



## Conseil économique et social

Distr. générale  
21 mars 2006  
Français  
Original : anglais

---

### Instance permanente sur les questions autochtones

#### Cinquième session

New York, 15-26 mai 2006

Point 3 de l'ordre du jour provisoire\*

**Thème spécial : objectifs du Millénaire pour le développement  
et peuples autochtones : redéfinir les objectifs**

### Information reçue des organismes des Nations Unies\*\*

#### Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

#### *Résumé*

Comme l'avait recommandé l'Instance permanente sur les questions autochtones, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a communiqué des informations sur la connaissance que les peuples autochtones ont des questions liées au VIH/sida et a analysé sous l'angle du développement social, culturel et économique certains des principaux facteurs qui influent sur la vulnérabilité face au VIH/sida et sur l'incidence de l'épidémie parmi les peuples autochtones. ONUSIDA a présenté quelques-unes des initiatives de prévention du VIH menées auprès des communautés autochtones, ainsi que quelques questions touchant la prévention du VIH et la prise en charge et le traitement des malades du sida parmi les peuples autochtones, qui doivent être examinées par l'Instance, et a fait des recommandations à ce sujet.

---

\* E/C.19/2006/1.

\*\* Le rapport a été présenté après la date prévue dans le souci d'y faire figurer une information aussi actuelle que possible.



## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction . . . . .	1–5	3
II. Ampleur de l’infection par le VIH parmi les populations autochtones . . . . .	6–10	4
III. Quelques stratégies, politiques et initiatives relatives à la présence du VIH dans les populations autochtones . . . . .	11–20	5
IV. Principaux facteurs influant sur l’incidence de l’épidémie de VIH parmi les populations autochtones . . . . .	21–47	7
V. Activités de plaidoyer et de mobilisation que l’Instance permanente pourrait envisager afin de réduire l’incidence du VIH sur les communautés autochtones. . . . .	48–66	13
VI. Conclusion . . . . .	67–68	17
 Annexe		
Synthèse des données disponibles recueillies par les dispositifs de surveillance et tirées des études de cas . . . . .		18

## I. Introduction

1. Le présent document a été établi par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à la demande de l'Instance permanente sur les questions autochtones aux fins de l'examen des questions relatives à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) auquel elle procédera à sa cinquième session.

2. Le présent document traite des peuples autochtones en se fondant sur la compréhension que la communauté internationale a acquise de ce qui fait la particularité de ces peuples. Cette perception repose sur une notion essentielle, à savoir que les peuples autochtones descendent des premiers habitants d'une région, ont un attachement spécial à cette région et fondent leur système de croyance sur cet attachement. Préexistant aux États et aux territoires modernes, cet attachement a été bien souvent défait par la création de ces juridictions et par les changements économiques plus récents. Le processus général de développement économique ignore souvent la relation que les peuples autochtones entretiennent avec leur terre, et la menace qui en résulte pour cet élément essentiel de la culture autochtone est un aspect marquant de la situation actuelle de nombreux peuples autochtones.

3. Les peuples autochtones s'efforcent de préserver leur lien séculaire avec la terre, et l'identité culturelle qui y est associée, en dépit de la prédominance d'autres cultures imposées par la colonisation ou l'occupation. Dans beaucoup de pays, les peuples autochtones sont minoritaires et ne sont pas représentés au sein des principales instances politiques. Ils sont donc souvent marginalisés dans les pays où ils vivent, participent peu au processus de décision et sont exclus des institutions qui définissent les valeurs politiques, économiques et sociales.

4. La façon dont ces facteurs influent sur la vie quotidienne des peuples autochtones varie beaucoup d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre. La mesure dans laquelle certaines communautés autochtones ont réussi à maintenir leur mode de vie ancestral, y compris leurs croyances et leurs usages, varie beaucoup aussi. Certains peuples autochtones vivent encore en communauté fermée, souvent à l'écart des grands centres urbains. D'autres s'efforcent de concilier leurs attaches et leurs valeurs ancestrales avec la réalité économique et sociale du pays dans lequel ils sont établis. Si le patrimoine autochtone reste au cœur de l'identité autochtone, le poids de cet héritage sur le vécu quotidien peut être radicalement différent d'un peuple à l'autre.

5. C'est pourquoi l'étude des peuples autochtones en tant que groupe unique amène inévitablement à une forte généralisation, ce qui ne rend pas justice à la grande diversité des cultures et de l'expérience autochtones à travers le monde. Il importe de se le rappeler en lisant le présent document. Si les problèmes abordés dans rapport ne concernent certes pas tous les peuples autochtones, et n'ont pas sur tous la même incidence, ce sont néanmoins les aspects communs de l'expérience vécue par les nombreux peuples autochtones partout dans le monde qui expliquent la façon dont l'épidémie de VIH touche leur existence et leurs communautés. Le présent document explore ces traits communs pour mettre en lumière des solutions

---

<sup>1</sup> Voir Convention n° 169 de l'OIT concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants et E/CN.4/Sub.2/1986/7 et Add.1 à 4.

permettant de ralentir la propagation du VIH et d'en atténuer les effets dans les communautés autochtones.

## **II. Ampleur de l'infection par le VIH parmi les populations autochtones**

6. Très peu de pays disposent de données de surveillance fiables qui montrent l'ampleur réelle de l'infection par le VIH parmi les peuples autochtones. Les données disponibles sont résumées dans l'annexe. Seuls quelques-uns des programmes de surveillance relèvent l'appartenance ethnique des personnes ayant subi un test de dépistage, et même lorsque des niveaux d'infection sont déterminés pour certains groupes ethniques, les informations sur les schémas de risque et les effets du VIH sur la vie de ces communautés sont limitées. Comme pour toutes les données sur l'incidence et la prévalence du VIH, il faut se garder de tirer des conclusions hâtives sur le niveau de risque à partir des seuls résultats de tests de dépistage effectués sur certains segments de la population.

7. Cette prudence s'impose particulièrement lorsque l'on essaie de déterminer les niveaux d'infection par le VIH au sein de groupes marginalisés, auxquels appartiennent beaucoup de peuples autochtones. Bien des programmes de dépistage du VIH risquent de négliger les personnes qui vivent loin de tout ou qui ont difficilement accès au système de soins de santé. Par ailleurs, lorsque le statut autochtone est associé à l'ostracisme et à la discrimination, les personnes interrogées sont peu disposées à faire état de leur appartenance à une population autochtone. Les tabous sociaux et culturels peuvent également dissuader les autochtones de révéler des comportements qui les exposent à l'infection par le VIH, surtout s'ils sont jugés inacceptables dans leur communauté.

