

Organisation mondiale de la Santé

Plan d'action mondial pour la santé des peuples autochtones (2027-2040)

Table des matières

Contexte	2
Champ d'application	3
Principes directeurs	4
Cadre opérationnel	6
Priorité 1 : Rôle directeur et participation des peuples autochtones à l'élaboration, à la définition, à la gestion et à la mise en œuvre des politiques et programmes de santé.	7
Priorité 2 : Couverture des services de santé et protection financière en faveur des peuples autochtones, y compris dans les situations d'urgence sanitaire.	8
Priorité 3 : Approches interculturelles, fondées sur les atouts et holistiques qui garantissent le droit à l'accès aux médecines traditionnelles et à la préservation des pratiques de santé.	9
Priorité 4 : Déterminants environnementaux et sociaux interdépendants de la santé des peuples autochtones, et lutte contre les inégalités sexospécifiques.	11
Priorité 5 : Production de données factuelles, souveraineté des peuples autochtones en matière de données et obligation redditionnelle solidaire à l'égard de la santé des peuples autochtones.	14
Appui fourni par le Secrétariat de l'OMS	16
Liens avec l'ensemble du système des Nations Unies	17
Références bibliographiques	18

Orientations à l'intention des réviseurs : Le nombre maximal de mots autorisé est de 5 000 pour tout plan d'action mondial de l'OMS devant être examiné par les organes directeurs de l'Organisation. Afin de prendre en compte dans la mesure du possible les nombreux commentaires reçus concernant la première ébauche, ce deuxième projet du Plan dépasse désormais ce nombre de pages, hormis les références bibliographiques et la table des matières. Le prochain projet du Plan devra se conformer à ce nombre de mots ; nous vous invitons donc à nous faire part de vos suggestions concernant les passages à supprimer, et à veiller à ce que toute demande d'ajout s'accompagne d'une suggestion de passage à supprimer. Veuillez indiquer le numéro du paragraphe et de la section, ainsi que la priorité

Contexte

1. En 2023, la 76^e Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté la résolution 76.16¹ sur la santé des peuples autochtones, laquelle reconnaît que les peuples autochtones ont le droit égal de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.
2. La résolution 76.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé prie l'OMS d'élaborer un Plan d'action mondial pour la santé des peuples autochtones (ci-après dénommé « le projet de Plan »), en consultation avec les États Membres, les peuples autochtones, les institutions compétentes des Nations Unies (ONU) et du système multilatéral, ainsi que la société civile, les milieux universitaires et d'autres parties prenantes. Les détails de la procédure suivie figurent à l'annexe 1.
3. L'OMS a accompli les étapes suivantes au cours de la période 2023-2026 en vue de l'élaboration du projet de Plan : une revue des faits observés, menée conjointement avec des chercheurs autochtones et non autochtones en 2024 ; une session de contributions organisée à Mexico par l'OPS, en coordination avec le Gouvernement mexicain, réunissant des dirigeants et représentants autochtones œuvrant dans le domaine de la santé autochtone au sein des ministères de la santé de six pays (État plurinational de Bolivie, Brésil, Équateur, Mexique, Pérou et République bolivarienne du Venezuela) ; un événement parallèle organisé en 2025 lors de la session de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones (UNPFII) afin de sensibiliser à l'élaboration du Plan ; l'établissement d'une première version du projet, avec les contributions d'experts autochtones, et le lancement en 2025 d'un appel mondial en ligne pour recueillir des retours ; un appui apporté au 158^e Conseil exécutif², lequel a décidé de reporter l'examen du projet de Plan à 2027 afin de ménager davantage de temps pour les consultations ; ainsi que la collecte de contributions émanant des programmes du Siège de l'OMS, des Bureaux régionaux de l'OMS et du Groupe de soutien interinstitutions sur les questions autochtones. Le projet de Plan s'appuie également sur les enseignements tirés de la Stratégie et Plan d'action de l'OPS sur l'ethnicité et la santé 2019-2025³.
4. Dans le projet de Plan, il est reconnu que les politiques, programmes et initiatives en matière de santé doivent tenir compte de la vision et des priorités des peuples autochtones, qui doivent donner leur consentement libre, préalable et éclairé (voir la section « Principes directeurs »). Le projet de Plan concourt à la concrétisation des engagements énoncés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP)⁴, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies par la résolution A/RES/61/295, y compris, mais pas seulement :
 - l'article 23, relatif au droit des peuples autochtones de participer activement à l'élaboration et à la définition des programmes de santé (et autres) qui les concernent, et
 - l'article 24 portant sur le droit des peuples autochtones à leurs médecines traditionnelles, à la préservation de leurs pratiques sanitaires et à l'accès, sans discrimination aucune, à l'ensemble des services sociaux et de santé.
5. Le projet de Plan s'appuie sur une analyse des faits observés⁵ qui a mis en évidence les principaux enjeux en matière de santé des populations autochtones, tout en soulignant les différences selon les contextes nationaux. À l'échelle mondiale, et sous réserve des lacunes dans les données, les faits observés indiquent que les peuples autochtones peuvent être confrontés à des taux disproportionnellement élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile, à une prévalence accrue des maladies chroniques et infectieuses, ainsi que, dans de nombreux contextes, à une espérance de vie sensiblement inférieure à celle des populations non autochtones^{6,7,8}. L'analyse a mis en évidence le caractère limité des données sur la santé des peuples autochtones ventilées selon le

sexe, l'âge, le handicap et les caractéristiques socio-spatiales telles que la situation géographique et le revenu. L'analyse a également mis en évidence l'impact considérable des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé des peuples

autochtones, ainsi que les répercussions intergénérationnelles de la colonisation, de la précarité multidimensionnelle et de la discrimination structurelle sur la santé.

6. Les maladies non transmissibles, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, peuvent toucher de manière disproportionnée les peuples autochtones,⁹ tout comme une santé bucco-dentaire et ophtalmologique plus précaire^{10, 11}. L'accès au traitement pour ces affections peut également être plus réduit pour les peuples autochtones¹². La consommation de tabac commercial, souvent amorcée à l'adolescence, est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité prématurée dans certaines communautés autochtones^{13, 14, 15}. La santé mentale des peuples autochtones suscite une préoccupation croissante, les problèmes les plus fréquents étant notamment la dépression, le suicide et l'usage de substances psychoactives, en particulier chez les jeunes autochtones¹⁶.
7. Les faits observés indiquent que les maladies transmissibles, telles que l'infection à VIH et le SIDA¹⁷, la tuberculose¹⁸, l'hépatite C¹⁹, et le paludisme²⁰ peuvent plus que d'ordinaire avoir une incidence sur les peuples autochtones.
8. Certaines populations autochtones, telles que les migrants autochtones, les réfugiés, les personnes vivant dans des zones en proie à des conflits et les personnes autochtones handicapées, se trouvent souvent dans une situation encore plus défavorable. Bien que les données mondiales ventilées fassent défaut, on estime que les personnes autochtones sont touchées de manière disproportionnée par le handicap²¹.
9. Les peuples autochtones sont exposés de manière disproportionnée à un éventail de risques sanitaires liés à la dégradation de l'environnement, notamment la perte de biodiversité, les changements climatiques et la pollution, lesquels peuvent perturber les systèmes alimentaires traditionnels, réduire l'accès aux plantes médicinales et fragiliser les liens culturels avec les terres et les écosystèmes^{22, 23}. Ils sont également plus susceptibles de ne pas avoir accès à l'alimentation en eau potable et à des services d'assainissement gérés de manière sûre^{24, 25}.

Champ d'application

10. Le projet de Plan utilise le terme « peuples autochtones » dans le sens qui lui est donné par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP). Le Plan reconnaît la diversité qui existe au sein des régions et des pays, et admet que les différences de contextes historiques, de cultures et d'autres facteurs font qu'il n'existe pas de définition unique et faisant autorité pour l'ensemble des peuples autochtones.
11. Le projet de Plan s'efforce de prendre en compte les contextes nationaux et infranationaux dans lesquels vivent les peuples autochtones, sachant que, dans certains cas, ceux-ci représentent un faible pourcentage de la population totale, tandis que dans d'autres, ils constituent la majorité. Le projet de Plan reconnaît également la diversité des systèmes de savoirs autochtones, des pratiques culturelles et des relations avec les écosystèmes, la terre, l'eau et le territoire, qui déterminent la santé et le bien-être des peuples autochtones.
12. Le projet de Plan reconnaît l'hétérogénéité au sein de groupes spécifiques de peuples autochtones, notamment les différences liées à l'âge, au sexe, au lieu de résidence (par exemple zone rurale/milieu urbain), au revenu, au niveau d'instruction, aux moyens de subsistance et à l'emploi, aux situations d'isolement volontaire ou de contact initial, à la langue, au handicap, au statut de migrant et de réfugié, au statut de personne déplacée interne, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, à l'absence d'identité juridique, ainsi qu'à d'autres facteurs, notamment les

discriminations fondées sur différents motifs²⁶. Il accorde également une attention particulière à l'intersectionnalité de ces facteurs, et considère l'égalité des genres comme un élément déterminant pour la santé et le bien-être des peuples autochtones.

13. Le projet de Plan prend en compte les peuples autochtones vivant dans des situations d'urgence humanitaire et/ou confrontés à des urgences sanitaires (qu'elles soient d'origine naturelle ou humaine).

