

**Contribution de l'OMS à la
Conférence
mondiale
contre
le racisme,
la discrimination
raciale,
la xénophobie
et l'intolérance
qui y est
associée**

« Dans les groupes vulnérables et marginalisés de la société la proportion des problèmes de santé est excessive. Un grand nombre de ces disparités trouvent leur origine dans des inégalités sociales et structurelles fondamentales qui sont inextricablement liées au racisme et aux autres formes de discrimination sociale ... La discrimination manifeste ou implicite viole l'un des principes fondamentaux des droits de l'homme et souvent peut être à l'origine d'un mauvais état de santé. »

L'Organisation mondiale de la Santé lance dans ce document un appel pressant aux membres de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée pour qu'ils examinent les liens existant entre la discrimination raciale et la santé, en notant en particulier qu'il faudrait entreprendre des travaux de recherche supplémentaires pour explorer les rapports entre les critères de santé et le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée.

*Série de publications
Santé et Droits Humains
N° 2, août 2001*

Pour plus d'information, veuillez vous adresser à :

Helena Nygren-Krug
Organisation mondiale de la Santé
Unité stratégie
Avenue Appia, 20
1211 Genève 27 (Suisse)
Tél : (41) 22 791 25 23 – Fax : (41) 22 791 4726
Courriel : nygrenkrugh@who.int

Cristina Torres Parodi
Conseiller régional pour l'élaboration des politiques de santé
Division de la Santé et du Développement humain
Organisation panaméricaine / Organisation mondiale de la Santé
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tél : 202-9743217
Courriel : torrescr@paho.org

*Série de publications
Santé et Droits Humains
N° 2, août 2001*

*Santé
et absence de
discrimination*



Contribution de l'OMS à la
Conférence mondiale
contre le racisme, la discrimination
raciale, la xénophobie et l'intolérance
qui y est associée

Santé et
absence de discrimination



Sommaire

- | | |
|--|---------|
| 1. <i>Introduction</i> | page 5 |
| 2. <i>Données de base</i> | |
| 2.1 Santé, droits humains et discrimination | page 6 |
| 2.2 Inégalités dans le domaine de la santé
causées par la discrimination | page 7 |
| 3. <i>Facteurs déterminant les inégalités en matière de santé</i> | |
| 3.1 Facteurs déterminants au sein du secteur
de la santé | page 8 |
| 3.2 Facteurs socio-économiques déterminants | page 11 |
| 4. <i>Conclusions</i> | page 12 |
| <i>Annexe:</i> variation des indicateurs d'accès
à la santé et aux services : perspective régionale | page 15 |



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

1 - Introduction

- 1 - La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 1948 déclare que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain».¹ Elle définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» et elle interdit toute discrimination intervenant dans l'exercice de ce droit.²

(1) Documents fondamentaux, quarante-troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001. La constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé en 1946.

(2) Id. Préambule.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

- 2 - L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît que la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée constitue une opportunité unique pour l'élaboration et l'adoption d'une nouvelle stratégie visant à trouver une solution aux répercussions sur la santé du racisme, de la discrimination raciale, de la xénophobie et de l'intolérance.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

2 - Données de base

2.1 SANTÉ, DROITS HUMAINS¹ ET DISCRIMINATION

- 3 - Dans les groupes vulnérables et marginalisés de la société la proportion des problèmes de santé est excessive. Un grand nombre de ces disparités trouvent leur origine dans des inégalités sociales et structurelles fondamentales qui sont inextricablement liées au racisme et aux autres formes de discrimination sociale. Les statistiques de la mortalité et de la santé suivent en général de très près les rapports économiques et sociaux, ce qui nous amène à conclure que l'élimination des écarts en matière de critères de santé exige que soit traitée la question des inégalités sociales qui les sous-tendent inexorablement.
- 4 - Les droits humains offrent un cadre utile pour identifier, analyser et répondre directement aux facteurs sociaux qui déterminent la santé. La vulnérabilité à la maladie peut être réduite si des mesures sont prises pour faire respecter, protéger et appliquer les droits humains. Il faut que les gouvernements, lorsqu'ils s'efforcent de remplir leurs obligations en matière de droits humains, le fassent d'une manière délibérée, concrète et ciblée aussi clairement que possible.
- 5 - Libérer les populations de la discrimination pour des raisons de race et d'ethnicité, de sexe et de sexospécificité, ainsi que de langue et de religion, constitue une norme fondamentale et primordiale qui a des conséquences sur tous les aspects de la vie publique.