8. Il peut y avoir aussi de bonnes raisons à ce que les enquêteurs ne cherchent pas à cibler les groupes marginalisés, comme les peuples autochtones, lorsqu'ils collectent des données. Dans le cas des groupes qui sont déjà défavorisés et mis au ban de la société, la publication de données laissant entendre qu'ils enregistrent des taux élevés d'infection par le VIH peut intensifier le mépris dont ils font l'objet, même si des taux d'infection élevés peuvent très bien apparaître aussi dans d'autres catégories de la population. Certains dirigeants préfèrent, plutôt que consacrer spécifiquement des initiatives à la lutte contre le VIH chez les autochtones, les inclure dans d'autres programmes, comme ceux portant sur l'hygiène sexuelle en général. Les conséquences négatives que peut entraîner la collecte de données rendent manifeste la nécessité de mener toute étude du phénomène du VIH dans les communautés autochtones avec précaution pour ne pas porter involontairement préjudice aux intéressés.

9. De même que la collecte de données sur le VIH dans les communautés autochtones peut susciter le mépris social et la discrimination à l'encontre de ces derniers, l'absence de toute donnée peut les condamner à l'oubli ou à l'invisibilité. Faute de données fiables sur l'infection à VIH parmi les populations autochtones, il a parfois été plus difficile encore de faire reconnaître comme des priorités nationales et internationales les préoccupations liées à l'incidence de l'épidémie de VIH sur les populations autochtones. Le risque existe que les ressources soient plutôt consacrées aux programmes de lutte contre le VIH destinés aux populations pour lesquelles l'on dispose de données indiquant plus sûrement l'existence de taux d'infection déjà

élevés. Les autorités doivent trouver un juste milieu entre d'une part les mesures visant à éviter que les communautés autochtones soient à tort perçues comme exposant les communautés majoritaires à la menace de l'infection par le VIH et, d'autre part, la nécessité de recueillir des données fiables sur l'incidence du VIH dans les communautés autochtones, pouvant servir aux processus de planification et d'affectation des ressources.

10. Cela étant posé, il faut quand même souligner que le nombre de cas d'infection diagnostiqués n'est qu'un indice, et pas toujours le meilleur, de l'ampleur du risque qui guette une communauté donnée. L'expérience acquise à l'échelle mondiale montre clairement que certains facteurs clefs rendent certaines personnes et communautés extrêmement vulnérables face au VIH. Beaucoup de ces facteurs de risque, à vrai dire presque tous, se retrouvent dans de nombreuses populations autochtones : pauvreté, marginalisation, absence de pouvoir politique ou social, rupture des liens familiaux et communautaires, éloignement géographique, faibles taux d'alphabétisation, mauvais état de santé général, accès limité aux soins, usage et injection de drogues et mauvaise image de soi-même et de la communauté. Chacun de ces facteurs suffit à lui seul à rendre une personne ou une communauté plus vulnérable à l'infection par le VIH, la présence de plusieurs d'entre eux dans un même groupe de population est une raison évidente de se préoccuper de l'incidence de l'épidémie sur les populations autochtones, et met en lumière les défis associés aux efforts visant à ralentir sa propagation au sein de ces communautés.

### **III. Quelques stratégies, politiques et initiatives relatives à la présence du VIH dans les populations autochtones**

11. De même que l'on dispose de peu de données fiables sur la prévalence du VIH parmi les populations autochtones, les politiques et programmes qui ont été expressément mis en place pour faire face à l'incidence et à la propagation du VIH au sein des communautés autochtones sont relativement peu nombreux. Quelques pays ont adopté des stratégies nationales relatives à la prévalence du VIH parmi leurs populations autochtones, mais ce sont en général des pays disposant de ressources plus importantes, comme l'Australie et le Canada. Beaucoup d'autres ne se préoccupent pas particulièrement du sort de leurs populations autochtones face au VIH, et d'autres encore, peu nombreux ont lancé des initiatives à petite échelle. Parfois, ce sont les organisations locales ou non gouvernementales qui prennent en main les activités de prévention du VIH/sida et la fourniture de soins dans les communautés autochtones, avec l'appui plus ou moins important de l'État.

12. Il n'a pas été possible, dans le cadre du présent rapport, d'analyser toutes les initiatives passées et présentes de lutte contre le VIH menées dans les communautés autochtones, et il serait utile de les examiner plus avant pour étudier les enseignements retirés de l'expérience. Quelques-unes des principales stratégies et politiques appliquées à ce jour sont présentées ci-après.

#### **Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada (Premières nations, Inuits et métis), mars 2003**

13. Élaborée par le Réseau canadien autochtone du sida et financée par le Gouvernement canadien, cette stratégie fait partie de la stratégie nationale de lutte

contre le VIH/sida. Elle comporte neuf domaines d'action : le développement communautaire; le renforcement des capacités et la formation; les partenariats et la collaboration; les questions juridiques et éthiques et les droits de l'homme; la mobilisation des groupes autochtones ayant des besoins spécifiques; et un système intégré de soins, de traitement et d'aide.

**Stratégie nationale relative à l'hygiène sexuelle de la population autochtone d'Australie 1996-199 et Stratégie nationale relative à l'hygiène sexuelle et aux virus hématogènes parmi les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, 2005-2008**

14. Ces deux stratégies traitent le VIH comme l'un des aspects de l'hygiène sexuelle des populations autochtones en général et complètent la stratégie nationale relative au VIH. Les autorités ont sciemment décidé d'inclure les initiatives autochtones de lutte contre le VIH dans leur approche de l'hygiène sexuelle et de la santé procréative afin de ne pas aggraver les préjugés vis-à-vis des autochtones, et de reconnaître la nécessité d'améliorer substantiellement l'hygiène sexuelle et la santé procréative de ces groupes.

**Initiative pour les Amérindiens et les autochtones d'Alaska (Ministère américain de la santé et des services sociaux)**

15. Cette initiative vise à intégrer les services de traitement de la toxicomanie et de soins psychiatriques aux soins de santé primaires liés au traitement du VIH dans les communautés amérindiennes et autochtones d'Alaska. Six projets de démonstration et la mise en place d'un centre d'assistance technique s'inscrivent dans le cadre de cette initiative quinquennale, qui a commencé en octobre 2002 et doit se terminer en septembre 2007. Sachant que les organisations amérindiennes et autochtones d'Alaska opèrent dans le cadre d'une politique fédérale visant à promouvoir l'autodétermination des peuples amérindiens et autochtones d'Alaska, le centre d'assistance technique tient compte des intérêts qui sous-tendent leurs projets pour trouver des solutions culturellement acceptables aux problèmes de la communauté, de la tribu ou du village, et appuie les solutions proposées par les collectivités.

