

**Conseil économique et social**

Distr. générale
3 mars 2014
Français
Original : anglais

Instance permanente sur les questions autochtones**Treizième session**

New York, 12-23 mai 2014

Point 7 de l'ordre du jour provisoire¹

Priorités et thèmes actuels et suite à donner

**Rapport de la réunion du groupe d'experts internationaux
sur le thème « Droits sexuels et procréatifs : articles 21,
22 1), 23 et 24 de la Déclaration des Nations Unies
sur les droits des peuples autochtones »**

Résumé

Le présent rapport donne un aperçu des questions examinées lors de la réunion du groupe d'experts internationaux sur le thème « Droits sexuels et procréatifs : articles 21, 22 (1), 23 et 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones », tenue du 15 au 17 janvier 2014 au Siège de l'Organisation des Nations Unies. Il est principalement axé sur les conclusions et les recommandations formulées à la réunion par le groupe d'experts, qui a notamment demandé qu'une place plus large soit faite aux modèles interculturels dans la fourniture de soins de santé adaptés aux notions de santé et de maladie des peuples autochtones et tenant compte de leurs connaissances et pratiques médicales traditionnelles, ainsi qu'à un cadre conceptuel qui fasse le lien entre leur vie biologique, leur vie spirituelle et leur vie affective.

¹ E/C.19/2014/1.



I. Introduction

1. À sa douzième session, l'Instance permanente sur les questions autochtones a recommandé au Conseil économique et social d'autoriser la tenue, pendant trois jours, d'une réunion d'un groupe d'experts internationaux sur le thème « Droits sexuels et procréatifs : articles 21, 22 (1), 23 et 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones ». Le 7 novembre 2013, à la reprise de sa session de fond de 2013, le Conseil a, dans sa décision 2013/259, autorisé la tenue de cette réunion, à laquelle ont participé des membres de l'Instance permanente, des représentants du système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales intéressées, des experts d'organisations de peuples autochtones et des représentants des États Membres intéressés. Il a par ailleurs demandé que les conclusions de la réunion soient communiquées à l'Instance permanente à sa treizième session, en mai 2014. Le secrétariat de l'Instance a procédé à l'organisation de la réunion, dont l'ordre du jour et le programme de travail figurent à l'annexe I au présent rapport.

II. Organisation des travaux

A. Participation

2. Trois membres de l'Instance permanente ont participé à la réunion :

Mariam Wallet Mohamed Aboubakrine
Maria Eugenia Choque Quispe
Edward John

3. Le rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, James Anaya, et le Président du Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones, Wilton Littlechild, ont également pris part à la réunion.

4. Étaient également présents les experts de sept régions socioculturelles :

Larisa Abryutina (Europe orientale, Fédération de Russie, Asie centrale et Transcaucasie)
Clive Aspin (Pacifique)
Mirna Cunningham (Amérique latine et Caraïbes)
Jessica Danforth (Amérique du Nord)
Agnes Leina Ntikaampi (Afrique)
Tuku Talukder (Asie)

5. La réunion a par ailleurs été suivie par des observateurs des États Membres, des représentants d'organismes, fonds et programmes des Nations Unies, d'autres organisations intergouvernementales, d'organisations de peuples autochtones et d'organisations non gouvernementales.

B. Documentation

6. Les participants étaient saisis d'un projet de programme de travail et de documents (dont la liste figure à l'annexe II) établis par les experts présents. Ces

documents peuvent également être consultés sur le site web du secrétariat de l'Instance permanente².

C. Ouverture de la réunion

7. À l'ouverture de la réunion, le Sous-Secrétaire général à la coordination des politiques et aux affaires interorganisations du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat a adressé un discours de bienvenue aux participants. Le Chef du secrétariat de l'Instance permanente a lui aussi souhaité la bienvenue aux experts régionaux et aux représentants des entités du système des Nations Unies, avant d'exposer les objectifs de la réunion.

D. Élection des membres du Bureau

8. Maria Eugenia Choque Quispe, membre de l'Instance permanente, a été élue Présidente de la réunion et Alfonso Barragues, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), a été élu rapporteur.

E. Conclusions et recommandations

9. Le 17 janvier 2014, les experts ont adopté par consensus les conclusions et les recommandations exposées plus avant dans la section IV.

III. Temps forts des débats

10. Un certain nombre d'experts ont, d'entrée de jeu, fait observer que la terminologie propre au thème de la réunion « Droits sexuels et procréatifs » avait évolué ces 20 dernières années. La Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, se réfèrent à une myriade de droits inscrits dans les instruments existants relatifs aux droits de l'homme, qui reposent sur la reconnaissance des droits des couples et des individus à maîtriser leur sexualité et à prendre des décisions en matière de procréation sans discrimination, coercition ni violence, et, dans le même temps, d'avoir aussi le droit de bénéficier des meilleurs soins possibles en matière de sexualité et de procréation. Alors que la communauté internationale aborde la 20^e année de mise en œuvre des programmes d'action du Caire et de Beijing, ce sont les termes de « santé et droits en matière de sexualité et de procréation » qui sont très nettement ressortis lors de l'examen des suites à donner à la Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014. Les mécanismes conventionnels des Nations Unies utilisent eux aussi systématiquement les termes « droits en matière de sexualité et de procréation » dans leurs travaux et leur jurisprudence.

11. Les experts ont noté qu'au cours des 20 dernières années, des progrès remarquables avaient été enregistrés dans d'importants secteurs de la santé et des droits liés à la sexualité et à la procréation : la mortalité maternelle a

² [http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductive Rights.aspx](http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx).

considérablement baissé, l'accès à la planification familiale volontaire et aux méthodes modernes de contraception a été facilité et les possibilités de traitement, lorsqu'il en existe, ont fait du SIDA une maladie gérable. Les données disponibles montrent cependant que les peuples autochtones continuent d'être touchés de manière disproportionnée par bon nombre de ces problèmes, et bien d'autres encore, et que leur vie et leur bien-être ne se sont guère améliorés.

12. Si les informations que l'on possède sont trop parcellaires pour nous permettre de prendre toute la mesure de l'ampleur de ces problèmes, les participants ont néanmoins souligné que de nombreux pays n'avaient toujours pas reconnu sur un plan juridique l'identité et le statut des peuples autochtones. Ces derniers deviennent de ce fait invisibles ou sont rangés dans des catégories génériques telles que les minorités ethniques ou les communautés pauvres et marginalisées, sans que leur identité culturelle distincte et leurs systèmes traditionnels de gouvernance soient pris en considération. Et même lorsque leur identité et leur statut sont reconnus, rares sont les données ventilées en fonction de l'appartenance à une communauté autochtone, ce qui rend les politiques et programmes difficiles à concevoir et à évaluer. L'absence d'état civil a été citée comme un obstacle majeur entravant l'accès aux services sociaux de base et la capacité à faire valoir ses droits. Bien souvent, les systèmes d'enregistrement à l'état civil ne parviennent pas jusqu'aux peuples autochtones qui vivent dans des régions rurales ou isolées ou, s'ils le font, ne tiennent pas compte de leur culture; le refus d'inscrire les enfants sous leurs noms autochtones en est un exemple, qui explique peut-être que les parents répugnent à utiliser ces services.

