

Distr.: General
7 February 2019
Arabic
Original: French

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية
الدورة الثامنة عشرة
نيويورك، ٢٢ نيسان/أبريل - ٣ أيار/مايو ٢٠١٩
البند ١٤ من جدول الأعمال المؤقت*
الأعمال المقبلة للمنتدى الدائم، بما في ذلك
المسائل التي ينظر فيها المجلس الاقتصادي
والاجتماعي والمسائل الناشئة

دراسة عن داء السل والشعوب الأصلية**

مذكرة من الأمانة العامة

كَلَّفَ المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية، في دورته السابعة عشرة، السيدة مريم واليت أبو بكرين، وهي عضوة في المنتدى، بإجراء دراسة عن السل والشعوب الأصلية، وبتقديم هذه الدراسة إلى المنتدى في دورته الثامنة عشرة (انظر E/2018/43-E/C.19/2018/11، الفقرة ١٥).

* E/C.19/2019/1

** كانت مساهمات بعض الأفراد والمنظمات ذات أهمية حاسمة في إجراء هذه الدراسة. وأود أن أتوجه بالشكر إلى زُووِي بُوارين فَاوُغ على مشاركتها في جميع مراحل هذا العمل، وإلى ميرنا كينغهام وساندرا ديل بينو لتفضُّلهما بتزويدي ببيانات عن منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي. كما أود أن أعرب عن امتناني لزايرا تافيرا ولزملائها في وزارة الصحة بالبرازيل وأن أشكرهم على الوثائق المقدمة. وأعرب عن تقديري للدعم الذي قدمه زملائي في المنتدى الدائم المعني بقضايا الشعوب الأصلية في اختيار هذا الموضوع.



الرجاء إعادة استعمال الورق

080319 040319 19-01947 (A)



أولا - مقدمة

١ - وفقا لأحدث التعدادات السكانية، تمثل الشعوب الأصلية حوالي ٣٦٠ مليون شخص من سكان العالم^(١). وتعيش هذه الشعوب في الغالب في مناطق معزولة يصعب الحصول فيها على الخدمات الأساسية مثل التعليم والصحة والبنى التحتية للطرق. وتواجه هذه الشعوب، بالإضافة إلى هذه العوائق المادية الطبيعية، مخنا أخرى مثل نشوب عدة نزاعات على أراضيها، وآثار تغير المناخ، وكوارث طبيعية أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فقد ترك الاستعمار بصمته على تاريخ الشعوب الأصلية، مخلِّفا وراءه إرثا وخيما ترزح تحت وطأته مجتمعات الشعوب الأصلية.

٢ - وعلى سبيل المثال، في أفريقيا الغربية الفرنسية، أدى إنهاء الاستعمار إلى تشتت أراضي الطوارق بين الدول المستقلة التي هي بوركينا فاسو، والجزائر، وليبيا، ومالي، والنيجر. وهكذا، فُرِضت حدود مصطنعة ورؤى وقيود جديدة نفسها على هذا الشعب، مما شكل خطرا على تنظيمه بالكامل. ومن ناحية التنظيم السياسي، "تتمثل محدّدات رُقعة موطن الطوارق في الجماعة الثقافية التي تقوم فيها روابط الهوية على أساس اللغة وعلى أساس تنظيم أسري واجتماعي وسياسي معيّن"^(٢). وكان الطوارق منظمين على شكل قبائل. وكانت عدة قبائل تشكل اتحادا يقوده زعيم يُطلق عليه اسم أمينوكال، ويتولى مسؤولية حماية القبائل من كافة أنواع التهديدات. واليوم، يُعرّف الطوارق على أنهم أقليات عرقية تعيش في دول لا تراعي سياساتها الإنمائية دائما أسلوب حياتهم، مما يضعهم في وضع هش للغاية. ويتفاقم هذا الوضع بسبب الجفاف وتكرّر النزاعات. وقد اندلع آخر هذه النزاعات في عام ٢٠١٢، وازداد تعقيدا وطال أمده. وقد أدى ذلك إلى انخفاض المؤشرات الإنمائية، بما فيها المؤشرات الصحية، إلى مستويات تندر بالخطر. ووفقا لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، يبلغ معدل سوء التغذية في مخيم مبيرا للاجئين، الذي ينتمي ٩٩ في المائة من المقيمين فيه إلى طوارق مالي، ١١,٩٨ في المائة^(٣).

٣ - وللأسف، تبلغ معدلات سوء التغذية في مجتمعات شعوب أصلية أخرى مستويات تندر بالخطر. فعلى سبيل المثال، وفقا لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، كان ٦١ في المائة من أطفال الشعوب الأصلية في غواتيمالا يعانون من سوء التغذية في عامي ٢٠١٤ و ٢٠١٥^(٤). وبالمثل، يعيش ٧٠ في المائة من شعب الإنويت في نونافوت في حالة من انعدام الأمن الغذائي، وهو معدل يفوق المتوسط الوطني

(١) Harry Patrinos and Gillette Hall, "Indigenous peoples, poverty and development", draft manuscript (World Bank, April 2010).

(٢) Talkalit Walet Aboubacrine, *Femme touarègue face aux inégalités du système éducatif moderne. Comment concilier la coutume, les réalités d'un mode de vie pastoral et la scolarisation des filles?* (Éditions universitaires européennes, 2014), p. 20.

(٣) www.unhcr.org/publications/fundraising/539809f6b/unhcr-global-report-2013-mauritania.html

(٤) www.fao.org/news/story/en/item/1164256/icode/

بسته أضعاف^(٥). وكما سنرى، يمثل سوء التغذية أحد العوامل التي تسهم في الإصابة بالسل. وبصفة عامة، تُسجّل أسوأ المؤشرات الصحية لدى الشعوب الأصلية^(٦).

ما هو السل؟

٤ - السل هو أحد الأمراض المعدية التي تسببها البكتيريا المعروفة بالمتفطرة السُّلِيَّة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ربع سكان العالم مصابون بالسل الكامن (غير المعدي)، وهناك احتمال بنسبة ٥ في المائة لتحوُّل هذا السل إلى سل نشط. وتتمثل أعراض السل النشط في السعال أو الحمى أو التعرق الليلي أو فقدان الوزن^(٧).

٥ - ويُعالج السل، عندما يكون نشطاً، من خلال تناول أربعة أدوية مضادة للسل لمدة ستة أشهر. وتتوقف فعالية العلاج على الدعم المقدم للمريض. وفي حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة، يفقد دواء من هذه الأدوية [الأربعة] فعاليتها. ويلزم حينها استخدام أساليب علاجية أخرى أكثر تكلفة على مدى فترة زمنية أطول (سنتان): وبالتالي يكون العلاج أشد صرامةً. وأخيراً، لا يوجد أي علاج حتى الآن للسل الشديد المقاومة للأدوية.

٦ - ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن أفريقيا، وآسيا، وأمريكا الوسطى والجنوبية، وأوروبا الوسطى والشرقية وبعض بلدان الاتحاد الأوروبي^(٨) هي المناطق المتضررة من السل إلى حد كبير^(٩). وكما سنرى، فإن بعض العوامل، التي توجد بصورة قوية في أوساط الشعوب الأصلية، تؤثر في ظهور المرض.

ما سبب تخصيص دراسة للسل في أوساط الشعوب الأصلية؟

٧ - منذ ما يقرب من أربعة عقود، تجاوزت مطالبات الشعوب الأصلية المستويات القطرية والإقليمية، التي توجد فيها هذه الشعوب، ووصلت إلى المحافل الدولية، ومنها الأمم المتحدة. ومع ذلك، لم يُولَّ اهتمام كبير لقضايا صحة الشعوب الأصلية، وتتناول الدراسات النادرة التي خُصصت لهذه القضايا مسائل الصحة العقلية وصحة الأم والطفل. ولم يخضع السل لتحليل شامل، مع أنه مرض يمكن الوقاية منه، ولا يزال يصيب بصورة غير متناسبة مجتمعات الشعوب الأصلية.

٨ - ولهذا السبب، تهدف هذه الدراسة إلى تقييم المرض في أوساط الشعوب الأصلية، وتسليط الضوء على الحاجة الملحة إلى اتخاذ إجراءات لعكس مسار الاتجاه الراهن، وتحديد العناصر التي ينبغي مراعاتها من أجل تحقيق هدف إنهاء السل بحلول عام ٢٠٣٠، وهو أحد أهداف التنمية المستدامة التي

(٥) www.itk.ca/nuluq-mapping-project/inuit-food-insecurity-canada-background/

(٦) Marina Smelyanskaya, "Key Populations Brief: Indigenous Peoples", (Stop TB Partnership, 2017), p. 5; "The right to health and indigenous peoples", Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples, Advice No. 9 (2016), para. 3. World Health Organization, "Health of indigenous peoples", Fact sheet No. 326, October 2007

(٧) www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis

(٨) إستونيا، والبرتغال، وبلغاريا، وبولندا، ورومانيا، ولاتفيا، وليتوانيا، وهنغاريا.