14. Les priorités énoncées dans le projet de Plan présentent un caractère transversal, en ce sens qu'elles concernent tous les domaines de la santé (par exemple, le diabète, l'hypertension, la santé mentale, la santé maternelle et infantile, le paludisme, la tuberculose, entre autres). Ces priorités visent à contribuer au renforcement de systèmes de santé qui favorisent l'équité, les droits de l'homme et l'égalité des genres en matière de santé, ainsi qu'aux approches pangouvernementales de la santé publique.
15. Le projet de Plan couvre la période 2027-2040. Aussi, les priorités visent-elles à rester pertinentes au regard de la santé dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD) et du futur programme post-ODD. En outre, les priorités s'articulent avec celles de l'actuel (14^e) Programme général de travail (PGT) de l'OMS, tout en intégrant la flexibilité nécessaire pour s'aligner sur les futurs PGT jusqu'en 2040.
16. Les cinq priorités et les 18 domaines d'action définis dans le Plan s'adressent principalement aux États Membres en tant que principaux garants des droits, ainsi qu'à d'autres acteurs, notamment les milieux universitaires et les instituts de recherche, la société civile, le secteur privé, les associations professionnelles et les entités du système multilatéral, entre autres. Toute mesure prise dans le cadre de l'un ou l'autre des Domaines d'action doit impliquer une coordination avec les peuples autochtones, avec leur consentement libre, préalable et éclairé. Les États Membres sont encouragés à envisager des lignes budgétaires dédiées et des ressources humaines appropriées pour soutenir la mise en œuvre du présent Plan dans leurs contextes nationaux respectifs.

Principes directeurs

16. ***Le consentement libre, préalable et éclairé*** est un principe des droits de l'homme reconnu dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP). La résolution 76.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé exhorte les États membres et les autres acteurs concernés à prendre des mesures en faveur de la santé des peuples autochtones, en consultation avec ces derniers et avec leur consentement libre, préalable et éclairé. Toute action proposée dans ce projet de Plan devrait être examinée à la lumière de ce principe.
17. ***Une approche fondée sur les droits de l'homme*** (AFDH) signifie que les politiques et programmes de santé sont conçus et mis en œuvre conformément aux obligations et engagements d'un pays en matière de droits de l'homme au titre des mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme (y compris UNDRIP). Plus précisément, en ce qui concerne les droits des peuples autochtones, l'approche met l'accent sur la reconnaissance, le respect et la réalisation des droits individuels et collectifs des peuples autochtones en tant que titulaires de droits distincts, ainsi que sur l'identification et le traitement des inégalités et iniquités spécifiques auxquelles sont confrontés les peuples autochtones.
18. ***Le droit à l'autodétermination*** La Charte des Nations Unies, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, réaffirment l'importance fondamentale du droit à l'autodétermination de tous les peuples. L'article 3 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP) souligne le droit des peuples autochtones à l'autodétermination, tandis que l'article 23 de cette même déclaration met en exergue leur droit de participer activement à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et autres programmes économiques et sociaux qui les concernent, et, dans la mesure du possible, de gérer ces programmes par le biais de leurs propres institutions. ***La souveraineté des peuples autochtones en matière de données***, qui porte sur la prise en main, le contrôle, l'accès et la

détention par les peuples autochtones des données relatives à leur propre santé, est liée au droit à l'autodétermination.

19. ***Les approches culturellement sûres, holistiques et fondées sur les atouts*** reconnaissent l'importance que revêt le leadership autochtone quant à l'alignement des initiatives en matière de santé sur les visions du monde des peuples autochtones. Comme l'ont mis en évidence les travaux sur les déterminants autochtones de la santé, cela implique de reconnaître que, selon la conception autochtone, la santé physique et mentale sont indissociables et façonnées par les interactions entre le corps, l'esprit, les émotions, l'âme, la terre et l'environnement, qui sont les fondements de la santé, des moyens de subsistance et de la continuité culturelle des peuples autochtones, ainsi que de leurs droits tels que définis dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP)^{27,28}. Ces approches supposent également que l'on mette l'accent sur les atouts des peuples autochtones et que l'on restaure, préserve et promeuve les cultures, les langues, les pratiques et les systèmes de savoirs autochtones qui favorisent la santé et le bien-être. L'accent mis sur la langue s'inscrit dans le droit fil du Plan d'action mondial pour la Décennie internationale des langues autochtones des Nations Unies, notamment son résultat 4, qui appelle à *l'élaboration de cadres linguistiques autochtones appropriés conçus pour offrir de meilleures prestations de santé, reconnaître les systèmes traditionnels de médecine, ainsi que promouvoir la cohésion sociale et mettre en œuvre des interventions humanitaires, en particulier lors de crises sanitaires, de conflits et de catastrophes naturelles*²⁹. Une approche holistique de la santé s'inscrit dans une perspective qui tient compte du parcours de vie et des dimensions transgénérationnelles, et qui accorde une attention particulière aux enfants, aux adolescents et aux jeunes, ainsi qu'aux personnes âgées, à la santé mentale et au bien-être psychosocial.
20. ***Appliquer des approches qui favorisent l'équité en santé, l'égalité des genres et l'inclusion des personnes handicapées***
signifie que les politiques et programmes de santé :
- visent à réduire les disparités en matière de couverture des services de santé et de protection financière, et s'attaquent aux déterminants sociaux (y compris commerciaux) et environnementaux de la santé qui se recoupent ;
 - combattent les normes de genre néfastes qui sont à la fois les causes profondes et les conséquences des relations de pouvoir inégales et qui affectent la santé des peuples autochtones de différentes manières ; et
 - et promeuvent la participation significative des personnes handicapées, défendent leurs droits et tiennent compte des perspectives liées au handicap.
21. ***Une approche fondée sur les soins de santé primaires (SSP)*** vise à renforcer les systèmes de santé et à apporter des services de santé complets et intégrés au plus près des communautés. Elle englobe une action multisectorielle visant à s'attaquer aux déterminants de la santé, à autonomiser les individus, les familles et les communautés, et à répondre aux besoins de santé essentiels des personnes tout au long de leur parcours de vie. Pour les peuples autochtones, cela passe notamment par les médecines et pratiques traditionnelles, ainsi que par des approches interculturelles qui reconnaissent la coexistence des pratiques de santé autochtones et biomédicales.
22. ***Une approche fondée sur le parcours de vie*** vise à promouvoir et à protéger la santé des personnes à tous les âges en répondant à leurs besoins, en leur offrant une couverture efficace en matière de services de santé et une protection financière, et en garantissant leur droit à la santé tout au long de leur vie. Cette approche prend en considération les individus et les générations dans le temps, ainsi que la manière dont les trajectoires de vie sont façonnées par des facteurs sociaux, culturels, environnementaux, intermédiaires et structurels. Pour les peuples autochtones, cette approche place au cœur de ses préoccupations le lien intergénérationnel, la continuité culturelle, la transmission

des savoirs et le bien-être collectif.

23. ***L'approche « Une seule santé »***, qui reconnaît l'interdépendance entre les êtres humains et avec l'environnement, est une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser de manière durable la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Le projet de Plan reconnaît que les liens avec la terre et les éléments naturels constituent des déterminants clés de la santé des populations autochtones. Ces liens font écho à l'approche « Une seule santé », tout en reflétant la vision holistique des peuples autochtones, selon laquelle le bien-être des personnes, de la terre, des animaux, des plantes et des écosystèmes est intimement lié.

Cadre opérationnel : Plan d'action mondial pour la santé des peuples autochtones (2027-2024)

Goal	To promote, provide and protect the health and well-being of Indigenous Peoples				
Principals and approaches	<ul style="list-style-type: none"> Free, Prior and Informed Consent Human Rights Based Approach Right to Self-Determination Culturally safe, holistic and strengths-based approaches 		<ul style="list-style-type: none"> Applying equity-oriented, gender equality and disability-inclusive approaches Primary Health Care approach Life course approach One Health approach 		
Priority areas	Priority 1: Indigenous Peoples' leadership and engagement	Priority 2: Health service coverage and financial protection for Indigenous Peoples	Priority 3: Intercultural, strengths-based and holistic approaches including traditional medicines	Priority 4: Environmental and social determinants of Indigenous Peoples' health, & gender inequalities	Priority 5: Evidence generation, Indigenous data sovereignty, and joint accountability
Action areas	<p>1.1: Leadership and engagement in health policies and programmes</p> <p>1.2: Indigenous health and care workforce</p> <p>1.3: Indigenous Peoples role in the global health architecture</p>	<p>2.1: Equitable coverage with quality health services</p> <p>2.2: Health-related financial protection</p> <p>2.3: Indigenous Peoples' health needs in emergencies</p>	<p>3.1: Intercultural services including models of integrated health services</p> <p>3.2: Intellectual property rights to traditional medicines</p> <p>3.3: Capacity-building for intercultural, non-discriminatory and holistic service delivery</p>	<p>4.1: Environmental determinants</p> <p>4.2: Indigenous Peoples' food systems and health</p> <p>4.3: Social determinants including commercial determinants</p> <p>4.4: Indigenous women and girls</p> <p>4.5: Indigenous Peoples in "Isolation and Initial Contact"</p>	<p>5.1: Leadership and co-development of health research</p> <p>5.2: Indigenous Peoples data sovereignty</p> <p>5.3: Monitoring health inequalities</p> <p>5.4: Platforms for joint accountability</p>
WHO Contribution	Country support. Tailored support to Member States, upon request, to deliver on the priorities and action areas in the Global Plan of Action				
	Leadership and coordination. Strengthened collaboration with Indigenous Peoples and cross-cutting coordination and engagement with relevant UN and multilateral system agencies, human rights mechanisms, civil society, academia and other stakeholders to promote Indigenous Peoples' health				
	Governance and accountability. Secretariat support reporting to the World Health Assembly on implementation progress, and establishment of an internal WHO cross-cutting coordination mechanism.				
	Development of normative products and capacity-building. Mainstreaming a focus on the health of Indigenous Peoples scaled up across all WHO programmes and levels, and co-development with Indigenous Peoples, as appropriate, guidance, tools, and training materials				
Assumptions and enablers	<ul style="list-style-type: none"> Strong coordination and collaboration with Indigenous Peoples, in line with the principle of Free, Prior and Informed Consent Sustained political commitment by Member States, and of other actors with important roles in the plan Sufficient financing An optimized WHO secretariat, at all levels Strong UN and multilateral system coordination, at all levels 				