13. Bien que le droit international en matière de droits de l'homme exige de faire en sorte que les services de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, les peuples autochtones ont plus de mal que d'autres à y avoir accès pour des raisons d'ordre géographique, culturel, linguistique et politique, ainsi qu'à cause des coûts qui leur sont indirectement liés – frais de transports et tarifs pratiqués. Les participants à la réunion ont cité le cas de femmes autochtones contraintes de quitter l'hôpital le jour même de leur accouchement, faute de moyens financiers pour couvrir les frais médicaux. Lorsqu'il existe des services de santé en matière de sexualité et de procréation, ils manquent manifestement de personnel qualifié et les locaux sont délabrés ou mal équipés. En outre, les comportements discriminatoires dont font preuve les prestataires de ces services dissuadent les populations autochtones d'y recourir. Des améliorations ont certes été relevées, avec la mise en place de services de santé maternelle culturellement acceptables dans certains pays d'Amérique latine; pour autant, des progrès restent à faire, d'autres régions ayant pris du retard.

14. Les femmes et les filles autochtones doivent souvent faire face à de multiples formes de discrimination, qui tiennent à leur statut autochtone, à leur âge, à leur lieu de résidence, à leur situation matérielle, à leur orientation ou identité sexuelle, à leur situation matrimoniale ou à leur handicap. Par ailleurs, les participants ont indiqué que la féminisation de la pandémie du HIV/sida dans certains pays, ainsi que les préjugés et la discrimination qui y sont associés, sont autant de facteurs aggravants. Il arrive ainsi que, sous l'effet d'une discrimination croisée, différents groupes ou individus au sein d'une communauté autochtone se heurtent à différents obstacles qui nécessitent des réponses spécifiques tant de la part de l'État que des institutions et autorités autochtones.

15. Des facteurs structurels déterminants tels que les effets toujours sensibles de la colonisation, de l'occupation et de la militarisation des territoires des peuples autochtones, ainsi que la persistance de visions hégémoniques qui continuent de considérer les cultures autochtones comme inférieures, peuvent également expliquer les disparités observées entre les populations autochtones et les autres pour ce qui concerne la réalisation des droits liés à la sexualité et à la procréation.

16. L'impact que les modèles de développement fondés sur l'extraction des ressources naturelles peuvent avoir sur la santé, la sécurité et la vie des peuples autochtones a été à maintes reprises évoqué par les participations, qui se sont tout spécialement intéressés à l'incidence de la pollution générée par les industries extractives sur la santé des peuples autochtones en matière de sexualité et de procréation. Dans ce contexte, les femmes sont plus particulièrement exposées au VIH/sida et aux violences sexuelles, du fait de l'afflux de travailleurs masculin sur les territoires autochtones, qui donne lieu à des viols, à des agressions et à des actes de traite à des fins d'exploitation sexuelle.

17. Dans l'écheveau complexe des liens de causalité qui influent sur la santé et les droits des peuples autochtones en matière de sexualité et de procréation, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones propose un vaste cadre permettant de répondre aux disparités recensées par les participants. Le droit à l'autodétermination, le droit de conserver leurs propres systèmes ou institutions, ou de s'en doter, le droit d'utiliser les médecines et pratiques médicales traditionnelles et le principe du consentement libre, préalable et éclairé constituent des conditions essentielles pour garantir la santé et les droits des peuples autochtones en matière de sexualité et de procréation. En outre, les obligations qu'ont les États d'améliorer la situation des peuples autochtones, notamment en termes de droit à l'éducation, à la santé, à l'alimentation, à l'eau et aux services d'assainissement, à l'absence de violence et de discrimination et à un travail décent se renforcent mutuellement et sont interdépendantes. La Convention n° 169 de l'Organisation internationale du Travail concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants a été citée comme un autre instrument fondamental qui permettrait de s'attaquer à ces facteurs et à d'autres déterminants de la santé en matière de sexualité et de procréation; encore faudrait-il la mettre en œuvre de manière effective.

18. Les participants ont attiré l'attention sur le fait que la principale difficulté tenait à l'absence de volonté politique d'appliquer la Déclaration et d'en finir avec le statu quo des déséquilibres de pouvoir qui, exacerbés par les modèles de développement économique dominants, poussent des communautés autochtones entières vers la marginalisation et l'exclusion.

Santé interculturelle

19. Le besoin de services de santé en matière de sexualité et de procréation qui soient culturellement adaptés aux peuples autochtones, en particulier aux femmes, est un problème qui figure à l'ordre du jour depuis plus de deux décennies. La Conférence internationale sur la population et le développement a tenu compte de cet impératif en affirmant le droit au respect de la diversité culturelle, la nécessité de veiller au respect des droits des peuples autochtones de manière globale, et celle aussi de leur assurer une participation active et significative.

20. En tenant compte de la diversité culturelle, ces services favorisent le bien-être physique, émotionnel, spirituel, individuel et collectif dans tous les aspects de la sexualité et de la procréation du genre humain, et ce dans le respect de la dignité de la personne et des droits des femmes comme des hommes. La santé interculturelle implique et exige l'élaboration et l'incorporation de modèles et bonnes pratiques qui intègrent la médecine autochtone et la médecine occidentale. Cela suppose le respect mutuel, la reconnaissance des savoirs traditionnels, la volonté de s'investir dans un processus démocratique d'échange et une détermination à se tourner vers un système de santé intégré.

21. La Déclaration des Nations Unies définit un cadre pour la reconnaissance du droit des peuples autochtones à des systèmes de santé à la fois modernes et traditionnels, comprenant l'accès aux informations sanitaires, aux médicaments et aux services de santé ainsi que la promotion et la mise en place de systèmes de santé pour les peuples autochtones. L'application du principe du consentement libre, préalable et éclairé grâce à des mécanismes et procédures participatifs est essentielle pour concevoir et mettre en œuvre des politiques sanitaires garantissant l'accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation qui soient de qualité et culturellement adaptés. La Déclaration consacre le droit des peuples autochtones à promouvoir, instituer et conserver leurs propres institutions, ce qui suppose que les États prennent des mesures pour garantir les droits collectifs des peuples autochtones à réaliser leur droit à la santé grâce aux systèmes, savoirs ancestraux et pratiques sanitaires qui leur sont propres.

22. Ces 20 dernières années, des politiques et modèles de santé respectueux de la diversité culturelle ont vu le jour dans quelques pays, où l'on a vu ainsi apparaître des systèmes de santé adaptés à la culture et aux besoins des peuples autochtones et faisant une place plus grande aux femmes autochtones.

23. Certaines avancées législatives et politiques fondamentales ont été observées en Amérique latine plus particulièrement, et des améliorations ont été apportées aux cadres institutionnels. Il est désormais des constitutions qui reconnaissent expressément l'identité et les systèmes des peuples autochtones, ainsi que la nature interculturelle de l'État – c'est le cas de l'État plurinational de Bolivie et de l'Équateur. Dix-sept pays de cette région possèdent des structures gouvernementales qui sont chargées de la santé interculturelle. Les pouvoirs publics ont également déployé des politiques dans différents secteurs sociaux qui ont été élaborées sous un angle culturel et ont associé les peuples autochtones, sous une forme ou l'autre, à leur conception.