**Plan de promotion des peuples autochtones – Guyana, 2004**

16. C'est dans le cadre de son projet national de prévention et de lutte contre le VIH/sida que le Gouvernement guyanien a mis en œuvre le plan de promotion des peuples autochtones. Ce plan recense une série de facteurs qui accroissent la vulnérabilité des communautés autochtones guyaniennes au VIH/sida, comme la pauvreté, la déliquescence sociale due à l'activité minière, l'émigration des jeunes, l'usage de drogues, l'activité sexuelle précoce et certaines croyances et pratiques culturelles. Il prévoit notamment la diffusion des documents d'information sur le VIH traduits dans les langues autochtones, l'ouverture de centres de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique à proximité des collectivités autochtones, l'amélioration de l'instruction dispensée aux jeunes filles, et le lancement de projets communautaires à l'intention des jeunes autochtones.

**Initiative relative à la santé des peuples autochtones  
– Orientations stratégiques et plan d’action  
de l’Organisation panaméricaine de la santé, 2003-2007**

17. Ce plan d’action traite de la santé des autochtones en général, mais aussi des problèmes liés au VIH, en particulier de l’accès aux soins et aux médicaments essentiels. Il relève les inégalités entre les peuples autochtones et d’autres groupes de population des Amériques en termes d’état de santé et d’accès aux soins, et présente des mesures visant à améliorer l’état de santé des autochtones, supposant notamment le renforcement de la collaboration intersectorielle; la prise en compte des conceptions et méthodes de soin autochtones dans les soins de santé primaires; la promotion des stratégies de lutte contre l’exclusion sociale des populations autochtones; et la participation des autochtones à la gestion des services de santé.

**Projet sur le VIH/sida pour les jeunes autochtones  
– Agence de santé publique du Canada, 2005-2007**

18. Mis en œuvre avec le concours de Native Mern’s Residence à Toronto, ce projet vise à sensibiliser les jeunes autochtones sans-abri au problème du VIH et à promouvoir les comportements sexuels sans risques.

**Management of HIV/AIDS in Indigenous Primary Care Organizations  
(Australie)**

19. Ce guide pratique, élaboré par un groupe d’autochtones australiens contaminés et touchés par le VIH, est à l’usage des services médicaux autochtones des zones isolées et des zones urbaines, et d’autres services de soins de santé primaires.

**Australian Federation of Aids Organizations Aboriginal  
and Torres Strait Islander, gay, sistergirl and transgender HIV/AIDS  
– sexual health project**

20. Financé par le Gouvernement, ce projet déjà ancien a été lancé en 1996 afin d’appuyer l’action menée par les organisations non gouvernementales australiennes auprès des autochtones pour lutter contre la propagation du VIH. Face à une épidémie essentiellement propagée par les rapports sexuels entre hommes, le projet est axé sur les homosexuels et les transsexuels et transsexuelles (« sistergirls ») autochtones. Outre les activités de promotion sanitaire et de sensibilisation, des stages de sensibilisation aux spécificités culturelles sont proposés aux non-autochtones qui s’occupent de personnes touchées par le VIH et des stages de formation axés sur le VIH aux agents sanitaires autochtones.

## **IV. Principaux facteurs influant sur l’incidence de l’épidémie de VIH parmi les populations autochtones**

### **A. Relation à la terre**

21. Si l’on considère que l’une des principales caractéristiques du statut d’autochtone est l’attachement à la terre, la modification de ce lien en raison de l’évolution économique et politique de nombreux pays bouleverse profondément la vie des peuples autochtones. Ne pouvant plus vivre sur la terre qui a façonné leur

identité culturelle, beaucoup de communautés autochtones ont dû abandonner leurs modes de vie traditionnels, ce qui conditionne à bien des égards la manière dont elles font face à l'épidémie de VIH.

22. Les conséquences désastreuses de la colonisation sur l'état de santé général de la plupart des peuples autochtones ont été amplement démontrées. Les maladies infectieuses comme la variole ont décimé beaucoup de populations autochtones durant les premières phases de la colonisation, pour être suivies par une multiplication spectaculaire de maladies chroniques causées par le bouleversement des modes de vie traditionnels des autochtones. Des maladies comme le diabète et la cardiomyopathie se sont répandues dans beaucoup de communautés autochtones à la faveur des régimes alimentaires mal équilibrés et des modes de vie peu sains adoptés par des populations dont le mode de vie privilégié n'est plus viable.

23. L'adoption forcée d'un mode de vie plus compatible avec les exigences de l'économie moderne a souvent distendu, en tout ou partie, l'attachement à la terre ancestrale. Certaines communautés autochtones vivent à présent dans des réserves ou des enclaves créées pour essayer de préserver les terres ancestrales, mais elles ont beaucoup de difficultés à préserver leurs modes de vie traditionnels. La pauvreté, le chômage, la prison, l'alcoolisme et l'usage de drogues, notamment par injection, sont probablement favorisés par certains environnements, comme cela a été amplement démontré et analysé dans de nombreuses études. De plus, à cause de leur éloignement géographique, ces communautés n'ont qu'un accès limité à l'enseignement, aux services de santé et aux installations de santé publique. Chacun de ces facteurs accroît le risque d'infection par le VIH.

24. Lorsque la rupture de leur lien avec la terre ancestrale a poussé les peuples autochtones à migrer vers les zones urbaines, des problèmes sociaux similaires sont évidents. Les communautés autochtones des villes sont généralement touchées par une pauvreté plus grande, et d'autres facteurs connexes qui affectent leur santé. Leur marginalisation les expose encore plus aux risques de transmission du VIH et les éloigne des services de prévention et de soins.

25. Tout aussi importante que les incidences sur le mode de vie est la conséquence de la dépossession des terres ancestrales pour le bien-être culturel et spirituel des peuples autochtones. Une communauté qui manque de cohésion sociale et dont les valeurs intrinsèques sont menacées n'est pas en mesure de faire face aux conséquences de l'infection par le VIH. La perte de leurs terres, de leurs territoires et de leurs ressources naturelles, fondements de leur identité en tant que peuples, signifie aussi pour bien des peuples autochtones l'affaiblissement des moyens d'action sociale et culturelle permettant de faire face au VIH au sein de leurs communautés et de prendre des mesures pour réduire les facteurs de risque de transmission.

## **B. Pauvreté**

26. Il y a certes des exceptions, mais bien des communautés autochtones sont économiquement défavorisées par rapport à d'autres catégories de la population. Il s'agit souvent d'une conséquence directe du bouleversement de la dépendance par rapport à la terre qui a façonné nombre de cultures autochtones. La perte de l'autosuffisance qui en a résulté a contraint beaucoup d'autochtones à quitter leur communauté pour aller chercher du travail. En raison de leurs faibles niveaux



d'éducation formelle, les autochtones peuvent avoir plus de mal à trouver un travail stable et doivent souvent accepter des emplois mal rémunérés qui leur donnent difficilement accès aux régimes de santé financés par les employeurs. Beaucoup de ceux qui quittent leurs foyers traditionnels en zone rurale pour aller dans les zones urbaines finissent dans la misère des bidonvilles. Ils ne vivent certes plus à l'écart de tout, mais ils n'ont pas non plus de moyens de subsistance durables, et l'accès à de nombreux services essentiels, comme les services de santé, leur reste interdit.

