2021 dont fait partie l'objectif de développement du Millénaire n° 6 concernant le VIH/sida et, d'autre part, les demandes en vue d'une réforme sociale en profondeur qui tiennent compte du fait que le problème du VIH/sida est aujourd'hui au Honduras une véritable catastrophe institutionnelle et collective. Une représentante des Garífunas, membre du Réseau de femmes noires, a été invitée à exposer ce qui a été fait en matière de prévention du VIH/sida chez les Garífunas. Elle a rappelé que les travaux ont commencé il y a 10 ans et elle a dénoncé les inégalités criantes dans la gestion du Programme national pour ce qui est de la répartition des ressources affectées à la prévention, de la lutte et de l'assistance en ce qui concerne le VIH/sida destinées aux Garífunas.

37. La représentante du Programme national de lutte contre le sida du Brésil a indiqué qu'à la suite de la mobilisation de diverses associations de la société civile, la question du racisme avait été inscrite tout récemment à l'ordre du jour du Programme national. Dans la mesure où il existe des populations laissées pour compte, il est nécessaire de considérer la diversité sexuelle et ethnique comme revêtant une importance considérable dans le cadre de la protection et de la défense des droits de l'homme. L'épidémie du VIH/sida ayant tendance à toucher plus particulièrement les pauvres et les femmes au Brésil, les Noirs sont défavorisés face aux mesures prises pour enrayer l'épidémie. À cet égard, l'intervenante a souligné que l'un des objectifs du programme était d'atténuer les conséquences de la vulnérabilité des personnes exposées au VIH/sida sur le plan social et individuel et au niveau des programmes. La question du racisme et du VIH/sida est abordée dans l'optique des droits de l'homme et repose sur les grands principes ci-après: insertion sociale, lutte contre la stigmatisation et la discrimination, respect des différences et de la diversité, participation de la société civile à tous les niveaux de décision et accès universel et gratuit aux traitements antirétroviraux. Le principal enjeu de la politique en ce qui concerne les droits de l'homme et le VIH/sida est la transversalisation du principe du droit à la santé en tant que droit qui conditionne tous les autres droits.

F. Groupe 6: Mobilisation du secteur de la santé en vue de mettre l'accent sur les victimes du racisme dans la réalisation des objectifs de développement du Millénaire

38. À propos de la transversalisation de l'égalité raciale dans les politiques publiques, M^{me} Maria Inés Barbosa (SEPPIR), dans un exposé sur l'analyse de l'évolution des questions ethniques/raciales au cours des 10 dernières années, a retracé les principales avancées enregistrées pendant cette période par le mouvement afro-brésilien, qui ont culminé avec l'organisation à Brasilia d'une série de rencontres sur des thèmes divers à l'époque où F. H. Cardozo était Président de la République. C'est ainsi qu'au cours d'une table ronde sur la santé, il a été demandé entre autres choses, d'insérer une rubrique «race/couleur» dans les statistiques de la santé. En 2004, il a été procédé à la création de la SEPPIR, après quoi une action de transversalisation avec tous les secteurs de l'État a été engagée. L'élaboration d'un plan visant à améliorer l'état de santé des Afro-Brésiliens en collaboration avec le Secrétariat à la santé est en bonne voie. L'année 2004 marque la réalisation de progrès importants: la

désagrégation des données approuvée en 1996, commence à prendre forme, en même temps que le processus de codification et d'analyse, et le Ministère de la santé établit enfin un rapport fondé sur des données désagrégées. Autre œuvre importante du SEPPIR, l'action entreprise avec des quilombos en vue d'accorder la qualité de citoyen aux oubliés de l'histoire. Toutes ces avancées ont conduit à la mise en place d'un programme d'action en faveur de la santé des Afro-Brésiliens, et l'adoption d'un nouveau paradigme qui consiste en un travail de transversalisation visant à renverser les obstacles imposés par la discrimination. Les objectifs du Millénaire ouvrent un autre espace d'incidence, les problèmes de santé réels des communautés ethniques.

