



Assemblée générale

Distr. générale
10 août 2016
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-troisième session

Point 5 de l'ordre du jour

Organismes et mécanismes de protection des droits de l'homme

Droit à la santé et peuples autochtones, notamment les enfants et les jeunes

Étude du Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones

Résumé

Dans sa résolution 30/4, le Conseil des droits de l'homme a prié le Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones d'élaborer une étude sur le droit à la santé et les peuples autochtones, notamment axée sur les enfants et les jeunes, et de la lui présenter à sa trente-troisième session.

La présente étude se compose d'une analyse critique de la manière dont le contenu du droit à la santé s'applique aux peuples autochtones et d'un examen des obligations juridiques qui incombent aux États et à d'autres acteurs en ce qui concerne la réalisation de ce droit.

L'avis n° 9 du Mécanisme d'experts sur le droit à la santé et les peuples autochtones est joint en annexe.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Droit à la santé et peuples autochtones : cadre juridique et politique.....	4
A. Cadre normatif relatif au droit à la santé.....	4
B. Autres instruments essentiels, processus d'élaboration de politiques et documents	5
III. Droits conventionnels, autodétermination et santé.....	6
IV. Droit à la santé des peuples autochtones : obligations des États	8
A. Critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.....	8
B. Obligation de respecter, protéger et réaliser	9
V. Les enfants et les jeunes autochtones et le droit à la santé	15
VI. Droit à la santé des principaux groupes autochtones.....	18
A. Santé des femmes	18
B. Santé des personnes autochtones handicapées	19
VII. Défis actuels concernant les peuples autochtones et le droit à la santé	20
A. Maladies transmissibles et non transmissibles	20
B. Salubrité de l'environnement, changements climatiques et déplacement	21
Annexe	
Avis n° 9 du Mécanisme d'experts sur le droit à la santé des peuples autochtones.....	23

I. Introduction

1. Dans sa résolution 30/4, le Conseil des droits de l'homme a prié le Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones d'élaborer une étude sur le droit à la santé et les peuples autochtones qui soit notamment axée sur les enfants et les jeunes, et de la lui présenter à sa trente-troisième session.
2. Le Mécanisme d'experts a invité les États, les peuples autochtones, les institutions nationales des droits de l'homme et d'autres parties prenantes à lui soumettre des renseignements pour alimenter l'étude. Les communications reçues ont été mises en ligne sur le site Internet du Mécanisme d'experts lorsque l'autorisation en a été donnée. L'étude s'est également appuyée sur des exposés faits lors du Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé (Montréal (Canada), 21 et 22 février 2016), organisé par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et par l'Institute for Study of International Development de l'Université McGill. Le Mécanisme d'experts tient à remercier la faculté de droit de l'Université d'Auckland pour l'appui fourni aux travaux de recherche. L'Organisation panaméricaine de la santé a procédé à un examen de l'étude, formulé des observations et contribué au texte.
3. S'il s'agit de sa première étude consacrée au droit à la santé, le Mécanisme d'experts a déjà examiné, dans des études antérieures, les liens entre l'accès à la justice et la santé des femmes autochtones et des personnes handicapées autochtones (A/HRC/27/65), les effets des initiatives de réduction des risques de catastrophe naturelle sur les peuples autochtones dans le domaine de la santé (A/HRC/27/66) et l'importance de la culture et des langues autochtones pour la santé des peuples autochtones (A/HRC/21/53).
4. La conception qu'ont les peuples autochtones de la santé et du bien-être est généralement plus vaste et plus holistique que celle du reste de la population, la santé étant souvent considérée comme un droit aussi bien individuel que collectif, fortement influencé par la communauté, les terres et le milieu naturel. Le Forum permanent pour les populations autochtones note que le droit à la santé « trouve son expression dans le bien-être de l'individu ainsi que dans le bien-être social, affectif, spirituel et culturel de la communauté tout entière » (voir E/2013/43-E/C.19/2013/25, par. 4). Chez les peuples autochtones, la notion de santé a souvent, outre les aspects physiques, une dimension spirituelle, affective, culturelle et sociale. Elle est inextricablement liée à la réalisation d'autres droits, notamment le droit à l'autodétermination, le droit au développement, le droit à la culture, le droit à la terre, le droit à la langue et le droit au milieu naturel.
5. Cependant, la manière dont les peuples autochtones conçoivent la santé n'est généralement pas prise en considération par les systèmes de santé non autochtones, ce qui entrave considérablement leur accès aux soins (voir A/HRC/30/41, par. 31). Plus particulièrement, l'incompréhension des facteurs sociaux et culturels découlant des connaissances, des attitudes et des pratiques des peuples autochtones dans le domaine de la santé peut avoir des effets néfastes sur le bien-être de ces peuples. Partout dans le monde, les peuples autochtones sont plus exposés aux risques sanitaires que le reste de la population ; leur état de santé est plus précaire et leurs besoins de santé moins satisfaits. L'assimilation forcée, la marginalisation politique et économique, la discrimination et les préjugés, la pauvreté et d'autres problèmes hérités du colonialisme sont également à l'origine d'un manque de contrôle des questions relatives à la santé individuelle et collective.
6. La présente étude n'a pas pour objet de proposer une analyse complète de l'état de santé des peuples autochtones, mais de fournir une analyse critique de la manière dont le droit à la santé s'applique aux peuples autochtones et un examen des obligations juridiques qui incombent aux États et à d'autres acteurs en ce qui concerne la réalisation de ce droit.

II. Droit à la santé et peuples autochtones : cadre juridique et politique

A. Cadre normatif relatif au droit à la santé

7. Le droit de chacun à la santé est reconnu depuis longtemps, par exemple dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, plus précisément dans son article 25 qui dispose que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.

8. La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones reconnaît les droits des peuples autochtones en matière de santé et donne plus de précisions sur leurs divers aspects et leur interaction avec des droits tels que le droit à l'autodétermination. L'article 21 reconnaît le droit des peuples autochtones à l'amélioration de leur situation économique et sociale sans discrimination d'aucune sorte. L'article 23 affirme que ces peuples ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement, et notamment d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé les concernant et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. L'article 24 reconnaît le droit des peuples autochtones à leur pharmacopée traditionnelle ainsi que leur droit de conserver leurs pratiques médicales et d'accéder, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé ; le même article consacre le droit des peuples autochtones de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. En outre, la Déclaration reconnaît qu'il est important de défendre les droits collectifs des peuples autochtones. Enfin, le paragraphe 2 de l'article 29 demande aux États de prendre des mesures efficaces pour veiller à ce qu'aucune matière dangereuse ne soit stockée ou déchargée sur les terres ou territoires des peuples autochtones sans leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause.

9. L'article 24 de la Déclaration fait écho à la formulation de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, instrument juridiquement contraignant qui consacre le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. L'article 12 du Pacte énonce un droit inclusif, qui couvre aussi bien les soins de santé que les déterminants sociaux de la santé et qui suppose des libertés et des droits, notamment la liberté de maîtriser sa propre santé et le droit à un système de protection de la santé qui garantisse l'égalité des chances pour ce qui est de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. À cet égard, la non-discrimination et l'égalité de traitement sont essentielles et, bien que de nombreux aspects puissent être réalisés progressivement compte tenu des contraintes en matière de ressources, des obligations telles que celle de la non-discrimination doivent prendre effet immédiatement. S'il incombe au premier chef aux États de réaliser le droit à la santé, cette responsabilité est partagée par tous les membres de la société, et chacun devrait avoir la possibilité de participer aux processus décisionnels concernant la réalisation de ses droits. Les États doivent respecter, protéger et réaliser le droit à la santé et veiller à ce que les installations, les biens et les services de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (voir E/CN.4/2003/58, par. 34).

10. Dans son observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels apporte davantage de précisions sur le droit à la santé des peuples autochtones, notant que ces peuples ont droit à des mesures spécifiques visant à leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé, que ces services et soins doivent être adaptés au contexte culturel et tenir

compte des pratiques et des remèdes traditionnels et que les États devraient fournir aux peuples autochtones des ressources leur permettant de concevoir, de fournir et de contrôler de tels services. Le Comité affirme la dimension collective que revêt la santé aux yeux des peuples autochtones et considère que les activités liées au développement qui éloignent les peuples autochtones de leurs territoires et de leur environnement traditionnels ont des effets néfastes sur leur santé.

11. L'article 25 de la Convention (n° 169) de l'Organisation internationale du Travail (OIT) relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989, fait obligation aux États de faire en sorte que des services de santé adéquats soient mis à la disposition des peuples autochtones ou de donner aux peuples autochtones les moyens d'organiser et de dispenser de tels services sous leur contrôle propre. Il leur impose également d'accorder la préférence à la formation et à l'emploi de personnel de santé des communautés locales. L'article reconnaît l'importance des soins primaires et des services de santé communautaires, ainsi que de la coordination avec d'autres mesures d'ordre social, économique et culturel. Son application est appuyée par des dispositions relatives à la non-discrimination (art. 3) et des dispositions exigeant que les gouvernements consultent les peuples autochtones et garantissent leur participation effective en vue d'obtenir leur consentement au sujet des mesures envisagées (art. 6).

12. Les droits en matière de santé sont également reconnus dans d'autres instruments internationaux juridiquement contraignants, dont la Convention relative aux droits de l'enfant (art. 24), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 10 à 14), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 25) et la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (art. 5). Certains instruments régionaux défendent également le droit à la santé, comme la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (art. 14), le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (art. 14) et le Projet de Déclaration américaine relative aux droits des peuples autochtones (art. XVII). L'Organisation panaméricaine de la santé a elle aussi adopté un certain nombre de résolutions concernant le droit à la santé des peuples autochtones¹.

13. Les organes conventionnels et les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales, notamment le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et le Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, ont examiné le droit à la santé du point de vue autochtone. Référence est faite aux conclusions principales de ces mécanismes tout au long du présent rapport.