27. La corrélation entre la pauvreté et le risque d'infection par le VIH est bien reconnue et s'établit à différents niveaux. Ceux qui vivent dans la pauvreté sont moins susceptibles d'avoir accès à l'enseignement, aux services de santé et à d'autres ressources sociales. De nombreux facteurs liés à la pauvreté et à la perte d'identité rendent les peuples autochtones plus vulnérables à l'exploitation sexuelle, ou, dans le cas des femmes et des enfants, à la traite. Il est difficile pour ceux qui vivent dans la pauvreté d'acheter des préservatifs ou d'en exiger l'utilisation. De plus, l'absence d'espoir qui est souvent le lot des pauvres les prive des ressources psychologiques et affectives dont ils ont besoin pour se protéger et protéger les autres de l'infection par le VIH.

28. Étant donné le grand nombre de peuples autochtones économiquement défavorisés, il importe de faire le lien entre la pauvreté et la vulnérabilité accrue face au VIH. Ce lien doit être pris en compte lors de l'élaboration de politiques et de programmes relatifs au VIH dans les communautés autochtones, car c'est non seulement leur santé qui est en jeu mais aussi des aspects aussi fondamentaux que leur statut d'autochtones et leur relation avec les sociétés au sein desquelles elles vivent.

### **C. Éloignement géographique**

29. Comme beaucoup de communautés vivant dans les zones reculées, les autochtones qui se trouvent géographiquement isolés des grands centres urbains connaissent des difficultés particulières qui les rendent plus vulnérables à l'infection par le VIH. L'accès limité à l'éducation explique les faibles niveaux d'alphabétisme et la vulnérabilité accrue au VIH. Les campagnes de santé publique, notamment de prévention du VIH, n'atteignent pas toujours les communautés géographiques éloignées et, lorsque c'est le cas, elles ne sont pas toujours pertinentes ou applicables. Les préservatifs peuvent être difficiles à obtenir et coûteux. Les problèmes sociaux que connaissent certaines communautés autochtones géographiquement éloignées, comme l'alcoolisme, l'usage de drogues et la violence familiale, peuvent accroître le risque de transmission du VIH.

30. L'accès aux soins de santé est également un problème particulier commun à toutes les communautés géographiquement isolées. Les installations sanitaires, pour autant qu'elles sont accessibles, peuvent se trouver à des heures de route et n'offrir que certains types de services. Il est plus difficile d'y recevoir des soins gratuits ou peu coûteux que dans les centres urbains. Les services spécialisés de diagnostic du VIH, d'accompagnement psychologique et de traitement des malades n'existent souvent pas dans les zones les plus reculées, et il est malaisé de préserver la confidentialité des informations dans les petites communautés. Les habitants des zones géographiquement éloignées sont donc moins susceptibles de reconnaître

s'être exposés à l'infection par le VIH et, faute de traitements faciles à obtenir, sont peu disposés à s'informer de leur séropositivité.

#### **D. Caractéristiques démographiques différentes et incidences disproportionnées parmi les jeunes**

31. Les caractéristiques démographiques des populations autochtones diffèrent souvent de celles de l'ensemble de la population des pays dans lesquels elles vivent. Beaucoup de pays développés se heurtent à des problèmes liés à l'augmentation de la longévité et au vieillissement de la population. Dans de nombreuses communautés autochtones, l'accroissement de la morbidité et de la mortalité se conjugue au raccourcissement de la durée de vie et aux améliorations récentes sur les plans de l'éducation et de la santé et la population est essentiellement constituée de jeunes gens. Les jeunes autochtones souffrent en particulier de l'intégration partielle dans la société en général, de la rupture avec leur culture traditionnelle et de la séparation d'avec la terre.

32. Il faut faire en sorte que les programmes de prévention du VIH, d'hygiène sexuelle et de santé procréative portent à ces jeunes des messages et un soutien acceptables et adéquats. Cela est d'autant plus compliqué que ces jeunes doivent assumer de multiples identités, à la fois en tant qu'autochtones et en tant que membres de l'ensemble de la société. Il faut également se préoccuper de certaines habitudes culturelles qui exposent les jeunes à de plus grands risques, car il est difficile de reconnaître certains problèmes et d'en parler ouvertement.

#### **E. Conséquences de la marginalisation**

33. Si toutes les cultures autochtones ne sont pas minoritaires dans le pays où elles sont représentées, la plupart le sont, et la conscience d'être exclues des principaux courants sociaux, politiques et économiques marque fortement la vie des autochtones. Certaines communautés autochtones choisissent de vivre isolées ou de se couper volontairement de la société, mais d'autres en sont exclues parce que leurs traditions et leur culture sont différentes. Dans les deux cas de figure, la conscience de l'« altérité » due au statut d'autochtone et du risque d'ostracisme, la communauté en général existe bel et bien.

34. S'agissant de l'épidémie de VIH, il est à présent largement reconnu que dans n'importe quelle société, ce sont les groupes marginalisés qui sont le plus exposés au risque d'infection. Cela peut être dû à divers facteurs. Il est plus difficile de diffuser les messages de prévention auprès des personnes déjà exclues qui ne peuvent souvent rien faire, personnellement ou collectivement, pour se protéger et protéger les autres. Si elles sont déjà victimes de préjugés, elles sont moins susceptibles de reconnaître le risque d'infection par le VIH et de s'exposer ainsi à davantage de discrimination. Les sentiments d'exclusion et l'incapacité d'exercer un contrôle sur sa propre vie sont des obstacles majeurs à la prévention du VIH.

35. À l'intérieur même des communautés autochtones, des personnes sont plus marginalisées que d'autres. Comme dans beaucoup de communautés, autochtones ou non, les femmes et les enfants sont, de par leur condition, particulièrement exposés à l'exploitation et, partant, au risque d'infection par le VIH. La marginalisation doit

donc être envisagée à différents niveaux lorsque l'on étudie la question des risques d'infection par le VIH.

36. Le fait d'être marginalisés limite l'accès des autochtones aux systèmes de soins de santé essentiels et d'aide sociale, à l'emploi, aux services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, aux services d'hygiène sexuelle et de soins prénatals, notamment de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, aux services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, ainsi qu'aux services de soins, de traitement et d'aide aux séropositifs. Ces services sont les composantes essentielles de tout programme réussi de lutte contre le VIH et, si des tentatives ont été faites pour les adapter aux besoins des peuples autochtones, elles ne sont pas suffisamment répandues pour assurer la couverture sanitaire requise et produire les résultats souhaités.