G. Groupe 7: Mobilisation des organisations de la société civile s'occupant de la question du racisme et des groupes vulnérables en vue de la mise en œuvre des objectifs de développement du Millénaire

39. M^{me} Ximena Avellaneda, membre du Groupe d'étude sur la femme «Rosario Castellanos», Mexique, a parlé du rôle de la société civile dans la mise en œuvre des objectifs de développement du Millénaire. Elle a expliqué l'apparition et l'évolution des ONG et des mouvements de la société civile pour répondre à la nécessité de promouvoir le développement face à l'aggravation des problèmes sociaux, en contact étroit avec les secteurs de la population les plus touchés par les inégalités, du fait, notamment, de l'impossibilité d'avoir accès aux services de santé, de la mauvaise qualité des services, du profil des ressources humaines, de l'absence de sensibilité culturelle et du défaut de participation effective à la gestion de la santé. Elle a indiqué que dans leur action, les ONG prenaient de plus en plus en compte les objectifs de développement du Millénaire et mettaient en place des stratégies novatrices, notamment en matière de gestion de fonds. Elle a signalé, comme bonne pratique de l'organisation à laquelle elle appartenait, la création d'un fonds destiné à financer l'octroi de bourses à des jeunes femmes autochtones. Elle a enfin souligné les problèmes que posent la mortalité maternelle et la violence, demandé que les occasions de concertation intersectorielle et d'échanges de données d'expérience soient plus nombreuses et mis en lumière le parti à tirer de l'action des ONG et la nécessité de canaliser davantage de ressources.

40. Le docteur Luz Marina Vega, Coordonnateur de médecine traditionnelle du Conseil cantonal de Cotacachi, Équateur, a évoqué le cas de la municipalité de Cotacachi. Après l'avoir replacée dans son contexte géographique et socioéconomique, elle a indiqué qu'en 124 ans d'existence le canton, géré selon des principes millénaires, qui prennent aujourd'hui la forme de mécanismes de concertation et de participation, venait de se doter de son premier maire autochtone. L'intervenante a reconnu l'importance des cadres juridiques et souligné qu'il y avait lieu de s'appuyer sur les règles juridiques existantes. Elle a fait ressortir que la société civile peut et doit influencer sur les décisions des autorités locales. Elle a évoqué le modèle de cogestion mise en place dans cette municipalité; la qualité de vie, le développement communautaire et la participation sont des aspects importants de la politique. La survie culturelle ne consiste pas seulement à redonner vie à la culture mais à intégrer une optique multiculturelle dans les politiques publiques. En ce qui concerne les statistiques, l'intervenante recommande d'y inclure les indicateurs positifs de la santé et d'y ajouter d'autres facteurs déterminants de la santé.

41. M. Fernando Murillo, représentant l'association Afroamérica XXI (Colombie) a reconnu l'existence d'espaces pour débattre des problèmes qui touchent les personnes d'ascendance africaine. Selon lui, le fait que ces communautés soient reconnues non comme des groupes

vulnérables mais comme des groupes ethniques constituait un progrès, de même que le fait que les pays dans lesquels il existe des communautés de personnes d'ascendance africaine commencent à se pencher sur la question dans le cadre des travaux visant à donner suite à la Conférence de Durban. L'intervenante a reconnu qu'il était important que l'Organisation panaméricaine de la santé ait inscrit la question à son ordre du jour. Il restait à passer à l'action et à améliorer les conditions de vie, à poursuivre le travail en réseau et à progresser dans ce qui a déjà été entrepris.

42. Dans la suite du débat, les participants ont indiqué qu'il était nécessaire de prévoir une formation touchant aux questions de la participation citoyenne et de concevoir des plans ayant une incidence publique. Un participant a posé des questions au sujet des modèles axés sur des alliances entre la société civile et les organismes non gouvernementaux et les organisations non gouvernementales. Dans le même ordre d'idées, un autre participant a présenté des observations sur le travail en alliances et le travail en réseau. La conclusion du débat a été qu'il était nécessaire d'institutionnaliser la participation de la société civile. Les participants ont également souligné qu'il importait de négocier avec les donateurs et d'autres organismes pour modifier les propositions présentées de façon à renforcer l'approche multiculturelle.

H. Groupe 8: L'approche des institutions financières internationales et des institutions du système des Nations Unies pour déceler et combattre les inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé

43. M^{me} Elena Oliveira, UNICEF, a appelé l'attention sur les inégalités qui touchent les enfants et les adolescents noirs en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, en insistant sur les problèmes des enfants brésiliens, et en faisant ressortir l'influence de facteurs déterminants comme la pauvreté sur le développement de l'enfant. Elle a montré comment l'UNICEF œuvrait, en concertation avec les autres institutions des Nations Unies, à la réalisation des objectifs du Millénaire, avec pour objectif premier la réduction des inégalités.