24. Les participants ont échangé des informations sur l'expérience menée dans certains pays de la région andine, où des solutions innovantes ont été imaginées pour mettre en place des modèles de santé respectueux de la diversité culturelle, principalement dans le domaine de la santé maternelle. S'appuyant sur des partenariats stratégiques conclus entre le Réseau continental des femmes autochtones des Amériques, le Fonds autochtone, l'Organisation andine de la santé et le FNUAP, tant au niveau régional que national, dans l'État plurinational de Bolivie, en Équateur, au Guatemala et au Pérou, des initiatives ont été prises pour renforcer les capacités des collectifs de femmes autochtones à mener des actions de sensibilisation plaidant pour la mise à disposition de services de santé en matière de maternité et de procréation qui soient de qualité et culturellement adaptés. Plusieurs programmes ont contribué à procéder aux réformes nécessaires sur le plan légal

ainsi qu'à l'adoption de politiques publiques, de protocoles concernant la prise en compte de la diversité culturelle dans le domaine de la santé en matière de procréation, la reconnaissance du rôle des accoucheuses traditionnelles dans le système de santé officiel, la production de connaissances et la conception d'outils méthodologiques et d'instruments de mobilisation, ainsi que l'amélioration de l'accès des femmes autochtones aux services de santé en matière de procréation dans certaines régions. Forte de ces expériences nationales, la Commission pour la santé interculturelle de l'Organisation andine de la santé envisage d'adopter des normes élémentaires sous-régionales en matière de santé interculturelle en vue de définir des objectifs et des exigences mesurables, condition nécessaire pour proposer des services de santé maternelle respectueux de la diversité culturelle et s'assurer de leur qualité.

25. Les participants ont tiré certains enseignements de l'exemple cité ci-dessus, ainsi que d'autres expériences relatives dans les documents d'information établis pour la réunion. Il leur est ainsi apparu que :

a) Pour être culturellement adaptée, une intervention ne peut être conçue de manière verticale et imposée du sommet vers la base. Elle nécessite des processus participatifs permettant de construire un dialogue, d'établir un consensus et d'impliquer la communauté. En dépit des progrès réalisés en termes d'activités normatives, la mise en œuvre des programmes ne s'est souvent pas faite avec la participation effective des femmes autochtones;

b) Les cadres de suivi des systèmes de santé doivent continuer à englober l'intégralité des systèmes traditionnels de santé en définissant des indicateurs qui reflètent la complexité de la santé respectueuse de la diversité culturelle, et ce à tous les niveaux de l'administration de l'État et des collectivités. À cet égard, il s'est avéré plus facile de mesurer le degré d'application des normes de santé interculturelle à l'échelon local, grâce aux points de prestation de services;

c) L'adoption de lois est une étape importante du processus visant à se doter d'un système de santé soucieux de la diversité culturelle. Faire évoluer les comportements des professionnels de santé et du personnel médical est toutefois une entreprise de longue haleine qui suppose d'inclure une approche interculturelle dans les programmes scolaires, depuis l'enseignement élémentaire jusqu'aux études supérieures, et notamment dans les formations techniques axées sur la santé. Les participants ont également souligné la nécessité de mettre en place des mesures d'incitation afin d'encourager ce processus d'apprentissage;

d) Les politiques et programmes nationaux nécessitent l'appui des autorités et le soutien des donateurs à long terme. Malheureusement, en matière de santé interculturelle, les donateurs se bornent à accompagner les réformes juridiques ou politiques et à faciliter l'élaboration de normes, partant du principe que les communautés autochtones pourront ensuite faire avancer les choses par elles-mêmes. Aussi longtemps que l'on ne s'attaquera pas aux facteurs structurels d'inégalité et de discrimination, les peuples autochtones continueront d'être laissés pour compte, sans disposer des ressources ou de l'assistance technique nécessaires pour s'en sortir seuls;

e) La promotion de modèles de santé respectueux de la diversité culturelle a étroitement ciblé la santé maternelle. Or, une perspective interculturelle serait également très utile dans d'autres domaines de la santé en matière de sexualité et de

procréation, comme la planification familiale, le problème des grossesses précoces, la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH/sida, ainsi que la prévention des violences à l'égard des femmes et la réponse à y apporter.

26. Si l'on a eu tendance ces dernières années à privilégier sur la scène politique la « sensibilité culturelle », les organes conventionnels des Nations Unies ont toujours considéré « l'acceptabilité culturelle » comme l'un des éléments clefs du droit à la santé. Cette notion oriente la conception des services et favorise la participation active des peuples autochtones pour faire en sorte que lesdits services respectent la diversité culturelle et soient jugés adaptés par ceux à qui ils sont destinés. L'acceptabilité culturelle n'est pas seulement une exigence d'ordre normatif; c'est aussi un concept évolutif qui peut tirer parti de l'expérience des peuples autochtones pour aider les organes conventionnels des Nations Unies à en préciser la signification et les implications pratiques.

27. Les considérations ci-dessus ont amené certains participants à parler du concept de « sécurité culturelle », présenté comme une norme minimale allant au-delà de ce que l'on entend généralement par « sensibilité culturelle ». La « sécurité culturelle » analyse les problèmes qui touchent aux déséquilibres des rapports de force, à la discrimination institutionnelle, à la colonisation, ainsi qu'aux liens avec les cultures hégémoniques et les systèmes de santé des anciens colonisateurs, l'objectif étant de faire en sorte que les individus et familles qui composent les communautés autochtones se sentent en sécurité, tant dans leur corps que sur leurs terres et territoires, mais aussi dans l'environnement urbain où ils vivent et travaillent. La sécurité culturelle met l'accent sur l'idée que l'on est soi-même un vecteur de sa culture et sur la nécessité de nouer des relations de confiance et de respect. Cela signifie que le colonialisme, les politiques d'assimilation et les génocides doivent être pris en considération dans les relations entre les usagers ou les patients et les prestataires de services.

Santé maternelle et planification familiale

28. Les participants ont partagé les expériences et données factuelles concernant l'accès des peuples autochtones, en particulier des femmes, aux services de planification familiale et de santé maternelle dans leurs pays respectifs. Les exposés des experts du Bangladesh et de la Fédération de Russie, de même que l'évocation des situations que connaissent d'autres pays, ont fait ressortir que les principaux obstacles entravant l'accès des populations autochtones à ces services étaient d'ordre géographique et économique. Dans le cas de la Fédération de Russie, l'ancien Gouvernement soviétique avait déployé des structures sanitaires mobiles pour pouvoir intervenir auprès de ces populations. Cette formule a largement contribué à améliorer les conditions de santé des femmes, des filles et des enfants autochtones mais, depuis la fin de l'ère soviétique, les structures en question ont été progressivement démantelées faute de moyens financiers. Cette expérience montre combien il est nécessaire de soutenir les efforts de développement menés tant par les États que par les institutions internationales spécialisées dans ce domaine. Malheureusement – et c'est le cas notamment en Amérique latine – ces dernières réduisent progressivement l'ampleur de leurs actions de coopération dans les pays à revenu moyen, en dépit des inégalités qui continuent d'affecter profondément la vie et le bien-être des peuples autochtones.