37. D'un autre côté, la marginalisation ne doit pas nécessairement amoindrir la capacité des communautés de faire face à l'épidémie. Même marginalisés, les membres d'une communauté autochtone peuvent essayer, en cherchant à se refaire une identité, de maintenir un mode de vie traditionnel durable tout en faisant face à de nouveaux problèmes, comme le VIH et le sida. Ainsi, le fait d'être reconnu comme autochtone peut parfois être une motivation plutôt qu'un obstacle, et l'on aurait tort de penser qu'en étant davantage intégrée dans la culture majoritaire, une minorité marginalisée sera nécessairement plus apte à lutter contre le VIH.

## **F. Conceptions différentes de la santé et de la médecine**

38. L'action internationale contre l'épidémie de VIH a été jusqu'à présent largement menée par les médecins et les professionnels de la santé publique dont la formation, l'expérience et les connaissances ont une origine occidentale. On s'est surtout employé à déterminer les taux d'infection par le VIH, à atteindre, au moyen de programmes de prévention, les populations considérées comme « à risque », et à élargir l'accès aux thérapies antirétrovirales et à d'autres formes de traitement.

39. Pour bien des communautés autochtones, cependant, la tradition médicale occidentale n'évoque rien. Elles peuvent avoir une perception radicalement différente de la maladie et de sa propagation, fondée sur des croyances spirituelles ou traditionnelles fortement ancrées. Les explications scientifiques de l'infection par le VIH et de sa transmission ne sont pas forcément faciles à concilier avec les conceptions traditionnelles de la maladie qui prévalent dans ces communautés. Même lorsque les pratiques culturelles traditionnelles contribuent directement à la propagation du VIH, il est peu probable que des changements se produisent uniquement parce que la science occidentale l'ordonne.

40. Les guérisseurs traditionnels jouent un rôle essentiel au sein de nombreuses communautés autochtones dont ils déterminent la conception de la santé et du bien-être. Souvent, le bien-être signifie bien plus que l'absence de maladie et peut être indissociable des dimensions spirituelles et religieuses. La foi placée par la communauté dans les vertus curatives de la médecine traditionnelle fait que les guérisseurs jouissent parfois d'une confiance et d'un respect beaucoup plus grands que n'importe quel médecin ou agent sanitaire.

41. Au regard des différentes méthodes de soin et de guérison pratiquées dans de nombreuses communautés autochtones, beaucoup des stratégies actuelles de lutte

contre le VIH ne sont à l'évidence tout simplement pas adaptées, et les interventions conçues selon les principes de la médecine occidentale sont probablement vouées à l'échec. Les différentes sources de confiance et de connaissance au sein des communautés autochtones devraient être prises en compte, y compris le rôle des guérisseurs traditionnels et d'autres chefs spirituels. Si les partenariats voulus sont instaurés pour élaborer des programmes de prévention et de traitement du VIH qui tirent parti des connaissances traditionnelles des guérisseurs et des chefs spirituels et du respect dont jouissent ces derniers au sein de leur communauté, de telles initiatives peuvent s'avérer d'importants moteurs de changement en vue d'atténuer l'incidence du VIH parmi les communautés autochtones.

42. Les communautés autochtones ont plus souvent l'habitude de traiter les questions de santé comme des problèmes de la vie en général. Dans le reste de la société, les programmes de santé sont souvent verticaux, c'est-à-dire qu'ils portent par exemple sur le VIH, sur les maladies du cœur ou sur le diabète. Les savoirs et les traditions des autochtones reposent sur une conception plus globale de l'individu et de la communauté, souvent aux antipodes de la notion de maladie ou de problème de santé unique. Beaucoup de communautés autochtones doivent faire face à de nombreux problèmes touchant leur santé et leur bien-être et cherchent les moyens d'intégrer la lutte contre le VIH dans des initiatives et programmes existants plutôt que de le traiter séparément.

## **G. Participation limitée aux processus politiques et décisionnels**

43. Que ce soit à cause de leur histoire, de leur tradition culturelle ou de leur taille, ou pour d'autres raisons, peu de communautés autochtones sont fortement représentées dans les institutions politiques nationales. Si certains pays ont récemment tenté d'associer les autochtones au processus de décision, du moins s'agissant des questions qui les concernent, la voix des autochtones ne se fait souvent que faiblement entendre dans le pays où ils vivent.

44. Pour ce qui est de l'élaboration de stratégies efficaces de lutte contre le VIH, la faible participation des autochtones au processus de décision est un obstacle important. Parce que la propagation du VIH dans toute communauté fait intervenir des questions complexes liées à la culture, à la sexualité et aux relations sociales, et parce que les cultures autochtones sont, par définition, différentes des cultures dominantes ou majoritaires, l'élaboration de stratégies visant à atténuer l'incidence du VIH sur les populations autochtones requiert la participation réelle et active de celles-ci. De même que la contribution et la participation des personnes vivant avec le VIH sont essentielles pour comprendre l'épidémie et être en mesure d'y parer efficacement, il sera indispensable d'associer les peuples autochtones au processus de décision si l'on veut savoir comment et pourquoi l'épidémie bouleverse leur existence, et comment changer cet état de choses.

45. L'invisibilité politique de nombreuses communautés autochtones constitue toutefois un problème particulier à cet égard. Tant que les communautés autochtones seront exclues du processus de décision, il subsistera un risque qu'elles soient oubliées des politiques et des programmes de lutte contre le VIH ou que les interventions échouent faute de s'inspirer de la culture et des croyances autochtones. L'application de stratégies qui tiennent compte des réalités culturelles autochtones et

les respectent n'est possible que si l'on s'efforce vraiment de faire participer les autochtones au processus de décision.

## **H. Alourdissement de la charge des soins à dispenser au sein des communautés autochtones**

46. En raison du mauvais état général de santé de nombreuses communautés autochtones, les soins à prodiguer aux membres de la famille et aux autres lorsqu'ils sont malades constituent déjà pour beaucoup d'entre elles une charge extrêmement lourde. Ce poids pèse particulièrement sur les communautés isolées qui n'ont qu'un accès limité aux structures sanitaires nationales ou communautaires et aux services connexes, comme les soins à domicile. Ce sont alors les membres de la famille et d'autres membres de la communauté qui doivent prendre soin des malades, parfois avec la plus grande difficulté en raison de leur propre état de santé ou de leur situation socioéconomique défavorable.

47. Les communautés dont les ressources sont déjà drainées par les soins qu'exige une mauvaise santé sont mal préparées à supporter le fardeau supplémentaire imposé par le VIH. Cela compromet non seulement la qualité des soins offerts aux personnes contaminées par le virus mais aussi la capacité de la communauté de comprendre la nécessité de mesures de prévention efficaces et d'agir en conséquence. Face à l'épidémie, elles ne peuvent alors qu'opposer leur impuissance au lieu de leur détermination à s'employer à enrayer l'infection.