44. M. Diva de Medeiros, PNUD, a salué les efforts entrepris par le Brésil en vue de la réalisation des objectifs de développement du Millénaire et souligné l'importance de la dimension ethnique/raciale à cet effet. Il a précisé qu'il ressort de la désagrégation des données concernant la population du Brésil et d'une analyse axée sur la composition ethnique du pays que les objectifs pourraient être atteints pour les Blancs, mais pas pour les Noirs ni les autochtones, et il a fait observer que la création d'instances gouvernementales appelées à promouvoir l'égalité raciale ne suffisait pas.

45. Les participants ont relevé l'absence des organismes financiers; ils ont souligné que la coordination interinstitutions était capitale pour donner forme aux mesures prises dans les divers pays de la région. Un participant a fait observer que les peuples autochtones étaient absents de la partie statistique des exposés. Un autre a demandé aux intervenants comment ils concevaient le lien entre les objectifs de développement du Millénaire et les programmes internationaux et nationaux en matière de droits de l'homme.

46. En réponse, les intervenants ont donné un aperçu du système de coordination mis en place par l'UNICEF et la spécialisation par thème des divers organes du système des Nations Unies. À propos du défaut de visibilité des peuples autochtones, il a été précisé que l'analyse des données présentées en ce qui concerne les communautés d'ascendance africaine et l'analyse des

données concernant les autochtones sont les mêmes, et que ces données témoignent aussi des effets de la discrimination en matière de santé. Le représentant du PNUD a indiqué que l'absence de la représentante de la Banque mondiale était due à des raisons de force majeure et précisé que la question était prise en considération au sein de la Banque. L'animateur a déclaré que la grande leçon à tirer de la réunion était que rien ne saurait remplacer la volonté politique de chaque pays pour résoudre ses propres problèmes.

II. CONCLUSIONS

47. **Vingt-deux recommandations ont été adoptées, puis distribuées aux participants, à la séance de clôture. M^{me} Matilda Ribeiro, Chef du Secrétariat spécial à la promotion de l'égalité raciale, a prononcé un discours de clôture.**

48. **L'atelier a permis: a) de mettre en relief les obstacles à la réalisation des objectifs de développement du Millénaire n^{os} 4, 5 et 6 dans les régions de l'Amérique latine et des Caraïbes que constituent le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée; b) de mettre en relief les obstacles qui entravent l'exécution des engagements en la matière prévus dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban; c) de favoriser le dialogue entre les décideurs, les chefs de communautés, les victimes du racisme et les spécialistes de la santé, sur les mesures à prendre pour réaliser les objectifs de développement du Millénaire et mettre en œuvre les recommandations contenues dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban; d) de dégager et de présenter les pratiques optimales utilisées dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour intégrer les droits de l'homme, et en particulier le principe de la non-discrimination, à la conception et à la mise en œuvre des politiques de la santé; et enfin e) de recommander diverses stratégies en vue d'intégrer le principe de la non-discrimination aux actions engagées pour réaliser les objectifs de développement du Millénaire concernant le droit à la santé.**

III. RECOMMANDATIONS

49. **Le présent document fait suite au bilan effectué par les participants, compte tenu des dispositions pertinentes de la Déclaration du Millénaire (2000) et de la Déclaration et du Programme d'action de Durban (2001). Les participants recommandent ce qui suit:**

a) **Les États devraient concevoir des politiques, stratégies et plans de financement sectoriel visant à combler le fossé qui résulte des inégalités en matière de santé, en accordant une attention particulière aux victimes du racisme et d'autres formes de discrimination. Les États devraient garantir également l'accès géographique des victimes de la discrimination qui vivent dans des zones reculées en vue de réduire en particulier la mortalité infantile;**

b) **Les États devraient élaborer des modèles régionaux de soins de santé avec la participation des personnes qui sont victimes de discrimination en vue de définir des stratégies en ce qui concerne l'organisation et la prestation de services de santé adaptés à leurs besoins, et englobant les soins de santé physique, mentale et environnementale;**

c) Les États devraient faire une place à la lutte contre la discrimination dans les politiques et programmes de santé, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de la santé, en vue de les sensibiliser aux questions de race, d'ethnicité et de culture;