(٩) قارتا آسيا (٢٦ في المائة) وأفريقيا (٢٦ في المائة) هما أشد القارات تضرراً. وفي عام ٢٠١٥، كان السل من ضمن الأسباب العشرة الرئيسية المسببة للوفاة على مستوى العالم، متقدماً في هذا الترتيب على فيروس نقص المناعة البشرية وعلى الملاريا. وفي عام ٢٠١٦، أُبلغ عن ٦٥ في المائة من حالات الإصابة الجديدة في إندونيسيا، وباكستان، وجنوب أفريقيا، والصين، والفلبين، ونيجيريا، والهند (www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis).

وضعتها الأمم المتحدة في عام ٢٠١٥^(١٠). وشعار خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ هو عدم تخلف أي أحد عن الركب^(١١)، بمن في ذلك الشعوب الأصلية. ويشير إعلان موسكو للقضاء على السل^(١٢) إلى هذه الشعوب بشكل واضح، وكذلك الالتزام الوارد في الفقرة ١٧ من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن مكافحة داء السل، الصادر في أيلول/سبتمبر ٢٠١٨^(١٣).

٩ - وتستند هذه الدراسة إلى مختلف التقارير، والورقات العلمية، والشهادات التي تيسر لنا الحصول عليها. ولا يُرغم أنها دراسة مستفيضة، بل يتمثل الغرض منها بالأحرى في دق ناقوس الخطر، لعلها تحدث وعيا كافيا بالموضوع وتفضي إلى اتخاذ إجراءات ملموسة.

١٠ - وتبدأ الدراسة بعرض مفصل لحق الشعوب الأصلية في الصحة وما يترتب عليه من التزامات على عاتق الدول. ويلى ذلك موجزاً، في حدود البيانات المتاحة، لانتشار السل في مختلف المناطق الاجتماعية - الثقافية للشعوب الأصلية والعوامل التي يُحتمل أن تكون سبب هذا الانتشار.

١١ - وتتناول الدراسة بصورة خاصة حالة الشعوب الأصلية في كندا، نظراً لأنها بلد متقدم النمو يفوق فيها معدل الإصابة بالسل في أوساط الشعوب الأصلية نظيره لدى الشعوب غير الأصلية. وتتناول الدراسة أيضاً حالة الشعوب القبلية/أديفازي في الهند، نظراً لأن هذا البلد يُسجّل فيه أعلى معدل إصابة بمرض السل في العالم.

١٢ - وترد في خاتمة الدراسة بعض التوصيات التي يمكن أن تسترشد بها الجهات صاحبة المصلحة من أجل القضاء على السل في أوساط مجتمعات الشعوب الأصلية، لأنه ما لم يتم الاهتمام بهذه المجتمعات، فلن يتحقق هدف المجتمع الدولي المتمثل في القضاء على هذا الوباء وفي عدم تخلف أي أحد عن الركب بحلول عام ٢٠٣٠.

ثانياً - حق الشعوب الأصلية في الصحة حقٌّ ينبغي إعماله

ألف - الحق في الصحة

١٣ - الحق في الصحة حق تركزه عدة نصوص دولية^(١٤)، ولا سيما المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتنص هذه المادة على "حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية"^(١٥).

(١٠) انظر قرار الجمعية العامة ١/٧٠.

(١١) المرجع نفسه.

(١٢) www.who.int/tb/features_archive/French_MoscowDeclaratiotoEndTB.pdf?ua=1

(١٣) قرار الجمعية العامة ٣/٧٣.

(١٤) اعترف بالحق في الصحة للمرة الأولى في دستور منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٦. وأعيد التأكيد عليه في إعلان ألما آتا لعام ١٩٧٨ وفي الإعلان العالمي بشأن الصحة، الذي اعتمده جمعية الصحة العالمية في عام ١٩٩٨. وتعترف به، على وجه الخصوص، الفقرة (١) من المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والفقرة (١) من المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتعترف به أيضاً بعض الصكوك الإقليمية، مثل الميثاق الاجتماعي الأوروبي بصيغته المعدلة لعام ١٩٦١، أو الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام ١٩٨٦.

(١٥) قرار الجمعية ٢٢٠٠ (د-٢١)، المرفق.

ما هي العناصر المكونة للحق في الصحة؟

١٤ - أكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في تعليقها العام رقم ١٤ بشأن الحق في الصحة الذي اعتمد في عام ٢٠٠٠، الصلة الوثيقة بين الحق في الصحة وحقوق الإنسان الأخرى. وبينت اللجنة أن الحق في الصحة يشمل "المقومات الأساسية للصحة" وهي إمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة، وعلى خدمات الصرف الصحي المناسبة، والأغذية والتغذية السليمة، والعمل في ظروف آمنة وصحية، والبيئة الصحية، فضلا عن إمكانية الحصول على التعليم والمعلومات الصحية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية^(١٦).

١٥ - ويشمل الحق في الصحة "حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، [...] والحق في أن يكون في مأمن من معالجته طبيا أو إجراء تجارب عليه بدون رضاه"، و "الحق في نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه"^(١٧).

كيف يمكن تعريف "أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه"؟

١٦ - أقرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن تعريف "أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" يستند بدءا إلى كل من الحالة البيولوجية والاجتماعية الاقتصادية لكل فرد وإلى الموارد المتاحة للدولة^(١٨).

١٧ - ومن أجل تقييم أعمال الحق في الصحة، يتعين تحليل ما إذا كانت المرافق والسلع والخدمات المتاحة في مجال الصحة تستوفي العناصر المترابطة الأربعة التالية، وهي: التوافر؛ وإمكانية الوصول، بما في ذلك إمكانية الوصول المادي ولا سيما لفائدة "الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والشعوب الأصلية" وإمكانية حصول [الجميع] عليها من الناحية الاقتصادية "بمن فيهم الفئات المحرومة اجتماعيا"؛ والمقبولية؛ والجودة (أي كونها مناسبة وذات نوعية جيدة)^(١٩).

ما هي الالتزامات الواقعة على عاتق الدول بموجب هذا الحق؟

١٨ - شددت اللجنة في عدة مناسبات على الالتزام الواقع على عاتق الدول باحترام مبدأ عدم التمييز ومبدأ مشاركة السكان^(٢٠).

١٩ - وبموجب المادة ١٢ من العهد، يقع على عاتق الدول التزام "كفالة تقديم الرعاية الصحية، بما فيها برامج للتحصين ضد الأمراض المعدية الخطيرة، وكفالة المساواة في التمتع بالمقومات الأساسية للصحة، مثل الأغذية السليمة من الناحية التغذوية والمياه الصالحة للشرب، والإصحاح الأساسي والسكن اللائق والظروف المعيشية المناسبة"؛ ويقع على عاتقها التزام "تعزيز الحق في الصحة"، وخاصة "ضمان

(١٦) E/2001/22، المرفق الرابع، الفقرات ٣ و ٤ و ١١.

(١٧) المرجع نفسه، الفقرة ٨.

(١٨) المرجع نفسه، الفقرة ٩.

(١٩) المرجع نفسه، الفقرة ١٢.

(٢٠) المرجع نفسه، الفقرات ١١ و ٥٤ و ٥٧.

ملاءمة الخدمات الصحية من الناحية الثقافية، وتدريب موظفي الرعاية الصحية على نحو يسمح بالاعتراف بالاحتياجات المحددة للجماعات الضعيفة والمهمشة والاستجابة لهذه الاحتياجات^(٢١).

٢٠ - ويقع على عاتق الدول الالتزام بالتنفيذ التدريجي للحقوق المنصوص عليها في العهد. بيد أن الالتزام بضمان احترام مبدأ عدم التمييز والالتزام باتخاذ خطوات لضمان أعمال المادة ١٢ بالكامل يسريان فوراً^(٢٢).