(1) Il est important de noter la nouvelle tendance à utiliser le terme «droits humains» à la place du terme «droits de l'homme». Cela s'explique: le terme «droits humains» a une plus forte connotation de la représentation universelle de l'espèce humaine. Dans la mesure du possible l'OMS utilise le nouveau terme, tout en sauvegardant le terme «droits de l'homme» lors de citation et pour les textes ce rapportant à la législation.

Alors que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prend des mesures en vue d'un exercice progressif, et reconnaît les contraintes qui sont dues à la limitation des ressources disponibles, il impose également diverses obligations avec effet immédiat. L'importance toute particulière à ce sujet est «l'engagement à garantir» que les droits pertinents «seront exercés sans discrimination...».

- 6 - La discrimination manifeste ou implicite viole l'un des principes fondamentaux des droits humains et souvent peut être à l'origine d'un mauvais état de santé. La discrimination contre la femme, le vieillard, les minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, les personnes handicapées, les populations indigènes et tout autre groupe marginalisé cause et accentue la pauvreté et la mauvaise santé.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

- 7 - Le respect des droits humains repose sur le principe de l'absence de discrimination. La responsabilité du gouvernement en matière de non-discrimination consiste à garantir que les individus jouissent d'une protection et d'une opportunité égales devant la loi, ainsi que de droits de facto comme le droit à la santé publique, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux. La convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale fait une obligation à tous les Etats parties d'interdire et d'éliminer la discrimination raciale

sous toutes ses formes et de garantir le droit de chacun sans distinction de race, de couleur de la peau ou d'origine nationale ou ethnique à l'égalité devant la loi, notamment en ce qui concerne l'exercice des droits mentionnés ci-dessus.

- 8 - Une observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, récemment adoptée par le Comité chargé d'étudier l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, énumère les motifs pour ne pas effectuer de discrimination dans le domaine de la santé en proscrivant « toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé ».³

(3) Observation générale sur le droit à la santé adoptée par le Comité des Droits économiques, sociaux et culturels, le 11 mai 2000, paragraphe 18. (E/C.12/2000/4, CESCR General comment 14, 4 juillet 2000).

2.2 INÉGALITÉS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ CAUSÉES PAR LA DISCRIMINATION

- 9 - Les travaux de recherche ont mis en évidence des inégalités dans le domaine de la santé et des soins sociaux s'agissant des groupes ethniques et raciaux,⁴ et montrent que le racisme est l'explication la plus troublante de ces inégalités.⁵ On a également suggéré qu'il faudrait porter son attention à la fois sur des éléments comme la sexospécificité, l'ascendance et l'ethnicité, le statut socio-économique, le handicap, l'orientation sexuelle et la ruralité qui ont des répercussions sur les critères de santé, et sur l'impact des institutions, des lois, des politiques et des programmes sur les groupes ethniques et raciaux.⁶

(4) Voir annexe : Variation des indicateurs d'accès à la santé et aux services : perspective régionale.

(5) Bhopal R. Spectre of racism in health and health care : lessons from history and the United States. *British Medical Journal*, 27 juin 1998, 316 (7149) : 1970-1973.

(6) Kurland J. Public health in the new Millennium II. *Social exclusion*, juillet/août 2000, 115(4) : 298-301.

Le respect des droits de l'homme, dont les normes se trouvent dans nombre d'instruments internationaux est un élément important de protection de la santé. Ce sont ceux qui sont les plus vulnérables dans la société : les femmes, les enfants, les pauvres, les personnes handicapées, les personnes déplacées dans leur propre pays, les migrants et les réfugiés, qui sont les plus exposés aux facteurs de risque qui entraînent la mauvaise santé : discrimination, inégalité, violence et pauvreté.

Il est par conséquent essentiel, non seulement de défendre le droit à la santé, mais de garantir que tous les droits de l'homme sont respectés et que l'on se préoccupe des causes premières, économiques, sociales et culturelles qui sont à l'origine de la mauvaise santé.

Mary Robinson, Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, 9^e Congrès international de la Fédération mondiale des Associations de la Santé publique, Beijing, 2-6 septembre 2000.

- 10 - La sexospécificité est un thème transversal qui intéresse toutes les branches de la santé et du développement puisque les politiques et les programmes n'ont pas les mêmes conséquences selon le sexe. Une autre dimension importante consiste à examiner la manière dont la discrimination raciale est renforcée par la présence d'autres discriminations, comme par exemple celles qui sont fondées sur le sexe et la sexospécificité ; l'âge (enfants et personnes âgées) ; l'orientation sexuelle ; la religion ; l'affiliation politique ; le handicap physique ou mental ; et tout autre état de santé. Par exemple, l'association de la discrimination raciale et de la discrimination sexuelle a eu pour résultat d'accroître la vulnérabilité des femmes d'origine africaine, dont un grand nombre subit une exploitation sexuelle et est l'objet d'un trafic dans l'hémisphère occidental. Dans de nombreux pays de l'Amérique latine, l'incidence du VIH/SIDA est très élevée chez les hommes et les femmes d'origine afro-latino-américaine. Il faut donc porter une attention toute spéciale aux obstacles supplémentaires causés par la discrimination multiple.