d) Les États devraient renforcer la coopération et l'assistance technique à l'échelon international, et développer les alliances aux niveaux national, régional et international, de façon à aider les pays en développement à opérer en priorité la transversalisation des mesures, actions, politiques et programmes de lutte contre la discrimination et le racisme dans leur système de soins de santé, y compris dans le cadre de leurs stratégies de réduction de la pauvreté;

e) Les États devraient mobiliser les ressources nécessaires et redoubler d'efforts pour garantir l'accès aux soins médicaux, y compris à des médicaments génériques de qualité, pour le traitement du VIH/sida; et former les professionnels de la santé et adapter l'infrastructure sanitaire de façon à réduire la mortalité en particulier chez les personnes qui sont victimes de discrimination;

f) Les États devraient incorporer aux plans nationaux en matière de droits de l'homme l'action positive et un système de quota temporaire de façon à mettre fin à la sous-représentation des victimes de discrimination en leur donnant des possibilités égales de participer à l'administration de la justice, à la politique, à l'éducation, aux services de santé, à l'emploi et à tous les autres services, publics ou privés;

g) Les États devraient appuyer la compilation de données fiables ventilées par race, sexe et aspects socioéconomiques en liaison avec l'état de santé et les soins médicaux des personnes victimes de discrimination. Le rassemblement de ces données est destiné à servir à l'élaboration et au suivi des politiques et programmes. Les données doivent être recueillies avec le consentement des personnes interrogées;

h) Les États devraient demander à l'OPS de préparer d'ici à la fin 2005 des études par pays qui permettraient de poser un diagnostic régional de la santé des personnes d'ascendance africaine, des peuples autochtones, des femmes, des réfugiés, des migrants, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, des handicapés, des personnes du troisième âge, des jeunes et des enfants;

i) Les gouvernements de la région et l'OPS, devraient, en coopération avec les organisations de communautés d'ascendance africaine et de communautés autochtones mettre au point une stratégie visant à inclure la variable ethnie/race et sexe dans les statistiques de la santé, qui comporterait deux étapes:

- L'organisation au niveau régional de débats et de cours de formation destinés à des représentants d'organisations de personnes d'ascendance africaine, d'autochtones et d'autres groupes ethniques, en vue de la conception et de la mise en œuvre de systèmes de rassemblement de données désagrégées, ventilées en fonction des caractéristiques ethniques; ce travail devrait être achevé d'ici à octobre 2005;

- **L'exécution d'une étude sur l'état de santé des personnes d'ascendance africaine et des autochtones d'Amérique latine et Caraïbes, qui serait le point de départ d'une analyse épidémiologique des communautés d'ascendance africaine, des peuples autochtones et d'autres groupes ethniques. L'étude devra être effectuée par OPS panaméricaine de la santé, avec le concours, du ministère de la santé de chaque pays de la région et d'organisations de la société civile visées. L'étude devra être présentée en décembre 2005;**

j) Les gouvernements des pays de la région, l'OPS et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) reconnaissent la médecine traditionnelle comme étant une pratique légitime des communautés d'ascendance africaine et des peuples autochtones qui favorise et facilite l'accès à des soins de santé; les États doivent garantir la recherche en matière de soins médicaux et veiller à ce que leurs programmes prennent en compte le savoir traditionnel et qu'ils se traduisent par une pratique clinique efficace; les divers pays doivent donc incorporer la médecine traditionnelle à la gestion de la santé publique et l'intégrer aux divers modèles de santé existants. Par ailleurs, les gouvernements de la région, l'OPS et le HCDH devraient aussi garantir aux communautés intéressées la protection des droits de propriété intellectuelle sur le savoir ancestral en matière de santé et soutenir l'action des divers réseaux et alliance régionales de communautés d'ascendance africaine, de peuples autochtones et d'autres groupes ethniques;

k) Les gouvernements de la région, en coopération avec l'OPS et l'Organisation des Nations Unies devraient s'engager à lutter contre les maladies connues et «négligées» comme la maladie de Hansen, le paludisme et la leishmaniose; celles qui prennent des formes particulièrement graves chez les groupes ethniques, comme l'anémie falciforme, les maladies cardiovasculaires et le diabète; les maladies dites «émergentes», le choléra, la rougeole, le paludisme, la dengue et la fièvre jaune; et les problèmes de santé mentale en liaison avec la discrimination. Les États doivent apporter un soutien financier à la recherche et à l'élaboration de programmes visant à lutter contre toutes ces maladies;