## **V. Activités de plaidoyer et de mobilisation que l'Instance permanente pourrait envisager afin de réduire l'incidence du VIH sur les communautés autochtones**

### **A. Coopération avec le mouvement mondial en faveur de l'universalisation de l'accès à la prévention du VIH et aux soins connexes**

48. Les décisions issues du Sommet mondial de 2005, du Sommet du Groupe des Huit et de l'Assemblée mondiale de la santé en faveur de l'accès universel à la prévention du VIH et aux soins et au traitement connexes offrent à l'Instance l'occasion de coopérer avec les organisations des Nations Unies et les organismes humanitaires internationaux pour faire en sorte que les questions intéressant les autochtones soient prises en compte dans les stratégies et les plans d'action qui sous-tendent ces initiatives. Les questions autochtones recourent tous les aspects de la prévention et des soins en matière de VIH. Les objectifs liés à l'accès universel ne seront pas atteints si les agents d'exécution n'ont pas la possibilité de répondre efficacement aux importants problèmes de développement qu'affrontent de nombreuses populations autochtones.

49. L'Instance reçoit régulièrement des rapports émanant des organismes des Nations Unies. Elle pourrait exiger qu'à l'avenir ces rapports comportent une description des progrès réalisés quant aux objectifs d'un accès universel pour les communautés autochtones.

50. Il ne faudrait toutefois pas que cette exigence signifie la passivité de l'Instance. Les résultats seront plus positifs si elle parvient à trouver des formules de partenariat, notamment avec les organismes concernés pour aider à surmonter les importants obstacles à l'accès qui existent dans de nombreuses communautés et dans de nombreux pays.

**B. Participation à l'élaboration de modèles d'intervention en matière de VIH, qui prennent en compte les facteurs économiques et sociaux ayant des incidence sur les populations autochtones**

51. Les modèles de prévention et de soins en matière de VIH qui ont fait leurs preuves dans des communautés non autochtones doivent être substantiellement modifiés si l'on veut les appliquer utilement et avec succès dans le cas des peuples autochtones. L'Instance est bien placée pour veiller, en partenariat avec les organismes des Nations Unies, les donateurs et les organes de coordination régionaux et nationaux de lutte contre le VIH, à ce que les politiques et les programmes soient adaptés aux besoins de chaque peuple autochtone.

52. La production d'un ensemble de ressources mettant en évidence les partenariats efficaces et les interventions réussies dans les communautés autochtones aiderait les organismes extérieurs à mieux adapter leurs programmes.

53. Il faut envisager toute stratégie de lutte contre le VIH dans les communautés autochtones en tenant compte du fait qu'un grand nombre des facteurs qui rendent ces communautés particulièrement vulnérables au VIH tiennent beaucoup moins à leur état de santé qu'à leur situation politique, économique et sociale au sein des sociétés dans lesquelles elles vivent. Les efforts menés pour encourager les tests de dépistage volontaire du VIH et la reconnaissance des risques liés au VIH, par exemple, ont peu de chances d'aboutir si l'on ne prend pas en même temps des mesures pour préserver de nouvelles discriminations des populations autochtones déjà ostracisées. Les soins et les traitements dispensés aux autochtones atteints du VIH ne peuvent l'être efficacement lorsque les soins de santé en général sont déjà inabordables et inaccessibles. Certains peuples autochtones exposés à des risques accrus d'infection par le VIH parce qu'ils n'ont d'autres moyens de subsistance que le commerce du sexe, ou parce qu'ils sont plus exposés à la traite des êtres humains, resteront impuissants face à ces risques tant qu'on ne les aidera pas à acquérir une plus grande autosuffisance économique.

54. Il est très difficile de modifier ces facteurs économiques et sociaux importants de vulnérabilité au VIH. Des déséquilibres aussi profondément enracinés ne peuvent être corrigés ni facilement ni rapidement, à supposer qu'ils puissent l'être. Il importe néanmoins, dans la formulation des stratégies de lutte contre le VIH axées sur des communautés vulnérables comme les peuples autochtones, de reconnaître les réalités économiques et sociales dans lesquelles vivent les intéressés. L'atténuation de la pauvreté, l'alphabétisation et l'assistance juridique peuvent contribuer à la lutte contre les risques liés au VIH tout autant que les programmes ciblés d'éducation en matière de santé publique. Il est essentiel d'adopter une approche intégrée, plaçant la stratégie de lutte contre le VIH dans ce contexte plus large, pour éviter le piège qui consisterait à envisager le VIH comme un problème isolé.

### **C. Promotion de la production de données et d'informations plus fiables, pour mieux concevoir et orienter la stratégie de lutte contre le VIH dans les communautés autochtones**

55. Lorsque les données et les informations exactes qui permettent d'orienter les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH font défaut, l'action est considérablement moins efficace. Certaines autorités ont résisté à l'idée d'inclure des renseignements sur l'origine ethnique dans les programmes de surveillance du VIH, craignant que ceux-ci accentuent la discrimination et l'ostracisme dont les populations autochtones sont victimes, mais l'absence de données rend toute planification et toute allocation de moyens extrêmement malaisées.

56. L'Instance pourrait demander qu'un organisme compétent des Nations Unies élabore des directives qui aideraient les responsables de la conception et de la planification de systèmes de surveillance à inclure en toute sécurité la collecte et la communication des données sur l'appartenance ethnique dans leurs systèmes de surveillance de deuxième génération.

57. Les données recueillies dans le cadre de systèmes de surveillance ne sont qu'une petite partie du tableau. Celles qui se rapportent à la recherche sociale concernant le contexte particulier du risque existant dans les communautés et l'efficacité relative d'un ensemble d'interventions concernant le VIH apportent aussi des informations cruciales pour la planification. Or, elles font défaut dans nombre de communautés. Des recherches sur la présence du VIH dans les communautés autochtones, plus poussées et ciblées de manière judicieuse, pourraient favoriser la mise en œuvre de stratégies pertinentes et efficaces. Par exemple, des informations épidémiologiques indiquant les taux d'infection et les modes de transmission du VIH peuvent contribuer à garantir que les peuples autochtones ne soient pas laissés pour compte dans la planification de la lutte contre le VIH et l'allocation des ressources, et à orienter l'action de telle sorte qu'elle ait le maximum d'effet. De telles recherches peuvent également encourager une meilleure compréhension des comportements et des environnements qui font courir le plus de risques aux populations autochtones et permettre de concevoir des solutions appropriées.