B. Autres instruments essentiels, processus d'élaboration de politiques et documents

14. En 2014, les États participant à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale connue sous le nom de Conférence mondiale sur les peuples autochtones se sont engagés à assurer aux personnes autochtones l'égalité d'accès au meilleur état de santé physique et mentale possible, à redoubler d'efforts pour réduire la prévalence du VIH et du sida, du paludisme, de la tuberculose et des maladies non transmissibles et à garantir l'accès à la santé sexuelle et procréative. Ils ont également reconnu l'importance des pratiques médicales des peuples autochtones, ainsi que de leur médecine et de leur savoir traditionnels².

¹ Par exemple, la résolution CD47.R18.

² Résolution 69/2 de l'Assemblée générale.

15. Les objectifs de développement durable, adoptés en 2015, touchent également à des questions relatives au bien-être des peuples autochtones³. L'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) impose aux États de prendre des mesures pour parvenir à une couverture médicale universelle, ce qui suppose d'étendre les services de santé aux peuples autochtones. Les objectifs relatifs à la pauvreté, à la sécurité alimentaire, à l'accès à un enseignement de qualité dans des conditions d'égalité et à l'égalité entre les sexes sont également pertinents pour le bien-être des peuples autochtones. Les objectifs 13 (changements climatiques), 14 (protection des écosystèmes) et 15 (développement durable) sont centraux pour la réalisation des droits des peuples autochtones en matière de santé, car ils sont étroitement liés aux droits à l'autodétermination et à l'utilisation des terres, des territoires et des ressources traditionnels. L'objectif 16 (accès à la justice et institutions responsables et ouvertes à tous) a des effets manifestes sur le droit à la santé des peuples autochtones, notamment en ce qui concerne les réparations. Enfin, l'objectif 17 (dont une des cibles porte sur la disponibilité de données ventilées) préconise de renforcer les capacités pour améliorer la disponibilité des données, ce qui aidera les États à déceler les inégalités en matière de santé et à les combler.

16. Les négociations qui se sont tenues à l'occasion de la vingt et unième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques sont également pertinentes, puisque les changements climatiques ont des répercussions disproportionnées sur les peuples autochtones. Ces négociations ont abouti à l'adoption de l'Accord de Paris, dans le préambule duquel les parties à la Convention reconnaissent les droits des peuples autochtones en faisant spécifiquement mention du droit à la santé. Les parties ont également reconnu que l'action pour l'adaptation devrait suivre une démarche impulsée par les pays, participative et totalement transparente qui tiendrait compte et s'inspirerait, selon qu'il convient, du savoir des peuples autochtones (voir décision 1/CP.21, annexe). L'importance de la participation effective des peuples autochtones avait déjà été relevée (voir décision 1/CP.16), mais l'Accord de Paris est allé encore plus loin en invoquant expressément les droits de l'homme, signifiant que les États avaient reconnu les liens entre les obligations relatives au climat, le droit à la santé et les droits des peuples autochtones.

17. Enfin, les Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme sont aussi particulièrement pertinents pour les peuples autochtones, qui sont disproportionnellement touchés par les violations des droits en matière de santé commises par des acteurs non étatiques dans le cadre des activités liées au développement. Même s'ils ne sont pas parties aux conventions internationales relatives aux droits de l'homme, les acteurs non étatiques sont tenus de respecter les droits de l'homme et doivent adhérer aux Principes directeurs pour que les droits des peuples autochtones en matière de santé puissent être pleinement réalisés.

III. Droits conventionnels, autodétermination et santé

18. Le droit à la santé est un élément indispensable à l'existence même des peuples autochtones et une composante essentielle de leur droit à l'autodétermination. Celui-ci est consacré à la fois par l'article 3 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et par l'article 1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Tous les droits de l'homme sont interdépendants, y compris le droit à la santé et le droit à l'autodétermination. En effet, les droits en matière de santé ne peuvent pas être pleinement exercés sans autodétermination, qui est un droit intangible dont

³ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale.

la réalisation a des effets positifs sur le droit à la santé et d'autres droits sociaux et culturels. Cela se traduit notamment par une meilleure alimentation, une activité physique plus fréquente et un lien renouvelé avec les bases économiques traditionnelles⁴.

19. Certains traités conclus entre les peuples autochtones et les États prévoient des mécanismes pour la réalisation du droit à la santé et du droit à l'autodétermination. De tels accords juridiques sont donc très pertinents dans le cadre d'une analyse du droit à la santé. Par exemple, le Traité n° 6, auquel la Couronne britannique et les peuples autochtones du Canada sont devenus parties dans les années 1870, contenait une clause relative aux « coffres à médicaments » et une clause « de la peste et de la disette » qui, par la suite, ont été interprétées comme garantissant la mise à disposition et la prestation par la Couronne de services de soins de santé, de médicaments et de fournitures destinés aux peuples autochtones⁵. Dans d'autres pays, des traités prévoient des dispositions relatives à l'autodétermination incluant implicitement un contrôle sur les décisions concernant la santé et le bien-être des peuples autochtones, ce qui facilite indirectement la réalisation du droit à la santé. En Nouvelle-Zélande, le droit du peuple maori à la santé est consacré par le Traité de Waitangi qui prévoit la protection du droit à l'autodétermination et des biens culturels (matériels et immatériels), la prise des décisions en commun et une participation égale à la vie de la société sans discrimination.

20. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a déclaré que le droit à la santé soulevait d'importantes questions de droit, portant notamment sur les droits conventionnels en matière de santé⁶. L'article 37 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones confirme que les peuples autochtones ont le droit à ce que les traités soient reconnus, respectés et appliqués. Conformément à l'article 43, la survie, la dignité et le bien-être des peuples autochtones dépendent des droits reconnus dans la Déclaration, y compris le droit à la santé, le droit à l'autodétermination et les droits conventionnels. Bien que les droits à l'autodétermination et à la santé ne soient pas subordonnés à la reconnaissance des traités, leur inclusion formelle dans ces instruments met en place un mécanisme visant à les protéger et renforce l'engagement des États à collaborer avec les peuples autochtones en tant que partenaires égaux pour améliorer leurs conditions de vie. En conséquence, les États qui n'ont pas encore adhéré à de tels traités devraient envisager de reconnaître officiellement ces droits dans le cadre d'accords avec les peuples autochtones.

21. Le principe du consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause est un autre élément faisant partie intégrante du droit à l'autodétermination. Il autorise les peuples autochtones à peser effectivement sur les décisions qui les concernent. Il s'agit aussi bien d'un processus que d'un mécanisme de fond visant à garantir le respect des droits des peuples autochtones. Ce principe devrait être respecté dans les décisions relatives aux lois, aux politiques et aux programmes en matière de santé concernant les peuples autochtones, qui sont souvent prises sans consultation véritable des intéressés. L'élaboration de politiques sur les soins de santé doit se faire dans le respect de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (portant sur le droit de participer à la prise de décisions) et de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, et tenir compte des principes mis en avant par le Mécanisme d'experts dans son étude sur le droit de participer à la prise de décisions (A/HRC/18/42).

⁴ Communication de la Commission néo-zélandaise des droits de l'homme.

⁵ Communication des Maskwacis Cree et de l'Assemblée des premières nations.

⁶ Déclaration de la Troisième Commission de l'Assemblée générale, 29 octobre 2004.

IV. Droit à la santé des peuples autochtones : obligations des États

22. Les peuples autochtones du monde entier font souvent face aux mêmes obstacles lorsqu'il s'agit d'atteindre le meilleur état de santé possible. Le présent rapport examine ces obstacles sur la base des critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité, et les obligations des États au regard du respect, de la protection et de la mise en œuvre. Les critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité recouvrent bien davantage que les infrastructures permettant de fournir des soins de santé : ils s'appliquent également aux installations, aux biens et aux services qui comprennent les déterminants sous-jacents des soins de santé, tels que l'eau potable, une nourriture suffisante et l'assainissement⁷.

A. Critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité

Disponibilité

23. En fonction de leur niveau de développement, les États doivent disposer d'installations, de biens et de services de santé en quantité suffisante. Cependant, la disponibilité est souvent limitée pour les peuples et les communautés autochtones. Par exemple, dans certaines régions d'Afrique où vivent des éleveurs et des communautés nomades autochtones, les infrastructures sanitaires sont inexistantes⁸. Pour être disponibles, les installations, les biens et les services doivent également être opérationnels. Souvent, les installations implantées dans des régions habitées par des peuples autochtones ne sont pas opérationnelles faute de personnel, de médicaments, de fournitures et d'autres matériels.

Accessibilité

24. Les quatre dimensions principales de l'accessibilité sont la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information. Pour les peuples autochtones, elles se recoupent souvent. Ces peuples sont particulièrement susceptibles d'être victimes de discrimination dans l'accès aux installations, aux biens et aux services de santé. Il arrive que les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé refusent de soigner des personnes autochtones ou que les personnes autochtones suivant un traitement se heurtent à des croyances, des pratiques ou des comportements discriminatoires, ce qui alimente leur peur et leur méfiance et les dissuade de s'adresser aux établissements de santé. Cette situation est exacerbée pour les personnes autochtones atteintes d'un handicap. Le racisme peut même conduire à des erreurs de diagnostic et de traitement de maladies graves. L'accessibilité physique est un problème pour les autochtones, qui sont nombreux à vivre dans des régions isolées parce qu'ils ont été déplacés ou que la population non autochtone a empiété sur leurs terres.

25. L'accessibilité économique est un autre problème pour les peuples autochtones, qui font souvent partie des groupes de la société les plus marginalisés sur le plan socioéconomique. Cela est particulièrement vrai dans les pays qui n'ont pas de système de santé universel ou dans lesquels les coûts des soins de santé à la charge des malades sont élevés. L'accessibilité de l'information est également limitée pour les peuples autochtones : cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, comme l'absence d'informations relatives à la

⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14.

⁸ ONU, Département des affaires économiques et sociales, *State of the World's Indigenous Peoples : Indigenous Peoples' Access to Health Services*, deuxième volume (New York, 2015).

santé dans les langues autochtones, les taux élevés d'analphabétisme chez les peuples autochtones dont les possibilités de s'instruire sont réduites, un contact insuffisant avec les prestataires de soins de santé faute de disponibilité, ou l'attitude discriminatoire ou paternaliste de ces derniers.