باء - كيف يُفسَّر هذا الحق في الصحة حين يتعلق الأمر بالشعوب الأصلية؟

٢١ - بينت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن للشعوب الأصلية حقّ "التمتع بتدابير محددة من أجل تحسين إمكانية وصولها إلى الخدمات والرعاية الصحية". وينبغي أن تكون هذه الخدمات "مناسبة ثقافياً، وأن تأخذ في الاعتبار الرعاية الوقائية التقليدية، والممارسات العلاجية والأدوية". ولكي تتمكن الشعوب الأصلية من التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، يتعين "على الدول أن توفر الموارد اللازمة للشعوب الأصلية من أجل تصميم وتقديم ومراقبة هذه الخدمات" ويتعين عليها حماية النباتات والحيوانات والمعادن الطبية الأساسية التي تحتاج إليها الشعوب الأصلية^(٢٣).

٢٢ - وشددت اللجنة أيضاً على أن صحة الأفراد تتسم، في سياق الشعوب الأصلية، بـ "بعد جماعي" وأن الإجراءات التي تؤدي إلى تشريد الشعوب الأصلية ضد رغبتها من أقاليمها وبيئتها التقليدية، "وتحرمها من مصادر أغذيتها، وتقطع علاقتها التكافلية" بأراضيها تؤثر تأثيراً ضاراً على صحتها^(٢٤).

٢٣ - وتكرس المادة ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية حق الشعوب الأصلية في الصحة، ويرتكز هذا الحق، على غرار الحق المكرس في المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على مبدأ عدم التمييز، وعلى الهدف المتمثل في تحقيق أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وتنص المادة على ما يلي:

١ - للشعوب الأصلية الحق في طبها التقليدي وفي الحفاظ على ممارساتها الصحية، وبخاصة حفظ النباتات الطبية والحيوانات والمعادن الحيوية الخاصة بها. ولأفراد الشعوب الأصلية أيضاً الحق في الحصول، دون أي تمييز، على جميع الخدمات الاجتماعية والصحية.

٢ - لأفراد الشعوب الأصلية حق متكافئ في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من معايير الصحة الجسدية والعقلية. وعلى الدول أن تتخذ الخطوات اللازمة بغية التوصل تدريجياً إلى إعمال هذا الحق إعمالاً كاملاً^(٢٥).

٢٤ - وتُكرّس الفقرة (١) من المادة ٢١ من الإعلان، على أساس مبدأ عدم التمييز، حقّ الشعوب الأصلية في "تحسين أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية [في مجال] الصحة".

(٢١) المرجع نفسه، الفقرتان ٣٦ و ٣٧.

(٢٢) المرجع نفسه، الفقرتان ٣٠ و ٣٢.

(٢٣) المرجع نفسه، الفقرة ٢٧.

(٢٤) المرجع نفسه.

٢٥ - وعلاوة على ذلك، بموجب المادة ٢٣، يشكل حق الشعوب الأصلية "في أن تشارك مشاركة نشطة في تطوير وتحديد برامج الصحة [...] التي تمسها، وأن تضطلع، قدر المستطاع، بإدارة تلك البرامج من خلال مؤسساتها الخاصة" جزءاً لا يتجزأ من حقها في التنمية.

٢٦ - ومن هذا المنطلق، أصدرت آلية الخبراء المعنية بحقوق الشعوب الأصلية، في عام ٢٠١٦، رأياً يتعلق على وجه التحديد بالحق في الصحة سلطت فيه الضوء على الروابط القائمة بين هذا الحق والحقوق الأساسية للشعوب الأصلية في "تقرير المصير، والتنمية، والثقافة، والأرض، والأراضي، والموارد، واستخدام لغتها، وفي البيئة الطبيعية"^(٢٥).

٢٧ - وأوضحت الآلية أن الاستعمار والتمييز، اللذين لا تزال الشعوب الأصلية ضحايا لهما، قد حالاً دون الإعمال الكامل لحقوق الشعوب الأصلية في الصحة^(٢٦)، وسيوضح الفرع التالي ذلك في سياق الإصابة بمرض السل بالتحديد.

ثالثاً - داء السل في أوساط الشعوب الأصلية، حالة مثيرة للقلق

٢٨ - من المسلّم به على نطاق واسع أن داء السل يصيب الشعوب الأصلية بصورة غير متناسبة، وإن لم تتوافر بيانات شاملة بشأن هذا الموضوع. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لعدة عوامل تتيح تفسير هذا التفاوت عند تحديد استجابات فعالة للحد من هذا المرض.

ألف - قلة البيانات والتحليل والتقييم

٢٩ - إن قلة البيانات ذات الصلة ليس بصحة الشعوب الأصلية فحسب بل أيضاً بظروفها الاجتماعية والاقتصادية أيضاً، يشكل مشكلة أولى. ولقد أدين ذلك مراراً في الأمم المتحدة^(٢٧) وعلى الصعيد الوطني على حد سواء^(٢٨).

٣٠ - وعدم وجود بيانات مصنفة حسب الأصل الإثني، إلى جانب الاستبعاد المنهجي للشعوب الأصلية في صنع القرارات التي تؤثر عليها، يعوق فهم المسائل الصحية للشعوب الأصلية ووضع سياسات مناسبة وفعالة. ويضاف إلى ذلك عدم تحليل وتقييم البرامج والخدمات الصحية بالنسبة للشعوب الأصلية^(٢٩).

(٢٥) "الحق في الصحة والشعوب الأصلية" النصيحة رقم ٩ المقدمة من آلية الخبراء (٢٠١٦)، الفقرة ٣.

(٢٦) المرجع نفسه، الفقرة ٢.

(٢٧) Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 2; Expert Mechanism Advice No. 9, para. 8; United Nations, *State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' Access to Health Services*, p. 3; Pan American Health Organization (PAHO)-WHO, *Report of the regional meeting of heads of national tuberculosis control programmes, São Paulo, Brazil, 7-10 August 2012*.

(٢٨) Canada (www.nccah-censa.ca/docs/context/FS-PaucityMetisHealth-MetisCentre-FR.pdf); India, Ministry of Health and Family Welfare and Ministry of Tribal Affairs, "Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future", Report of the Expert Committee on Tribal Health, Executive Summary and Recommendations (2018).

(٢٩) Stefania Errico, "The rights of indigenous peoples in Asia" (Geneva, International Labour Organization, (٢٩) 2017), p. 6.

٣١ - وفيما يتعلق بمرض السل على وجه الخصوص، لا يتوافر إلا قليل من البيانات^(٣٠)، لا سيما بالنسبة للشعوب الأصلية في جنوب آسيا والصين وأفريقيا والاتحاد السوفياتي السابق^(٣١).

باء - داء يصيب الشعوب الأصلية في المقام الأول

٣٢ - تثبت البيانات المتاحة عن داء السل في أوساط الشعوب الأصلية وجود حالة مثيرة للقلق تتطلب بذل مزيد من الجهود^(٣٢).

٣٣ - وفي أمريكا الشمالية، كان معدل الإصابة بداء السل لدى المجموعتين من مجتمعات الشعوب الأصلية، في عام ٢٠١٠، يزيد ٦,٨ مرات و ٢٢,٩ مرة على معدل الإصابة لدى بقية السكان في الولايات المتحدة^(٣٣). وكما سنرى، فإن التفاوت بين السكان الأصليين وغير الأصليين أكبر في كندا، والتاريخ الاستعماري والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، المرتبطة بالتحديات التي يشكّلها انعزال بعض المجتمعات المحلية، يفسر هذه التفاوتات وإن لم يكن يبررها.

٣٤ - وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، أدرج ١٥ بلدا عضوا في منظمة الصحة للبلدان الأمريكية بيانات إثنية في نُظُمها للإعلان عن حالات الإصابة بمرض السل^(٣٤). وتتضرّر مجتمعات الشعوب الأصلية من هذا المرض أكثر من باقي السكان. فعلى سبيل المثال، يزيد معدل انتشار السل لدى شعب الغواراني في دولة بوليفيا المتعددة القوميات بمقدار يتراوح بين ٥ و ٨ مرات على معدل انتشاره لدى بقية السكان^(٣٥).

٣٥ - وفي باراغواي، يبلغ معدل الإصابة ٤٢٧ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة لدى مجتمعات الشعوب الأصلية مقابل ٣٦,٣ لدى بقية السكان. فانتقال مجتمعات الشعوب الأصلية من أراضي الأجداد، وارتفاع معدلات الإصابة بمرض السكري، وسوء التغذية، وإدمان الكحول، تجعلها عرضة للمرض^(٣٦).

(٣٠) Smelyanskaya, "Key Populations Brief".

(٣١) المرجع نفسه، الصفحة ٧؛ D. Tollefson and others. "Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review", *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, No. 9 (September 2018).