29. Au Bangladesh, la discrimination que subissent les femmes et les filles en raison de leur sexe, en particulier dans les zones rurales, et qui se trouve exacerbée par la pauvreté, représente l'un des principaux facteurs à l'origine des mauvais résultats enregistrés sur le plan sanitaire. Si les politiques nationales de santé reconnaissent désormais la nécessité de mettre en place des programmes spéciaux pour les peuples autochtones vivant dans des régions reculées, ces nouveaux programmes n'ont pas atteint les communautés ciblées et ils ont le plus souvent été conçus selon une approche de type directive, sans y associer les femmes et les filles autochtones.

30. L'accès à des informations précises et pertinentes est essentiel pour la planification familiale et les soins maternels. La façon de communiquer avec les communautés et les jeunes autochtones pose un problème particulier. L'expérience montre que l'amélioration de l'accès aux informations sur les soins de santé et la contraception n'a pas entraîné de changements de comportement significatifs. Il nous faut revoir notre manière d'adresser des messages et de transmettre des informations aux populations autochtones en nous plaçant dans une optique interculturelle et en utilisant notamment les langues autochtones locales, dans des formats accessibles. Si l'on ne parvient pas à faire passer efficacement les informations, les femmes autochtones continueront d'être exposées au risque d'une stérilisation forcée, et leurs choix en matière de sexualité et de procréation demeureront limités.

VIH et sida

31. Les experts ont noté que le VIH avait été, de nombreuses années durant, une source de grave préoccupation chez les populations autochtones. Bien que l'on ait généralement le sentiment que les communautés autochtones courent moins de risques parce qu'elles vivent dans des régions reculées et sont plus soudées, les données qui existent en la matière montrent qu'elles sont touchées de manière excessive par le VIH. Aussi, les experts ont-ils souligné que, même si de nombreux pays ne disposent pas de données ventilées, il était raisonnable de conclure que le VIH constitue un grave problème pour les populations autochtones, car il est associé à un certain nombre de facteurs qui les affectent de façon disproportionnée, à savoir la stigmatisation, la discrimination, l'absence d'éducation sexuelle, le manque de moyens contraceptifs et les taux élevés de violences sexuelles, d'alcoolisme et de toxicomanie. Le fait que l'on ne dispose pas de données ne doit donc pas être une excuse pour ne pas agir. Il faut multiplier les efforts de prévention en direction des peuples autochtones, que l'on a cependant tendance à oublier dans les mesures prises au niveau mondial et à l'échelle nationale pour lutter contre la pandémie.

32. S'appuyant sur des éléments factuels, les participants ont rappelé la méfiance de longue date que les peuples autochtones touchés par le VIH entretiennent à l'égard des services de santé, avec pour conséquences un accès insuffisant aux soins de santé, des dépistages tardifs du VIH et un manque ou l'absence totale de soins et d'assistance aux séropositifs. Or, les peuples autochtones font au contraire partie de réseaux familiaux et culturels dont il convient de tenir compte lors de l'élaboration et de la mise en place des programmes de prévention du sida destinés aux autochtones.

33. Les participants ont observé qu'il fallait associer des personnes de tous âges, des plus jeunes aux plus âgées, aux campagnes visant à prévenir la transmission du

VIH dans les communautés autochtones. Ces dernières doivent pouvoir évoluer dans un environnement propice à l'éducation et au dépistage, qui reconnaisse et respecte leurs valeurs culturelles.

34. Face aux taux élevés d'infection par le VIH dans les populations autochtones, diverses initiatives ont été imaginées au niveau des communautés pour offrir une alternative viable et réaliste aux solutions proposées par des non-autochtones pour prévenir la transmission du virus dans différentes populations autochtones. De même, au plan international, un réseau mondial durable de peuples et communautés autochtones s'est constitué afin de faire prendre conscience du problème du sida et de ses répercussions sur ces populations.

35. Un certain nombre d'experts ont évoqué les quelques initiatives communautaires menées à l'échelle mondiale et au niveau national dont il ressort clairement que, 30 ans après l'apparition du VIH, les communautés autochtones se dotent de stratégies pour empêcher que le virus ne continue de se transmettre au sein de leurs populations et pour apporter soins et assistance à ceux qui l'ont contracté. À cet égard, le rôle joué par les réseaux internationaux qui se sont formés pour lutter contre le virus est primordial pour relever les défis que pose le sida; c'est notamment le cas du Groupe de travail international autochtone sur le VIH et le sida, créé peu après l'adoption, lors de la seizième Conférence internationale sur le sida tenue en 2006, de la « Charte de Toronto : Plan d'action des peuples autochtones sur le VIH/sida ».

36. Ces réseaux doivent bénéficier d'un soutien national et international qui puisse leur donner les moyens de mener une action efficace pour vaincre le sida et qui permette d'assurer l'autodétermination et la viabilité des communautés autochtones pour les générations à venir. Il est apparu stratégiquement nécessaire de nouer des partenariats avec le secteur privé compte tenu du contexte économique actuel et de la situation en matière d'aide. L'exemple du Chili a été cité : dans ce pays, le secteur des transports, qui emploie traditionnellement de nombreux travailleurs autochtones, opère en partenariat avec des communautés autochtones pour les sensibiliser à la prévention du sida, aux tests de dépistage volontaires et aux possibilités de traitement.

Sexualité, tabous et éducation

37. Les participants ont souligné que la sexualité restait un sujet tabou dans de nombreuses communautés autochtones de par le monde. Si, dans certains cas, le fait de « ne pas parler de sexe » avec ses enfants et petits-enfants peut être considéré comme inhérent à la culture et aux traditions des peuples autochtones, il en est d'autres – et ils sont nombreux – où ce silence résulte d'opinions idéologiques ou religieuses qui leur ont été imposées avec le colonialisme. Malgré tout, les participants ont noté que beaucoup de communautés autochtones conservaient les traditionnels cérémonies et rites de passage à l'âge adulte, qui permettent aux adolescents autochtones de comprendre non seulement quelle est leur identité mais aussi ce que cela signifie que d'assumer des responsabilités d'adulte pour eux-mêmes, au regard de leur corps, et vis-à-vis de leur communauté.

38. De l'avis des participants à la réunion, l'éducation sexuelle est un droit fondamental auquel chacun peut prétendre, et constitue une mesure concrète permettant aux adolescents et jeunes autochtones d'acquérir les connaissances et compétences dont ils ont besoin pour pouvoir prendre des décisions concernant leur

corps et leur sexualité de manière sûre et responsable. L'éducation sexuelle doit aussi viser les parents et grands-parents afin d'améliorer le dialogue intergénérationnel sur ces questions. Le sentiment général qui s'est toutefois dégagé est que les cours d'éducation sexuelle qui existent donnent rarement une vision globale de la sexualité et des relations entre les sexes, et ne vont pas au-delà des aspects biologiques essentiels et de la prévention des grossesses précoces. D'aucuns ont également relevé que l'éducation sexuelle n'était pas spécifiquement conçue pour les communautés autochtones ni transmise de façon à aider les adolescents et jeunes autochtones à enrichir et utiliser leurs connaissances.