3 - Facteurs déterminant les inégalités en matière de santé

3.1 FACTEURS DÉTERMINANTS AU SEIN DU SECTEUR DE LA SANTÉ

11 - En ce qui concerne le secteur de la santé, les facteurs qui permettent le mieux d'expliquer les disparités de situation sanitaire et d'accès aux services de santé sont les suivants :

◆ **Accès aux services de santé.** Les obstacles à surmonter pour avoir accès aux services de santé constituent un facteur essentiel des différences des critères de santé que l'on peut constater parmi les divers groupes de population d'une société. Il existe plusieurs raisons d'ordre pratique à ceci, notamment le lieu et le coût. De tout temps, une ségrégation physique a existé sur la base de la race et de l'ethnicité dans les quartiers et/ou régions. En même temps, les services publics de ces zones, y compris les services de santé, peuvent être d'une qualité et d'une efficacité moindres. Par exemple, les médecins, le matériel et les services sont fortement concentrés dans les zones urbaines. Des services absolument essentiels sont nécessaires pour garantir l'accès aux services de santé, comme par exemple des moyens de transport subventionnés.

Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint adoptée par le Comité qui est chargé d'étudier l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, mai 2000 :

« Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits. Ceci veut également dire qu'ils doivent être

physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. »

◆ **Sensibilité culturelle.** Il existe d'autres facteurs d'exclusion associés à la langue et aux valeurs culturelles. La conception de la santé et de la maladie en général s'insère dans un système de croyances qui change selon le groupe ethnique. Pour certains groupes, la maladie peut être causée par les êtres humains qui détiennent des pouvoirs puissants, par des forces surnaturelles ou par des accidents, des excès ou des insuffisances. Ces croyances peuvent empêcher les gens d'avoir recours aux services de santé modernes dont la base est scientifique. Dans ces cas-là, la médecine traditionnelle joue un rôle important pour la prévention et les soins. Dans la prestation de services de santé modernes, il faut par conséquent prendre soigneusement en considération les différentes croyances culturelles afin d'être suffisamment réceptif à ces cultures pour ne pas limiter l'accès des minorités ethniques.

La Convention No 169 de l'OIT relative aux peuples indigènes et tribaux, 1991, stipule que les gouvernements doivent faire en sorte que :

1. Des services de santé adéquats soient mis à la disposition des peuples intéressés ou doivent leur donner les moyens leur permettant d'organiser et de dispenser de tels services sous leur responsabilité et leur contrôle propres, de manière à ce qu'ils puissent jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale.
2. Les services de santé doivent être autant que possible organisés au niveau communautaire. Ces services doivent être planifiés et administrés



Photo: WHO/PAHO/Dana Downing

en coopération avec les peuples intéressés et tenir compte de leurs conditions économiques, géographiques, sociales et culturelles, ainsi que de leurs méthodes de soins préventifs, pratiques de guérison et remèdes traditionnels.

3. Le système de soins de santé doit accorder la préférence à la formation et à l'emploi de personnel de santé des communautés locales et se concentrer sur les soins de santé primaires, tout en restant en rapport étroit avec les autres niveaux de services de santé.

4. La prestation de tels services de santé doit être coordonnée avec les autres mesures sociales, économiques et culturelles prises dans le pays.

◆ **La qualité des services** est un autre aspect dont il faut tenir compte quand on évalue les différences entre les divers indicateurs de santé des groupes majoritaires et minoritaires. Deux dimensions de la qualité des soins devraient être analysées. Tout d'abord, le rapport entre le médecin et son patient, dans lequel les préjugés du personnel et des services peuvent intervenir, aboutissant à des différences dans la qualité des soins au sein du même organisme prestataire de services de santé. En second lieu, la formation et la dimension de l'équipe professionnelle ainsi que la technologie dont on peut disposer, sans oublier le modèle sanitaire utilisé par l'équipe de santé : l'existence ou l'absence des pratiques visant la prévention de la maladie et la promotion de la santé conduit à des différences au niveau des indicateurs de santé.