Acceptabilité

26. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu que le droit de prendre part à la vie culturelle comprend l'adéquation culturelle, qui doit être prise en compte lors de la prestation de services de soins de santé⁹. Malheureusement, les installations, les biens et les services de santé auxquels peuvent accéder les peuples autochtones sont souvent inacceptables par nature. Le racisme interpersonnel et structurel conduit souvent à la mise en œuvre, à l'échelle du système de santé, de politiques et à des pratiques qui marginalisent ou excluent des personnes et limitent l'accès aux installations, aux biens et aux services. Un exemple classique de la non-acceptabilité est l'absence de services dans les langues autochtones (voir CEDAW/C/FIN/CO/7), qui constitue un racisme structurel. De telles carences peuvent conduire les personnes autochtones à internaliser la stigmatisation, ce qui crée des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de santé. En outre, les autochtones sont souvent tenus responsables de leurs maladies et de leurs besoins médicaux, que ce soit individuellement ou qu'en tant que groupe. Dans certaines juridictions, les attitudes négatives et le manque de sensibilité culturelle des prestataires de soins de santé ont également des répercussions sur la capacité des peuples autochtones à solliciter une aide médicale.

Qualité

27. Les installations, les biens et les services de santé doivent être adaptés sur le plan scientifique, médical et culturel, et être de bonne qualité. Cela suppose du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau potable et des moyens d'assainissement appropriés. Il existe souvent des tensions entre les services de santé classiques, généralement fondés sur des données factuelles et perçus comme étant de bonne qualité, et les pratiques traditionnelles des peuples autochtones en matière de santé, dont l'efficacité est peu étayée, souvent faute d'études. Cela ne devrait pas être vu exclusivement comme une source de tension entre les peuples autochtones et les prestataires de soins de santé classiques. Les communautés autochtones elles-mêmes se retrouvent souvent en difficulté lorsqu'elles cherchent à concilier les traditions et la modernité dans le domaine de la santé et à résoudre d'autres questions d'ordre social¹⁰.

B. Obligation de respecter, protéger et réaliser

Obligation de respecter

28. Les dispositions des paragraphes 2 et 3 de l'article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de l'article 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones interdisent toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé. Les États doivent s'abstenir de refuser ou de restreindre l'accès des peuples autochtones aux installations, biens et services de santé publics. Il s'agit d'une obligation immédiate, à laquelle le principe de réalisation progressive ne s'applique pas. Les États devraient également

⁹ Voir l'observation générale n° 21 (2009) du Comité sur le droit de chacun de participer à la vie culturelle.

¹⁰ Communication du Conseil circumpolaire inuit.

s'abstenir d'interdire ou d'entraver l'application, par ces peuples, de méthodes prophylactiques et de pratiques curatives traditionnelles ainsi que l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle.

29. Il conviendrait de réviser les lois, politiques et programmes dans le domaine de la santé (en collaboration avec les peuples autochtones) afin d'en supprimer les éléments discriminatoires ou d'en remplacer certaines dispositions. L'obligation de respecter s'étend aux lois qui ne sont pas *de jure* discriminatoires mais qui ont des effets disproportionnés sur les peuples autochtones. Dans le cadre de cette obligation, les États devraient également s'abstenir de faire appliquer des lois ou des pratiques discriminatoires plus larges pouvant avoir des effets néfastes sur la santé. Ils devraient, par exemple, abroger les lois et politiques autorisant certaines pratiques telles que la stérilisation forcée des femmes autochtones ou les mutilations génitales féminines.

30. L'obligation de respecter porte également sur les déterminants fondamentaux de la santé. Les États devraient s'abstenir de polluer de façon illicite l'air, l'eau et le sol, du fait par exemple d'émissions de déchets industriels dus à des installations appartenant à des entreprises publiques ou aux industries extractives. Ces activités sont trop souvent menées sur les terres habitées par des peuples autochtones et, conjuguées à l'utilisation de pesticides pour l'agriculture, elles peuvent porter atteinte aux droits relatifs à la santé des peuples autochtones¹¹.

31. Les peuples autochtones doivent également être autorisés à s'identifier comme tels au sein des États, ce qui simplifierait la collecte de données ventilées par état de santé et d'autres critères, et permettrait de prévoir le financement et l'assistance nécessaires à la réalisation de leurs droits relatifs à la santé. Si certaines juridictions ont interdit la collecte de données ventilées par origine ethnique pour des raisons impérieuses, les lois allant dans ce sens ne devraient pas être appliquées en vue d'empêcher l'amélioration du bien-être des peuples autochtones¹².

Obligation de protéger

32. Les États ferment souvent les yeux sur le racisme dans les établissements de santé, même en présence de preuves multiples et récurrentes attestant du traitement discriminatoire réservé aux autochtones. Les États devraient prendre des mesures pour assurer l'égalité d'accès aux traitements et aux établissements de soins dans leur juridiction et pour protéger les autochtones de la discrimination pratiquée par les prestataires tiers dans le domaine des soins de santé. Ils devraient envisager de mener des activités de sensibilisation du personnel ainsi que des campagnes visant à lutter contre les comportements racistes et les stéréotypes, et à promouvoir des approches plus respectueuses des cultures autochtones.

33. Les États devraient protéger les communautés autochtones de toute action menée par des entreprises privées et d'autres tiers qui privent les peuples autochtones de leurs sources de nourriture, de leurs plantes médicinales et de leurs moyens de subsistance en exerçant des pressions accrues sur la terre, en infligeant des dégradations à l'environnement et en causant des déplacements de populations. Cette démarche passe nécessairement par le respect du principe du consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause. Les États devraient empêcher l'appropriation et la marchandisation des savoirs autochtones ainsi que de la pharmacopée et des pratiques traditionnelles par des tiers. Conformément à l'article 31 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples

¹¹ Voir par exemple, *Social and Economic Rights Action Centre and Center for Economic and Social Rights c. Nigéria* (2001).

¹² Ian Anderson et al, « Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration) : a population study », *The Lancet*, vol. 388, n° 10040 (20 avril 2016).

autochtones, les peuples autochtones ont le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur patrimoine culturel, leur savoir traditionnel et leurs expressions culturelles traditionnelles ainsi que les manifestations de leurs sciences, techniques et cultures, y compris leurs ressources humaines et génétiques, leur pharmacopée, leur connaissance des propriétés de la faune et de la flore, leurs sports et leurs jeux traditionnels. Ils ont également le droit de développer leur propriété intellectuelle collective de ce patrimoine culturel, de ce savoir traditionnel et de ces expressions culturelles traditionnelles.

34. Bien que les peuples autochtones aient le droit de recourir aux pratiques traditionnelles en matière de santé, les États devraient s'attacher à éradiquer les pratiques néfastes, telles que les mutilations génitales féminines, en collaboration avec les communautés autochtones¹³. Il convient d'approfondir les recherches menées dans le domaine de la pharmacopée, des procédures et d'autres actes traditionnels. Cependant, ces recherches et leur commercialisation potentielle doivent être conduites en partenariat avec les peuples autochtones.

35. Les États devraient prendre en considération les souhaits des communautés autochtones en situation d'isolement volontaire ou de contact initial, compte tenu de leur plus grande vulnérabilité et de leur plus grand besoin de protection. Ils devraient élaborer des programmes de prévention visant à protéger la santé de ces groupes, en particulier en préservant leurs terres et leurs territoires des dégradations de l'environnement et en évitant la transmission de maladies contre lesquelles ces groupes ne sont pas immunisés. Les États doivent également élaborer des plans d'action en vue de fournir un accès à la pharmacopée classique et traditionnelle là où elle est recherchée et mettre au point un plan d'urgence en cas de risque imminent de mortalité à grande échelle¹⁴.

36. Enfin, les États devraient veiller à ce qu'il existe des mécanismes adéquats permettant d'obtenir réparation en cas de violations du droit à la santé, dans le cadre des systèmes juridiques classique et autochtone (A/HRC/27/65), ce dernier système pouvant présenter certains avantages pour le règlement des plaintes. Aux Philippines, par exemple, les plaintes relatives à la violence contre les femmes seraient traitées rapidement dans le cadre du système de justice traditionnel et leur règlement serait le plus souvent accepté par les parties¹⁵.

Obligation de réaliser

37. Les États devraient élaborer et adopter des stratégies nationales afin de garantir à tous, sans discrimination, l'accès aux installations, biens et services de santé nécessaires pour jouir du meilleur état de santé possible. L'élaboration d'une stratégie nationale pourrait s'accompagner de la mise en place de plans d'exécution et d'indicateurs relatifs au droit à la santé pour permettre une surveillance et une évaluation efficace ainsi que le respect du principe de responsabilité. Les États qui élaborent des plans d'action nationaux pour la mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, comme cela a été demandé à la Conférence mondiale sur les peuples autochtones, devraient veiller à ce que ces plans prévoient des mesures visant à garantir le droit à la santé des peuples autochtones. Étant donné que les peuples autochtones ont droit à

¹³ Comité des droits de l'enfant, observation générale n° 11.

¹⁴ HCDH et Agence espagnole de coopération internationale pour le développement, « Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay » (Genève, mai 2012). Disponible sur http://www.amazonia-andina.org/sites/default/files/directrices-de-proteccion-para-los-pueblos-indigenas-en-aislamiento-y-en-contacto-inicial_0.pdf.