39. L'absence d'une éducation sexuelle rigoureuse et culturellement sûre a une incidence directe sur le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes autochtones – phénomène aggravé par la montée de la violence sexuelle et de l'alcoolisme –, d'où la nécessité de faire en sorte qu'elles puissent avoir accès à une contraception d'urgence dans le respect de leur droit à l'intimité. Les approches intégrées mettent l'accent sur l'éducation et le maintien à l'école, ainsi que sur l'acquisition de compétences essentielles en matière de négociation et le renforcement de l'estime de soi, par opposition aux approches plus conventionnelles axées sur la prévention, qui cherchent surtout à rejeter sur les filles la responsabilité des grossesses ou à leur faire craindre les conséquences négatives d'une grossesse précoce.

40. Enfin, un appel a été lancé en faveur d'une éducation sexuelle culturellement adaptée qui intègre les notions plus larges d'égalité des sexes, de droits de l'homme et de santé et droits en matière de sexualité et de procréation, et qui respecte aussi les orientations et identités sexuelles différentes, notamment les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgenres, les personnes en questionnement, les asexués, les intersexuels, les personnes bispirituelles et autres. Il a également été demandé d'impliquer les adolescents et jeunes autochtones dans la conception de programmes d'éducation sexuelle respectueux de la diversité culturelle ainsi que dans la mise en place et la multiplication de projets d'éducation des jeunes par leurs pairs. En outre, les participants ont insisté sur la nécessité de créer des espaces intergénérationnels d'analyse et de réflexion qui permettraient à des femmes plus âgées de faire part de leurs idées et expériences sur le mariage et la sexualité et sur le regain d'intérêt pour les cérémonies et rites de passage à l'âge adulte.

Pratiques préjudiciables (mutilation génitale féminine/excision)

41. Sans nier l'importance capitale de la revendication des peuples autochtones au respect et à la valorisation de leurs cultures, les experts ont été unanimes à reconnaître que les traditions culturelles n'étaient pas toutes intrinsèquement bénéfiques et qu'il ne fallait pas considérer la culture comme un concept statique ou monolithique. De même que différents groupes de population peuvent interpréter différemment des cultures locales, ces interprétations sont en constante mutation. La culture et la tradition ne doivent pas finir par être invoquées pour justifier la violation des droits d'un individu ou d'un groupe particulier de la population – femmes, enfants, autochtones séropositifs ou autres.

42. L'une des pratiques dont il a été question au cours de la réunion est celle des mutilations génitales féminines/excisions que l'on continue d'observer dans les communautés autochtones, principalement en Afrique, mais aussi ailleurs. Les participants ont indiqué que l'ablation des organes génitaux des femmes durant

l'enfance ou l'adolescence n'a aucune justification médicale; cette pratique correspond à une vision sexiste du rôle assigné aux femmes dans la société et une condition à laquelle les filles doivent se soumettre pour passer de l'enfance à l'âge adulte et pouvoir se marier.

43. Les experts ont présenté les quatre approches qui ont été suivies pour s'attaquer au problème des mutilations génitales féminines/excisions depuis qu'il a été inscrit en tête des priorités en matière de droits de l'homme et de développement lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 : il s'agit de l'approche culturelle/morale, de l'approche axée sur la santé, de l'approche sociale et de l'approche juridique. Compte tenu de la persistance de cette pratique, les participants ont souligné qu'il était important d'analyser ce qui a et ce qui n'a pas fonctionné pour chacune de ces approches, tout en tirant les enseignements des quelques pays et des rares expériences qui ont réussi à éradiquer le problème.

44. Les participants sont parvenus à la conclusion que ces quatre approches constituaient probablement le meilleur moyen d'avancer. S'il ne fait guère de doute que les droits des femmes et des filles doivent être respectés et protégés en toutes circonstances, les participants ont aussi fait remarquer que les stratégies déployées pour lutter contre ces pratiques préjudiciables ne réussiront à faire évoluer les mentalités qu'à la condition qu'elles intègrent une perspective culturelle, de façon à ce que le changement vienne des communautés et que celles-ci se l'approprient. Les participants ont considéré que l'accès à l'éducation scolaire permettait aux femmes autochtones, à long terme, d'en finir avec les mutilations génitales féminines/excisions; ils ont également souligné que l'enseignement devait être culturellement adapté et que ces femmes devaient participer à la conception des programmes scolaires afin que l'éducation soit un moyen d'émancipation et non d'aliénation culturelle.

Participation et responsabilités

45. La participation a été l'un des thèmes récurrents de la réunion. La nécessité d'associer les peuples autochtones aux travaux de recherches et de collecte de données, ainsi qu'à la conception, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes a été mise en avant.

46. De même, le fait de ménager aux femmes autochtones une place tant dans les systèmes judiciaires des États que dans les systèmes judiciaires coutumiers des peuples autochtones a été considérée comme un excellent moyen de faire en sorte qu'une attention plus grande soit accordée à la protection de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, par exemple pour ce qui concerne la stérilisation forcée, les violences sexuelles et la discrimination dans les systèmes de santé.

47. Les participants ont indiqué, à l'issue de ce débat que, pour protéger la santé des peuples autochtones et résoudre les problèmes qu'elle soulève, il fallait mettre en place un cadre judiciaire en matière de sexualité et de procréation qui contribue efficacement à s'attaquer à des questions telles que le racisme systémique, la colonisation, la violation des droits fonciers, la discrimination linguistique, l'incarcération et d'autres atteintes aux droits de l'homme.

IV. Conclusions et recommandations

48. L'Instance permanente devrait inclure dans ses discussions sur le droit à la santé la question relative à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Elle devrait s'attacher à faire preuve de cohérence dans la terminologie utilisée – « santé et droits en matière de sexualité et de procréation » ou « droits en matière de sexualité et de procréation » –, en s'alignant sur celle employée par les organes conventionnels des Nations Unies chargés de la surveillance des traités et en s'inspirant des textes issus de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014, notamment la déclaration adoptée lors du Forum mondial de la jeunesse de Bali, le consensus de Montevideo sur la population et le développement, et le rapport de la Conférence internationale des droits de l'homme.

49. Les États doivent prendre des mesures juridiques, politiques, financières et autres initiatives constructives positives pour lutter contre les inégalités en matière de sexualité et de procréation; pour ce faire, ils doivent s'attaquer aux causes structurelles de ces inégalités, au rang desquelles figurent les séquelles de la colonisation et de la violence, ainsi que la discrimination croisée que subissent les femmes et filles autochtones en raison de leur origine ethnique et de leur sexe. Les mécanismes nationaux et infranationaux de protection qui ont pour mission de combattre la discrimination exercée contre les peuples autochtones devraient être renforcés afin que priorité soit donnée à la recherche de solutions au problème de la discrimination croisée observée dans le cadre des droits en matière de sexualité et de procréation.