Observation générale sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint adoptée par le Comité qui est chargé d'étudier l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, mai 2000 :

Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

◆ **Le moment** auquel il est possible d'avoir accès aux services est un autre aspect pertinent à envisager. Il est possible qu'une certaine personne ait accès aux services de santé, mais qu'elle ne puisse en profiter que tard dans certains cas, ce qui empêche le traitement médical de réussir. Ceci pourrait expliquer les indicateurs différentiels. Les raisons pour lesquelles les individus ou les groupes retardent le moment d'aller consulter sont en partie liées aux aspects mentionnés plus haut, à savoir le coût, le lieu et la langue. Toutefois, elles découlent également de la manière dont une personne comprend le processus santé/maladie, et de la connaissance et des informations qui lui sont données sur le rôle de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé. Les personnes rechercheront une aide plus facilement si le secteur de la santé a adopté une attitude plus compréhensive, plus sensible aux minorités ethniques dans la manière dont les services sont organisés et dispensés.

Lorsque l'OMS cherche à mesurer la capacité des systèmes de santé à répondre aux attentes des personnes, elle entend par concept d'attention rapide, «une attention immédiate dans les cas d'urgence, et un temps d'attente raisonnable dans les autres cas.

De plus, les principes internationaux des droits de l'homme comprennent l'obligation qui est faite aux gouvernements de respecter le droit de chaque individu à rechercher, recevoir et diffuser les informations et les idées concernant les problèmes sanitaires. Fournir une information liée à la santé et y donner accès est aussi considéré comme « un facteur fondamental déterminant de la santé » et, en tant que tel, représente un élément essentiel de l'exercice du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ».



Photo: WHO/PAHO/Carlo Gaggero

◆ Discrimination dans le système de santé.

Finalement, il faut aussi tenir compte de l'effet de la ségrégation et de la discrimination à l'encontre des malades provenant des minorités par les services de santé eux-mêmes. C'est un domaine moins exploré par la littérature publiée. Toutefois, il est possible que, dans certains cas, les systèmes de santé aient les mêmes préjugés que la société dans son ensemble, ce qui renforce la discrimination (allant même jusqu'à l'accentuer encore). Ainsi, il est de plus en plus évident qu'il faut sensibiliser les agents de santé aux droits humains et leur donner une formation dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne l'absence de discrimination et la manière dont cette question doit être traitée dans toutes les situations pratiques.

- 12 - La discrimination a causé l'exclusion sociale et la marginalisation de certains groupes de population. A son tour, ce processus peut accroître la vulnérabilité des groupes vis-à-vis de la pauvreté et de la mauvaise santé. Ainsi, étant souvent ancrés dans la discrimination, ces facteurs déterminants généraux de la santé proviennent des contextes historiques, culturels et socio-économiques, ce qui introduit des distorsions dans la manière dont sont traités les individus issus de minorités et de groupes autochtones.⁷

(7) Thomas, VG. Explaining health disparities between African-American and white populations: Where do we go from here?

Journal of the National Medical Association, 1992, 84(10): 839-840; Navarro V. Race or class versus race and class: Mortality differentials in the United States. *Lancet*, 1990, 336:1238-1240.

Article 1 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale : l'expression discrimination raciale vise « toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique », qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits de l'homme, notamment le droit aux soins de santé, à l'éducation, au travail et à un logement décent.

3.2 FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES DÉTERMINANTS

- 13 - Les travaux de recherche ont montré que les taux de mortalité sont plus élevés pour les pauvres que pour les riches quel que soit l'âge. Mais la différence est particulièrement importante pendant les premiers mois de la vie et l'enfance.⁸
- 14 - La ségrégation relègue certains segments de la population dans des quartiers disposant de ressources moindres, où les services sont médiocres et l'environnement humain et physique est dégradé. Les populations subissant une discrimination risquent plus que d'autres d'habiter dans des régions où sévissent la pollution et la dégradation de l'environnement, et vont vraisemblablement subir les conséquences de facteurs néfastes

comme un mauvais régime alimentaire, les toxicomanies (tabac, alcool et drogues), et le comportement social (violence et accidents).

- 15 - Le niveau scolaire non seulement détermine les limites d'un accès équitable au marché du travail et la perpétuation de la pauvreté, mais a aussi des répercussions sur la santé. Les études indiquent que le niveau d'éducation de la mère est un facteur important en ce qui concerne les soins de santé de la famille (accouchements dans un cadre institutionnel, bilans de santé, etc.).



Photo: WHO/H. Anenden

Que l'idée de créer une organisation mondiale de la santé se soit inscrite dans le même processus que la reconnaissance de l'universalité des droits de l'être humain n'est pas une coïncidence. Le mandat de l'OMS, lui aussi, est universel. Notre Constitution... déclare que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, Paris (France), 8 décembre 1998. Cinquantième anniversaire de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme

(8) Gwatkin, 1999, *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, OMS, 1999.