Priorité n° 1 Rôle directeur et participation des peuples autochtones à l'élaboration, à la définition, à la gestion et à la mise en œuvre des politiques et programmes de santé

Domaine d'action 1.1 : *Les États Membres et les autres acteurs favorisent le rôle directeur et la participation des peuples autochtones à l'élaboration, à la définition, à la gestion, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, programmes et initiatives de santé qui les concernent.*

24. Comme il convient de le faire dans leur contexte national, les États Membres sont instamment invités à renforcer le rôle directeur et la participation des peuples autochtones à l'élaboration, à la définition, à la gestion, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes de santé qui les concernent (pour plus d'informations sur le suivi et l'évaluation, voir la Priorité n° 5). Une telle conception implique le soutien, dans la mesure du possible, à la gestion des programmes de santé par leurs propres institutions, ainsi qu'un financement durable des services de santé gérés par les peuples autochtones afin de leur permettre de fournir efficacement des services autodéterminés et culturellement sûrs, et de favoriser la collaboration intersectorielle à l'appui d'une approche intégrant la santé dans toutes les politiques. Ce domaine promeut le principe du consentement libre, préalable et éclairé et encourage le dialogue interculturel, y compris au niveau communautaire, à des fins de programmation sanitaire. Il s'agit de créer, d'assurer la pérennité ou de renforcer des mécanismes de participation adaptés sur les plans culturel et linguistique, respectueux de la parité entre les genres, inclusifs sur le plan socio-spatial (par exemple, en surmontant les obstacles liés au genre, au handicap, à la situation géographique, au calendrier et aux revenus), adaptés aux moyens de subsistance (par exemple, en tenant compte des réalités saisonnières de l'agriculture ou du pastoralisme) et accessibles à toutes les générations. Des ressources adéquates, prévisibles et sanctuarisées pour la participation des peuples autochtones, ainsi que le respect des procédures propres aux peuples autochtones pour l'élection de leurs représentants, constituent des éléments essentiels de ce domaine.

Domaine d'action 1.2 : *Les États Membres et d'autres acteurs (notamment les établissements universitaires et les associations professionnelles) élaborent des politiques, des programmes et des initiatives visant à autonomiser, à renforcer et à étoffer les personnels de santé et d'aide à la personne issus des populations autochtones*

25. Transversal à tous les autres Domaines d'action, ce domaine reconnaît le rôle des peuples autochtones en tant que personnels de santé et d'aide à la personne, définis comme des professions³⁰ dont l'objectif premier est d'améliorer la santé. Cette définition englobe toutes les professions de santé, y compris les praticiens de médecine traditionnelle. Les personnels de santé et d'aide à la personne issus des peuples autochtones sont essentiels pour contribuer à répondre aux besoins de santé de leurs communautés par le biais de services de santé centrés sur la personne et culturellement sûrs. Les personnels de santé autochtones apportent non seulement une expertise technique, mais aussi des compétences linguistiques, des savoirs culturels et des relations de confiance au sein de leurs communautés. Ces atouts favorisent la prévention des maladies, la promotion de la santé, le dépistage des cas et la continuité des soins, tout en améliorant la capacité du système de santé à répondre aux déterminants de la santé. Les peuples autochtones qui sont chercheurs en santé, experts en santé publique et experts Une seule santé, aux côtés des peuples autochtones qui sont experts en systèmes de savoirs autochtones liés à la santé, à la gestion avisée des terres, à la biodiversité et à la gouvernance environnementale, constituent des composantes importantes de ces personnels.

26. Des politiques et des interventions ciblées, élaborées en collaboration avec les peuples autochtones, ainsi qu'un financement durable, peuvent renforcer les personnels de santé autochtones. Conformément aux *lignes directrices de l'OMS sur le développement, l'attraction, le recrutement et la fidélisation du personnel de santé dans les zones rurales et reculées*³¹ (2021), et selon ce qui convient dans leurs contextes nationaux respectifs, les États Membres devraient envisager d'adopter des stratégies groupées, adaptées au contexte et culturellement appropriées, pour développer, attirer, recruter et fidéliser le personnel de santé autochtone, notamment celui issu des communautés rurales (étant donné que près de 3 peuples autochtones sur 4 dans le monde vivent en zones rurales³²) et des communautés mal desservies. Le renforcement des agentes et agents de santé autochtones passe notamment par l'élargissement des filières de formation à l'intention des étudiants autochtones, en accordant une attention particulière à la formation à la sécurité culturelle destinée aux universitaires, aux cliniciens et aux autres étudiants, ainsi que par la mise en relation des étudiants avec leurs ordres et associations professionnels³³. Ces politiques sont plus efficaces lorsqu'elles sont assorties de mesures réglementaires appropriées, d'incitations financières et non financières, ainsi que de solides dispositifs de soutien tant sur le plan personnel que professionnel. Conformément aux lignes directrices de l'OMS susmentionnées, les communautés autochtones devraient être associées de manière significative à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces interventions. Une attention particulière au niveau des politiques est nécessaire pour reconnaître et soutenir les contributions essentielles du personnel de santé et d'aide à la personne autochtone travaillant dans l'économie informelle ou assurant des soins non rémunérés, dans la mesure où ces activités tendent à être sous-évaluées en dépit de leur importance déterminante pour les résultats sanitaires. Une attention particulière est également requise en ce qui concerne le rôle des femmes autochtones en tant que praticiennes de la médecine traditionnelle et l'égalité des genres dans les politiques relatives au personnel de santé.

Domaine d'action 1.3 : *Les entités du système multilatéral intensifient les mesures visant à renforcer le rôle des peuples autochtones dans l'architecture mondiale de la santé.*

27. Ce domaine soutient le rôle directeur et la participation des peuples autochtones dans l'architecture mondiale de la santé, définie comme le *système de principes, d'accords et d'acteurs de la santé mondiale*³⁴.

Il s'agit de renforcer (grâce à des mécanismes et à des financements volontaristes et durables) la collaboration des peuples autochtones avec d'autres acteurs mondiaux de la santé, notamment le système des Nations Unies, les organisations multilatérales, les donateurs bilatéraux, les partenariats mondiaux public-privé, les organisations philanthropiques, les ordres et associations professionnels et les organisations de la société civile, entre autres³⁵, tant dans le cadre des ODD que dans la période post-ODDD.

Priorité 2 : Couverture des services de santé et protection financière en faveur des peuples autochtones, y compris dans les situations d'urgence sanitaire

Domaine d'action 2.1 : *Les États Membres veillent à ce que les peuples autochtones bénéficient d'une couverture équitable en services de santé de qualité et complets tout au long de la continuité des soins.*

28. Les États Membres sont instamment invités à faire progresser la concrétisation du droit à la santé des peuples autochtones en veillant à ce que leurs besoins en matière de santé soient pris en compte dans les réformes visant à instaurer la CSU (tant en ce qui concerne la couverture des services que la protection financière), en accordant l'attention nécessaire à la fois à la prestation des soins et à l'expérience des soins. Devant s'appuyer sur des cadres juridiques et politiques pertinents, ce domaine s'attaque aux obstacles à des services de santé complets, non discriminatoires et culturellement et linguistiquement sûrs, qu'il s'agisse de services de promotion de la santé, de

prévention, de soins curatifs, de réadaptation ou de soins palliatifs. Il tient également compte des besoins spécifiques des enfants, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées. Ce domaine porte sur les efforts visant à améliorer la disponibilité, l'accessibilité (notamment géographique, administrative, informationnelle et financière), l'acceptabilité et la qualité des services de santé destinés aux peuples autochtones. En lien avec les priorités 1 et 3, ce domaine implique la mise en place de modèles et de pratiques de prestation de services interculturels qui tiennent compte des réalités culturelles, linguistiques, socio-économiques, géographiques et liées aux moyens de subsistance des peuples autochtones, en accordant une attention particulière aux interactions entre l'âge, le sexe et le handicap d'une part, et d'autres facteurs d'autre part, ainsi qu'à la prévention de la discrimination de la part des prestataires de soins de santé.

29. Allant au-delà des services de santé fournis dans les établissements de santé, ce domaine s'étend aux services dispensés dans la communauté et dans des cadres tels que les écoles, les domiciles, les lieux de travail, les établissements pénitentiaires, entre autres. Reconnaissant que de nombreux peuples autochtones dans le monde vivent en zones rurales, ce domaine implique des efforts spécifiques pour renforcer les réseaux de prestataires de services dans ces zones, notamment en comblant les lacunes du personnel de santé (voir le Domaine d'action 1.2), en renforçant les équipes pluridisciplinaires des soins primaires et les activités de proximité, et en favorisant une utilisation accrue de la télémédecine et des technologies de santé numérique culturellement et linguistiquement appropriées. Il accorde également une attention particulière à la conception de modèles de prestation de services répondant aux besoins de santé des femmes autochtones et des peuples autochtones vivant en milieu urbain, ainsi que des peuples autochtones migrants, déplacés internes et réfugiés.