50. Les États doivent se doter d'un environnement juridique qui permette aux femmes et filles autochtones d'exercer leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Cela suppose qu'ils revoient leur législation et leurs politiques afin de s'assurer de leur conformité au droit international relatif aux droits de l'homme, qu'ils éliminent les obstacles entravant l'accès aux informations et services en matière de sexualité et de procréation, et dépénalisent les services de santé touchant à la procréation et les relations sexuelles librement consenties. Les États doivent en outre veiller à ce que les femmes et les filles autochtones disposent de véritables voies de recours juridiques efficaces en cas de violation de leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

Participation

51. Les États se doivent de respecter la participation pleine et effective des peuples autochtones à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes de santé et d'éducation en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'à l'élaboration des lois et normes intéressant les enfants, les adolescents et les jeunes autochtones. Des informations sur les lois, les politiques et les budgets relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation doivent être mises à la disposition des peuples autochtones en toute transparence, avec diligence et sous des formes accessibles, y compris dans leurs langues. Les organisations autochtones qui participent aux processus juridiques et politiques susmentionnés doivent inviter les femmes, les filles, les hommes et les garçons, les chefs coutumiers, les guérisseurs, les sages-femmes traditionnelles, les personnes ayant une identité ou une orientation sexuelle différente, les travailleurs du sexe, les autochtones porteurs d'un handicap et ceux qui sont séropositifs à donner leur avis.

52. Les peuples autochtones doivent engager un dialogue multisectoriel et transversal avec les responsables politiques, les économistes, les universitaires, les groupes de défense des femmes, les professionnels de la santé et autres acteurs concernés, afin de favoriser une évolution positive des lois, politiques et pratiques liées à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. À cet égard, il leur faut plus particulièrement collaborer avec les parlementaires, aussi bien autochtones que non autochtones, pour rédiger les textes de loi et superviser les politiques et budgets publics, en plaidant notamment pour l'adoption de lois culturellement adaptées.

53. Les États et le FNUAP doivent promouvoir les droits des jeunes autochtones au niveau régional et au plan national, en les associant au processus d'élaboration du concept et de la mise en œuvre de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 et, dans la mesure du possible, en veillant à ce qu'ils participent aux discussions menées par le FNUAP sur le programme de développement pour l'après-2015.

54. L'Instance permanente sur les questions autochtones, le Mécanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones et le Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones doivent continuer à appuyer les revendications, points de vue et recommandations des autochtones handicapés dans les processus politiques et choix d'orientations affectant leur santé en matière de sexualité et de procréation.

Santé interculturelle

55. Les États et les organismes des Nations Unies doivent, conformément au droit à l'autodétermination des peuples autochtones, mobiliser et accroître les ressources destinées aux services de santé qui travaillent dans le respect de la diversité culturelle au sein de ces communautés, et veiller à la qualité des normes relatives aux soins de santé, afin qu'ils soient culturellement adaptés, ce qui implique d'intégrer la notion de « sécurité culturelle ».

56. Les États doivent prendre des mesures pour reconnaître, respecter et renforcer les systèmes de santé traditionnels des populations autochtones (accoucheuses, guérisseurs) et, en collaboration avec ces structures, mettre sur pied un vaste ensemble interculturel de services de santé en matière de sexualité et de procréation, en proposant notamment des moyens de contraception, des soins maternels, des avortements sans risques, une prise en charge postavortement, un soutien spirituel, des soins de santé traditionnels, des techniques d'aseptie, des services de prévention et de traitement du sida, des systèmes d'orientation adaptés entre le système de soins de santé des populations autochtones et celui de l'État, ainsi que tous autres services énumérés au paragraphe 7.6 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.

57. Il conviendrait d'analyser les programmes axés sur des modèles de santé intégrant la diversité culturelle qui se sont révélés efficaces – notamment en Amérique du Sud, en Amérique centrale et dans les Caraïbes – pour ensuite les transposer à plus grande échelle et les étendre à d'autres régions en misant aussi sur une coopération entre les pays du Sud et entre les communautés autochtones, à l'image de celle proposée par les réseaux internationaux de femmes et de jeunes autochtones, par les communautés de praticiens et par les plateformes de partage intergénérationnel des savoirs.

58. Les États doivent se doter de modèles de santé innovants, interculturels et complets pour améliorer l'accès général aux soins de santé des peuples autochtones, en particulier des femmes et des filles, qui mènent une existence nomade ou vivent dans des régions reculées; ils pourraient ainsi créer un réseau de structures sanitaires mobiles intégrées et fonctionnant de manière permanente qui dispenseraient des soins de santé primaire et appliqueraient le principe de la relation directe « médecin-patient ». Un appel pressant est lancé aux organismes des Nations Unies et autres acteurs de la coopération au développement pour qu'ils renforcent les capacités nationales et infranationales, fournissent une assistance technique et allouent les moyens plus particulièrement nécessaires à la mise en œuvre des programmes gérés par les femmes autochtones et des initiatives destinées à donner accès à une éducation et à des services interculturels en matière de santé liée à la sexualité et à la procréation ainsi qu'à la maternité sans risque, qui apparaissent comme un droit fondamental.

59. Pour s'assurer que les résultats observés en matière de santé chez les peuples autochtones soient identiques à ceux obtenus dans le reste de la population, les États doivent veiller à proposer des informations et services concernant la sexualité et la procréation, qui soient accessibles, acceptables et de qualité. Cela signifie qu'ils doivent être suffisamment nombreux, d'accès facile et à proximité immédiate des lieux où vivent les populations autochtones. Ils doivent également être fournis gratuitement ou pour une somme modique, dans une langue que les femmes autochtones comprennent et sur la base d'un consentement libre, préalable et éclairé. Les services de santé en matière de sexualité et de procréation (ou leurs prestataires) doivent aussi respecter le point de vue des femmes et des filles autochtones en ce qui concerne leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation, et en tenir compte.

60. En étroite coopération avec les peuples autochtones, les pouvoirs publics et les établissements d'enseignement supérieur, notamment les universités, devraient assurer la formation et le renforcement des capacités des responsables de la santé publique et des professionnels de la santé à tous les niveaux, afin qu'ils soient à même de comprendre et de respecter les systèmes de santé des populations autochtones (accoucheuses, guérisseurs et autres détenteurs de savoirs) et leurs médecines, et qu'ils puissent collaborer à la mise en place de systèmes de santé respectueux de la diversité culturelle et leur apporter un appui.