58. Il faut aussi tenir clairement compte des conséquences néfastes que la recherche sur le VIH risque d'avoir sur les populations autochtones. Les modèles de recherche participative, supportant la collaboration avec les communautés autochtones et l'adhésion stricte au principe du consentement préalable, libre et éclairé, peuvent aider à garantir que la recherche dans ce domaine ne cause pas de tort imprévu et ne finisse pas par être contraire aux intérêts des peuples autochtones.

59. L'Instance pourrait s'employer à adapter et à diffuser des descriptions de pratiques positives qui posent les principes directeurs de la recherche sur les communautés autochtones, menée avec elles et pour elles.

### **D. Contribution à l'élaboration de stratégies fondées sur la compréhension de la culture, des pratiques et des convictions des autochtones**

60. Chaque communauté a ses propres valeurs et ses propres pratiques qu'il faut comprendre pour trouver les moyens efficaces de réduire l'incidence de l'épidémie

de VIH. Les valeurs et pratiques des communautés autochtones risquent d'être moins bien comprises que d'autres, du fait qu'elles sont généralement marginalisées et peuvent avoir des traditions particulières qui leur sont propres. Il peut s'agir de différences relatives à la conception de la santé et de la maladie, aux valeurs gouvernant les relations familiales, aux personnes dans lesquelles la communauté place sa confiance ou encore à l'importance particulière attachées aux rôles des guérisseurs traditionnels et autres guides spirituels.

61. Étant donné les différences de modes de vie et de croyances entre les communautés autochtones et les autres communautés, il est évident que, pour être efficaces, les stratégies de lutte contre le VIH axées sur les peuples autochtones doivent reposer sur une compréhension de la culture, des pratiques et des croyances de chaque communauté autochtone. Cependant, une telle démarche est complexe car elle suppose de commencer par apprécier les facteurs culturels qui peuvent sous-tendre des formes particulières de comportement exposant les peuples autochtones au risque d'infection par le VIH. Ce n'est qu'ensuite que des stratégies de changement culturellement acceptables pourront être mises au point dans ces communautés.

62. L'Instance est bien placée pour plaider en faveur de la mise au point de programmes et de matériaux éducatifs permettant aux responsables et aux concepteurs de programmes en matière de lutte contre le VIH de mieux tenir compte de ces questions.

#### **E. Renforcement du principe de la participation des communautés autochtones à l'élaboration de stratégies et de leur consentement éclairé à cet égard**

63. Tous les efforts déployés pour diffuser des informations sur le VIH et sur les programmes de prévention connexes, notamment sur les relations sexuelles, la sexualité et les rapports familiaux dans une communauté resteront vains tant que les membres de cette communauté n'auront pas décidé eux-mêmes que l'information et la prévention sont nécessaires. Cette réalité souligne le fait que le principe du consentement libre et éclairé des peuples autochtones aux interventions qui les touchent n'est pas pure rhétorique : il est en réalité essentiel au succès des stratégies et des programmes de lutte contre le VIH en faveur de ces peuples.

64. Pour atteindre cet objectif, il faut que la participation active des communautés autochtones et l'engagement en leur faveur soient au cœur des mesures adoptées. Ce souci doit être présent non seulement aux fins de l'élaboration de stratégies fondées sur la connaissance du contexte culturel de chaque communauté, mais encore pour garantir que les membres de la communauté intéressée reconnaissent que les mesures de lutte contre le VIH les concernant sont nécessaires et adéquates et soient déterminés à les appuyer.

65. Les mécanismes qu'appelle un processus véritablement participatif peuvent varier grandement d'une communauté autochtone à une autre, et doivent parfois être aménagés selon les particularités ethniques, culturelles et linguistiques. Il faut parfois cerner les tensions entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs, ou au sein même des hiérarchies communautaires traditionnelles, et en tenir compte. Les responsables politiques extérieurs peuvent conserver un rôle important à cet



égard et en termes de facilitation et de promotion de la mise en œuvre des stratégies relatives au VIH au sein des communautés autochtones. Mais il doit s'agir d'une relation de collaboration et de partenariat, allant au-delà de la simple consultation, quels que soient les éventuels déséquilibres de pouvoir entre les populations autochtones et les sociétés dans lesquelles elles vivent.

66. L'Instance a une vaste expérience de la lutte en faveur d'une participation réelle des communautés autochtones dans tous les domaines de politique générale et de planification. Elle pourrait appliquer cette expérience à la question du VIH et orienter les efforts en définissant et en faisant valoir un ensemble de normes que les organismes, les donateurs et les autorités locales pourraient utiliser pour améliorer leurs résultats dans ce domaine.

## **VI. Conclusion**

67. Pour conclure sur une note positive, il convient de dire que, dans ce contexte, l'identification à une culture minoritaire ne doit pas forcément être un désavantage. Toute identité culturelle forte peut être source de fierté et devenir un moteur puissant, qui pousse ceux qui s'identifient à cette culture à prendre des mesures pour protéger et défendre leur communauté. Il y a certainement des exemples d'action contre le VIH où des minorités culturelles ont été capables de mobiliser leur communauté pour modifier des comportements qui favorisaient la propagation du virus, en faisant appel au sens de la responsabilité partagée et au souhait commun de voir la communauté vivre et prospérer.

68. En mettant au point des stratégies de lutte contre le VIH à l'intention des peuples autochtones, il ne faut pas méconnaître le potentiel positif de l'identification à la condition de peuple autochtone. Même dans les communautés qui souffrent des effets du déracinement et de la fragmentation culturels, un désir de préserver la culture et l'identité autochtones peut encore devenir une force de changement, pourvu qu'il soit alimenté et soutenu dans le cadre d'une action plus large.

## Annexe

### **Synthèse des données disponibles recueillies par les dispositifs de surveillance et tirées des études de cas**

1. Les données disponibles concernant le VIH et le sida dans les communautés autochtones sont très fragmentaires. Seuls quelques pays et quelques États à l'intérieur de certains pays ayant une importante population autochtone font une collecte passive et active de données de surveillance. Les données disponibles sont récapitulées ci-après. Les chiffres cités se rapportant généralement à des populations très peu nombreuses, les pourcentages peuvent varier considérablement avec l'ajout d'un seul autre cas, ce qui rend très difficile l'analyse des tendances.

2. Les auteurs de chaque rapport utilisent différents termes pour désigner les peuples autochtones. La terminologie de chaque rapport a systématiquement été respectée et les peuples autochtones ne doivent pas y voir d'intention offensante.