¹⁵ Contribution du Réseau des femmes autochtones de l'Asie.

des mesures spécifiques destinées à leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé, l'obligation immédiate d'élaborer un plan national de santé implique que les États tiennent compte des besoins des peuples autochtones dans un plan « général », comme au Guatemala¹⁶, ou dans un plan de santé ciblant spécifiquement les peuples autochtones, comme la stratégie de santé des Maori, *He Korowai Oranga*, en Nouvelle Zélande¹⁷. En outre, les États devraient ratifier et incorporer dans leur loi nationale les instruments internationaux consacrant le droit à la santé, comme la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, la Convention de l'OIT (n° 169) concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, 1989, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Faciliter l'accès

38. Dans le cadre du droit à l'autodétermination, les États devraient fournir aux communautés autochtones des ressources suffisantes pour qu'elles puissent élaborer et mettre en œuvre leurs propres initiatives en matière de santé. Les soins dispensés par les organisations gérées par les communautés autochtones sont souvent de meilleure qualité que ceux fournis par les services classiques, et la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé est bien meilleure. Les organisations autochtones peuvent créer un cercle vertueux dans le domaine de la santé et de l'emploi en devenant d'importants employeurs de personnes autochtones et en aidant à lutter contre la pauvreté au sein des communautés autochtones. En Australie, le secteur des soins de santé géré par la communauté aborigène emploie près de 4 000 personnes et fournit des services à plus de 60 % des aborigènes en dehors des grandes métropoles, avec, d'après les indicateurs clefs, des résultats supérieurs à ceux des services de santé classiques¹⁸. En Colombie, le personnel de l'hôpital autochtone de Pueblo Bello, à Valledupar, est composé à 80 % de personnes d'origine autochtone, ce qui constitue un bel exemple de réussite en termes de pratique interculturelle¹⁹.

39. Les États devraient également faciliter l'accès aux services de santé en améliorant les mécanismes d'enregistrement des naissances, s'il y a lieu. Conformément à l'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant, chaque enfant a le droit d'être enregistré aussitôt après sa naissance. Cependant, un certain nombre de systèmes d'enregistrement ne sont toujours pas adaptés à l'enregistrement des naissances des enfants autochtones. L'absence d'enregistrement et de documents d'identité empêche d'office l'accès aux installations, biens et services de santé pour lesquels toute personne doit être identifiée pour pouvoir prétendre à des soins de santé (CRC/C/CRI/CO/4) et empêche la collecte de données ventilées qui est pourtant essentielle pour mesurer les disparités en matière de santé entre différents groupes ethniques. L'enregistrement peut être facilité par des campagnes d'enregistrement ciblées, comme au Brésil²⁰, par l'utilisation de registres autochtones ou par la création d'une section chargée de l'enregistrement des minorités au sein des institutions de l'État, comme au Panama, au Pérou et en Thaïlande ; les accoucheuses traditionnelles peuvent également améliorer le taux d'enregistrement des naissances, comme cela a été le cas au Ghana et en Malaisie²¹. Cependant, l'enregistrement à la naissance ne devrait pas être une condition préalable à l'accès aux services de santé.

¹⁶ Contribution du Guatemala.

¹⁷ Voir www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/he-korowai-oranga.

¹⁸ Kathryn Panaretto et al, « Aboriginal community controlled health services : leading the way in primary care », *Medical Journal of Australia*, vol. 200, n° 11 (16 juin 2014).

¹⁹ Anna R. Coates et al, « Indigenous child health in Brazil : the evaluation of impacts as a human rights issue », *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, n° 1 (16 mai 2016).

²⁰ Ibid.

²¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « L'enregistrement à la naissance : un droit pour commencer », *Innocenti Digest series* n° 9 (mars 2002).

Fournir les ressources

40. Bien que certains peuples autochtones aient déclaré que les communautés devraient elles-mêmes décider des réponses à apporter aux nouvelles crises et moins dépendre des soutiens extérieurs²², les États ne sont pas pour autant exonérés de leur obligation de fournir une aide financière ou autre. Ils ont pour obligation spéciale de garantir (aux personnes dépourvues de moyens suffisants) l'accès à l'assurance maladie et au dispositif de soins de santé, qui constitue un droit spécifique prévu par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels²³. Même en temps de grave pénurie de ressources, les personnes et les groupes vulnérables doivent être protégés grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques relativement peu coûteux (E/1991/23-E/C.12/1990/8). Les États peuvent adopter des mesures, temporaires ou permanentes, pour combattre la discrimination structurelle ; il peut s'agir de programmes, de financements ou de la fourniture d'autres ressources en vue d'atteindre le meilleur état de santé possible.

41. Les États devraient également fournir certaines ressources, même lorsque les peuples autochtones créent leurs propres services employant leur propre personnel. Par exemple, lorsqu'il n'y a pas assez de personnel médical capable de parler les langues autochtones, les États devraient fournir des services d'interprétation pour garantir une bonne communication dans les établissements de santé, comme c'est le cas en Norvège où un service d'interprétation en langue sami ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre a été créé, en collaboration avec les peuples autochtones²⁴. Étant donné la rapidité avec laquelle la couverture de la téléphonie mobile s'étend à travers le monde, ce modèle pourrait être adapté dans d'autres États à un coût abordable. La formation et l'intégration de praticiens autochtones traditionnels au sein des systèmes de santé pourrait également permettre de faire face, dans l'immédiat, au manque de personnel médical sur les territoires autochtones isolés.

Promouvoir la santé

42. Les États devraient veiller à ce que les peuples autochtones soient bien pris en compte et soient suffisamment associés aux programmes de recherche dans le domaine de la santé. L'absence de collecte de données ventilées par origine ethnique, statut d'autochtone reconnu par les intéressés eux-mêmes ou identité culturelle peut cacher des inégalités profondes. Il conviendrait de collecter de manière consensuelle des données ventilées afin d'identifier les obstacles à l'exercice du droit à la santé et d'élaborer des politiques facilitant l'intégration. Ces données devraient inclure notamment le sexe, le statut socioéconomique et le handicap, puisque des données axées uniquement sur le statut d'autochtone ne permettent pas de saisir pleinement le caractère composite des droits des peuples autochtones qui sont marginalisés à cause d'autres aspects de leur identité²⁵.

43. Pour être acceptables aux yeux des peuples autochtones, les installations, biens et services de santé doivent être adaptés à leur culture, ce qui implique de communiquer de manière respectueuse et ouverte, d'associer les patients à la prise de décisions et de nouer des relations afin que patients et professionnels travaillent ensemble pour garantir l'efficacité maximale des soins²⁶. Trois mesures doivent être prises dans cette optique : réformer les installations, biens et services de santé classiques ; former davantage d'autochtones aux métiers de la santé ; créer des services spécifiques pour les autochtones.

²² Contribution du Conseil circumpolaire inuit.

²³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14.

²⁴ Contribution de la Norvège.

²⁵ Doreen Demas, présentation au Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

²⁶ Organisation nationale de la santé autochtone, Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé (Ottawa, 2008).

44. Pour améliorer les services classiques, les États devraient veiller à ce que les programmes de formation à la médecine et aux autres métiers de la santé apportent également aux professionnels des compétences culturelles. Ces programmes devraient comporter un enseignement sur l'histoire coloniale et ses conséquences (s'il y a lieu), sur la culture autochtone (y compris les approches traditionnelles de la médecine), sur les stéréotypes et le racisme ainsi que sur les disparités dans le domaine de la santé et les inégalités sociales. Ils devraient également informer sur l'importance d'une bonne communication avec les autochtones. Il est également possible de mettre en place des programmes spécifiques sur la santé des peuples autochtones, comme le diplôme sur la santé mentale des enfants et des jeunes aborigènes proposé à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique (pour les étudiants qui souhaitent pratiquer la médecine dans les communautés autochtones isolées) et l'initiative relative à la santé des enfants amérindiens mise en place par l'Académie américaine de pédiatrie (spécialisée dans la santé des autochtones).

45. Les États devraient favoriser l'accès à l'emploi des autochtones dans le secteur de la santé où ils sont actuellement sous-représentés. Cette aide peut prendre plusieurs formes, comme l'instauration de quotas de formation, l'allocation de fonds spécifiques et l'attribution de bourses de formation et/ou le versement d'indemnités de déplacement. Les autochtones pourraient recevoir des formations professionnelles pour rapprocher les installations, biens et services classiques et les communautés autochtones. Ces formations devraient être menées avec tact et n'exclure nullement les savoirs et pratiques autochtones dans le domaine de la médecine et de la santé.

46. Les États devraient également promouvoir la santé en diffusant des informations culturellement adaptées sur une nutrition et un style de vie sains, les maladies (y compris les maladies mentales), les pratiques traditionnelles néfastes et les services disponibles. Il faudrait communiquer ces informations dans la langue des patients et mettre en place des mécanismes d'information qui intègrent des modèles de communication non verbale et tiennent compte des croyances et des pratiques culturelles. Dans certaines communautés autochtones, certaines questions comme le VIH/sida et la santé en matière de sexualité et de procréation demeurent des sujets tabous. La coopération de l'État avec les organisations autochtones est donc primordiale lors de la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation culturellement adaptées au sein de ces communautés.

47. Les bienfaits, d'un point de vue spirituel et biomédical, des pratiques et de la pharmacopée traditionnelles peuvent avoir pour effet de promouvoir et d'améliorer la santé des autochtones et amener des personnes en mauvaise santé à entrer en contact avec les systèmes de santé, ce qui facilite l'accès aux soins. Plutôt que de stigmatiser et de supprimer ces pratiques et cette pharmacopée, les États devraient envisager de les intégrer dans leurs programmes de santé et leurs activités de promotion.

48. Les États devraient aider les autochtones à faire des choix éclairés sur leur santé en les informant et en prenant des mesures visant à favoriser les choix sains, notamment l'activité physique. Ils devraient promouvoir un régime alimentaire sain et traditionnel auprès des populations autochtones en protégeant les pratiques agricoles autochtones traditionnelles, en menant des campagnes d'éducation et, si nécessaire, en allouant directement des subventions en faveur d'une nourriture saine, en particulier dans les régions rurales et isolées où les denrées transformées ou conditionnées sont souvent plus accessibles et meilleur marché pour les populations autochtones.