Éducation

61. Les États doivent définir, en étroite coopération avec les jeunes autochtones, des programmes éducatifs portant sur les droits de l'homme, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, l'égalité des sexes, l'éducation sexuelle et les aptitudes à la vie quotidienne; ils doivent aussi faire en sorte que cette éducation soit dispensée aux enfants et jeunes autochtones, tant en milieu scolaire qu'en dehors de l'école. Il est recommandé aux États et aux organismes des Nations Unies d'apporter leur concours à la mise en place d'une éducation sexuelle spécialement destinée aux autochtones, qui ne mette pas leur culture en danger, et de fournir des ressources à cet effet. L'Instance permanente devrait réaliser une étude sur les liens entre l'éducation sexuelle et le rétablissement des cérémonies et rites de passage à l'âge adulte. Il est en outre recommandé aux États, organismes des Nations Unies et communautés autochtones de favoriser les possibilités de mentorat et d'éducation des jeunes autochtones par leurs pairs dans le domaine de la sexualité et des

relations, et d'appuyer les enseignements culturels qui encouragent l'autonomisation, sont fondés sur la connaissance et sont dénués de toute stigmatisation ou de tout jugement.

Interconnexions

62. Compte tenu de leur incidence sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation des peuples autochtones, il nous paraît nécessaire de procéder à une révision juridique des conventions chimiques des Nations Unies, en particulier la Convention de Rotterdam, afin de s'assurer de leur conformité au regard des textes normatifs internationaux en matière de droits de l'homme, notamment la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

63. Les États doivent cesser d'exporter et d'importer des pesticides proscrits et non enregistrés provenant de pays qui en interdisent l'utilisation sur leur propre territoire, ces pratiques constituant des actes de racisme environnemental et de violence environnementale aux conséquences dévastatrices avérées sur la santé en matière de sexualité et de procréation, en particulier la santé maternelle et infantile.

64. Les organismes compétents des Nations Unies devraient, en partenariat avec les associations qui regroupent des populations autochtones, réaliser une étude expliquant le lien entre, d'une part, la violence environnementale – notamment les activités des industries extractives, la pollution chimique et la destruction de l'habitat autochtone et, d'autre part, la santé en matière de sexualité et de procréation des peuples autochtones; cette étude devrait également porter sur les questions touchant à l'exploitation sexuelle, à la traite des filles autochtones et à la violence sexuelle, et formuler des recommandations concrètes quant aux mesures de protection à mettre en place.

Violences sexistes

65. Les États doivent avoir conscience de la diversité des identités et orientations sexuelles présentes au sein des populations autochtones et admettre que, pour de nombreuses nations et communautés autochtones, ces identités existent de longue date et sont sacrées. Ils doivent également prendre des mesures pour prévenir la discrimination et les violences que subissent certains autochtones, parmi lesquels des jeunes, tels que les lesbiennes, les homosexuels, les transgenres, les personnes bispirituelles, les personnes en questionnement, les asexués, les intersexuels ou ceux qui ne se conforment pas aux normes sexuelles, et faire en sorte de les en protéger. Il est également recommandé aux organes des Nations Unies chargés de la surveillance des traités, notamment le Comité des droits de l'homme et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, d'inviter les États à se conformer à l'obligation d'égalité et de non-discrimination qui leur est faite sous l'angle des droits fondamentaux internationaux et à soutenir les efforts engagés par les peuples autochtones qui, pour lutter contre la discrimination et les violences fondées sur le sexe, donnent à la notion de diversité sexuelle une définition large.

66. Les États, les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales doivent appuyer la participation pleine et effective des peuples autochtones, en particulier des personnes travaillant dans l'industrie du sexe et dans l'économie informelle, aux politiques, programmes et autres mesures visant à faire

face aux conséquences de la recrudescence des violences, de la stigmatisation, de la discrimination, de la répression et des cas de contamination par le VIH.

67. Les États et les organismes des Nations Unies doivent promouvoir la participation active des représentants des peuples autochtones, notamment des femmes et des jeunes, à la quarante-septième session de la Commission de la population et du développement, au cours de laquelle sera examinée la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les conclusions concertées de la Commission seront débattues lors de la treizième session de l'Instance permanente sur les questions autochtones, qui s'intéressera plus particulièrement à celles relatives aux droits des peuples autochtones, notamment en matière de sexualité et de procréation, comme indiqué dans le Consensus de Montevideo sur la population et le développement et d'autres textes issus du processus d'examen de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014.

68. Il est recommandé aux équipes de pays des Nations Unies de renforcer et d'intégrer les droits des femmes et des jeunes autochtones dans les stratégies et plans élaborés au niveau national et sous-sectoriel, en particulier, mais pas seulement, dans les domaines de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, de la mortalité et de la morbidité maternelles, ainsi que dans les politiques et plans ciblés sur les adolescents et les jeunes.

Collecte et ventilation des données

69. L'Instance permanente devrait coparrainer une réunion avec des organismes chargés de réaliser des enquêtes démographiques et sanitaires, d'autres services statistiques nationaux de santé et des experts spécialisés dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation des peuples autochtones pour échanger leurs expériences et avancer dans l'élaboration et la mise en œuvre de directives visant à inclure ces populations dans les enquêtes démographiques et sanitaires et les systèmes de données administratives.

70. L'Instance permanente devrait se concerter avec l'Organisation mondiale de la Santé, le FNUAP et d'autres organismes concernés, pour définir des normes interculturelles clefs et des indicateurs permettant de mesurer la qualité des soins, qui pourraient figurer dans un futur objectif pour l'après-2015 consacré à la couverture de santé universelle, incluant la santé en matière de sexualité et de procréation des peuples autochtones.

71. Les États doivent s'attacher à généraliser l'enregistrement des actes d'état-civil en veillant à ce que ces procédures respectent les points de vue et choix culturels des peuples autochtones; il faut également prendre des mesures particulières pour en faire bénéficier ceux qui vivent dans des régions reculées. Les systèmes de santé doivent être dotés des moyens financiers et techniques nécessaires pour assurer la collecte et la mise à jour constantes de données administratives relatives aux peuples autochtones, notamment des indicateurs sur la santé interculturelle, afin de pouvoir suivre les actions menées dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation. Ils doivent en outre s'efforcer d'associer les peuples et organisations autochtones à l'élaboration des enquêtes sanitaires et dispenser aux agents chargés des opérations de recensement et des enquêtes une formation sur la manière de communiquer avec les peuples autochtones par des moyens qui leur soient culturellement adaptés.

72. L'Instance permanente devrait se concerter avec d'autres organismes et acteurs concernés en vue de définir et mettre en œuvre un projet de recherche international sur la santé en matière de sexualité et de procréation des peuples autochtones, en veillant à ce que les populations et organisations autochtones participent activement à toutes les étapes du projet. Ces travaux de recherche couvriraient tous les domaines abordés dans le présent rapport.

73. Les participants rendent hommage aux femmes autochtones qui ont pris part à la Conférence mondiale des femmes autochtones tenue à Lima en 2013, approuvent les recommandations concernant la santé en matière de sexualité et de procréation, et recommandent aux États d'appuyer le plan d'action élaboré lors de la conférence.

74. Les États doivent couler les accords sur les populations autochtones dans les textes issus du Consensus de Montevideo sur la population et le développement et du programme de développement pour l'après-2015. Concrètement, il importe que les États :

a) Allouent les moyens plus particulièrement nécessaires à la mise en œuvre des programmes gérés par les femmes autochtones, surtout dans les régions rurales et reculées, afin qu'elles puissent avoir accès aux services publics et à une éducation interculturelle garantissant le respect des droits fondamentaux que sont la santé en matière de sexualité et de procréation et la maternité sans risque;

b) Soient conscients du fait que la violence, sous ses multiples manifestations, pèse lourdement sur tous les aspects de la santé des femmes autochtones, et mesurent notamment l'impact de la contamination environnementale, des industries extractives, des activités minières, ainsi que de l'utilisation des pesticides et substances toxiques;

c) Engagent, avec la participation et le consentement des femmes autochtones, des actions visant à prévenir et éliminer la violence.