(٣٢) انظر بصفة خاصة Smelyanskaya, "Key Populations Brief".

(٣٣) انظر Tollefson, "Burden of tuberculosis", p.1142; Bruce Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", *State of Alaska Epidemiology Bulletin*, vol. 19, No. 1 (April 2017), p. 3.

(٣٤) إكوادور، وباراغواي، والبرازيل، وبنما، وبيرو، وسورينام، وشيلي، وغواتيمالا، وغيانا، وفنزويلا (جمهورية البوليفارية)، وكوستاريكا، وكولومبيا، والمكسيك، وهندوراس. ولا تتوافر أي معلومات عن هندوراس، ولا تتوافر هذه المعلومات عن غواتيمالا إلا منذ عام ٢٠١٧، وقد أدرجت إكوادور هذا المتغير في الأونة الأخيرة. OPS/OMS, *Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región* (Washington, DC, 2018).

(٣٥) Fund for the Development of Indigenous Peoples of Latin America and the Caribbean (FILAC), *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples of Latin America and the Caribbean* (2018), p.4.

(٣٦) المرجع نفسه، الصفحتان ٤ و ٦.

٣٦ - والبيانات المتاحة في الاتحاد الروسي^(٣٧) وغيره من بلدان المنطقة المحيطة بالقطب الشمالي^(٣٨)، تثبت كذلك انتشار داء السل لدى الشعوب الأصلية. فمعدل الإصابة بداء السل لدى شعب الإنويت في غرينلاند يزيد ١٤,٢ مرة عن معدل الإصابة لدى بقية السكان^(٣٩).

٣٧ - وفي منطقة المحيط الهادئ، لا تشير استراتيجية منظمة الصحة العالمية الإقليمية لغرب المحيط الهادئ إلى الشعوب الأصلية باعتبارها منتمة إلى الفئات المعرضة للخطر أو الضعيفة^(٤٠). وفي نيوزيلندا، ظهرت أكبر نسبة من الإصابات الجديدة بداء السل في عام ٢٠١٥ لدى شعب الماوري (٢,٣ حالة لكل ١٠٠.٠٠٠ نسمة)، وهو معدل يساوي خمسة أضعاف ما هو عليه لدى بقية السكان^(٤١). وفي أستراليا، بلغ معدل الإصابة بالسل بين السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس في عام ٢٠١٤ ستة أضعاف معدل الإصابة لدى السكان غير الأصليين^(٤٢). أما معدل الإصابة بالسل لدى السكان الأصليين في أستراليا فهو أقل مما هو عليه لدى شعب الماوري في نيوزيلندا وشعب جزر المحيط الهادئ، ولكنه لا يزال أعلى من معدل الإصابة لدى الفئات غير السكان الأصليين^(٤٣). ولا يشير البرنامج الوطني في جزر فيجي بالتحديد إلى الشعوب الأصلية، ولكنه يشدد على أهمية إشراك المعالجين التقليديين في الكشف عن حالات السل^(٤٤).

٣٨ - وبالنسبة لمنطقة جنوب شرق آسيا^(٤٥) ومنطقة أفريقيا^(٤٦)، لم نعر على أي بيانات عن داء السل لدى الشعوب الأصلية في البلدان التي تكوّن هاتين المنطقتين. وفي أفريقيا، يُعزى عدم توافر البيانات

Tatiana E. Burtseva and others, « The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia », *International Journal of Circumpolar Health*, vol.73, No. 1 (October 2014), p.11 (٣٧)

Leena Soinen, "The health of the Finnish Sami in light of mortality and cancer pattern", academic dissertation, University of Helsinki, 2015, pp. 93-95; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material* (Karasjok, Norway), p. 24; Karen Bjorn-Mortensen and others, "Erythema nodosum and the risk of tuberculosis in a high incidence setting", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (October 2016) (٣٨)

.Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 6 (٣٩)

World Health Organization, *Regional Strategy to Stop Tuberculosis in the Western Pacific 2011–2015* (Geneva, 2011) (٤٠)

Institute of Environmental Science and Research Limited, *Tuberculosis in New Zealand: Annual Report 2015* (Porirua, New Zealand, 2018) (٤١)

Cindy Toms and others, "Tuberculosis notifications in Australia, 2014", *Communicable Diseases Intelligence*, vol. 41, No. 3 (September 2017) (٤٢)

.Tollefson, "Burden of tuberculosis" (٤٣)

.Fiji, Ministry of Health and Medical Services, *Fiji TB Manual*, 4th edition, 2017 (٤٤)

(٤٥) - إندونيسيا، وبنغلاديش، وبوتان، وتايلند، وتيمور - ليشتي، وجمهورية كوريا، وسري لانكا، وملديف، وميانمار، ونيبال، والهند. ويبلغ عن نصف حالات السل في بلدان هذه المنطقة (تمثل إندونيسيا والهند ٣٧ في المائة من هذه الحالات)، و ٣٥ في المائة من حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة، وإن كان عدد سكان هذه البلدان لا يمثل سوى ٢٦ في المائة من سكان العالم (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582343/). غير أن التقديرات تشير إلى أن ثلث حالات الإصابة بداء السل غير مشخصة أو تعالج خارج نطاق البرامج الوطنية (www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-073874/ar/).

(٤٦) لا توجد سوى دراسات منعزلة بشأن فئات معينة من الشعوب الأصلية. وتبين إحدى الدراسات، على سبيل المثال، أن أول مختبر مخصص لتشخيص المرض في مجتمعات الرعاة في تشاد كشف عن انتشار سل الإنسان بمعدل ٤,٥ في المائة (A. Montavon et autres, « La santé des pasteurs mobiles au Sahel – bilan de 15 années de recherches et développement », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 18, No. 9 (September 2013). وفي إطار اجتماع داخلي لمنظمة Action Damien، عقد في الفترة من ٢٢ إلى ٢٥ آب/أغسطس ٢٠١٨ في كينشاسا، أشار جاك غومبالوكا إلى قلة البيانات المتعلقة بالسل في أوساط السكان الأصليين الذين يعيشون في مقاطعة أولي العليا بجمهورية الكونغو الديمقراطية. وأفاد بأن ٧٨ في المائة من المرضى في عينة مكونة من ١٣ من السكان الأصليين من هذه المنطقة، أكملوا العلاج مقابل معدل متوسطه ٨١,٣ في المائة لدى مجموع فئات السكان في عام ٢٠١٦.

جزئياً إلى ندرة الخدمات الصحية في المناطق التي تقطنها الشعوب الأصلية، مما يدل على التهميش والاستبعاد السياسي والاجتماعي الذي تتعرض له الشعوب الأصلية في هذه القارة^(٤٧).

٣٩ - ونلاحظ بقلق أن عدداً من الدراسات، لا سيما تلك التي أجريت في غرينلاند أو كندا أو أستراليا أو في منطقة أمريكا اللاتينية، يبين أن شباب الشعوب الأصلية يعانون أشد المعاناة من مرض السل^(٤٨).

٤٠ - ويشكل فيروس نقص المناعة البشرية أيضاً أحد العوامل الهامة التي قد تؤدي إلى الإصابة بداء السل. وتبين الدراسة التي أجرتها الشراكة العالمية لدحر السل في عام ٢٠١٧ أن نساء الشعوب الأصلية اللاتي هن أكثر تعرضاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر تعرضاً للإصابة بداء السل من غيرهن؛ وذلك بسبب التمييز المنهجي الذي يتعرضن له بحكم كونهن نساء وانتمائهن إلى الشعوب الأصلية، وكذلك بسبب الافتقار إلى المعارف بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، وبعض الممارسات التقليدية مثل تعدد الزوجات أو الزواج المبكر^(٤٩). وفي البلدان المتقدمة النمو، يتعرض رجال الشعوب الأصلية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر من الرجال غير المنتمين إلى الشعوب الأصلية، لا سيما بسبب أعدادهم المفرطة في السجون^(٥٠).

جيم - داء السل لدى الشعوب الأصلية: بعض العناصر الرئيسية

معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤاتية لتفشي المرض

٤١ - في جميع المناطق، يرتبط ارتفاع معدل الإصابة بداء السل في أوساط الشعوب الأصلية ارتباطاً وثيقاً بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بهذه الشعوب^(٥١).