V. Les enfants et les jeunes autochtones et le droit à la santé

49. Parallèlement au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant demande aux États de prendre des mesures appropriées pour garantir la réalisation du droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. Dans son observation générale n° 11 (2009) sur les enfants autochtones et leurs droits en vertu de la Convention, le Comité des droits de l'enfant constate que les enfants autochtones sont souvent en moins bonne santé que les autres en raison de la qualité inférieure des soins de santé dont ils bénéficient ou des difficultés d'accès aux services de santé, et qu'il pourrait être nécessaire d'adopter des mesures positives afin d'éliminer les facteurs qui sont à l'origine de la discrimination et de garantir à ces enfants l'exercice des droits consacrés par la Convention dans des conditions d'égalité avec les autres enfants. Le Comité invite instamment les États parties à prendre des mesures spéciales pour veiller à ce que les enfants autochtones ne souffrent pas de discrimination et soient à même de préserver leur identité culturelle, et note que les États parties sont tenus de veiller à ce que les enfants autochtones aient accès aux services de santé dans des conditions d'égalité et de lutter contre la malnutrition ainsi que contre la mortalité infantile, juvénile et maternelle. Dans son observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, le Comité interprète le droit à la santé de tous les enfants comme incluant le droit pour l'enfant de grandir et de se développer au maximum de son potentiel et de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir du meilleur état de santé possible grâce à la mise en œuvre de programmes qui s'attaquent aux déterminants fondamentaux de la santé.

50. Malheureusement, la plupart des indicateurs relatifs à la santé de l'enfant montrent toujours des écarts alarmants entre les populations autochtones et les populations non autochtones. Les taux de mortalité infantile demeurent nettement plus élevés au sein des groupes autochtones qu'au sein des autres populations²⁷. Les femmes et les enfants autochtones peuvent être exposés à la violence, à la malnutrition, à l'anémie et au paludisme²⁸. Certaines de ces inégalités sont imputables aux inégalités existant au niveau des déterminants sociaux de la santé. Un nombre disproportionné d'enfants autochtones vivent dans la pauvreté (observation générale n° 11) dans des régions reculées offrant un accès limité aux services de santé, à une éducation de qualité, à la justice et aux possibilités de participation (voir E/C.19/2005/2, annexe III).

51. Les peuples autochtones continuent de souffrir du traumatisme intergénérationnel causé par la soustraction des enfants à leur famille et leur placement en pensionnat. Ces pratiques ont des répercussions profondes sur la santé et peuvent notamment être à l'origine de maladies mentales, de violences physiques et sexuelles, d'automutilations, de suicides ou d'addictions à la drogue ou à l'alcool. On observe une corrélation entre les effets intergénérationnels de ces mesures et la fréquence des suicides²⁹ et des violences sexuelles pendant l'enfance³⁰.

52. Les enfants et les jeunes autochtones sont particulièrement exposés aux violations des droits de l'homme à cause de leur âge et des discriminations croisées dont sont victimes les peuples autochtones. Traditionnellement, les enfants et les jeunes n'étaient pas reconnus comme titulaires de droits, et c'est encore plus le cas pour les enfants autochtones, qui sont

²⁷ Ian Anderson et al. (voir la note 12).

²⁸ Contribution du Réseau des femmes autochtones en Inde.

²⁹ Zahra Rehman, présentation au Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

³⁰ Gregory Corosky, présentation au Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

souvent privés de leurs droits fondamentaux en ce qui concerne leur famille, leur communauté et leur identité. L'effet conjugué du traumatisme intergénérationnel et de l'absence de progrès dans la réalisation des droits des peuples autochtones fait qu'un grand nombre d'enfants autochtones connaissent très tôt une multitude d'expériences traumatisantes, ce qui les expose au risque d'avoir des problèmes de santé, de souffrir de maladie mentale, de se suicider ou d'avoir des démêlés avec la justice³¹.

53. Les jeunes autochtones sont souvent écartelés entre leur langue, leurs valeurs et leurs coutumes autochtones et celles de la communauté au sens large. Ils sont nombreux à quitter leur communauté traditionnelle pour des zones urbaines à la recherche de meilleures possibilités d'emploi et d'éducation, ce qui leur fait courir davantage de risques sanitaires. Non seulement les jeunes autochtones sont davantage exposés au chômage que leurs homologues non autochtones, mais ils sont également plus sujets à la dépression, à la consommation de substances toxiques ou à d'autres problèmes de santé pouvant survenir en l'absence de soutien social fort, dans un contexte de discrimination.

54. Outre les difficultés rencontrées par les autochtones pour accéder à des services de santé adaptés et de qualité, les enfants et les jeunes autochtones se heurtent à trois problèmes clefs qui aggravent les désavantages sociaux et économiques dont ils souffrent déjà sur le plan de l'éducation, de la famille et de l'intégrité de la communauté, et de la santé mentale.

Éducation

55. L'éducation est l'un des déterminants clefs de la santé pour les peuples autochtones. Le taux d'analphabétisme est souvent élevé (CERD/C/EDU/CO/20-22) et les enfants autochtones sont beaucoup moins susceptibles d'aller à l'école que les enfants non autochtones, ce qui, en les privant de l'instruction élémentaire en matière de santé et des nombreux avantages indirects qu'offre un niveau d'instruction plus élevé, a un effet négatif sur leur santé. Le manque d'instruction est intimement lié au sans-abrisme des autochtones et à leur surreprésentation dans les établissements pénitentiaires³². La baisse de la fréquentation scolaire résulte souvent de la conjugaison de problèmes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité. Même lorsque les enfants ont accès aux services d'éducation, les taux d'achèvement des études sont différents pour les garçons et les filles. Au Pérou, par exemple, 89 % des filles autochtones âgées de 12 à 16 ans abandonnent l'école (voir A/HRC/29/40/Add.2, par. 68).

56. Les États devraient s'employer davantage à offrir réparation pour ces violations des droits relatifs à la santé. L'investissement dans le développement précoce des enfants autochtones à travers l'éducation et le soutien aux familles (par exemple autour de la parentalité) sont des moyens très efficaces de réduire les inégalités en matière de santé. Les États devraient coopérer pour garantir la mise en place d'initiatives efficaces. Par exemple, au vu du succès des partenariats entre infirmiers et familles aux États-Unis d'Amérique, la formule a été adaptée et transposée dans les communautés autochtones³³. Les États devraient veiller à ce que les enfants aient accès à l'enseignement primaire et secondaire, y compris à travers des émissions de radio et des programmes d'enseignement à distance ou au moyen de la création d'écoles mobiles pour les peuples autochtones nomades (observation générale n° 11).

³¹ Hannah McGlade, *Our Greatest Challenge : Aboriginal Children and Human Rights* (Canberra, Aboriginal Studies Press, 2013).

³² Contribution de Brenda Gunn, Université du Manitoba, Canada.

³³ Contribution de l'Australie.

Intégrité de la famille et de la communauté

57. On ne saurait sous-estimer l'importance de la bonne santé des communautés et des familles pour les enfants autochtones. Celles-ci constituent des réseaux d'appui qui ont des effets positifs sur la santé physique, mentale et sociale des enfants, aident à sortir du cercle perpétuel des désavantages intergénérationnels et renforcent les capacités et la résilience. Dans son observation générale n° 11, le Comité des droits de l'enfant a relevé que la protection de l'intérêt supérieur de l'enfant et la préservation de l'intégrité des familles autochtones devraient être les considérations premières des programmes de santé et autres. Malheureusement, les enfants autochtones sont toujours beaucoup plus souvent soustraits à leur famille que leurs homologues non autochtones, ce qui peut causer de graves traumatismes d'enfance. En outre, ils sont plus exposés aux mauvais traitements lorsqu'ils sont confiés aux soins de l'État. Les États devraient empêcher toute action qui prive les autochtones, notamment les enfants, de leur identité ethnique, comme le placement des enfants autochtones dans des structures de protection de remplacement, et garantir des voies de recours lorsque le cas se présente.

Santé mentale

58. La forte prévalence des maladies mentales et le taux élevé de suicide dans les populations autochtones, en particulier chez les jeunes, sont alarmants. Parmi les facteurs de protection et les stratégies préventives contre le risque de suicide figure notamment le fort sentiment d'appartenance culturelle (A/HRC/21/53). Une étude systématique a montré que les stratégies de prévention du suicide menées à l'école réduisaient le risque de dépression et le sentiment de désespoir et que la formation de « gardiens » (qui consiste à former des groupes communautaires à repérer et à aider les personnes présentant un risque suicidaire élevé) avait renforcé les connaissances et les capacités pour aider les personnes exposées au risque de suicide. D'autres mesures qui ont fait leurs preuves dans les communautés non autochtones, comme le dépistage des personnes exposées au risque de suicide, pourraient également être envisagées³⁴.

59. Les communautés devraient mettre en commun les bonnes pratiques en matière de prévention des maladies mentales et du suicide. Les recherches menées dans la région du cercle polaire ont montré l'intérêt des initiatives et des évaluations menées par la communauté et adaptées à sa culture, qui pourraient être utilisées dans d'autres régions³⁵. Les projets de coordination régionaux, tels que le projet Rising Sun (Soleil levant), appuyé par le Conseil de l'Arctique, facilitent le partage de données et la comparaison des interventions³⁶. Enfin, de nouvelles initiatives prometteuses comme le programme des « scouts sanitaires » aux Philippines, dans le cadre duquel les enfants conduisent des activités de formation à la résilience devraient être examinées³⁷.

³⁴ Anton Clifford, Christopher Doran et Komla Tsey, « A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand », *BMC Public Health*, vol. 13 (2013).

³⁵ Jennifer Redvers et al., « A scoping review of indigenous suicide prevention in circumpolar regions », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74 (2015).

³⁶ Contribution du Conseil circumpolaire inuit.

³⁷ Penelope Domogo, présentation au Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

VI. Droit à la santé des principaux groupes autochtones

A. Santé des femmes

60. Les femmes autochtones sont victimes de violations des droits de l'homme qui revêtent des formes nombreuses, variées et complexes et qui se renforcent mutuellement (A/HRC/30/41) ; ces violations comprennent fréquemment des violations des droits relatifs à la santé qui vont au-delà du refus d'accès aux services médicaux.

61. En premier lieu, les femmes autochtones se heurtent à de nombreux obstacles à la réalisation de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Le manque de services de santé disponibles, accessibles et acceptables, et l'accès limité à des soins de bonne qualité contribuent aux taux anormalement élevés de mortalité maternelle, de grossesses précoces et d'infections sexuellement transmissibles, et aux faibles taux d'utilisation de contraceptifs, les femmes autochtones étant souvent exclues des services de santé procréative. Les taux élevés de grossesses précoces peuvent aussi être attribués à des causes structurelles comme le manque d'instruction des filles et les mariages forcés.