4 - Conclusions



Photo: WHO/Armando Waak

- 16 - Les principes fondamentaux de l'égalité et de non-discrimination ont été identifiés comme des éléments essentiels de tout ce qui concerne la santé, notamment l'accès aux établissements, aux produits et aux services de santé, tout en se penchant tout particulièrement sur les sections les plus vulnérables et marginalisées de la population. Il faut également, dans toute la mesure du possible, que toutes les parties de la population aient accès physiquement et en toute sécurité aux établissements, aux biens et aux services de santé. Ces derniers devraient être culturellement acceptables, c'est-à-dire respecter la culture des individus, des minorités et des populations autochtones, et sensibles aux exigences de la sexospécificité et du cycle biologique.
- 17 - La situation sanitaire des minorités et des groupes autochtones est différente de celle de la population en général en raison de facteurs structurels tels que la pauvreté, de facteurs directement attribuables à l'organisation des services de santé et à leur qualité, et du niveau d'information auquel a accès le public en matière de santé et de soins de santé.
- 18 - Les partis pris constatés dans le traitement des minorités ethniques et autochtones devraient être corrigés par des efforts systématiques et un ensemble de mécanismes comme la formation, l'acquisition de compétences et la sensibilisation des agents de santé dans le domaine des incidences des droits humains sur leur travail, en ayant recours aux mesures et aux lois pertinentes.
- 19 - Il est nécessaire de prévoir et d'appliquer des politiques et des programmes nationaux concernant les intérêts légitimes des personnes appartenant aux minorités.⁹ Ceci comprend notamment le respect des croyances, des connaissances et de la langue des bénéficiaires, ainsi que de leurs droits à participer à toutes les questions concernant leur santé et leur développement. De plus, les instruments et programmes de politiques de la santé doivent être élaborés par les autorités du secteur de la santé dans une perspective intersectorielle de manière à cibler efficacement les communautés de peuples autochtones et de minorités ethniques, afin de faire diminuer les inégalités en matière de santé, compte tenu des obligations internationales en matière de droits humains que le gouvernement dans son ensemble a pour mission de mettre en œuvre.
- 20 - L'OMS note avec intérêt les recommandations relatives à la non-discrimination et à la santé adressées aux gouvernements qui se sont dégagées du processus préparatoire de la Conférence mondiale. L'OMS souhaite appeler l'attention sur les points suivants :
- ◆ **Importance** d'une recherche accrue sur les répercussions de la discrimination sur l'accès aux soins de santé. La surveillance systématique de la situation des groupes raciaux et ethniques marginalisés pourrait être réalisée à l'aide d'un échantillonnage périodique et de la compilation d'informations statistiques ventilées par race ou groupe ethnique, notamment en ce qui concerne des indicateurs de santé aussi fondamentaux que le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie et l'accès aux services de santé. A ce sujet, l'OMS conclut qu'une recherche plus approfondie devrait explorer les liens entre les critères de santé et le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée. Les résultats de ces

(9) Article 5, Déclaration des droits des personnes appartenant à une minorité nationale ou ethnique, religieuse ou linguistique, adoptée par la résolution de l'Assemblée générale 47/135 du 18 décembre 1992, Assemblée générale.

travaux de recherche permettraient aux pays de prendre les mesures appropriées. Sur la base de cette information, il serait possible d'établir la contribution relative de la race par rapport à la pauvreté dans le cas où les critères de santé sont médiocres.

- ◆ **Nécessité** d'une législation globale, interdisant plus particulièrement toute forme de discrimination et prévoyant des sanctions et des recours civils et pénaux dans le domaine de la vie publique, y compris en ce qui concerne la santé et les soins. En outre, il est nécessaire de renforcer les capacités des gouvernements à examiner les lois et mesures liées à la santé afin de déterminer si, dans la lettre ou dans leur application, il existe une discrimination inhérente. De même, les gouvernements devraient recevoir une aide pour élaborer des législations sanitaires nationales conformes à leurs obligations en matière de droits humains.
- ◆ **Nécessité** pour le gouvernement central, en association avec les autorités du secteur de la santé, d'attribuer des ressources financières suffisantes dans le budget national pour entreprendre des programmes de prévention, de promotion et de soins de santé adéquats en faveur des populations autochtones et des communautés ethniques minoritaires.
- ◆ **Il est important** que les institutions responsables des informations statistiques démographiques tiennent amplement compte de l'existence des populations autochtones, des populations d'origine diverse et des autres groupes ethniques, tout en mettant en évidence les éléments de leur diversité selon leurs besoins et caractéristiques, en élaborant des stratégies visant à évaluer les politiques de droits humains relatives aux groupes ethniques, et en échangeant les expériences et la pratique avec d'autres Etats. Dans ce but, il faut concevoir des



Photo: WHO

stratégies impliquant la participation de ces communautés aux processus de la collecte et de l'utilisation de l'information. Sur la base des informations statistiques existantes, il est important d'établir des programmes nationaux, et notamment des mesures de traitement préférentiel.