٤٢ - والعوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤاتية لتفشي المرض التي تشكل عقبة أمام الوقاية من هذا المرض وعلاجه عوامل مترابطة^(٥٢). وهذه العوامل هي الفقر^(٥٣) ونقص الموارد والافتقار إلى التعليم^(٥٤)،

International Work Group for Indigenous Affairs et Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique, (٤٧) *Peuples Autochtones d'Afrique : les peuples oubliés? Travail de la Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique* (Copenhagen, 2006)

Lena Faust and others, "Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities: a systematic review of screening strategies among high-risk groups in low-incidence countries", *BMC Public Health*, vol. 18, No 1 (August 2018), p 2; Noni MacDonald and others, "Tuberculosis in Nunavut: a century of failure", *CMAJ*, vol. 183, No. 7 (April 2011), p. 741

.Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 15 (٤٩)

(٥٠) المرجع نفسه.

Burtseva, "The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia", p.11. Sur (٥١) la Norvège: Soile Hämäläinen and others, "Sami yoik, Sami history, Sami health: a narrative review", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 77, No. 1 (2018), p. 3

(٥٢) تعرف منظمة الصحة العالمية المحددات الاجتماعية للصحة على هذا النحو: "الظروف التي يولد فيها الناس وينشؤون ويعيشون ويعملون ويبلغون سن الشيخوخة". (مقتبس في المنشور المعنون *Canada, Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7e édition, chap. 14, p. 379*).

.Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p.11 (٥٣)

(٥٤) قد يعود سبب ذلك إلى "العزلة الجغرافية والوصم والتمييز والحواجر اللغوية والثقافية"، Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p.12

الذي هو السبب أيضا في نقص الأخصائيين الصحيين من الشعوب الأصلية، إضافة إلى الاختلاط الجنسي. كما أن انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، لا سيما بسبب آثار تغير المناخ والأضرار البيئية، والأمراض مثل داء السكري والسمنة والأمراض المزمنة، فضلا عن تعاطي التبغ والكحول والمخدرات، كلها يزيد من خطر تفشي المرض^(٥٥). ويمكن أن يضاف إلى هذه العوامل التجوال والتشرد ومشاكل الصحة العقلية ووصم الأشخاص المصابين بالمرض، التي تُعقّد الكشف عن المرض ومتابعة العلاج^(٥٦).

٤٣ - ولذلك، يتطلب القضاء على داء السل في مجتمعات الشعوب الأصلية اتخاذ إجراءات بشأن هذه العوامل المعينة^(٥٧).

استعادة علاقات الثقة: إقامة الشراكات والتكيف الثقافي

٤٤ - تُشدّد عدة دراسات أجريت في بلدان مختلفة على أن عدم ثقة مجتمعات الشعوب الأصلية بالنظم الصحية يعوق الوقاية من السل وعلاجه. وهذا الافتقار إلى الثقة ناجم عن الممارسات التمييزية التاريخية التي خلّفت صدمات، مثل التجارب العلمية أو التعقيم القسري، وعن الفجوات الثقافية و/أو اللغوية التي تحدّد من التفاهم، وكذلك عن عدم المساواة في توزيع الخدمات الصحية، وحتى في بعض الأحيان عن نفور المهنيين الصحيين^(٥٨).

٤٥ - ومما يعزز فقدان الثقة أيضا التمييز المنهجي الذي تتعرّض له مجتمعات الشعوب الأصلية، والذي يتجلى في عدم إمكانية الحصول على المعلومات أو سوء المعاملة، مما يضاعف الآثار السلبية في حالة الإصابة بداء السل حيث إن متابعة العلاج ضرورية للتعافي^(٥٩).

٤٦ - ولن يكون أي تدبير من التدابير فعالا دون العمل على استعادة ثقة مجتمعات الشعوب الأصلية بالنظم الصحية. ولتحقيق هذه الغاية، ينبغي للدول أن تشرك الشعوب الأصلية في تصميم البرامج الصحية وتنفيذها، مع مراعاة منظورات الشعوب الأصلية في الخدمات الصحية^(٦٠)، وتدريب العاملين في القطاع الصحي حتى يدركوا السياق التاريخي ويكونوا واعين بالمشاكل التي تواجهها مجتمعات الشعوب الأصلية، وقادرين على تقديم الرعاية الملائمة ثقافيا. فقد ثبت أن إشراك المجتمع المحلي وتحديد استراتيجيات صحية مراعية لتعدد الثقافات من الممارسات الفعالة^(٦١).

(٥٥) Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", pp.4-6.

(٥٦) المرجع نفسه، الصفحتان ٥ و ٦.

(٥٧) وفقا للنهج المتبعة في منظمة الصحة العالمية.

(٥٨) India, "Tribal Health in India", p. 5; Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 15; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p. 21

(٥٩) Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p.15

(٦٠) Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, p. 26; FILAC, *Status of Tuberculosis*؛ ١٧ الصفحة؛ المرجع نفسه، الصفحة ٧. *in Indigenous Peoples*, p. 7

(٦١) FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, p. 8

وقاية المجتمعات المعزولة ومجتمعات البدو وعلاجها

٤٧ - تطرح عزلة المجتمعات المحلية تحديات خاصة تتعلق بمتابعة العلاج، وضمان الحصول على خدمات صحية جيدة وتدريب عاملين مهرة وتوفير موارد كافية^(٦٢). ويتجلى ذلك في حالي كندا والهند اللتين ترد مناقشتها أدناه.

٤٨ - وتتطلب البداوة أيضا تدابير مناسبة لضمان الحصول على الخدمات الصحية وتكييفها مع أنماط حياة هذه المجتمعات المحلية. وخير دليل على ذلك حالة الرعاية الرحل في أفريقيا. وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أيضا القرب من الحيوانات وأثر البيئة (الغبار، والجو الحار والجاف، وشدة الرطوبة)^(٦٣).

٤٩ - وقد تبين أن توزيع أماكن تشخيص المرض وعلاجه يحسن إمكانية الحصول على الخدمات^(٦٤). واتخذت مبادرات مثل بناء مساكن مؤقتة بجوار المراكز الصحية لتمكين أحد أفراد الأسرة من مرافقة المريض^(٦٥).

تعزيز التعاون فيما بين الدول

٥٠ - لا يوجد نظام وحيد لمراقبة السل على الصعيد الدولي^(٦٦)، وإن كانت مراقبة المرض ضرورية للوقاية منه ومكافحته^(٦٧). لذلك، يبدو التعاون بين الدول ضروريا في بعض السياقات.

مثال المنطقة المحيطة بالقطب الشمالي

٥١ - تتميز المنطقة المحيطة بالقطب الشمالي بصعوبة بيئتها، وقلة سكانها وتشتتهم على مسافات شاسعة، واعتمادهم على صيد الأسماك وصيد الحيوانات. ويؤدي الافتقار إلى الهياكل الأساسية، وعدم كفاية نظم معالجة مياه المجاري والإمداد بالمياه والنظم الصحية إلى تعقيد الوقاية والعلاج من السل. ويضاف إلى ذلك العوامل الاقتصادية والاجتماعية العديدة التي سبق وصفها أعلاه، لا سيما الفقر وسوء التغذية^(٦٨). وتتفاقم هذه العوامل بفعل آثار تغير المناخ والتغيرات الاقتصادية الناجمة عن حركة عدد أكبر من السكان من الجنوب إلى الشمال (السياحة وصناعة النفط والتعدين)^(٦٩).

Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 12; Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", (٦٢) pp. 5-6. انظر أيضا مثال كندا فيما يلي.

Montavon, "Health of mobile pastoralists in the Sahel" (٦٣)

FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, p. 8 (٦٤)

(٦٥) مبادرة اتخذت في كينيا. وفي ناميبيا، يدرّب أفراد أسر المرضى حتى يتمكنوا، خلال فترات الصيد الطويلة التي قد تؤدي إلى انقطاع العلاج، من إدراك أهمية العلاج فيساعدون المريض على مواصلته (Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pp.17-18).

(٦٦) لا تتحدد منظمة الصحة العالمية نمجا موحدا لمراقبة السل، لكنها تقدم قائمة لمعايير تقييم نظم المراقبة؛ Annie-Claude Bourgeois and others, "Descriptive review of tuberculosis surveillance systems across the circumpolar regions", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (April 2016), p. 2

Alan J. Parkinson and others, "International Circumpolar Surveillance, an Arctic network for the surveillance of infectious diseases", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, No. 1 (2008), p. 20 (٦٧)

Canada, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, chap. 14; المرجع نفسه، الصفحة ١٩؛ MacDonal, "Tuberculosis in Nunavut", p. 741; Soininen, "The health of the Finnish Sami", p. 57 (٦٨)

Parkinson, "International Circumpolar Surveillance", p. 22; Soininen, "The health of the Finnish Sami", p. 60 (٦٩)

٥٢ - وفي السبعينات، يَسَّر "تعاون دول القطب الشمالي" إجراء دراسات عن صحة الشعوب الأصلية. وعلاوة على ذلك، أنشأ مجلس القطب الشمالي، في عام ١٩٩٩، الفريق العامل المعني بالتنمية المستدامة، وكذلك النظام الدولي لرصد الأمراض البكتيرية السارية، وهو شبكة لمراقبة الأمراض المعدية نشطة في دول المنطقة وأقاليمها^(٧٠).