75. Les États et les organismes des Nations Unies doivent tenir compte de la situation des femmes autochtones vivant en milieu urbain dans des zones transfrontalières lors de la mise en place de services de santé en matière de sexualité et de procréation, s'assurer de leur participation et mener des actions de sensibilisation aux problèmes qui les touchent, tels que la violence, la traite d'êtres humains ou encore le trafic de stupéfiants et d'armes.

VIH et sida

76. Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), les organisations internationales non gouvernementales et les autres acteurs concernés doivent, conformément au principe de la participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida, veiller à ce que les autochtones séropositifs aient la possibilité de contribuer véritablement à l'élaboration et à l'exécution de programmes qui mettent en valeur leurs compétences, leur expérience et leur savoir-faire. Ils doivent aussi faire en sorte d'impliquer les peuples et communautés autochtones dans tous les aspects de la politique et des programmes relatifs au VIH/sida, de façon que leurs droits et leurs besoins soient pris en compte et respectés.

77. Les organismes des Nations Unies, dont l'ONUSIDA et le FNUAP, doivent travailler de concert avec l'Instance permanente pour soutenir et promouvoir les

réseaux autochtones internationaux consacrés au VIH et mettre à leur disposition les ressources nécessaires pour leur permettre de se développer, de se pérenniser et de tisser des liens de collaboration; ils doivent également renforcer les capacités des peuples et communautés autochtones en intensifiant la participation de ces populations aux réseaux internationaux qui s'occupent du VIH/sida.

78. L'ONUSIDA doit faire reconnaître les peuples autochtones comme un groupe particulier de la population particulièrement exposé au VIH afin que des mécanismes, stratégies et ressources spécifiques soient alloués à ces communautés ainsi qu'aux initiatives menées par des autochtones pour lutter contre le sida.

79. Les États doivent mettre en place, dans les communautés autochtones, des modèles et programmes de bonnes pratiques en matière de lutte contre le sida et veiller à ce qu'ils soient appliqués dans le respect des droits et besoins de ces populations.

Pratiques préjudiciables

80. Les organismes des Nations Unies compétents doivent s'attacher à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans la lutte contre les mutilations génitales féminines, afin de mettre à profit, de façon intégrée, les quatre approches retenues pour éradiquer ce problème (santé publique, droits de l'homme, volet social ou approche culturelle). Il serait judicieux d'établir un dossier répertoriant toutes les bonnes pratiques en matière de lutte contre les mutilations génitales féminines et indiquant les enseignements qui en ont été tirés.

81. L'éducation scolaire permet aux femmes autochtones, à long terme, d'en finir avec les mutilations génitales féminines. Aussi, les États, les organismes des Nations Unies et d'autres acteurs de la coopération internationale se doivent-ils de continuer à apporter leur appui en faveur de l'éducation des filles autochtones, et ce à tous les niveaux; il leur faut pour ce faire coordonner leur action avec les autorités locales, les chefs autochtones traditionnels et les organisations féminines en vue de dispenser à l'école, dans les langues locales, des cours sur l'éducation sexuelle respectueuse de la disparité culturelle, l'égalité des sexes et les droits de l'homme, et soutenir les initiatives communautaires qui visent à émanciper les femmes et les filles en leur fournissant des informations, des connaissances et des compétences de la vie quotidienne pour prévenir les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés.

Affaires humanitaires

82. Les organismes des Nations Unies chargés des affaires humanitaires, et plus particulièrement le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires du Secrétariat et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, doivent donner aux populations autochtones, surtout aux femmes, aux filles et aux jeunes qui sont réfugiés ou doivent faire face à une crise humanitaire, accès à des services sanitaires, notamment pour ce qui concerne la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, dispensés par des personnels de santé parlant leur langue.

83. L'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) devrait, en étroite collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, contribuer au renforcement des capacités des femmes

autochtones vivant dans des régions touchées par un conflit ou en situation de crise humanitaire, en particulier celles qui doivent subvenir aux besoins de leur famille.

84. Les organismes des Nations Unies chargés de défendre les droits de l'homme doivent, en collaboration avec les peuples autochtones vivant en situation de conflit ou de crise humanitaire, mettre en place des dispositifs d'alerte rapide pour prévenir les violences sexuelles, en particulier celles dont sont victimes les femmes et les filles des communautés autochtones.

Annexe I

Ordre du jour et programme de travail

<i>Date/heure</i>	<i>Point/programme</i>
Mercredi 15 janvier 2014	
10 heures-10 h 30	Ouverture de l'atelier par le Sous-Secrétaire général à la coordination des politiques et aux affaires interorganisations
	Point 1 Élection du Président et du Rapporteur
	Point 2 Adoption de l'ordre du jour et organisation des travaux
10 h 30-13 heures	Point 3 Approche interculturelle de la santé en matière de sexualité et de procréation: accès et qualité Exposé : Mirna Cunningham
15 heures-18 heures	Point 4 Pratiques préjudiciables, égalité des sexes, discrimination et violence Exposé Agnes Leina Ntikaampi
Jeudi 16 janvier 2014	
10 heures-13 heures	Point 5 Santé maternelle et planification familiale
	Point 6 VID/sida et infections sexuellement transmissibles Exposés : Larisa Abryutina Tuku Talukder Clive Aspin
15 heures-18 heures	Point 7 Sexualité, tabous culturels et éducation Exposé : Jessica Danforth
Vendredi 17 janvier 2014	
10 heures-13 heures	Point 8 Système des Nations Unies : – Conférence mondiale sur les peuples autochtones (septembre 2014) – Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 (septembre 2014) – Programme de développement pour l'après-2015 Exposés Secrétariat de l'Instance permanente sur les questions autochtones, Fonds des Nations Unies pour la population
15 heures-18 heures	Point 9 Adoption des conclusions et recommandations

Annexe II

Liste de documents^a

Note de réflexion pour la réunion du groupe d'experts internationaux sur le thème « Droits sexuels et procréatifs : articles 21, 22 1), 23 et 24 de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones »

Programme de travail de la réunion du groupe d'experts internationaux sur le thème « Droits sexuels et procréatifs : articles 21, 22 1), 23 et 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones »

Texte soumis par Larisa Abryutina

Texte soumis par Clive Aspin

Texte soumis par Jessica Danforth

Texte soumis par Mirna Cunningham

Texte soumis par Agnes Leina Ntikaampi

Texte soumis par Tuku Talukder

^a Tous les rapports, notamment les autres documents soumis au cours de la réunion, sont consultables sur le site web du secrétariat de l'Instance permanente sur les questions autochtones (<http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/EGM2014SexualHealthandReproductiveRights.aspx>).