l) Les gouvernements, l'OPS et ONUSIDA devraient mettre l'accent sur les mesures visant à promouvoir l'hygiène sexuelle et la santé génésique et à prévenir le VIH/Sida et les MST, en mettant en œuvre des programmes élaborés avec la participation des communautés d'ascendance africaine et des groupes autochtones qui soient conformes aux pratiques ancestrales des intéressés;

m) Les gouvernements de la région devraient accorder une attention spéciale en matière de santé aux groupes de migrants et aux groupes de personnes déplacées, en particulier pour protéger la santé génésique des migrantes, des personnes déplacées et des réfugiées, et leur garantir l'accès au régime de sécurité sociale. Il conviendrait de surveiller tout particulièrement la situation des personnes déplacées à l'intérieur du pays en Colombie et en Haïti et de leur accorder une attention particulière;

n) Les ministères de la santé des pays de la région devraient créer des services/ou programmes chargés d'assurer la transversalisation de la perspective ethnique dans les politiques et programmes de santé destinés aux communautés d'ascendance africaine, aux peuples autochtones et aux autres groupes ethniques et garantir le fonctionnement des

espaces de dialogue/concertation existants en matière de santé destinés aux personnes d'ascendance africaine et aux autochtones, ou en créer lorsqu'il n'en existe pas, et ce, avec la participation directe des organisations de la société civile et de l'OPS;

o) Les ministères de la santé de la région et l'OPS de la santé devraient s'engager à rechercher et à appliquer les bonnes pratiques en matière de santé et à les incorporer aux programmes visant à promouvoir la diversité dans la gestion de la santé; ils devraient en particulier redoubler d'efforts pour élaborer des programmes et des mesures en faveur des communautés d'ascendance africaine d'Amérique latine et d'autres groupes ethniques, afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations de Durban en matière de santé;

p) L'OPS, le HCDH, les autres organisations internationales compétentes et les gouvernements des pays de la région devraient lancer un processus de sensibilisation et encourager l'élaboration de mesures concoctées entre les ministres de la santé et les représentants de l'OPS dans les divers pays, sachant que la mise en place de mesures tenant compte des particularités culturelles, socioéconomiques, politiques et religieuses des communautés d'ascendance africaine, des peuples autochtones et des autres groupes ethniques, est capitale pour atteindre les objectifs du Millénaire. Ce programme devra être mis en œuvre dans le courant de 2005;

q) Le HCDH et l'OPS devraient veiller à ce qu'il soit fait une place à la question de la santé et de l'ethnicité dans les manifestations qui seront organisées pour donner suite à la Conférence de Durban («Cinq ans après Santiago») en inscrivant ce point à l'ordre du jour parmi les questions prioritaires et en favorisant la participation de représentants d'organisations de communautés d'ascendance africaine et d'autochtones appartenant à divers réseaux et alliances existant sur le continent;

r) L'OPS devrait, par l'intermédiaire du Service de la parité des sexes, de l'ethnicité et de la santé (Unidad de Género, Etnicidad y Salud), mettre en place sur deux ans des programmes de formation et de sensibilisation destinés à ses fonctionnaires afin de préparer le terrain d'initiatives et de programmes en faveur des communautés d'ascendance africaine, des peuples autochtones et autres groupes ethniques qui tiennent compte de leur savoir ancestral et de leur culture;

s) Le Groupe de travail intergouvernemental sur l'application effective de la Déclaration et du Programme d'action de Durban et le Groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies devraient prendre en considération les recommandations du présent atelier régional et formuler des propositions précises à cet égard à leur prochaine session;

t) L'OMS et les autres organisations internationales compétentes devraient promouvoir et mettre en œuvre des activités mettant en lumière l'impact du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et autres formes d'intolérance en tant que déterminants sociaux importants de l'état de santé physique et mentale, y compris la pandémie du VIH/Sida, et concevoir en conséquence des projets particuliers, notamment des projets de recherche afin que les victimes du racisme et d'autres formes de discrimination aient accès à des systèmes de santé équitables;

u) L'OPS, dans le cadre de son Plan stratégique pour 2003-2007 (Plan Estratégico 2003-2007), devrait travailler avec les pays en vue de déterminer quels sont les groupes qui sont victimes d'inégalités dans le domaine de la santé ou de l'accès aux services de santé, en axant ses travaux sur les victimes du racisme et d'autres formes de discrimination;

v) Les participants conviennent qu'il est nécessaire de renforcer la coopération, de créer des associations et de consulter régulièrement les organisations de la société civile afin de tirer parti de leur expérience et de leurs connaissances aux fins de l'élaboration de lois politiques et programmes visant à éliminer toutes les manifestations de racisme.