٥٣ - وفي عام ٢٠٠٦، أنشئ فريق عامل معني بالسل^(٧١). وتمثل مهمة هذا الفريق في تحسين الكشف عن حالات السل، وتحليل تطورات المرض وآثاره، وزيادة الوعي بالمرض، وتحسين التعاون في البحوث المتعلقة به^(٧٢).

٥٤ - ونظرا لأنه لا تقوم أي من الولايات، بصرف النظر عن النرويج، بجمع معلومات عن المحددات الاجتماعية للصحة وعوامل التعرض لداء السل، مثل التدخين، وتعاطي المخدرات، وفيرس نقص المناعة البشرية، أو السكري، فإن وجود هذا الفريق العامل موضع ترحيب^(٧٣)؛ فهو يشكل قناة مناسبة تتيح للدول والأقاليم أن تتعاون وتحدد معا، في شراكة مع الشعوب الأصلية، التدابير المناسبة للخصائص التي تتميز بها المنطقة القطبية. ويمكن لمناطق أخرى أن تحذو حذوها^(٧٤).

دال - مثال كندا: بلد ينخفض فيه معدل الإصابات بداء السل ويتسم بأكبر قدر من التفاوت بين الشعوب الأصلية والشعوب غير الأصلية

٥٥ - كندا بلد متقدم النمو يشهد معدلا منخفضا من الإصابات بداء السل، بيد أنه يسجل معدل إصابة بهذا الداء أعلى بكثير لدى الشعوب الأصلية منه لدى بقية السكان^(٧٥). وأكبر قدر من التباين بين المعدلين هو التباين الموجود في نونافوت: ففي عام ٢٠٠٩، كان معدل الإصابة بالسل فيها أعلى بمقدار ١٥٠ مرة من المعدل المسجل في صفوف الشعوب غير الأصلية^(٧٦). ويصيب السل أيضا بشدة الأشخاص المنتمين إلى الأمم الأولى المتمتعة بمركز الهنود في مانيتوبا وساسكاتشوان، إذ تشهد المقاطعة الأولى معدلا أعلى بمقدار ٢٧،٤ مرة والمقاطعة الثانية معدلا أعلى بمقدار ٧،٣ مرات^(٧٧). وفي حين انخفض معدل الإصابة بالسل لدى الشعوب غير الأصلية، ارتفع هذا المعدل بنسبة تتراوح بين

(٧٠) غرينلاند، وآيسلندا، وألاسكا، ومناطق كندا الشمالية، والنرويج، والسويد، وفنلندا، والاتحاد الروسي.

(٧١) Bourgeois, "Descriptive review of tuberculosis surveillance systems", p. 3

(٧٢) Parkinson, "International Circumpolar Surveillance", p. 33

(٧٣) Bourgeois, "Descriptive review of tuberculosis surveillance systems", pp. 6-7

(٧٤) من الحدير بالذكر أنه قد عقد في منطقة جنوب شرق آسيا اجتماع لوزارات الصحة في بلدان المنطقة الأحد عشر في دلهي عام ٢٠١٧. وفي الإعلان الصادر عن هذا الاجتماع، تقر البلدان بالعوامل الاجتماعية الاقتصادية المؤثرة على المرض وأهمية إشراك المجتمعات المحلية، بما في ذلك المجتمعات المعرضة لخطر تفشي المرض، وتعزيز قدراتها على نحو كلي، وإنشاء صندوق مشترك لتبادل المعارف والبيانات. إلا أن الإعلان لا يشير إلى الشعوب الأصلية - [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30817-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30817-6.pdf), <https://www.theunion.org/news-centre/news/body/Call-for-Action.pdf>

(٧٥) Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p. 5

(٧٦) Tollefson, "Burden of tuberculosis", p.1142

(٧٧) المرجع نفسه.

١٤,٧ و ٢١,٢ في المائة لدى الشعوب الأصلية في كندا ما بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠١٠^(٧٨). ويشهد البلد أيضا معدلات إصابة أعلى في صفوف الشباب من الشعوب الأصلية.

٥٦ - وتقرّ المعايير الكندية لمكافحة السل بضرورة تعزيز الوقاية منه في مجتمعات الشعوب الأصلية، وإقامة شراكات مع المجتمعات المحلية، وإيلاء الأولوية لاقتفاء أثر مخالطي المرضى. واعتمدت وزارة الصحة الكندية في عام ٢٠١٢ استراتيجية لمكافحة السل تستهدف أفراد الأمم الأولى الذين يعيشون في المحميات^(٧٩). ولم تعد الأولوية التي حددها هذه المعايير تتمثل في معالجة حالات منعزلة، بل في تحسين استراتيجيات اقتفاء أثر مخالطي المرضى، بغية منع انتقال المرض، مع مراعاة خصوصيات مجتمعات الشعوب الأصلية^(٨٠).

٥٧ - وتتشارك بلدان أخرى بالتحديات التي تواجهها كندا وهي: عدم كفاية الكشف عن السل الكامن من أجل الوقاية من السل النشط؛ والقيود المفروضة على إمكانية الحصول على الخدمات، ويرتبط ذلك بعزلة السكان في نونافوت، ولكن أيضا بالافتقار إلى الموظفين (ارتفاع معدل تبديل الموظفين)، ونقص المعارف لدى العاملين المؤقتين في مجال الصحة، ومحدودية خدمات التشخيص، والحوجز الثقافي. ويضاف إلى ذلك انعدام ثقة مجتمعات الشعوب الأصلية في الخدمات الصحية، على النحو الذي رأيناه، وكذلك تنقل الأفراد المنتمين إلى الأمم الأولى بين المقاطعات، وهو ما يتطلب التواصل فيما بين هذه المقاطعات وإقامة شراكات مع المجتمعات المحلية^(٨١). وعلى كندا أن تحرص أيضا على ضمان التنسيق بين مختلف مستويات الحكومة^(٨٢).

٥٨ - وتؤكد عدة دراسات على دور الافتقار إلى السكن اللائق وانعدام الأمن الغذائي بوصفهما عاملين من عوامل الخطر^(٨٣) وضرورة أن تقوم كندا أولا بمعالجة المحددات الاجتماعية لصحة الشعوب الأصلية التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالاستعمار، والعولمة، وفقدان اللغة والثقافة، وفقدان الأراضي. لذا ينبغي الاعتراف بالشعوب الأصلية بوصفها "شريكة حقيقية للحياة المعاصرة والاعتراف بحقوقها في تقرير المصير"^(٨٤).

٥٩ - ونلاحظ أن المعايير تحدد الممارسات التالية باعتبارها ممارسات تدخل فعالة: إدماج معتقدات الشعوب الأصلية في البرامج الصحية، حسب رغبات المرضى؛ ووضع "مفاهيم لغوية بمشاركة مع الشعوب الأصلية"؛ واستخدام أساليب مبتكرة متعددة الوسائط إضافة إلى "تعليم فعال من خلال إيصال رسائل ذات طابع إدراكي، لكن أيضا من خلال إيصال رسائل ذات طابع عاطفي تحمل في طياتها التعاطف مع المرضى والانفتاح تجاههم والاهتمام بشواغلهم واحترامهم". ومن أجل تحسين فرص حصول المرضى

(٧٨) المرجع نفسه.

(٧٩) المرجع نفسه، الصفحة ٣٨١.

(٨٠) المرجع نفسه، الصفحتان ٣٨٢ و ٣٨٣؛ Victoria J. Cook and others. "Modern contact investigation methods for enhancing tuberculosis control in aboriginal communities", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 71, No. 1 (May 2012), p. 1.

(٨١) تتضمن المعايير الكندية مجموعة من التوصيات (انظر الفقرة ٥٩ أعلاه).

(٨٢) MacDonald, "Tuberculosis in Nunavut", p. 741.

(٨٣) Faust, "Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities", p.1; Richard Long and others, "Tuberculosis elimination in Canada: Truce or Victory?", *CMAJ*, vol.187, No. 16 (November 2015), p. 1192.

(٨٤) المرجع نفسه.