- ◆ **Il faudrait demander instamment** que des mesures soient prises pour éliminer les disparités entre les divers états de santé des groupes raciaux et ethniques défavorisés d'ici l'an 2010, notamment les disparités relevant de situations sanitaires comme le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le tabac, la santé maternelle, la sécurité alimentaire, la santé mentale, la sécurité transfusionnelle et les systèmes de santé.
- ◆ **Il faudrait souligner** les questions relatives à la sexospécificité et à la discrimination selon le sexe, notamment les dangers multiples encourus lorsque les questions relatives au sexe, à la classe et à l'ethnicité se superposent; insister sur l'importance de politiques publiques susceptibles de donner un élan aux programmes en faveur des femmes autochtones et des femmes des minorités ethniques, en vue d'encourager leurs droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels; mettre un terme à cette situation de désavantage en raison du sexe; aborder les problèmes urgents les concernant dans le domaine de la santé, notamment la santé génésique et la violence entre hommes et femmes; et mettre un terme à la situation d'aggravation de la discrimination dont elles souffrent en tant que femmes lors des manifestations de racisme et de discrimination sexuelle.

- ◆ **Nécessité** d'examiner les situations des enfants soumis à la discrimination raciale, notamment ceux qui se trouvent dans des conditions de vulnérabilité particulière, comme les enfants abandonnés; les enfants qui vivent ou



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

travaillent dans la rue; les enfants victimes de la traite et de l'exploitation économique; les enfants subissant une exploitation sexuelle; les enfants touchés par les conflits armés et ceux qui sont victimes de la pauvreté; et, dans ce contexte, il importe de recueillir et d'analyser les

données statistiques permettant d'évaluer la manière dont les politiques et les lois peuvent avoir un effet sur la vie de l'enfant. Toutes les questions concernant la santé et la discrimination des enfants devront être résolues au mieux de leurs intérêts.

- ◆ **Il faut** adopter les mesures nécessaires à l'environnement favorable aux groupes défavorisés, notamment prendre des mesures pour réduire et éliminer la pollution industrielle qui les affecte de manière disproportionnée; prendre des mesures pour nettoyer et réhabiliter les sites contaminés situés dans les zones ou près des zones où ils habitent; le cas échéant, réinstaller, sur une base volontaire et après consultation des personnes intéressées, des groupes défavorisés du point de vue racial ou ethnique dans d'autres régions lorsqu'il n'y a pas d'autre possibilité pratique pour garantir leur santé et leur bien-être.

- ◆ **Les efforts** des secteurs public et privé sont nécessaires pour renforcer les capacités des représentants des peuples autochtones et des communautés minoritaires à exercer leurs droits à la participation. Ceci exige la création de compétences en matière de négociation, ainsi que l'accès aux systèmes sociaux et politiques. Le droit des individus et des groupes à une participation active, libre et significative pour fixer les priorités, prendre des décisions, élaborer, exécuter et évaluer les programmes qui peuvent avoir un effet sur le développement est une composante intégrale d'une approche de la santé fondée sur le respect des droits.

- 21 - L'OMS se réjouit de participer à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui est associée en Afrique du Sud, et prie instamment la Conférence d'examiner les liens qui existent entre la discrimination raciale et la santé. Dans l'ensemble des documents de la Conférence, l'OMS souligne qu'il est important d'intégrer le concept de santé là où d'autres droits économiques, sociaux et culturels sont mentionnés, comme l'éducation, le travail et le logement.

Nous habitons un univers caractérisé par la diversité. Il n'existe pas simplement une planète ou une étoile, mais des galaxies de natures différentes, une pléthore d'espèces animales, différentes sortes de plantes, et des races et groupes ethniques différents. Comment peut-on avoir une équipe de football si tous les membres de cette équipe sont des gardiens de but? Comment peut-on avoir un orchestre si tous les membres jouent du cor anglais?

Archevêque Desmond Tutu, s'exprimant au Débat spécial sur la tolérance et le respect, pendant la 57^e session de la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies, mars 2001.