Domaine d'action 2.2 : Les États Membres garantissent la protection financière liée à la santé des peuples autochtones

27. Reconnaissant le rôle des dépenses de santé à la charge des patients dans la contribution aux difficultés financières et/ou aux besoins de soins non satisfaits parmi les peuples autochtones, ce domaine met l'accent sur la garantie d'une couverture adéquate assortie de dispositifs de protection financière. Les peuples autochtones peuvent être touchés de manière disproportionnée par la pauvreté et se heurter à un éventail d'obstacles (par exemple, d'ordre administratif, liés à la résidence, linguistiques ou autres) qui les empêchent de bénéficier d'une protection financière pour les services et produits de santé. Ce domaine implique le renforcement de la protection financière dans le secteur de la santé afin de limiter les paiements directs des ménages pour couvrir le coût des soins.

Domaine d'action 2.3 : Les États Membres, le système multilatéral et les autres acteurs répondent aux besoins des peuples autochtones touchés par des situations d'urgence sanitaire, notamment dans les contextes humanitaires et de catastrophes naturelle.

28. Ce domaine souligne l'importance de la conception, du pilotage et de la mise en œuvre concertés de stratégies de préparation, d'atténuation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire avec les peuples autochtones, en optimisant leur impact potentiel dans les communautés autochtones. Il met également en évidence la nécessité d'accorder une attention spécifique et ciblée aux peuples autochtones dans les contextes humanitaires et de catastrophes naturelles, car ils peuvent subir des impacts disproportionnés (en raison de niveaux plus élevés de vulnérabilité socio-économique et/ou de moyens de subsistance particulièrement exposés aux risques liés aux changements climatiques), et se heurter à des obstacles quant à l'accès aux services liés à la santé, à l'aide alimentaire et à d'autres formes de protection. L'attention portée à la santé des peuples autochtones tout au long de leur vie, ainsi qu'à des affections notamment liées à la santé mentale³⁶, est pertinente dans les situations d'urgence sanitaire.

Priorité 3 : Approches interculturelles, fondées sur les atouts et holistiques qui garantissent le droit à l'accès aux médecines traditionnelles et à la préservation des pratiques de santé

Domaine d'action 3.1 : *Les États Membres et les autres acteurs soutiennent les services interculturels, notamment les modèles de services de santé intégrés³⁷, en reconnaissant le droit des peuples autochtones à la préservation, au contrôle, à la protection et au développement de leurs médecines et pratiques traditionnelles.*

29. Ce domaine vise à soutenir et à renforcer les médecines et pratiques traditionnelles des peuples autochtones qui sont sûres et efficaces, conformément à la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle³⁸. La médecine traditionnelle désigne des systèmes codifiés ou non codifiés de soins de santé et de bien-être, comprenant des pratiques, des compétences, des savoirs et des philosophies issus de différents contextes historiques et culturels, qui se distinguent de la biomédecine et lui sont antérieurs, et qui ont évolué au gré des avancées scientifiques pour un usage contemporain à partir d'une origine empirique. La médecine traditionnelle met l'accent sur les remèdes issus de la nature (notamment les plantes médicinales) et sur des approches holistiques et personnalisées visant à rétablir l'équilibre entre l'esprit, le corps et l'environnement. Ce domaine implique la mise en place de politiques, de stratégies, de cadres juridiques, de protocoles, de modèles d'assurance de la qualité et de flux de financement reconnaissant la médecine traditionnelle autochtone et permettant son intégration dans les systèmes de santé nationaux et infranationaux.
30. Ce domaine encourage non seulement le respect et la mise en œuvre conforme des systèmes de santé nationaux, mais aussi des protocoles des peuples autochtones, tant au niveau des soins primaires qu'à d'autres niveaux, tout en favorisant des modèles de santé interculturels qui valorisent la médecine traditionnelle autochtone et renforcent la capacité à répondre aux besoins de santé holistiques des peuples autochtones. Ce domaine reconnaît le droit des peuples autochtones à la préservation, au contrôle, à la protection et au développement de leurs médecines et pratiques traditionnelles, tout au long de la continuité des soins et pour un éventail de problèmes de santé (par exemple, les services de santé maternelle et de santé mentale), ainsi qu'à l'élaboration concertée de modèles de services de santé intégrés — combinant savoirs médicaux, compétences et pratiques biomédicaux et traditionnels autochtones — avec les systèmes de santé nationaux, selon ce qu'ils jugent approprié. Cela implique notamment d'associer les peuples autochtones, en tant que partenaires égaux, à l'élaboration de protocoles d'efficacité et de sécurité pour la médecine traditionnelle, en veillant à ce que les études de validation respectent et intègrent leurs savoirs et leurs visions du monde. De telles approches s'inscrivent dans le prolongement des travaux actuels de l'OMS sur la qualité des soins³⁹ et les soins centrés sur la personne, caractérisés par le respect, la dignité, une communication efficace, le choix éclairé et le soutien émotionnel, qui sont étroitement liés à la continuité des soins et à des relations de confiance entre soignants et patients.

Domaine d'action 3.2 : *Les États Membres et tous les acteurs concernés respectent et protègent les droits de propriété intellectuelle des peuples autochtones sur leurs médecines et pratiques traditionnelles.*

31. Ce domaine implique la mise en œuvre de mesures, conformément aux instruments internationaux⁴⁰, visant à protéger les droits de propriété intellectuelle des peuples autochtones sur leurs médecines et pratiques traditionnelles, afin de préserver leurs savoirs contre toute utilisation abusive, détournement ou exploitation. Les services de santé intégrés nécessitent une collaboration respectueuse entre les praticiens et les détenteurs de savoirs, dans le respect de tous les droits et privilèges reconnus par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP) et tous les autres instruments internationaux connexes, notamment la Convention relative aux peuples autochtones et tribaux (n° 169 de 1989), la Convention sur la diversité biologique (1992) et le Traité sur la propriété intellectuelle, les ressources génétiques et les savoirs

traditionnels associés (2024)⁴¹. Ce domaine s'applique aux médicaments à base de plantes des peuples autochtones, notamment les herbes, les matières végétales, les plantes psychoactives, les préparations à base de plantes et les produits à base de plantes finis, dont les principes actifs sont des parties de plantes, d'autres matières végétales ou des combinaisons de celles-ci, ainsi qu'aux autres savoirs médicaux traditionnels, compétences et pratiques. Ce domaine porte également sur la promotion du partage approprié et équitable des avantages découlant de l'utilisation de la médecine traditionnelle autochtone, conformément aux instruments internationaux existants ainsi qu'aux traités pertinents conclus aux niveaux national et local.

Domaine d'action 3.3 : Les États Membres et d'autres acteurs, notamment les milieux universitaires et la société civile, collaborent avec les peuples autochtones à la mise en place d'initiatives de renforcement des capacités visant à garantir une prestation de services de santé interculturelle, non discriminatoire et holistique.

32. S'appuyant sur le domaine d'action 1.2 consacré au personnel de santé autochtone, ce domaine soutient l'élaboration et la mise en œuvre concertées de programmes d'enseignement et de formation continue axés sur les compétences destinées au personnel de santé, en partenariat avec les peuples autochtones, afin de favoriser des pratiques culturellement sûres, respectueuses et fondées sur les droits, qui font progresser l'égalité des genres tout au long du parcours de vie. Pour ce faire, il convient notamment de favoriser une meilleure compréhension afin de lutter contre la discrimination et de renforcer la capacité de tous les agents et agents de santé à travailler en collaboration avec les peuples autochtones, à la fois en tant que partenaires dans la gestion de leur propre santé et en tant que membres d'équipes de santé pluridisciplinaires. Il peut également s'agir – avec le consentement libre, préalable et éclairé des peuples autochtones et dans le cadre d'un leadership, d'une conception et d'une mise en œuvre concertés – d'intégrer dans l'enseignement médical les méthodologies, l'éthique, la culture et les valeurs autochtones, en mettant l'accent sur la sensibilisation culturelle et le respect des systèmes de savoirs et de pratiques médicaux traditionnels des peuples autochtones.

Priorité 4 : Déterminants environnementaux et sociaux interdépendants de la santé des peuples autochtones, et lutte contre les inégalités sexospécifiques

Domaine d'action 4.1 : Les États Membres et les autres acteurs s'attaquent aux effets des changements climatiques, de la perte de biodiversité et de la dégradation de l'environnement sur la santé des peuples autochtones, et soutiennent la gestion des écosystèmes et les approches fondées sur la nature, pilotées par les peuples autochtones, qui préservent la santé

33. Ce domaine exhorte les États Membres et les autres acteurs à veiller à ce que les peuples autochtones participent pleinement à la conception, à la production, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation concertés des dimensions sanitaires des stratégies d'atténuation des changements climatiques, d'adaptation à ceux-ci et de riposte face à ceux-ci ; des stratégies de conservation et de gestion de la biodiversité et des terres ; ainsi que des évaluations de l'impact et des risques environnementaux. Ce domaine appelle à une action plus vigoureuse contre les effets sur la santé des peuples autochtones du changement climatique, de la perte de biodiversité, de la pollution et de la dégradation de l'environnement. Ces changements environnementaux peuvent perturber les systèmes alimentaires traditionnels, appauvrir la biodiversité agricole⁴², restreindre l'accès aux plantes médicinales et à d'autres éléments des systèmes de médecine traditionnelle, et fragiliser les liens culturels et spirituels avec la terre et les écosystèmes, qui sont essentiels à la santé et au bien-être des peuples autochtones. Les actions menées au titre de ce domaine devraient s'inspirer des principes qui régissent l'échange respectueux de savoirs avec les peuples autochtones, notamment

ceux qui sont énoncés dans le nouveau cadre de l’OMS sur la biodiversité, la santé et les systèmes de savoirs traditionnels.