62. En second lieu, la prévalence des problèmes de santé maternelle est toujours élevée chez les femmes autochtones. À l'échelle mondiale, les taux de mortalité maternelle sont constamment plus élevés chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones³⁸. Les femmes autochtones sont fréquemment exposées au risque de sous-alimentation, d'anémie et d'autres carences nutritionnelles, de maladies comme le diabète gestationnel et, souvent, ont au mieux un accès limité aux soins prénatals, intrapartum et postpartum³⁹.

63. Enfin, les femmes et les filles autochtones continuent de subir des violences plus fréquemment que l'ensemble de la population. Conformément au paragraphe 2 de l'article 22 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, les États devraient prendre des mesures afin que les femmes autochtones bénéficient d'une entière protection contre toutes les formes de violence et de discrimination. Or, les femmes autochtones sont représentées de manière disproportionnée parmi les victimes de viols, d'agressions et d'autres formes de violence. De nombreuses formes de violence à l'égard des femmes autochtones ont une forte dimension intergénérationnelle et procèdent de la marginalisation et de l'héritage de la colonisation, qui tolère ou favorise la violence⁴⁰. La violence à l'égard des femmes se traduit notamment par des blessures, des infections sexuellement transmissibles, des problèmes gynécologiques, des maladies mentales et une pharmacodépendance. Elle touche également les enfants qui y sont exposés, chez lesquels les taux élevés de morbidité et de mortalité⁴¹ sont plus élevés.

64. De tels obstacles peuvent être surmontés en partenariat avec les peuples autochtones. Par exemple, les services de maternité, les maisons maternelles et les maternités d'attente mis en place au niveau communautaire ont réduit le risque périnatal au Guatemala et au Pérou⁴².

³⁸ Ibid.

³⁹ Michael Gracey et Malcolm King, « Indigenous health part 1 : determinants and disease patterns », *The Lancet*, vol. 374, n° 9683 (juillet 2009).

⁴⁰ Ellen Gabriel, exposé lors du séminaire d'experts sur les droits des peuples autochtones et le droit à la santé.

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé, « La violence à l'encontre des femmes : violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes », aide-mémoire n° 239 (janvier 2016). Disponible à la page : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/.

⁴² Fonds des Nations Unies pour la population et Agence espagnole de la coopération internationale pour le développement, « Promoting equality, recognizing diversity : case stories in intercultural sexual and reproductive health among indigenous peoples » (Panama, août, 2010).

La participation d'accoucheuses traditionnelles ayant suivi une formation complémentaire aux méthodes d'accouchement modernes peut permettre de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, tout en améliorant l'acceptabilité des services. Les États devraient envisager des possibilités de coopération Sud-Sud en matière de santé sexuelle et procréative, s'agissant en particulier des normes interculturelles (E/2013/43-E/C.19/2013/25).

65. Dans de nombreuses communautés autochtones, les taux de natalité demeurent extrêmement élevés par rapport à la moyenne nationale, en partie à cause de l'importance qu'accordent ces communautés à la maternité et à la grossesse. Ces conceptions se heurtent parfois aux convictions dominantes de la médecine traditionnelle, s'agissant par exemple de l'accouchement et de la contraception. L'impression d'un conflit entre les droits des peuples autochtones d'une part et les droits des femmes d'autre part est, cependant, souvent trompeuse. De nombreux peuples autochtones essaient depuis longtemps d'éliminer les lois et les pratiques coutumières qui portent atteinte aux droits des femmes, comme le mariage forcé et la violence intrafamiliale. D'autres pratiques, qui sont traditionnelles ou ont la préférence des peuples autochtones, ne devraient pas être interdites par les États ; il faudrait plutôt engager un dialogue, dans le respect des spécificités culturelles, sur l'espacement des grossesses, le recours à la contraception et l'éducation des enfants.

66. Les États doivent s'employer davantage à lutter contre la violence sexiste. Les femmes et les filles autochtones n'ont souvent aucun recours légal efficace contre de tels actes. Dans certains pays, des actes de violence sont perpétrés à l'égard des femmes par des représentants de l'État comme des policiers ou des membres des forces militaires ou paramilitaires. Dans de tels cas, les femmes subissent une double violation de leurs droits : d'un côté, par la violence infligée, de l'autre, par l'absence de réparation de la part des mécanismes mêmes qui sont à l'origine de la violence. Les États doivent prendre des mesures pour prévenir ces violences et veiller à ce que des mécanismes acceptables permettant de fournir réparation pour de telles violations soient disponibles et accessibles pour toutes les femmes.

B. Santé des personnes autochtones handicapées

67. À l'échelle mondiale, le taux de handicap est supérieur chez les personnes autochtones que dans la population générale. Des obstacles tels que de multiples formes de discrimination, la pauvreté, des obstacles systémiques et physiques ainsi que la violence contribuent à empêcher ces personnes de jouir pleinement de leurs droits de l'homme. La Convention relative aux droits des personnes handicapées reconnaît le droit à la santé (art. 25) et la situation difficile dans laquelle se trouvent les personnes handicapées qui sont l'objet de formes multiples ou aggravées de discrimination, notamment les personnes autochtones handicapées (préambule).

68. Les enfants autochtones handicapés se heurtent à des obstacles physiques, systémiques et comportementaux qui entravent la réalisation de leurs droits à l'éducation, à l'accès aux services et aux programmes de réadaptation destinés aux personnes handicapées. Trop souvent, ils sont victimes de discrimination, de maltraitance et de brimades de la part de leurs camarades, de leurs aidants et des membres de leur communauté. Statut d'autochtone, handicap intellectuel et emprisonnement vont souvent ensemble⁴³.

⁴³ Matthew Frize, Dianna Kenny et C.J. Lennings, « The relationship between intellectual disability, indigenous status and risk of reoffending in juvenile offenders on community orders », *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 52, n° 6 (juin 2008).

69. Il arrive aussi que, chez les personnes autochtones, le handicap soit détecté tardivement à cause du racisme ou de la discrimination ou même qu'un handicap intellectuel soit surdiagnostiqué en raison du parti pris culturel des évaluations⁴⁴. En outre, la discrimination institutionnalisée fondée sur la capacité physique peut conduire à ne pas diagnostiquer certaines maladies chez les personnes vivant avec un handicap, lorsqu'une anomalie est attribuée au handicap plutôt qu'à une pathologie distincte⁴⁵. Les autochtones sont particulièrement exposés à ce type d'erreur en raison de fréquents problèmes de langue et d'autres obstacles à la communication, et compte tenu également du manque de formation des professionnels de santé. Les programmes de formation et d'enseignement devraient comprendre des cours sur les besoins des personnes autochtones handicapées, afin que les praticiens soient sensibilisés à la question.

70. Il arrive souvent que les personnes autochtones handicapées vivant dans des régions reculées doivent périodiquement reconfirmer leur handicap auprès d'organisations médicales centralisées afin de pouvoir continuer à percevoir leur pension, ce qui crée des difficultés. Il faudrait que les États et les autres acteurs reconnaissent et combattent les discriminations multiples dont souffrent les personnes autochtones handicapées.

VII. Défis actuels concernant les peuples autochtones et le droit à la santé

A. Maladies transmissibles et non transmissibles

71. Les peuples autochtones présentent des taux disproportionnés de maladies infectieuses telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, avec un risque accru de contamination par le VIH parmi les personnes migrant vers les zones urbaines. Les États devraient reconnaître que les autochtones sont plus exposés que les autres à ces maladies et que, lorsqu'ils les contractent, ils subissent de multiples discriminations. En outre, les autochtones souffrent de manière disproportionnée de maladies tropicales « négligées », comme le trachome, les helminthiases, le pian, la lèpre et la strongyloïdose⁴⁶. Les États devraient envisager un traitement général ou de masse pour ces affections, avec le consentement des intéressés, lorsqu'il existe des médicaments efficaces. Il importe également que le financement public des activités de santé visant les autochtones ne soit pas fondé sur l'état de santé, en particulier dans les communautés qui sont déjà défavorisées. En Fédération de Russie, l'augmentation de l'incidence de la tuberculose dans les communautés autochtones a été utilisée comme critère pour la suppression ou la réduction des subventions fédérales⁴⁷.

72. Une augmentation fulgurante de l'incidence des maladies non transmissibles a également été constatée chez les peuples autochtones, qui affichent des taux disproportionnés de maladies cardiovasculaires et de diabète. Ces taux élevés sont liés à la migration des autochtones vers les zones urbaines, où ils changent rapidement de mode de vie et adoptent un régime alimentaire moderne riche en calories, en graisses et en sel⁴⁸.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Communication du First Peoples Disability Network.

⁴⁶ Peter Hotez, « Aboriginal populations and their neglected tropical diseases », *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 8, n° 1 (janvier 2014).

⁴⁷ Fédération de Russie, loi fédérale n° 217 du 10 mars 2009 relative à l'approbation des conditions de versement des subventions fédérales aux budgets des entités constitutives de la Fédération de Russie en vue d'appuyer le développement économique et social des peuples autochtones du Nord, de Sibérie et de l'Extrême-Orient russe.

⁴⁸ Michael Gracey et Malcolm King (voir note de bas de page 39).

Par exemple, aux Philippines, le développement et l'évolution des pratiques agricoles et des habitudes alimentaires ont contribué à l'augmentation en flèche des taux de diabète, de maladies rénales, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension et de cancers⁴⁹. En outre, les données montrent que, partout dans le monde, les taux de consommation d'alcool et de tabac sont élevés chez les autochtones, en particulier chez les hommes.