Annexe

VARIATION DES INDICATEURS D'ACCÈS À LA SANTÉ ET AUX SERVICES : PERSPECTIVE RÉGIONALE

Le Bureau régional des Amériques a étudié les différences qui existaient dans les indicateurs de santé relatifs aux divers groupes ethniques des Amériques sur la base des informations empiriques disponibles.¹

1. Les études effectuées aux Etats-Unis mettent en évidence des disparités entre les différents groupes ethniques.² Par exemple, la mortalité est plus élevée chez les Afro-Américains que dans la population blanche: aux Etats-Unis, les deux causes principales de décès sont le cancer, avec un taux de 1 pour 2, et les maladies cardio-vasculaires avec un taux de 1 pour 6. Les taux de mortalité infantile et de mortalité dus au diabète, à l'homicide et au VIH/SIDA sont également plus élevés chez les Afro-Américains. Ces études indiquent également pour certaines maladies que la population afro-américaine a un taux de mortalité supérieur à celui des autres groupes minoritaires, comme les Américains autochtones et les Hispaniques. Une autre étude américaine a récemment confirmé un taux de mortalité plus élevé chez les Afro-Américains dans 107 villes du pays.³

2. Pour le reste de la région, les données disponibles ne sont pas aussi régulières et les études sont plus sporadiques. Toutefois, les résultats coïncident. Par exemple, les études effectuées au Pérou indiquent des taux de mortalité infantile plus élevés dans les provinces où la concentration des Afro-Péruviens est plus élevée, comme à Piura (93 pour 1000

naissances vivantes), Lambayeque (68 pour 1000), et Tacna (64 pour 1000), alors que les taux les plus faibles sont enregistrés à Lima et à El Callao (respectivement 45 et 41 pour 1000).⁴ Au Panama, la probabilité de décéder dans les douze premiers mois de vie chez les enfants autochtones est 3,5 fois plus élevée que chez les non-autochtones.⁵ Au Brésil, la mortalité infantile estimée sur la base des données de 1996 révèle des disparités prononcées: 62 pour 1000 naissances vivantes pour le groupe Afro et 37 pour 1000 pour les Blancs.⁶ Les indicateurs de mortalité infantile sont très révélateurs: 16 % des femmes âgées de plus de 15 ans ont perdu au moins un enfant né vivant. Lorsqu'on analyse les données par groupe ethnique, la répartition est la suivante: 33 % des femmes autochtones de plus de 15 ans ont perdu au moins un enfant, alors que ce chiffre est de 19 % pour les femmes noires et de 12,83 % pour les femmes blanches.

3. Au Guatemala, les données indiquent que la mortalité des enfants autochtones est plus forte. La mortalité néonatale, la mortalité des enfants âgés de 0 à 1 an et celle des enfants de moins de 5 ans sont plus élevées dans la population autochtone (32 pour 1000, 64 pour 1000 et 94 pour 1000) que dans la population latino-américaine (27 pour 1000, 53 pour 1000 et 69 pour 1000). S'agissant de la mortalité totale des enfants de moins de 5 ans, 67,6 % correspondent à la population autochtone et 32 % à la population non autochtone, ce qui est attribuable à l'accès limité aux services de santé.⁷

4. Pour ce qui est de l'accès aux services d'assurance, les études indiquent qu'en 1986, 39 % de la population hispanique aux Etats-Unis n'avait aucune couverture, chiffre trois fois plus élevé que celui des Blancs et deux fois plus élevé que celui des

Afro-Américains.⁸ Au Guatemala, plus de 70 % des femmes guatémaltèques reçoivent une certaine forme de soins au moment de la naissance, mais alors que 50 % des femmes d'origine hispanique sont soignées par des médecins, seulement 14,46 % des femmes autochtones reçoivent des soins médicaux. De plus, 87 % de femmes autochtones accouchent à la maison, à un âge moyen de 20 à 25 ans. Dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les services de santé sont fortement concentrés. Dans les quartiers extérieurs de Caracas et de Maracaibo, les services manquent pour la population afro-vénézuélienne; pour leur part, les agents de santé ne souhaitent pas travailler dans les quartiers où vit cette population en raison de la violence et du manque de sécurité.⁹ L'absence de services et l'isolement existent aussi pour les communautés noires de la côte pacifique de la Colombie, dans la vallée du Chota ou la province Esmeraldas de l'Equateur, et dans les communautés garifuna et créole de la région autonome de l'Atlantique Sud au Nicaragua.