على الرعاية، توصي المعايير على وجه الخصوص بتقريب الرعاية من المرضى (على سبيل المثال تقديم الرعاية المنزلية)، وتقديم حوافز (من قبيل توفير الغذاء)؛ واتخاذ تدابير تيسيرية (مثل منح القسائم)؛ إضافة إلى وضع آليات للتذكير والمتابعة، وتبسيط البروتوكولات، والحد من المهلة التي تسبق الإحالة، ومتابعة المرضى الذين ينتقلون متابعةً حثيئةً. وتوصي المعايير كذلك بتعزيز الخدمات الصحية الميسورة على الصعيدين الثقافي والعاطفي وبأن "يُضطلع العاملون في مجال الصحة المجتمعية للشعوب الأصلية، الذين يُفضّل أن يكونوا من المجتمع المحلي نفسه أو من المنطقة، بمهام التثقيف والدفاع عن الحقوق والوساطة"^(٨٥).

هاء - مثال الهند، بلد ناشئ يسجل أعلى معدلات الإصابة بداء السل

٦٠ - توجد ربع حالات الإصابة بداء السل على صعيد العالم في الهند التي تشهد، علاوة على ذلك، أعلى معدلات الإصابة بالسل المقاوم للأدوية المتعددة^(٨٦). وفي عام ٢٠١٦، كان هناك ٢٨ مليون شخص يعانون من السل وتوفي ٤,٥ ملايين شخص بسببه^(٨٧).

٦١ - ومنذ عام ١٩٩٧، وضعت الهند برنامجاً وطنياً لمكافحة السل وهي تقوم بتنفيذه في جميع أرجاء البلد منذ آذار/مارس ٢٠٠٦. وتتولى الخدمات العامة علاج السل، من خلال البرنامج المنقح لعام ٢٠١٦، إضافة إلى خدمات القطاع الخاص التي تعالج أكثر من نصف حالات الإصابة بالسل. ويطرح عمل خدمات القطاعين العام والخاص معا تحديات خاصة، لا سيما من حيث جمع البيانات. وعلاوة على ذلك، يجهل الكثيرون أن خدمات الصحة العامة هي خدمات مجانية^(٨٨).

٦٢ - وتهدف الخطة الاستراتيجية الوطنية الجديدة للفترة ٢٠١٧-٢٠٢٥ إلى الحد بدرجة كبيرة من حالات الوفاة والاعتلال الناجمة عن داء السل وإلى السعي إلى القضاء عليه بحلول عام ٢٠٢٥.

٦٣ - وتستند الاستراتيجية إلى أربعة محاور هي: الكشف والعلاج والوقاية والبناء. فبالنسبة للأشخاص المنتمين إلى الفئات "المعرضة إلى خطر شديد"، يتمثل الهدف في منع تطور السل النشط لدى المصابين بالسل الكامن، ومن ثم، الكشف مسبقاً عن حالات السل الكامن، لا سيما عن طريق معالجة المحددات الاجتماعية لداء السل.

٦٤ - ومن بين الفئات "الرئيسية" من السكان التي تُعد من الفئات المعرضة لخطر شديد أو من "الفئات الضعيفة"، تستهدف الخطة الاستراتيجية الوطنية سكان المناطق القبلية. ولترتيب إجراءات التدخل حسب الأولوية، تحدد الخطة معايير لاختيار مناطق معينة. فالمناطق التي تشهد معدلات

(٨٥) Canada, *Canadian Tuberculosis Standards*, 7th edition, chapter 14

(٨٦) www.tbfacts.org/tb-india/

(٨٧) المرجع نفسه.

(٨٨) المرجع نفسه.

عالية من سوء التغذية أو حالات معروفة من الإصابة بالسل، أو المناطق التي يستهلك فيها السكان المنتجات الحيوانية^(٨٩)، هي على سبيل المثال مناطق ذات أولوية^(٩٠).

٦٥ - وتعترف حكومة الهند بوجود ١٠٤ ملايين شخص من الشعوب الأصلية موزعين على ٧٠٥ قبائل (القبائل المسجلة)، يمثلون ٨,٦ في المائة من مجموع السكان^(٩١). وتُصنّف خمس وسبعون جماعة قبلية بوصفها "جماعات قبلية/أديفازي ضعيفة بوجه خاص".

٦٦ - ويسلم تقرير أصدرته حكومة الهند في عام ٢٠١٨ عن صحة الشعوب القبلية بعدم وجود معلومات عن صحة هذه الجماعات^(٩٢). بيد أن المعلومات المتاحة تشير بوضوح إلى أن حالتها الصحية أهدأ بكثير من حالة بقية السكان وأن القبائل المسجلة تعاني بشكل غير متناسب من الأمراض المعدية. ويبلغ معدل الإصابة بالسل لدى الشعوب الأصلية ٧٠,٣ إصابات لكل ١٠٠.٠٠٠ شخص مقابل ٢٥,٦ إصابة لدى بقية السكان. وتشير الدراسات التي جرى تحليلها إلى أن ما نسبته ١١ في المائة فقط من حالات السل الرئوي المسجلة في مجتمعات الشعوب الأصلية تتلقّى العلاج.

٦٧ - وتشمل العوامل الكامنة وراء هذا التفاوت الافتقار إلى الهياكل الأساسية في المناطق القبلية، والتكاليف المترتبة على وسائل النقل المتاحة لمجتمعات تلك المناطق للوصول إلى مراكز الرعاية والافتقار إلى هذه الوسائل ويُعد المسافات التي تفصلها عن تلك المراكز، إضافة إلى السلوك العدائي للعاملين في المجال الصحي، والحاجز اللغوي والفجوة القائمة في التفاهم، فضلا عن انعدام ثقة تلك المجتمعات في نظام غريب عنها.

٦٨ - والتفاعل المحدود بين العاملين في المجال الصحي، والشعور بالعزلة على الصعيد الاجتماعي والمهني، وضعف السياسات المتعلقة بالموارد البشرية، وتدهور ظروف العمل وبيئته، والافتقار إلى موظفي التمريض، جميعها عوامل تسهم في التفاوت الموجود بين موظفي الرعاية الصحية العاملين في المناطق القبلية ونظرائهم العاملين في بقية أرجاء البلد. ويشير التقرير أيضا إلى أن نوعية الرعاية المقدمة غير كافية بسبب الافتقار إلى الحافز والتفاهم والاحترام المتبادل. ويُعزى إحجام أفراد الشعوب الأصلية عن الاستعانة بخدمات نظام الرعاية الصحية الهندي إلى افتقار الرعاية الصحية الحديثة إلى البعد العاطفي والأمان الروحي وإلى الفهم المحدود لدى هؤلاء الأفراد لنظام الرعاية الصحية الهندي.

(٨٩) خصوصا لمنع انتشار السل الحيواني المصدر، وهو مشكلة منتشرة فيما بين الرعاة الرحل في مالي (مقابلة مع السيد أبوبكرين آغ أيايا، ٣٠ تموز/يوليه ٢٠١٨، أغادير، المغرب. وقد عمل السيد أبوبكرين من عام ١٩٦٢ إلى عام ٢٠٠٠ بصفة ممرض بيطري ثم كطبيب بيطري في مالي. وعمل أيضا مستشارا في مجال تربية الحيوانات لدى الرعاة الرحل في مالي وموريتانيا وبوركينا فاسو وتشاد).

(٩٠) www.tbfacts.org/tb-india-nsp/

(٩١) تُعرّف المادة ٣٤٢ من الدستور "القبائل المسجلة" على أنها "القبائل أو المجتمعات القبلية أو أجزاء أو جماعات داخل المجتمعات القبلية التي يجوز لرئاسة الهند أن تحددها بموجب إشعار عام". وبحسب حكومة الهند، يعيش ٤٠,٦ في المائة من السكان القبليين تحت خط الفقر، بينما تبلغ هذه النسبة ٢٠,٥ في المائة لدى السكان غير القبليين؛ ويتمتع ١٠,٧ في المائة من السكان القبليين بإمكانية الحصول على مياه الصنابير، مقابل ٢٨,٥ في المائة من السكان غير القبليين.

(٩٢) India, Ministry of Health and Family Welfare and Ministry of Tribal Affairs, "Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future", Report of the Expert Committee on Tribal Health, Executive Summary and Recommendations (2018).