#### **Australie<sup>a</sup>**

3. Les taux d'infection à VIH par habitant sont identiques dans les populations autochtone et non autochtone et ont l'un et l'autre diminué pendant la période 1995-1999. Le taux de dépistage du VIH est passé progressivement de 4 pour 100 000 en 2000 à 4,7 pour 100 000 en 2004 dans la population non autochtone. Dans la population autochtone, le taux de dépistage du VIH est passé de 3,7 pour 100 000 à 5,2 pour 100 000 entre 2000 et 2004. Le taux de dépistage du sida dans la population autochtone est passé de 1,5 pour 100 000 en 2000 à 3,6 pour 100 000 en 2004. (Ce même taux a continué de baisser dans la population non autochtone, tombant à 0,8 pour 100 000 en 2004.)

4. Les principales différences dans l'évolution de l'épidémie et des risques dans la population autochtone par rapport à la population non autochtone sont les suivantes : a) chez les autochtones, une plus grande proportion des cas d'infection à VIH est imputable aux rapports hétérosexuels (36 % chez les autochtones contre 19 % chez les non-autochtones); b) une plus grande proportion d'infections est imputable à l'usage de drogues intraveineuses (20 % chez les autochtones contre 3 % chez les non-autochtones); c) les femmes sont plus touchées (33 % des cas chez les autochtones contre 10 % chez les non-autochtones)<sup>a</sup>.

#### **Canada**

5. Parmi les cas de sida diagnostiqués avant 1994, 86,4 % concernaient des Blancs, 8,3 % des Noirs et 1,3 % des autochtones. Sur l'ensemble des cas de sida diagnostiqués jusqu'en 2003, 53,8 % concernaient des Blancs, 20,7 % des Noirs et 14,4 % des autochtones. La proportion des autochtones dans la population séropositive est demeurée relativement stable depuis 1998, s'établissant à environ 20 %, alors que pour les Noirs, elle est passée de 5,3 % en 1998 à 14,4 % en 2004 (pour les provinces et les territoires qui ont fourni des informations ventilées en fonction de l'origine ethnique)<sup>b</sup>.

6. L'épidémie de VIH touche de manière disproportionnée les autochtones, qui représentent une proportion croissante des cas de séropositivité et de sida déclarés. L'usage de drogues intraveineuses continue d'être le principal mode de transmission dans la communauté autochtone. Le VIH a des répercussions considérables sur la population féminine autochtone – alors que l'on estime que le taux national de séropositivité chez les femmes enceintes au Canada se situe entre 30 et 40 pour 100 000, une étude en cours en Colombie-Britannique a révélé un taux de séropositivité de 310 pour 100 000 chez les autochtones enceintes. Les autochtones sont contaminés plus jeunes que les non-autochtones, et l'on dénombre de plus en plus d'autochtones parmi les nouveaux cas d'infection à VIH.

7. Il convient de noter que, sur les 12 600 tests de dépistage positifs enregistrés au Canada entre 1998 et 2003, seuls 29,4 % comportaient des informations sur l'origine ethnique des intéressés<sup>c</sup>.

### **Nouvelle-Zélande**

8. Au total, on a diagnostiqué une infection par le VIH chez 1 212 personnes depuis 1996; 5,7 % des hommes et 0,7 % des femmes séropositifs se sont eux-mêmes présentés comme maoris<sup>d</sup>.

### **États-Unis d'Amérique**

9. Aucune donnée concernant le VIH n'a été présentée. Plusieurs États ayant une population autochtone importante n'ont adopté que récemment des textes de lois prévoyant une surveillance des cas d'infection à VIH.

10. Les chiffres sur le sida montrent que les taux de survie sont inférieurs chez les autochtones atteints du sida. En 2004, le taux de dépistage du sida chez les Amérindiens et les autochtones d'Alaska (adultes et adolescents confondus) était estimé à 10,4 pour 100 000 contre 75,4 pour 100 000 chez les Afro-Américains, 26,8 pour 100 000 chez les Hispano-Américains et 7,2 pour 100 000 chez les Américains blancs. Une analyse des facteurs de risque dans le cadre du dépistage du VIH chez les Amérindiens et les autochtones d'Alaska, effectuée entre 2000 et 2003 a permis de constater que les taux de transmission chez les hommes étaient dus dans 61 % des cas à des rapports homosexuels, dans 11 % des cas à des rapports homosexuels et à l'usage de drogues intraveineuses, dans 15 % des cas à l'usage de drogues intraveineuses seulement et dans 12 % des cas à des rapports hétérosexuels; chez les femmes, 69 % des infections sont dues à des rapports hétérosexuels et 29 % à l'usage de drogues intraveineuses<sup>e</sup>.

11. Les données sont difficiles à interpréter, les Amérindiens et les autochtones d'Alaska étant souvent classés dans une mauvaise catégorie à cause d'assomptions liées à leur couleur de peau, à leur nom ou à leur lieu de résidence, ou parce que les personnes qui subissent un test de dépistage donnent de faux renseignements sur leur origine ethnique par peur de l'ostracisme et de la discrimination.

12. Le risque d'infection à VIH chez les Amérindiens et les autochtones d'Alaska est aggravé par la pauvreté, le chômage, la consommation de substances, les maladies sexuellement transmissibles et la violence, qui enregistrent des niveaux élevés.

## Amérique centrale et Amérique du Sud

13. Les communautés autochtones et certaines communautés ethniques ont tendance à enregistrer des taux d'infection à VIH supérieurs à ceux de l'ensemble de la population. En 1999, le taux de prévalence du VIH au Honduras était six fois plus élevé chez les Garifunas de la côte Atlantique que dans l'ensemble de la population. Toujours au Honduras, la communauté autochtone des Miskitos a été durement touchée par l'épidémie de VIH. Une étude de séroprévalence effectuée à la fin des années 90 chez les Kunas du Panama a permis de constater une prévalence du VIH plus élevée que la moyenne nationale. La situation est identique parmi les populations autochtones du Canada. Au Suriname, selon une étude réalisée en 1997, 17 % de tous les cas de VIH/sida enregistrés dans le pays touchait le groupe ethnique des Marrons, bien qu'il ne représente que 10 % de la population<sup>f</sup>.

### Notes

<sup>a</sup> *HIV/AIDS, Viral Hepatitis and Sexually Transmissible Infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*, National Centre for HIV Epidemiology & Clinical Research, University of South Wales, 2005.

<sup>b</sup> *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 30 juin 2004*, Agence de santé publique du Canada, novembre 2004.

<sup>c</sup> *Notes épidémiologiques sur le VIH/sida : comprendre l'épidémie du VIH/sida chez les autochtones du Canada : un coup d'œil sur la communauté*, Agence de santé publique du Canada, 2004.

<sup>d</sup> *AIDS New Zealand*, n° 55, février 2005, Université d'Otago.

<sup>e</sup> CDC HIV/AIDS Fact Sheet: HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives, Center for Disease Control, juillet 2005.

<sup>f</sup> Tiré du Plan régional VIH/IST pour le secteur de la santé 2006-2015, OMS/Organisation panaméricaine de la santé, 2005.