5. D'autres observations importantes peuvent être faites en ce qui concerne l'accès aux technologies modernes de la santé. Aux Etats-Unis, les Afro-Américains âgés voient moins de spécialistes, reçoivent moins de soins préventifs (mammographies, frottis), utilisent des services hospitaliers de moindre qualité par rapport à la population blanche âgée, et ont peu accès aux technologies complexes (pour problèmes cardio-vasculaires, affections orthopédiques, transplantations rénales) et aux programmes de traitement intensif pour le cancer de la prostate, les immunodéficiences et la dépression. Ces disparités sont également évidentes dans d'autres groupes minoritaires.¹⁰ Aucune preuve scientifique ne peut établir que ces différences sont dues à des causes génétiques.¹¹ La pauvreté,



Photo: WHO/PAHO/Armando Waak

la distance par rapport aux services et l'absence d'information sont des explications possibles à ces différences. Ces facteurs, à leur tour, peuvent trouver leur origine dans la discrimination raciale.

6. Les données relatives au mode de vie et à l'ethnicité indiquent également des répercussions importantes sur la santé. En ce qui concerne les décès attribuables à la violence au Brésil, ce chiffre est de 23,4 % dans la population noire (deuxième cause de décès), alors qu'elle n'est qu'au quatrième rang pour la population blanche, soit moins de la moitié de ce chiffre (11,4 %).¹²

7. Au Guatemala, l'enquête nationale de 1998 sur la santé maternelle et infantile a indiqué une malnutrition chronique et aiguë chez les enfants autochtones de moins de 5 ans. Cette enquête a mis en évidence une malnutrition chronique (taille par rapport à l'âge) de 67,8 % dans la population autochtone, alors que le chiffre correspondant pour la population latino-américaine était de 36,7 %. La malnutrition aiguë (poids par rapport à l'âge) est de 34,6 % dans la population autochtone contre 20,9 % dans la population latino-américaine. De plus, le pourcentage de faible poids à la naissance est de 9,94 % pour les enfants autochtones et de 8,94 % pour les enfants Latino-Américains.¹³

8. En examinant les disparités des états de santé des groupes ethniques, il est intéressant de noter également qu'ils sont sous-représentés au sein même de la profession médicale. Par exemple, seulement 2 % des cardiologues aux Etats-Unis sont Afro-Américains.¹⁴ En général, les données brésiliennes sur les professionnels de la santé, comme les médecins, les dentistes et autres spécialistes, montrent la répartition suivante: 82,93 % sont de race blanche, 12,42 % sont de race métisse et 1,01 % sont de race noire. Pour ce qui est des auxiliaires médicaux, la participation des minorités augmente: 59,09 % de Blancs, 32,79 % de Métisses et 7,6 % de Noirs.

9. Finalement, la médecine traditionnelle joue un rôle important dont il faut tenir compte au sein des groupes ethniques. Par exemple, au Petit Goave (Haïti), la moitié de la population utilise des guérisseurs traditionnels (herbalistes, sages-femmes ou sorciers qui pratiquent le vaudou). Dans cette région, il y a 15 guérisseurs pour 1000 personnes, alors que la proportion de médecins est de 15 pour 10 000.¹⁵

(1) Equity in Health : from an Ethnic Perspective, Dr. Cristina Torres, Regional Policy Advisor, WHO Regional Office for the Americas.

(2) U.S. Department of Health, 1991, Nickens HW. Race/ethnicity as a factor in health and health care, Health services research, 1995, Part II ; 151-177.

(3) Williams D. Race, socioeconomic status, and health : The added effects of racism and discrimination. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999, 986 : 173-188 ; Williams D. Race and health : Trends and policy implications (paper). Conference : Income of Equality, Socioeconomics Status and Health, Washington, D.C., 2000 ; Williams D. House J. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health, Atlanta, Institute of Medicine of the National Research Council, 2000.

(4) Cowater International Inc. Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1996.

(5) Id.

(6) FOASE. Housing, services, child health all lag far behind. Latin news (12) : 2000.

(7) Valladares R, Barillas E. Inversiones en salud, equidad y pobreza ; Guatemala. The World Bank, PNUD y PAHO, 1998.

(8) Bollini, Siem. No real progress towards equity : Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social science medicine, 1995, (41)6 : 819-828.

(9) Cowater International Inc. Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1996.

(10) Fiscella K et al. Inequality in quality : Addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. Journal of the American Medical Association, 2000, 283(19) : 2579-2584.

(11) Lillie-Blanton M, Laviest T. Race/ethnicity, the social environment and health. Social science and medicine, 1996, 43(1) : 83-91.

(12) Barbosa, da Silva MI. Racismo e saúde. São Paulo, Tese de doutorado, 1998.

(13) Valladares R, Barillas E. Inversiones en salud, equidad y pobreza, Guatemala. The World Bank, PNUD y PAHO, 1998.

(14) This information was provided by the Association of Black Cardiologists (ABC), Washington, D.C.

(15) Clerismé C. Medicina tradicional y moderna en Haití, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericano OPS/OMS, Washington, D.C., Mayo 1985, 98 : 5,431-439.