- ٦٩ - وأخيراً، يسلط التقرير الضوء على عدم إشراك مجتمعات الشعوب الأصلية في تخطيط البرامج الصحية وتنفيذها، الأمر الذي تترتب عليه آثار ضارة.
- ٧٠ - ومن بين المبادئ التي ينبغي أن توجه السياسة الحكومية المعنية بصحة الشعوب الأصلية، يحدد التقرير الاعتماد على الذات، مما يتيح ضمان مراعاة الخدمات الصحية لاحتياجات الشعوب الأصلية وثقافتها؛ وإمكانية الحصول على الخدمات الصحية؛ وتنسيق الأنشطة بهدف معالجة المحددات الاجتماعية للصحة؛ وتوفير ما يكفي من الموارد المالية.
- ٧١ - وينبغي أيضاً إيلاء الأولوية لإنشاء هيكل إداري يكفل المشاركة والتخطيط والإدارة على الصعيد المحلي. ويمثل الأخذ باللامركزية في مجالي التشخيص والعلاج استراتيجية مُتَّبَعَة أيضاً في برامج مكافحة السل في أمريكا الجنوبية^(٩٣).
- ٧٢ - ويوصي تقرير حكومة الهند على وجه الخصوص بما يلي: تحسين الهياكل الأساسية العامة المتعلقة بالصحة في المناطق القبلية، مع ضمان أن تكون الخدمات مدارة من أشخاص مؤهلين ومدركين للاختلافات، وأن هؤلاء الأشخاص "يعاملون أفراد الشعوب الأصلية باحترام"؛ وتدريب السكان المحليين من أجل زيادة عدد موظفي الرعاية الصحية في المناطق القبلية على نحو مستدام؛ واتخاذ مبادرات معينة ترمي إلى اجتذاب الأخصائيين إلى هذه المناطق.
- ٧٣ - ويتضمن التقرير أيضاً مجموعة من التوصيات الداعية إلى إدماج الطب التقليدي القبلي/الأديغاري في مراكز الرعاية الصحية الأولية، بسبل منها تحديد الممارسات والأدوية التقليدية الفعالة وتمكين المعالجين التقليديين من الموازنة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتجدر الإشارة إلى أن تحديد الممارسات التقليدية ينبغي أن يجري بشراكة مع الشعوب الأصلية وفي احترام حقوق مجتمعاتها المحلية في هذا الصدد، على النحو الذي يقره إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية.

رابعا - توصيات

- ٧٤ - سعياً لتحقيق هدف القضاء على داء السل بحلول عام ٢٠٣٠، دون أن تُترك خلف الركب الشعوب الأصلية المعرضة بشكل خاص للإصابة بهذا المرض، ندعو الدول والمنظمات الدولية والوطنية المعنية بالصحة، وكذلك الأفراد المنتمين إلى مجتمعات الشعوب الأصلية، إلى مراعاة التوصيات التالية:
- ١ - ينبغي أن تطلع الدول الأعضاء بجمع البيانات المصنفة التي تتيح لها، من جهة، الحصول على وصف دقيق للمرض لدى الشعوب الأصلية، من أجل إعمال حق هذه الشعوب في الصحة، على النحو المحدد في المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وفي المادة ٢٤ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، وينبغي لها، من جهة أخرى، إعداد تقارير في عام ٢٠٢٠ عن التقدم المحرز في مجال مكافحة السل لدى الشعوب الأصلية عملاً

(٩٣) FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*.

بالبقرة ٥٣ من الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن مكافحة داء السل، المعقود في أيلول/سبتمبر ٢٠١٨^(٩٤).

٢ - ينبغي أن تقوم الدول الأعضاء والمنظمات الدولية، مثل منظمة الصحة العالمية والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا والأوساط العلمية بتطوير البحوث المتعلقة بالسل لدى الشعوب الأصلية، وذلك بالشراكة مع المجتمعات المحلية، من أجل فهم خصوصية كل مجتمع محلي^(٩٥) وكل منطقة، وتحديد سبل الاستجابة الملائمة للوباء^(٩٦).

٣ - ينبغي للدول، وفقاً للحق في تقرير المصير والحق في التنمية الواجبين للشعوب الأصلية، على النحو المعترف بهما في المادتين ٣ و ٢٣ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، أن تعالج العوامل الاجتماعية - الاقتصادية التي تُيسّر انتشار المرض^(٩٧)، مثل فيروس نقص المناعة البشرية، والتدخين، وإدمان الكحول، وانعدام الأمن الغذائي، وداء السكري^(٩٨)، وأزمة السكن، وذلك بالشراكة مع الشعوب الأصلية.

٤ - ينبغي للدول الأعضاء، بمقتضى حق الشعوب الأصلية في الموافقة الحرة والمسبقة والمستنيرة، على النحو الذي أقرته المادة ١٩ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية، أن تضع وتنفذ، بالشراكة مع هذه الشعوب، سياسات أو برامج للوقاية من السل وكشفه وعلاجه، لضمان أن تكون هذه السياسات والبرامج سهلة المنال وملائمة ثقافياً، وأن تدمج فيها منظورات الشعوب الأصلية فيما يتعلق بالصحة^(٩٩)، تمسحاً مع المادة ٢٤ من الإعلان؛ وينبغي أن تقوم بذلك في احترامٍ لحقها في الحفاظ والسيطرة على معارفها التقليدية وحمايتها وتطويرها، على النحو الذي تكفله المادة ٣١ من الإعلان.

٥ - ومن أجل دعم تلقي المرضى المصابين بالسل للعلاج، ولا سيما أولئك الذين ينتمون إلى الشعوب الرحل، هناك عدة استراتيجيات متاحة أمام الدول الأعضاء، بما فيها

(٩٤) قرار الجمعية العامة ٣/٧٣.

(٩٥) على سبيل المثال، لا يمكن لأي برنامج أن يكون فعالاً ما لم يراع عناصر معينة موجودة في ثقافة الطوارق تُيسّر انتشار المرض: فالطوارق يعيشون في مجتمعات محلية، ويتشاركون في الأكل، ويتحدثون على مقربة شديدة بعضهم من بعض، وهو ما يعرف في لغتهم باسم 'تاكشيه' (takshé). ويشعر الطوارق بالحرج من عزل فرد من أفراد مجتمعهم بسبب حالته البكتريولوجية. وتُسهم هذه العناصر في انتقال العدوى عن طريق الهواء والإفرازات. وفيما يتعلق بالوقاية من المرض، يوصي أحد الخبراء بإجراء عمليات التحصين خلال فترات التجمع، أي أثناء الموسم الدافئ وموسم الشتاء.

(٩٦) World Health Organization, "Indigenous peoples & participatory health research" (www.who.int/ethics/indigenous_peoples/en/index1.html). Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador* (juin 2005). Canada, Canadian Institutes of Health Research, *CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (2007).

(٩٧) نَحج تشجع منظمة الصحة العالمية على اتباعه (www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-09-26/secretary-(generals-remarks-high-level-meeting-tuberculosis).

(٩٨) Maxime Cormier and others, "Proximate determinants of tuberculosis in Indigenous peoples worldwide: a systematic review", *Lancet Global Health*, vol. 7, (January 2019).

(٩٩) Smelyanskaya, "Key Populations Brief", p.10

تدريب أفراد المجتمعات المحلية لكي يتسنى لهم الاعتناء بالمرضى في الوقت الذي يتيحون فيه لهم إمكانية مواصلة نمط حياتهم التقليدية وفقا للمادة ٢٠ (١) من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية؛ وتشديد المساكن القريبة من المراكز الصحية كي يتسنى لأفراد المجتمعات المحلية مرافقة مرضاهم.

٦ - وبهدف معالجة النقص الموجود في أعداد موظفي الرعاية الصحية في المناطق النائية، هناك عدة استراتيجيات متاحة أمام الدول الأعضاء، مثل التدريب الأساسي للموظفين على الصعيد المحلي، والدعم المالي للأفراد المنتمين إلى مجتمعات الشعوب الأصلية الراغبين في تلقي التدريب والعمل ضمن مجتمعاتهم المحلية، وإنشاء العيادات المتنقلة، وتطوير التطبيب عن بُعد.

٧ - وينبغي أن تحرص الدول الأعضاء على إيلاء اهتمام خاص للكشف عن السل لدى الأطفال والشباب من الشعوب الأصلية، وفقا للمادة ١٧ من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الشعوب الأصلية.

٨ - وينبغي أن تعزز المنظمات الدولية والإقليمية والدول سبل التعاون الإقليمي فيما يتعلق تحديدا بالشعوب الأصلية، وفي إطار من الشراكة مع هذه الشعوب، بهدف إنشاء نُظُم مشتركة للرصد تتيح تعميم البيانات وتحديد الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من السل وعلاجه.