34. Ce domaine invite également les États Membres à soutenir la participation et le rôle directeur des peuples autochtones dans les instances chargées de l’élaboration des politiques et de la planification relatives aux déterminants environnementaux. Il vise à garantir que leurs points de vue soient pris en compte dans les décisions relatives aux approches préventives (la gestion responsable de l’environnement, la conservation de la biodiversité et l’atténuation des effets du changement climatique constituant des mesures de prévention primaires pour de nombreux risques sanitaires), en mettant en avant les bienfaits pour la santé et le bien-être que procurent les systèmes de gouvernance, de gestion responsable et de savoirs autochtones.
35. Ce domaine nécessite des ressources suffisantes et un soutien adéquat pour permettre aux peuples autochtones de jouer leur rôle dans la mise en œuvre d’un suivi holistique des questions sanitaires, environnementales et climatiques, ainsi que dans la production de connaissances sur leurs territoires (en lien avec la Priorité 5). Il requiert également des mesures d’intervention d’urgence culturellement appropriées lorsque des aléas climatiques surviennent, ainsi que la participation des peuples autochtones à leur conception, à leur définition et à leur gestion. Ces mesures devraient être inclusives et équitables, en tenant compte de l’hétérogénéité au sein des peuples autochtones (voir les paragraphes 12 et 13) et des facteurs contextuels variables.

Domaine d'action 4.2 : *Les États Membres et les autres acteurs soutiennent le rôle des systèmes alimentaires des peuples autochtones dans l'amélioration de la santé et du bien-être.*

36. Ce domaine porte sur le soutien apporté aux peuples autochtones et leur rôle phare dans la promotion d'une alimentation saine, sûre et durable, ancrée dans les systèmes alimentaires traditionnels, les préférences alimentaires, les pratiques d'agroécologie et de gestion territoriale, ainsi que dans la souveraineté alimentaire autochtone. Ce domaine reconnaît que les perturbations subies par les systèmes alimentaires traditionnels des peuples autochtones (associées aux changements à l'échelle mondiale dans la production et les systèmes alimentaires, à l'urbanisation rapide et à l'évolution des modes de vie) ont entraîné une modification des habitudes alimentaires chez certains peuples autochtones, les femmes autochtones en pâtissant particulièrement^{43, 44}. Cela se traduit notamment par une consommation accrue d'aliments hautement transformés, riches en graisses malsaines, en sucres libres et en sel/sodium, ainsi que par une consommation moindre de fruits et légumes, de céréales complètes, de légumineuses et de fruits à coque. Les systèmes alimentaires non durables ont également contribué à la dégradation de l'environnement qui nuit à la santé, notamment la perte de biodiversité et la détérioration de services écosystémiques essentiels tels que la pollinisation. Ce domaine implique la généralisation des « meilleures pratiques » recommandées par l'OMS en matière d'alimentation saine⁴⁵, telles que l'étiquetage sur le devant des emballages et la restriction de la commercialisation des aliments malsains. Il implique également la conception concertée d'actions intersectorielles visant à valoriser la contribution des systèmes alimentaires traditionnels à l'alimentation saine des peuples autochtones et à la santé des écosystèmes. Il s'agit de favoriser des innovations dans le rôle du secteur de la santé en matière de promotion de cette contribution, notamment par le biais d'une participation pilotée par les peuples autochtones aux marchés publics alimentaires, de subventions ou de prescriptions sociales d'aliments sains destinées aux peuples autochtones, et de solutions fondées sur la nature visant à renforcer la biodiversité et la nutrition.

Domaine d'action 4.3 : *Les États Membres travaillent de manière intersectorielle et en collaboration avec d'autres acteurs pour s'attaquer aux déterminants sociaux, y compris les déterminants commerciaux, de la santé des peuples autochtones*

36. Le Rapport mondial 2025 de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a reconnu *l'autochtonie comme un déterminant de la santé et de l'équité en santé (façonné par la discrimination et les injustices historiques, ainsi que par des facteurs protecteurs)*⁴⁶ Le secteur de la santé peut fournir des éléments d'appréciation, mener des actions de plaidoyer et nouer des partenariats en vue d'une action pangouvernementale visant les déterminants sociaux qui influent sur la santé des peuples autochtones, dans le cadre d'une approche holistique et intersectorielle. Pour renforcer les facteurs protecteurs du bien-être des peuples autochtones, les mesures peuvent inclure, sans s'y limiter, la protection des droits fonciers des peuples autochtones, la promotion des langues autochtones et le soutien à des programmes culturels et communautaires intergénérationnels bénéfiques pour la santé^{47, 48}. S'ils sont variables selon les contextes, les déterminants sociaux néfastes qui ont une incidence sur la santé des peuples autochtones peuvent inclure des taux disproportionnellement élevés de pauvreté multidimensionnelle et de privation, liés aux séquelles historiques du colonialisme, de la violence, de la discrimination et du racisme, aux atteintes culturelles et à l'assimilation forcée, à la dépossession des terres et au déplacement forcé hors des territoires traditionnels, ainsi qu'aux traumatismes intergénérationnels^{49, 50}. Pour remédier aux déterminants néfastes, les pouvoirs publics peuvent notamment mettre en place des politiques et des programmes de lutte contre la discrimination ; améliorer l'accès à des socles de protection sociale intégrés, à des mesures de réduction de la pauvreté et à des activités génératrices de revenus ; et promouvoir, au sein des communautés autochtones, un développement de la petite enfance adapté à la culture locale et piloté par les autochtones. Ce dernier volet comprend le soutien

à des services de prise en charge, d'éducation de la petite enfance et de proximité respectueux des cultures et dirigés par les populations autochtones, qui constituent les fondements d'une bonne santé tout au long du parcours de vie. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la garantie d'un accès équitable à des prestations de protection sociale adéquates, notamment en matière de congés de maladie, de maternité et d'invalidité, en faveur des peuples autochtones travaillant tant dans le secteur informel que dans le secteur formel.

37. Les déterminants commerciaux de la santé sont définis comme les activités (et les résultats) du secteur privé qui ont une incidence sur la santé des personnes, que ce soit directement ou indirectement, de manière positive ou négative. Certains déterminants commerciaux ont des répercussions sur la santé environnementale (par exemple, les industries extractives, près de la moitié des réserves minérales mondiales étant situées sur les territoires traditionnels autochtones ou à proximité de ceux-ci⁵¹). D'autres déterminants, notamment la consommation d'aliments ultra-transformés, d'alcool et de tabac à usage récréatif, contribue de manière significative aux maladies non transmissibles chez les peuples autochtones. Échappant au contrôle direct des pouvoirs publics, d'autres déterminants commerciaux tels que le trafic de drogues illicites, le braconnage d'espèces sauvages et la déforestation illégale exposent les peuples autochtones à la violence, à la détresse psychologique et aux atteintes physiques. Ce domaine souligne la nécessité de mener des évaluations appropriées de l'impact sur la santé ; de mettre en place une réglementation en matière de santé et d'en assurer l'application tout au long des processus de production, d'approvisionnement, de prestation de services, de tarification et de commercialisation ; de fournir des informations sanitaires adéquates et adaptées à la culture locale ; de renforcer le contrôle exercé par les pouvoirs publics sur les activités illégales ayant une incidence sur la santé et la sécurité des peuples autochtones ; et de veiller au respect, par les acteurs locaux, nationaux et transnationaux du secteur privé, des droits des peuples autochtones en matière de santé.

Domaine d'action 4.4 : *Les États Membres et les autres acteurs renforcent les approches culturellement appropriées visant à améliorer la santé des femmes et des filles autochtones.*

38. En lien avec le principe qui sous-tend ce Plan, à savoir la prise en compte des questions de genre, ce domaine invite les États membres et les autres acteurs à mettre en œuvre des mesures concrètes pour répondre aux besoins en matière de santé et tenir compte de la situation des femmes et des filles autochtones. Si les femmes autochtones peuvent jouer un rôle important en tant que prestataires de soins de santé traditionnels ou autres, il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé dans le respect des spécificités culturelles afin de reconnaître ces rôles et de garantir l'égalité des genres dans les systèmes de santé nationaux. En raison de l'effet cumulatif des inégalités de genre sur d'autres obstacles à la santé, les femmes et les filles autochtones peuvent également être exposées de manière disproportionnée aux facteurs de risque pour la santé et y être plus vulnérables, et souffrir d'un accès réduit à des services et produits de santé de qualité. Ce domaine a trait à la programmation sanitaire en faveur des peuples autochtones pour l'ensemble des affections de santé.
39. Ce Plan accorde une attention particulière à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, ainsi qu'à la prévention de la violence sexiste. Au fil de l'histoire, les filles et les femmes autochtones ont été victimes, de manière disproportionnée, de stérilisations forcées⁵². Ce domaine appelle à la mise en place de cadres garantissant les droits reproductifs des femmes autochtones ; il faudrait veiller à ce que les prestataires de soins de santé disposent d'informations adaptées à la culture, de lignes directrices et bénéficient d'un renforcement des capacités concernant l'exigence d'obtenir un consentement libre, éclairé et sans réserve. Ce domaine appelle également à la promotion de stratégies soutenant le pouvoir décisionnel des femmes autochtones en matière d'accouchement culturellement sûr⁵³. La promotion d'un accès équitable des filles autochtones à l'enseignement supérieur, d'une éducation sexuelle complète et adaptée à la culture, ainsi que l'existence et

l'application de lois contre le mariage des enfants constituent des outils importants pour prévenir le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes autochtones. Dans certains pays, le taux de natalité chez les adolescentes issues des communautés autochtones est près de cinq fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population⁵⁴. Dans certains contextes, les femmes et les filles autochtones peuvent être confrontées à une violence omniprésente et systémique, alimentée par les inégalités de genre, les séquelles du colonialisme et le racisme. Cette réalité se traduit par des violences conjugales, la traite des êtres humains, des disparitions, des pratiques néfastes et des traumatismes intergénérationnels⁵⁵. Des réponses du secteur de la santé adaptées à la culture sont essentielles, tout comme l'amélioration des systèmes de données, le renforcement des protections juridiques et l'accès à la justice respectueux des spécificités culturelles.