ANNEXES

Annex I

AGENDA

1. Opening of the workshop.
2. Adoption of the agenda, election of Chairperson-Rapporteur.
3. Panel 1: Human Rights and the Millennium Development Goals - toward an international framework to define an agenda to reduce health inequalities.
4. Panel 2: Access to health and the impact of discrimination based on race, colour, descent, national and ethnic origin.
5. Panel 3: Gains to be expected if the Millennium Development Goals are achieved within an ethnic framework - Is there a need for new policy design?
6. Panel 4: Consideration of good practices for identifying and addressing inequalities in access to health.
7. Panel 5: Racism and HIV/AIDS.
8. Panel 6: Health sector mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals' focus on victims of racism.
9. Panel 7: Civil society organizations in the field of racism and vulnerable groups - mobilization for the implementation of the Millennium Development Goals.
10. Panel 8: Perspective of the international financial institutions and the United Nations system as regards identifying and addressing inequalities in access to health.
11. Adoption of recommendations and closing of the workshop.

Annex II

LIST OF PARTICIPANTS

Panellists

Ms. Ximena Avellaneda, Grupo de Estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos” de México

Ms. Maria Inés Barbosa, Chief of Staff of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies (SEPPIR), Brazil

Mr. Oscar Bermúdez, Director de Área, Región Huetar Atlántica, Ministerio de la Salud, Costa Rica

Mr. Edgar Carrasco, Coordinador General de Acción Ciudadana contra el SIDA (LACCSO)

Ms. Gina Carrioni, antropóloga, Colombia

Mr. Paulo Carvalho, Ministry of Health, Brazil

Mr. Manuel Chávez, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Ms. Marianela Corriols, OPS Nicaragua

Mr. Diva de Medeiros, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Mr. Federico Hernandez Pimentel, Pan-American Health Organization (PAHO) Guatemala

Mr. Gustavo Makanaky, Colombia

Mr. Miguel Malo, Coordinator of Health Promotion, PAHO Brazil

Ambassador Juan Antonio Martabit, Permanent Representative of Chile to the United Nations Office at Geneva

Mr. Oscar J. Mujica, Unidad de Políticas y Estrategias Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington D.C.

Mr. Fernando Murillo, Asociación Afroamerica XXI, Colombia

Ms. Elena Oliveira, UNICEF

Ms. Fátima Oliveira, Profesora, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mr. Alexandre Padilha, Director del Departamento de Salud Indígena (DESAI) Ministerio de la Salud, Brasil

Mr. Valcler Rancel, Subsecretario de Planning del Ministerio de la Salud, Brasil

Ms. Matilda Ribeiro, Minister, Chief of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies in Brazil (SEPPIR)

Mr. Pierre Sob, Representative of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Ms. Cristina Torres Parodi, Regional Adviser, Gender, Ethnicity and Health Unit, PAHO/WHO

Ms. Luz Marina Vega, médica, Coordinadora de Medicina Tradicional del Consejo Cantonal de Cotacachi, Ecuador

States Members of the United Nations

Bolivia; Bahamas; Barbados; Brazil; Chile; Dominican Republic; El Salvador; Guatemala; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Nicaragua; Suriname; Trinidad and Tobago.

United Nations bodies and specialized agencies

Pan-American Health Organization (PAHO), United Nations Development Programme (UNDP), Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), United Nations Children's Fund (UNICEF).

Non-governmental organizations

Alianza Estratégica de Afro descendientes de Latinoamérica y el Caribe; Enlace de Mujeres Negras de Honduras; Centro de desarrollo de la Mujer Negra Peruana (CEDEMUNEP); Movimiento Cultural Saya Afro-boliviano; Afro América XXI.

Observers

Asociación de la Juventud Indígena Argentina; Rights of Children, Guyana.

Annex III

LIST OF DOCUMENTS

<i>Symbol</i>	<i>Title</i>
HR/LAC/SEM/RAC/2004/1	Provisional agenda
HR/LAC/SEM/RAC/2004/2	Information note