73. Les États devraient prendre des mesures spécifiques pour lutter contre la charge considérable que représentent ces maladies chez les peuples autochtones. Ils devraient faire en sorte que les médicaments clefs, comme l'insuline et les antihypertenseurs, soient abordables, car leur coût élevé à la charge des patients peut conduire à une détérioration rapide et pourtant évitable de la santé. Ils devraient aussi envisager de lancer des initiatives de télémédecine ou de santé mobile visant à suivre les personnes autochtones atteintes de maladies chroniques qui vivent dans des régions reculées. L'utilité de l'exercice physique et du sport ne devrait pas être sous-estimée, tant aux fins de la prévention des maladies non transmissibles que pour leurs bénéfices indirects sur la santé, comme l'amélioration de l'insertion sociale et de l'estime de soi. Chez les jeunes autochtones australiens, on a constaté une relation positive entre la pratique du sport, telle que déclarée par les intéressés, et l'état de santé, y compris la santé mentale ; il a même été démontré que la pratique du sport permettait de prévenir la délinquance juvénile⁵⁰. Il est très encourageant que les jeux et les manifestations sportives traditionnels, comme les Jeux mondiaux des peuples autochtones qui ont eu lieu en 2015, soient soutenus et promus par les États, compte tenu de leur rôle dans la prévention des maladies et la promotion du bien-être.

74. La santé des personnes autochtones au travail est également primordiale. Par exemple, certains autochtones souffrent de silicose à cause des mauvaises conditions d'hygiène des usines de transformation de la pierre, source de revenu traditionnelle dans certains territoires autochtones de la Fédération de Russie. Les États devraient préserver la santé des peuples autochtones qui travaillent dans l'industrie, qu'elle soit traditionnelle ou classique⁵¹.

B. Salubrité de l'environnement, changements climatiques et déplacement

75. L'insalubrité de l'environnement est depuis longtemps source d'inquiétude pour les peuples autochtones. Le Comité des droits de l'enfant a souligné l'importance de la salubrité de l'environnement pour les enfants et a reconnu que les changements climatiques sont une menace particulièrement urgente pour la santé et le mode de vie des enfants autochtones, faisant remarquer que les États devraient placer les préoccupations relatives à la santé des enfants au centre de leurs stratégies d'atténuation des changements climatiques et d'adaptation à ceux-ci (observation générale n° 15). Les personnes déjà vulnérables, notamment les autochtones, sont les plus touchées par les effets des changements climatiques (A/HRC/31/52). Ainsi, les changements climatiques contribuent, dans une large mesure, à l'insécurité alimentaire chez les Inuits de la zone arctique du Canada, dont les pratiques de chasse et de pêche sont menacées par la réduction consécutive de l'étendue glacée qui constitue leur terrain de chasse⁵². Le remplacement des sources alimentaires traditionnelles par des aliments consommés par la population générale est onéreux dans ces régions, et présente également des risques pour la santé.

⁴⁹ Penelope Domogo, exposé lors du séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

⁵⁰ Communication de Cultural Survival.

⁵¹ Document final du Séminaire d'experts intitulé « Peuples finno-ougriens et développement durable : santé des peuples autochtones », tenu à Pétrozavodsk (Fédération de Russie) les 25 et 26 mai 2016.

⁵² Sheila Watt-Cloutier, exposé lors du Séminaire d'experts sur les peuples autochtones et le droit à la santé.

76. Les activités menées par les États ou des tiers comme les sociétés multinationales dans le domaine du développement peuvent aussi compromettre les déterminants fondamentaux de la santé des peuples autochtones, comme la nourriture, l'eau potable et l'assainissement. Elles peuvent obliger les peuples autochtones à quitter leurs terres traditionnelles ou entraîner une contamination des terres ou de l'eau, qui provoque, à terme, des atteintes au droit à la santé et à d'autres droits, notamment le droit à la vie⁵³. La contamination peut également se produire par l'utilisation de pesticides qui sont interdits dans certains États mais tout de même exportés et utilisés dans d'autres⁵⁴. Il est paradoxal que, du fait du développement et de la mondialisation, les peuples autochtones, qui jouissent d'un énorme savoir traditionnel concernant les moyens de vivre de manière saine et durable dans des écosystèmes ruraux, soient systématiquement parmi les plus exposés à l'insécurité alimentaire, la malnutrition et aux maladies chroniques. Cette vulnérabilité est une réalité pour de nombreux peuples autochtones ; un lien de causalité a été établi entre le diabète et les maladies cardiovasculaires et les conséquences de la colonisation et de la dépossession des terres, des territoires et des ressources⁵⁵.

77. Des efforts devraient être faits pour promouvoir la coopération entre les peuples autochtones et les entreprises, et réduire les effets négatifs du développement, comme en Fédération de Russie⁵⁶. Il est également vital, pour le bien-être et la subsistance des peuples autochtones, de définir leurs droits en matière de ressources terrestres, forestières et marines et d'autres ressources naturelles. L'importance du maintien d'un lien avec la terre est en outre reconnue dans les instruments juridiques régionaux⁵⁷. Lorsque l'on donne aux peuples autochtones les moyens d'entretenir et de préserver leur terre, on crée un cercle vertueux : les ressources naturelles sont utilisées plus durablement, des emplois sont créés et la santé générale des communautés s'améliore. Les peuples autochtones devraient garder le contrôle sur le processus décisionnel concernant ces ressources afin d'assurer l'accès à une nourriture suffisante et de garantir la sécurité nutritionnelle, en particulier dans les endroits où les communautés dépendent des ressources marines et terrestres pour leur survie (E/2005/43-E/C.19/2005/9).

⁵³ Voir par exemple *Xákmok Kásek Indigenous Community v. Paraguay*, Cour interaméricaine des droits de l'homme, 24 août 2010.

⁵⁴ Communication du Conseil international des traités indiens.

⁵⁵ Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : Volume 3 – Vers un ressourcement* (Ottawa, Canada Communication Group, 1996).

⁵⁶ Programme des Nations Unies pour le développement, Union russe des industriels et des entrepreneurs et Réseau local du Pacte mondial en Russie, « Réseau local du Pacte mondial des Nations Unies en Russie : pratiques en matière de responsabilité sociale de l'entreprise ».

⁵⁷ Voir la Convention de l'Union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique, art. 4 (par. 5).

Annexe

Avis n° 9 du Mécanisme d'experts sur le droit à la santé des peuples autochtones

A. Considérations générales

1. Le droit des peuples autochtones à la santé est garanti dans de nombreux instruments nationaux et internationaux, et constitue un aspect important du droit des droits de l'homme. Il est étroitement lié à différents droits fondamentaux acquis par les peuples autochtones, notamment le droit à l'autodétermination, le droit au développement, le droit à la culture, le droit à la terre, aux territoires et aux ressources, le droit à la langue et le droit à l'environnement naturel.

2. Les autochtones ont de la santé une conception large et holistique qui intègre, outre la santé physique, une dimension spirituelle, environnementale, culturelle et sociale. L'assimilation culturelle forcée, la dépossession des terres et l'utilisation des terres autochtones pour l'industrie extractive, la marginalisation politique et économique, la pauvreté et d'autres héritages du colonialisme ont conduit à une perte de contrôle sur la santé individuelle et collective et ont porté atteinte à la réalisation des droits des peuples autochtones à la santé.

3. Partout dans le monde, les statistiques de la santé illustrent la situation défavorable dans laquelle se trouvent les peuples autochtones concernant l'accès à des soins de santé de qualité, et leur vulnérabilité à de nombreux problèmes de santé, notamment des maladies transmissibles et non transmissibles. Les femmes, les jeunes, les enfants et les personnes handicapées autochtones se heurtent à des obstacles particuliers – ils affichent notamment des taux de mortalité maternelle et de suicide plus élevés – et font face à des formes multiples de discrimination.

B. Conseils à l'intention des États

4. Les États devraient reconnaître et renforcer la protection du droit des peuples autochtones à la santé en ratifiant et en intégrant dans leur législation interne la Convention (n° 169) relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989, de l'Organisation internationale du Travail, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et d'autres instruments fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, et en prenant des mesures concrètes pour mettre en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

5. Les États devraient reconnaître le droit inhérent des peuples autochtones à déterminer leur avenir, y compris en ayant la maîtrise de leur propre santé. Ils devraient envisager de signer avec les peuples autochtones des traités protégeant expressément le droit à l'autodétermination et le droit à la santé, et mettre en œuvre, le cas échéant, les engagements déjà pris dans le cadre de traités.

6. La santé est un élément indispensable de l'existence même des peuples autochtones, de leur survie et de leur droit à vivre dignement et à décider de leur avenir. Les États devraient en conséquence solliciter le consentement préalable, libre et éclairé des peuples autochtones avant de mettre en œuvre des lois, politiques ou programmes ayant une incidence sur leur santé ou leurs droits en matière de santé.