Domaine d'action 4.5 : *Les États Membres et les autres acteurs reconnaissent et protègent les droits liés à la santé des peuples autochtones en situation d'« isolement et de premier contact », y compris le droit à l'isolement.*

40. Les peuples autochtones vivant en isolement ou en phase de premier contact n'entretiennent pas de relations régulières avec les populations majoritaires et ont tendance à éviter toute forme de contact avec des personnes extérieures à leur groupe⁵⁶. Conformément à l'article 3 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP) relatif à l'autodétermination, ils ont le droit de ne pas être contactés^{57,58}. Ils n'ont souvent pas d'identité légale et sont invisibles dans les statistiques nationales. L'isolement peut être volontaire ou forcé, ce dernier résultant de risques d'exploitation, de violence et/ou de maladies contagieuses (compte tenu des risques sanitaires liés à leur faible immunité face aux maladies courantes telles que la grippe). Les pouvoirs publics jouent un rôle clé dans l'élaboration, la promotion et l'application de politiques et de lois visant à protéger la santé de ces peuples autochtones. Ce domaine soutient l'action de santé publique essentielle et intersectorielle que constituent leur reconnaissance, la protection de leurs territoires (par le biais d'une collaboration avec les organisations de protection et les communautés voisines) et la réduction au minimum de la contamination environnementale, de la perte de biodiversité et de la dégradation des écosystèmes, étant donné que les peuples autochtones en situation d'isolement et de premier contact dépendent de ces éléments pour leur sécurité alimentaire, leurs médecines et pratiques de santé traditionnelles, ainsi que pour l'accès à l'eau potable. Ce domaine encourage également l'établissement de plans d'urgence dans le domaine de la santé en faveur de ces peuples autochtones ainsi que l'investissement dans des équipes d'intervention rapide dûment formées.

Priorité 5. Production de données factuelles, souveraineté des peuples autochtones en matière de données et responsabilité partagée en matière de santé des peuples autochtones

Domaine d'action 5.1 : *Les États Membres et d'autres acteurs, notamment les milieux universitaires, encouragent le rôle moteur des peuples autochtones et le développement concerté de la recherche en matière de santé*

41. Ce domaine soutient la recherche en santé pilotée par les peuples autochtones, ainsi que la production concertée et la participation de ces derniers à des projets de recherche en santé menés par d'autres, dans le respect des principes du consentement préalable, libre et éclairé, du principe « rien sur nous sans nous » et du principe « ne pas nuire ». Cela implique que les autorités sanitaires nationales et leurs partenaires, notamment les milieux universitaires et les instituts de recherche, soutiennent et dotent de ressources suffisantes les projets de recherche menés ou élaborés conjointement par les populations autochtones, qui reconnaissent la valeur scientifique des systèmes de connaissances autochtones, y compris la diversité de leurs ontologies, épistémologies

et méthodologies⁵⁹ ainsi que leurs visions du monde. Cela permettra une production de données factuelles mieux à même de soutenir des services de santé adaptés à la culture et des actions sur les déterminants de la santé, favorisant ainsi la protection, le renforcement et la promotion de la santé des populations. Ce domaine reconnaît également l'importance des travaux de recherche menés par les peuples autochtones, y compris les femmes autochtones, en lien avec les priorités 1 à 4 du Plan.

Domaine d'action 5.2 : *Les États Membres et les autres acteurs intensifient leurs efforts en faveur de la souveraineté des peuples autochtones en matière de données et renforcent la coordination avec ces derniers afin d'intégrer, dans les sources de données nationales pertinentes, des indicateurs qui reflètent leur conception de la santé et du bien-être.*

42. Ce domaine souligne l'importance de garantir que les données concernant les peuples autochtones restent sous leur contrôle, grâce à des cadres de gouvernance éthique des données et à des approches de recherche adaptés^{60, 61, 62}. Il invite les États Membres à soutenir l'application des principes de souveraineté des peuples autochtones en matière de données afin de garantir à ces derniers la propriété, le contrôle, l'accès et la possession des données de santé, et de prévenir les pratiques de recherche préjudiciables. Tout en reconnaissant que les approches en matière de gouvernance des données autochtones peuvent varier selon le contexte, conformément aux cadres juridiques et constitutionnels nationaux, les enjeux clés sont notamment l'évaluation éthique selon les perspectives autochtones, la garantie de l'accessibilité des données pour les peuples autochtones et de leur bénéfice collectif, la garantie que la recherche soit conforme aux priorités des peuples autochtones, la mise en place de procédures de consentement appropriées concernant l'utilisation et la réutilisation des données, ainsi que la réalisation d'évaluations des risques dans une perspective autochtone. Outre le consentement libre, préalable et éclairé et la coproduction avec les peuples autochtones, ce domaine implique également l'intégration d'indicateurs de bien-être définis par les peuples autochtones.

Domaine d'action 5.3 : *Les États Membres et les autres acteurs renforcent la collecte de données ventilées et le suivi des inégalités en matière de santé afin d'améliorer la compréhension des enjeux liés à la santé des peuples autochtones et de renforcer les mesures prises en leur faveur.*

43. Dans de nombreux contextes, l'action engagée en vue de l'amélioration de la santé des peuples autochtones est entravée par la faiblesse des systèmes d'information sanitaire. Les données de routine des établissements de santé peuvent être moins fiables dans les zones rurales et reculées et dans d'autres localités où résident les peuples autochtones. Cela a trait à la collecte, à la notification et à l'analyse de ces données, notamment par sexe, âge et différentes caractéristiques socio-spatiales. Les enquêtes démographiques ne permettent pas toujours de ventiler les indicateurs relatifs à la santé et aux déterminants de la santé en fonction de l'appartenance autochtone et/ou des zones géographiques ou des unités administratives d'un pays où la densité de population autochtone est plus élevée. L'enregistrement des faits d'état civil, comme l'enregistrement des naissances, peut également être moins fréquent chez les peuples autochtones, ce qui a des répercussions sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux tout au long du parcours de vie.
44. Comme il convient selon le contexte national, ce domaine invite les États Membres et les autres acteurs à renforcer les systèmes d'information sanitaire, toutes sources confondues, afin de produire des données sur la santé des peuples autochtones sous le prisme du genre et de l'intersectionnalité, tout en mettant en place les normes et mesures juridiques et opérationnelles nécessaires pour garantir la protection des données (y compris la suppression de toute information permettant d'identifier une personne) et prévenir toute utilisation abusive, dans le respect de la souveraineté des peuples autochtones en matière de données (voir le domaine d'action 5.2). Ce domaine promeut également des outils de renforcement des capacités et des formations sur le suivi des inégalités en matière de santé, ainsi que des ressources facilitant l'analyse multivariée, intersectionnelle et de genre afin de mieux cerner la situation des femmes et des filles autochtones.

Domaine d'action 5.4 : *Les États membres, le système multilatéral et d'autres acteurs mettent en place et/ou renforcent des plateformes visant à instaurer une responsabilisation solidaire en matière de santé des peuples autochtones.*

45. Ce domaine porte sur l'obligation redditionnelle solidaire en matière de santé des peuples autochtones, aux niveaux local, infranational, national, régional et mondial. Par exemple :
- *Au niveau local*, cela implique la mise en place de plateformes et de modalités respectueuses des cultures et tenant compte des perspectives autochtones, afin d'assurer une obligation redditionnelle solidaire entre les détenteurs d'obligations et les titulaires de droits, ainsi que de mécanismes de résolution des griefs et de procédures de réparation. Il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de responsabilisation contraignants plutôt que de se contenter de miser uniquement sur des actions de formation ou de sensibilisation.
 - *Aux niveaux national et infranational*, ce domaine implique l'adoption de lois et de politiques pertinentes visant à protéger les droits des peuples autochtones en matière de santé (que ce soit de manière spécifique ou en tant qu'objectifs précis s'inscrivant dans des lois et politiques plus larges), étayées par des cadres de suivi, d'évaluation et d'apprentissage, et mises en œuvre conformément aux cycles de planification. En lien avec la Priorité 1, cela signifie également que les peuples autochtones jouent un rôle directeur et participent activement et que leur santé soit considérée comme une priorité, au moyen de mécanismes pouvant s'appuyer sur des cadres juridiques, tels que les instances ou parlements autochtones, les conseils du secteur de la santé, les comités de santé, les comités de district, les comités consultatifs, les groupes de pilotage

(par exemple, les comités de coordination du secteur de la santé) et les commissions d'examen.

- *Aux niveaux régional et mondial*, ce domaine implique d'intégrer une dimension axée sur la santé des peuples autochtones dans les accords et les garanties qui sous-tendent l'aide au développement et l'aide à la santé à l'étranger, dans le cadre d'une approche transversale plus large axée sur les droits de l'homme, l'équité et l'égalité des genres. Cela implique la prise en compte de la santé des peuples autochtones dans les pactes, stratégies, plans, partenariats et autres initiatives portées par le système multilatéral, selon ce qui convient, en parallèle avec le Domaine d'action 1.3 relatif au renforcement du rôle des peuples autochtones dans l'architecture mondiale de la santé.

Appui fourni par le Secrétariat de l'OMS

46. L'appui dont bénéficiera le Plan reposera sur son intégration stratégique dans le programme de travail général pertinent du moment, l'accent étant mis sur l'aide aux pays, le leadership et la coordination, la gouvernance et l'obligation redditionnelle, ainsi que sur l'élaboration de documents normatifs et la mise en place d'initiatives de renforcement des capacités.

- **Appui technique aux pays.** En fonction des ressources disponibles, un appui technique de l'OMS sera fourni, à la demande des États Membres et conformément à la résolution 76.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé, dans le respect des priorités et des domaines d'action énoncés dans le projet de Plan. L'OMS collaborera avec les États Membres et les peuples autochtones afin de définir un ensemble de domaines d'indicateurs de référence, destinés à être adaptés et mis en œuvre au niveau national pour faciliter le suivi des progrès réalisés dans le cadre du présent plan.
- **Leadership et coordination :** Mettant à profit le pouvoir fédérateur et le rôle de coordonnateur que joue l'OMS, ce domaine implique que cette dernière facilite les échanges d'expériences entre pays au sein des entités des États Membres chargées de la santé des peuples autochtones. Cela implique également de renforcer la collaboration du Secrétariat avec les peuples autochtones, notamment en optimisant l'utilisation des plateformes de l'OMS destinées à la participation de la société civile, selon le cas et conformément à leurs mandats respectifs, afin de promouvoir un dialogue inclusif sur la santé des peuples autochtones. À travers ses programmes et à tous les niveaux, l'OMS approfondira également la coordination transversale et l'engagement avec les organismes compétents des Nations Unies et du système multilatéral, les mécanismes des droits de l'homme, la société civile, les milieux universitaires (notamment par le biais des Centres collaborateurs de l'OMS) et les autres parties prenantes, afin de promouvoir la santé des peuples autochtones.
- **Gouvernance et obligation redditionnelle.** Au cours de la période 2027-2040, l'OMS apportera son soutien à la présentation de rapports à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'état d'avancement de la mise en œuvre, conformément aux délais qui seront fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il sera mis en place un mécanisme de coordination transversale interne à l'OMS, avec des référents désignés aux niveaux des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège, afin de faciliter la mise en œuvre et l'établissement de rapports.
- **Élaboration de documents normatifs et renforcement des capacités.** Sous réserve de la disponibilité des ressources, cela implique l'appui à l'intégration d'une dimension axée sur la santé des peuples autochtones dans les activités de l'OMS à ces trois niveaux, en se fondant sur la mise en œuvre du Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur les droits

des peuples autochtones⁶³, conformément aux priorités et aux domaines d'action du présent Plan, et dans le cadre d'une approche plus large visant à intégrer une dimension axée sur les droits de l'homme, l'équité en santé et l'égalité des genres dans les activités de l'OMS. Si les ressources nécessaires sont disponibles, cela pourrait également inclure des orientations, des outils et des matériels de formation visant à renforcer les pratiques respectueuses des spécificités culturelles au sein des systèmes de santé et à favoriser une action intersectorielle sur les déterminants de la santé, élaborés en concertation avec les peuples autochtones et accompagnés de mesures appropriées pour intégrer les perspectives autochtones dans l'élaboration des politiques, les pratiques et la recherche en matière de santé.

Liens avec l'ensemble du système des Nations Unies

47. Dans l'esprit de l'Unité d'action des Nations Unies et en vue de maximiser la cohérence, d'optimiser les ressources et d'éviter les doublons, l'OMS — en tant qu'institution chef de file et de coordination en matière de santé au sein du système des Nations Unies — intensifiera sa coordination avec les autres institutions du système des Nations Unies en faveur de la santé des peuples autochtones. Cela s'inscrit également dans le prolongement des appels des peuples autochtones à dépasser les efforts fragmentés en faveur d'une action cohésive sur les déterminants autochtones de la santé qui transcende les cloisonnements sectoriels⁶⁴.
48. L'OMS poursuivra et/ou renforcera également la coordination en matière de santé des peuples autochtones avec d'autres acteurs du système multilatéral, notamment les institutions membres du H6, les banques régionales de développement, les organisations intergouvernementales, les donateurs bilatéraux et les fondations philanthropiques, entre autres, afin de mener une action cohésive en faveur de la santé des peuples autochtones.

DRAFT

Références bibliographiques

- 1 OMS (2023). La santé des peuples autochtones. Résolution 76.16 de l'Assemblée mondiale de la Santé, Genève. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R16-en.pdf
- 2 OMS (2026). Projet de plan d'action mondial pour la santé des peuples autochtones. Rapport du Directeur général. 158^e Conseil exécutif Document EB 158/29, Genève. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_29-en.pdf
- 3 OPS (2023). Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025 : rapport de situation. 60^e session du Conseil directeur et 75^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Washington, DC. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/cd60-inf-10-e-e-ethnicity.pdf>
- 4 ONU (2007). Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. 61/295. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 septembre 2007, à New York. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- 5 Extraits de ce document figurent dans le document de référence accompagnant le projet 1 du Plan d'action mondial : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/gpa---background-document.pdf?sfvrsn=c0f22e35_1
- 6 Anderson I et al. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*, 388(10040):131–157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27108232/>
- 7 Barreto CTG et al (2019). Factors Associated with Low Birth Weight in Indigenous Populations: a systematic review of the world literature. *Rev Bras Saúde Mater Infant (Online)*, 19(1):7–23 <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CVQdT3XyBSHMCR76PBNP6RS/?lang=en>
- 8 Bowker, S.L., Williams, K., Volk, A. *et al.* Incidence and outcomes of critical illness in Indigenous peoples: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 27, 285 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04570-y>⁹ NCD Alliance (2012). Health inequalities and Indigenous Peoples. Geneva https://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/Health%20inequalities_indigenous_11Dec12_NCDA.pdf
- 10 Furtado JM et al (2023). Indigenous Eye Health in the Americas: The Burden of Vision Impairment and Ocular Diseases. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 3820. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053820>
- 11 Poirier B et al. (2023). Facilitators and Challenges to Maintaining Oral Health for Indigenous Communities Globally: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 34. 377-398. 10.1353/hpu.2023.0025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37464501/>
- 12 ONU (2025). Déclaration politique de la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et la promotion de la santé mentale et du bien-être Document A/80/L.34. New York <https://docs.un.org/en/A/80/L.34>
- 13 Minichiello A et al (2016). Effective strategies to reduce commercial tobacco use in Indigenous communities globally: A systematic review. *BMC Public Health*. 2016 Jan 11;16:21. doi: 10.1186/s12889-015- 2645-x. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4710008/>

- 14 Chamberlain, C. *et al* (2017). Evidence for a comprehensive approach to Aboriginal tobacco control to maintain the decline in smoking: an overview of reviews among Indigenous peoples. *Syst Rev* 6, 135. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-05209>
- 15 Maddox R *et al* (2019). Commercial tobacco and indigenous peoples: a stock take on Framework Convention on Tobacco Control progress. *Tob Control*. 2019 Sep;28(5):574-581. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054508. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6824741/>
- 16 PAHO (2016). Promoting Mental Health in Indigenous Populations. Experiences from Countries. Washington, DC. <https://iris.paho.org/bitstreams/e118f21d-5d78-4120-820c-408e06c09540/download>
- 17 Graeff SV *et al.* (2019). Epidemiological aspects of HIV infection and AIDS among indigenous populations. *Rev Saude Publica*. 2019 Sep 9;53:71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31508778/>
- 18 Tollefson, D *et al* (2013). Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *The international journal of tuberculosis and lung disease*. 17(9), 1139–1150. <https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0385>
- 19 Elliott E (2024). Prevalence of hepatitis C virus exposure and infection among Indigenous and tribal populations: a global systematic review and meta-analysis, *Public Health*, Volume 233, 2024, Pages 65-73, ISSN 0033-3506, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.04.035>
- 20 OMS (2024). Rapport 2024 sur le paludisme dans le monde. Genève, pg 108 <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2024>
- 21 Nations Unies (2024). Personnes handicapées autochtones - Rapport du Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, JF Calí Tzay, Document A/HRC/57/47. New York, <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5747-indigenous-persons-disabilities-report-special-rapporteur>
- 22 ONU DAES (2025). Situation des peuples autochtones dans le monde en 2025 : Volume VI, Crise climatique. New York, <https://desapublications.un.org/publications/state-worlds-indigenous-peoples-volume-vi-climate-crisis>
- 23 Fernández-Llamazares A, *et al* (2020), A State-of-the-Art Review of Indigenous Peoples and Environmental Pollution, *Integrated Environmental Assessment and Management*, Volume 16, Issue 3, 1 May 2020, Pages 324–341, <https://doi.org/10.1002/ieam.4239>
- 24 Nations Unies (2022). Les droits des peuples autochtones à l'eau potable et à l'assainissement : état des lieux et enseignements tirés des cultures ancestrales. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'eau potable et à l'assainissement, Pedro Arrojo Agudo. Conseil des droits de l'homme, 51^e session, document A/HRC/51/24. New York <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5124-human-rights-safe-drinking-water-and-sanitation-indigenous>
- 25 OMS et UNICEF (2025). Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène 2000-2024 : Gros plan sur les inégalités Genève <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115149>
- 26 ONU CDESC (Comité des droits économiques, sociaux et culturels) (2009). Observation générale n° 20 Non-discrimination dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels, 2 juillet 2009, E/C.12/GC/20. <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>
- 27 ONU (2026). Restaurer la santé des populations autochtones en reliant les systèmes par le biais des déterminants autochtones de la santé : des données locales aux données mondiales. Document