7. Les États devraient mettre en œuvre des plans nationaux pour la santé des peuples autochtones avec la pleine participation de ceux-ci et avec leur consentement préalable, libre et éclairé, ou élaborer des plans nationaux de santé qui intègrent des programmes et politiques spécifiques en faveur des peuples autochtones, ou modifier les plans existants. Ils devraient aussi incorporer le droit à la santé dans les plans d'action nationaux relatifs à la mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.
8. Les États devraient veiller à ce que les peuples autochtones aient pleinement accès aux structures, aux biens et aux services de santé publics, ainsi qu'aux structures, aux biens et aux services liés aux déterminants fondamentaux de la santé, tels qu'une eau salubre et potable, une nourriture suffisante et des réseaux d'assainissement adéquats. L'introduction et la mise en œuvre d'une législation complète de lutte contre la discrimination et la collecte et l'utilisation de données ventilées sont indispensables pour atteindre cet objectif.
9. Les lois et politiques qui tolèrent ou autorisent la violence à l'égard des peuples autochtones, même implicitement, devraient être abrogées par les États, et des mesures devraient être prises pour combattre la violence perpétrée par des représentants de l'État (comme les forces armées) et des tiers. Les actes de violence commis dans des établissements de soins de santé, comme les stérilisations forcées et les mutilations génitales féminines, de même que la discrimination à l'égard des personnes autochtones homosexuelles, bisexuelles ou transgenres devraient être expressément interdits.
10. Les États ne devraient pas mettre en danger la salubrité de l'environnement des peuples autochtones, notamment par la pollution de l'air ou la contamination de l'eau et du sol par des entreprises publiques ou d'autres activités. Ils devraient prendre des mesures pour protéger les peuples autochtones des dommages causés à l'environnement par des tiers (comme les sociétés privées) en réduisant, au moyen de mesures législatives et de mesures pratiques, les effets qu'ont les industries extractives en particulier sur la santé physique et mentale des peuples autochtones.
11. Les peuples autochtones devraient avoir le droit de s'identifier en tant que groupes distincts au sein des États, et les États devraient prendre des mesures positives pour garantir la collecte de données ventilées sur les peuples autochtones. Les États devraient faciliter l'accès aux services de santé en améliorant le processus d'enregistrement des naissances et en arrêtant de faire de l'enregistrement de la naissance une condition préalable à l'accès aux services de santé.
12. Les États devraient prendre des mesures pour soutenir la sauvegarde des cultures autochtones et protéger les peuples autochtones contre l'appropriation et de la marchandisation de leurs savoirs, de leurs pharmacopées traditionnelles et d'autres pratiques traditionnelles par des tiers. Les peuples autochtones devraient être autorisés à pratiquer leur médecine traditionnelle et à bénéficier de ses avantages, mais les pratiques préjudiciables qui portent atteinte à d'autres droits, comme les mutilations génitales féminines, devraient être éradiquées, en partenariat avec les peuples concernés.
13. Les États devraient fournir des ressources suffisantes aux peuples autochtones pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres initiatives en matière de soins de santé ou, en l'absence de services gérés par les autochtones, proposer directement aux peuples autochtones des programmes et des interventions, notamment par la mise en œuvre des mesures spéciales nécessaires à la pleine réalisation de leur droit à la santé.
14. Les États devraient garantir l'accès aux services de santé, y compris aux services de prévention, aux peuples autochtones nomades ou vivant dans des zones reculées, aux peuples autochtones vivant dans des régions touchées par un conflit et aux autochtones en détention, notamment au moyen de dispensaires mobiles, de la télémédecine et des technologies de l'information et de la communication.

15. Les États devraient veiller à ce que des services d'interprétation soient mis à la disposition des patients autochtones, afin de garantir une communication adéquate dans les établissements de santé. Compte tenu de l'importance du langage dans le processus de guérison, les États devraient également promouvoir l'utilisation des langues autochtones dans les établissements de santé.

16. Les États devraient prendre des mesures pour former des professionnels de santé autochtones, accréditer les praticiens autochtones et les intégrer dans les systèmes de santé. Ils devraient en outre améliorer les programmes de formation pour apprendre aux professionnels de santé à fournir des services culturellement adaptés, et mettre en place des programmes et des services visant à sensibiliser les praticiens au traitement et à la prise en charge des autochtones.

17. Les peuples autochtones devraient élaborer et diffuser, en partenariat avec les États, des informations et des matériels de promotion de la santé qui soient culturellement appropriés, afin de prévenir les maladies transmissibles comme les maladies non transmissibles. Des ressources suffisantes devraient être affectées à l'élaboration de programmes d'information sur les modes de vie sains, et les États devraient élaborer des stratégies spécifiques de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles en partenariat avec les peuples autochtones et avec leur consentement préalable, libre et éclairé.

18. Les États devraient mettre en œuvre des lois, des politiques et des programmes visant à aider les peuples autochtones à faire des choix éclairés concernant leur santé, et notamment des initiatives visant à améliorer les choix des peuples autochtones s'agissant des déterminants fondamentaux de la santé, tels qu'une alimentation saine et la pratique d'une activité physique.

19. Les États devraient donner la priorité à des mesures d'éducation en faveur des peuples autochtones, compte tenu de la forte corrélation, directe et indirecte, qui existe entre santé et degré d'instruction. Ils devraient veiller à ce que chaque enfant autochtone ait accès à l'éducation primaire et secondaire et à ce que tous les peuples autochtones aient accès à des ressources éducatives ayant trait à la santé.

20. La forte proportion d'enfants autochtones séparés de leur famille ou de leur communauté, partout dans le monde, et les effets considérables sur la santé du traumatisme intergénérationnel imputable à cette séparation et au placement en internat ou dans d'autres établissements devraient faire l'objet d'un examen plus approfondi de la part des États. Des mesures devraient être prises pour préserver l'intégrité des familles autochtones conformément aux droits de l'enfant et pour garantir que les autochtones touchés reçoivent les soins préventifs et curatifs dont ils ont besoin pour traiter des séquelles telles que les maladies mentales.

21. Les États, en coopération avec les peuples autochtones, doivent prendre des mesures immédiates pour réduire le taux de suicide chez les autochtones, en particulier chez les enfants et les jeunes, qui est élevé dans toutes les régions du monde. Des mesures préventives éprouvées devraient être mises en œuvre dans les communautés à haut risque et des ressources suffisantes devraient être affectées afin de parvenir à de véritables améliorations dans le domaine de la santé mentale chez les peuples autochtones.

22. Les États devraient fournir des ressources et des matériels afin de proposer aux femmes des soins de santé adaptés du point de vue culturel, s'agissant en particulier de la santé maternelle et de la santé sexuelle et procréative et des droits en la matière.

23. Les États devraient faire en sorte que les femmes soient protégées de la violence en renforçant les lois pénales et en recourant aux mécanismes juridiques autochtones. Ils devraient également offrir des services d'appui et des ressources aux femmes victimes de violence, y compris des ressources financières si nécessaire.

24. Les États devraient prendre des mesures pour lutter contre la discrimination à l'égard des personnes autochtones handicapées en mettant en œuvre des lois, des politiques et des programmes et en créant des mécanismes visant à empêcher que les droits de ces personnes ne soient bafoués par des tiers. Ils devraient également proposer des services (diagnostic et autres) culturellement adaptés qui tiennent compte, dans la détection et la prise en charge du handicap, des besoins des personnes autochtones.

25. Les États devraient promouvoir la pratique des sports et des jeux traditionnels autochtones, par exemple dans le cadre des Jeux mondiaux des peuples autochtones.

26. Les États devraient reconnaître et protéger le droit des peuples autochtones à leurs terres, leurs territoires et leurs ressources par des lois et des politiques appropriées, étant donné leurs liens intrinsèques avec les droits à la santé et à l'alimentation.

27. Les États devraient établir des plans concrets aux fins de la mise en œuvre des dispositions de l'Accord de Paris, dans le but d'atténuer les effets néfastes des changements climatiques et d'adapter leur planification du secteur de la santé de manière à se préparer aux effets des changements climatiques sur la santé, qui touchent de manière disproportionnée les peuples autochtones.

28. Les États devraient veiller à ce que des mécanismes adéquats soient en place afin de fournir des voies de recours et une réparation en cas d'atteintes au droit à la santé, y compris aux droits consacrés dans les traités, soit par les voies classiques, soit par les systèmes juridiques autochtones. Les systèmes juridiques autochtones peuvent avoir certains avantages en ce qui concerne le règlement des plaintes liées à des violations des droits relatifs à la santé.

C. Conseils aux peuples autochtones

29. Les peuples autochtones devraient renforcer leurs activités de sensibilisation pour faire reconnaître le droit des peuples autochtones à la santé et à l'autodétermination, en vue de mettre en place des structures, des biens et des services de santé placés sous le contrôle des communautés autochtones, équitablement financés, qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

30. Les peuples autochtones devraient continuer de militer pour une représentation proportionnelle et une participation véritable aux décisions de politique générale concernant les soins de santé, et inciter les États à demander leur consentement préalable, libre et éclairé avant de mettre en œuvre des lois, des politiques ou des projets qui les concernent.

31. Les peuples autochtones peuvent prendre des mesures de protection et de promotion de la médecine traditionnelle et des pratiques connexes, en œuvrant notamment pour obtenir la reconnaissance de l'État en vue de recevoir une entière protection en vertu du Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique, et pour que la médecine et les pratiques médicales traditionnelles soient intégrées aux services de santé classiques.

32. Les peuples autochtones devraient veiller à ce que des mesures soient prises dans les communautés pour protéger les enfants et les jeunes contre les pratiques ayant des conséquences néfastes pour la santé, notamment l'alcoolisme et la toxicomanie, et collaborer avec les États pour combattre ces pratiques.

D. Conseils aux organisations internationales

33. Tout en prenant acte du travail accompli dans ce domaine par l'Organisation panaméricaine de la santé, le Mécanisme d'experts suggère que l'Organisation mondiale de la Santé envisage de désigner un coordonnateur mondial pour les questions de santé des peuples autochtones dans le but de mieux répondre aux préoccupations urgentes soulevées au niveau mondial concernant la réalisation du droit à la santé des peuples autochtones.

34. L'Organisation des Nations Unies, ses organismes et d'autres organisations internationales devraient souligner qu'il importe de fournir des services de santé mentale aux peuples autochtones et de prendre des mesures pour lutter contre le suicide chez les autochtones, en particulier chez les enfants et les jeunes. L'Organisation mondiale de la Santé devrait coordonner des travaux de recherche complémentaires sur le suicide des jeunes. Les organisations susmentionnées devraient échanger des informations et aider les communautés autochtones à lutter contre ce problème.

35. Le Fonds des Nations Unies pour la population devrait tenir compte des droits des autochtones, en particulier des femmes et des jeunes, dans la planification, au vu du taux disproportionné de morbidité et de mortalité des femmes autochtones et des carences dans la réalisation de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative.

36. L'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et d'autres organisations internationales devraient mener des travaux de recherche et diffuser des informations sur les pratiques exemplaires en matière de soins de santé communautaires, afin de promouvoir leur adoption.

37. En coopération avec les États, les organismes multilatéraux et d'autres entités devraient également consacrer davantage de ressources aux activités de recherche et de développement en vue de proposer de nouveaux traitements à un prix abordable pour les maladies tropicales négligées dont les peuples autochtones souffrent de manière disproportionnée.

38. L'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes des Nations Unies devraient collaborer avec les peuples autochtones en vue d'élaborer des directives de politique générale visant à incorporer les savoirs traditionnels autochtones dans les systèmes de santé nationaux, y compris par la reconnaissance des pratiques exemplaires.