- E/C.19/2026/5 Forum permanent sur les questions autochtones Vingt-cinquième session, New York, du 20 avril au 1^{er} mai 2026, <https://docs.un.org/en/E/C.19/2026/5>
- 28 UNICEF, C FILAC (2025). Voces de las niñas, niños y adolescentes indígenas de América Latina y el Caribe. Una aproximación para conocer su situación. New York, <https://www.unicef.org/lac/media/52351/file/Voces%20de%20las%20niñas%20niños%20y%20adolescentes%20-%20ultima%20version%2027%20de%20julio%202025.pdf.pdf>
- 29 UNESCO (2023). Plan d'action mondial de la Décennie internationale des langues autochtones (IDIL 2022-2032) ; version abrégée, Paris <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000383844>
- 30 Cela concerne toutes les professions, telles que décrites dans le document de l'OMS (2023). Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé, deuxième édition. Genève. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/747ab58d-0c29-44bf-844d-b684a8f2cecd/content>
- 31 OMS (2021). Lignes directrices de l'OMS relatives au développement, à l'attraction, au recrutement et à la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales et reculées. Genève. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
- 32 OIT (2019). Mise en œuvre de la Convention de l'OIT relative aux peuples indigènes et tribaux (169) : Vers un avenir inclusif, durable et juste. Genève, Organisation internationale du Travail https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_735607.pdf
- 33 Milne T., Creedy D.K., West R. (2016). Integrated systematic review on educational strategies that promote academic success and resilience in undergraduate indigenous students, Nurse Education Today, Volume 36, 2016, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26521033/>
- 34 eClinicalMedicine (2025). Reimagining global health architecture for a sustainable future. EClinicalMedicine, 87, 103532. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103532>
- 35 Voir : Gostin, L. O., Friedman, E. A., C Finch, A. (2023). The Global Health Architecture: Governance and International Institutions to Advance Population Health Worldwide. The Milbank quarterly, 101(S1), 734–769. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12627>
- 36 IASC (2022). Minimum Service Package Mental Health and Psychosocial Support. New York et Genève <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-minimum-service-package-mental-health-and-psychosocial-support>
- 37 Pour obtenir des résultats optimaux, les services de santé devraient être coordonnés de manière fluide entre les différentes disciplines médicales et devraient accorder la priorité au bien-être individuel. L'intégration de la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative (MTCI) sûre, efficace et durable peut contribuer à une approche favorisant la santé et le bien-être.
- 38 OMS (2025). Stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034. Genève <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- 39 OMS (2016). Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c81bbde3-7c3a-4ca5-8787-e5e4bb43d074/content>
- 40 Il s'agit notamment du Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation, annexé à la Convention sur la diversité biologique

(2010), ainsi que du Traité de l'OMPI sur la propriété intellectuelle, les ressources génétiques et les savoirs traditionnels associés (GRATK, 2024).

- 41 OMS (2025). Intégration de la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative dans les systèmes de santé : cadre conceptuel. Genève. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0c74b1b8-f0bb-4553-8bec-1bdeb2739c87/content>
- 42 FIDA (2019). Promouvoir une agriculture sensible à la nutrition grâce aux espèces négligées et sous-utilisées : cadre opérationnel. Rome <https://www.ifad.org/en/w/publications/supporting-nutrition-sensitive-agriculture-grâce-aux-espèces-négligées-et-sous-exploitées>
- 43 FIDA (2022). Des systèmes alimentaires durables et résilients pour les peuples autochtones, au service d'une meilleure nutrition. Rome <https://www.ifad.org/en/w/publications/sustainable-and-resilient-indigenous-peoples-food-systems-for-improved-nutrition>
- 44 FAO (2026). La Plateforme mondiale sur les systèmes alimentaires des peuples autochtones [site web]. Rome <https://www.fao.org/indigenous-peoples/secretariats/global-hub/en>, en particulier la publication suivante : FAO (2021). Le Livre blanc/Wiphala sur les systèmes alimentaires des peuples autochtones. Rome <https://openknowledge.fao.org/items/f2db136c-b20f-4691-b337-04666c54df33>
- 45 WHO (2024). Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles, 2^e éd. Genève <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
- 46 OMS (2025). Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé. Genève <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- 47 Carroll SR, Suina M, Jäger MB, Black J, Cornell S, Gonzales AA, Jorgensen M, Palmanteer-Holder NL, De La Rosa JS, Teufel-Shone NI. Reclaiming Indigenous Health in the US: Moving beyond the Social Determinants of Health. Int J Environ Res Public Health. 2022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742745/>
- 48 UNICEF (2025). L'UNICEF et le ministère de la Santé lancent « EN MI MENTE », une initiative visant à renforcer la santé mentale des adolescents au Guatemala. Guatemala City, <https://www.unicef.org/guatemala/en/press-releases/unicef-and-ministry-health-launch-en-mi-mente-initiative-strengthen-adolescent>
- 49 OPS (2019). Sociétés justes : équité en santé et vie digne. Rapport de la Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/items/e824e2fa-9f29-4080-9f31-cf10ecb28dec>
- 50 UNPFII (2023). Les déterminants autochtones de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. – Note du Secrétariat. Forum permanent sur les questions autochtones. 31 janvier 2023. <https://digitallibrary.un.org/record/4004608>
- 51 OCDE (à paraître), Renforcer le bien-être et l'engagement des peuples autochtones dans les régions minières, Éditions de l'OCDE, Paris
- 52 OMS (2014). Éliminer la stérilisation forcée, coercitive ou involontaire : déclaration interinstitutions du HCDH, d'ONU Femmes, de l'ONUSIDA, du PNUD, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS. Genève (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f32e6f52-8cd4-45a5-8b19-6aec9c71575/content>)

- 53 Groupe de soutien interInstitutions sur les questions autochtones (2014). Document thématique sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des peuples autochtones en vue de la préparation de la Conférence mondiale sur les peuples autochtones de 2014, 2014, New York. https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf
- 54 ONU-Femmes (2018). Santé maternelle et mortalité maternelle chez les femmes autochtones : Note de synthèse. Publication conjointe de l'UNICEF, de l'UNFPA et d'ONU-Femmes. New York <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2018/Fact-sheet-Indigenous-womens-maternal-health-and-mortality-en.pdf>
- 55 ONU (2022). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et ses conséquences, A/HRC/50/26 (2022). New York, <https://docs.un.org/en/A/HRC/50/26>
- 56 Groupe des droits des minorités (2025). Peuples autochtones isolés et récemment contactés des régions de l'Amazonie et du Gran Chaco. Par Da Silva. <https://reliefweb.int/report/world/isolated-and-recently-contacted-indigenous-peoples-amazon-and-gran-chaco-regions>
- 57 Convention interaméricaine relative aux droits de l'homme (2013). Peuples autochtones en isolement volontaire et en contact initial dans les Amériques : recommandations pour le plein respect de leurs droits humains. <https://www.oas.org/en/iachr/indigenous/docs/pdf/report-indigenous-peoples-voluntary-isolation.pdf>
- 58 OHCHR (2025). Document d'information : les peuples autochtones en isolement volontaire et en contact initial. Genève <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/form/documento-informativo-sobre-pueblos-indigenas-contacto-inicial-briefing-document-indigenous-peoples-voluntary-isolation-initial-contact-aislamiento-voluntario-piaci-ipviic-1-en.pdf>
- 59 Gouvernement du Canada (2025). Énoncé de principes en matière de recherche autochtone. Conseil de recherches en sciences humaines, Ottawa. <https://sshrc-crsh.canada.ca/en/funding/policies-regulations-and-guidelines/indigenous-research-statement-principles.aspx>
- 60 National Indigenous Australians Agency (2024). Framework for governance of Indigenous data: Practical guidance for the Australian Public Service (Version 1.0). Commonwealth of Australia. <https://www.niaa.gov.au/sites/default/files/documents/2024-05/framework-governance-indigenous-data.pdf>
- 61 Australian Institute of Aboriginal and Torres Strait Islander Studies (2020). AIATSIS Code of Ethics for Aboriginal and Torres Strait Islander Research. <https://aiatsis.gov.au/sites/default/files/2020-10/aiatsis-code-ethics.pdf>
- 62 The Sámi Parliament of Norway (2019). Proposal for Ethical Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material. Karasjok <https://uit.no/Content/588355/cache=1534848132000/Proposal+for+Ethical+Guidelines+for+Sámi+Health+Research+and+Research+on+Sámi+Human+Biological+Material.pdf>
- 63 ONU (2014). Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. UNDESA, New York. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2016/Docs-updates/SWAP_Indigenous_Peoples_WEB.pdf
- 64 ONU (2026). Restaurer la santé des populations autochtones en reliant les systèmes par le biais des déterminants autochtones de la santé : des données locales aux données mondiales. Document E/C.19/2026/5 Forum permanent sur les questions autochtones Vingt-cinquième session, New York, du 20 avril au 1^{er} mai 2026, <https://docs.un.org/en/E/C.19/2026/5>