

Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones

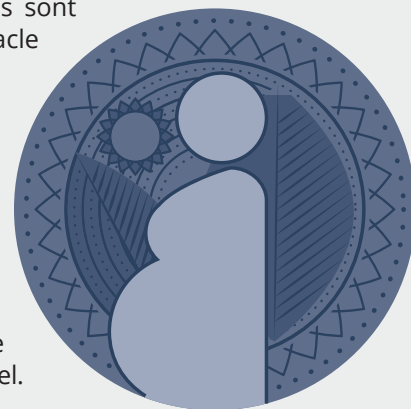
POINTS ESSENTIELS :

La mortalité périnatale et la mortalité maternelle au sein des populations autochtones sont supérieures à celles des autres femmes. L'inaction dans ce domaine constituera un obstacle infranchissable à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD).

Il est temps de donner de la visibilité aux personnes marginalisées. Le manque de données relatives aux femmes et aux adolescentes issues des populations autochtones masque les énormes disparités entre les différentes catégories de populations, ce qui a pour effet d'empêcher la prise de mesures concrètes en vue de leur réduction.

L'amélioration de la santé des femmes et des adolescentes issues des populations autochtones est un objectif tout à fait réalisable. Il exige des États les actions suivantes : ventilation des données par âge et par origine ethnique, lutte contre la discrimination et mise à disposition de formations sanitaires accessibles sur les plans physique, financier et culturel.

L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction est un droit fondamental. Les États doivent s'assurer que les femmes et les adolescentes issues des populations autochtones bénéficient des mêmes conditions d'accès aux services de santé que les autres femmes.ⁱ



« Afin de pouvoir réaliser pleinement leur potentiel, il est impératif que les femmes et les adolescentes issues des populations autochtones puissent jouir de leur droit fondamental à la santé. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est une occasion unique de réduire les inégalités liées à la santé impactant les femmes et les mères issues des populations autochtones. »

DR. MARIAM WALLET, PRÉSIDENTE DU FORUM PERMANENT DES NATIONS UNIES SUR LES QUESTIONS AUTOCHTONES

DONNÉES FACTUELLES RELATIVES À LA SANTÉ MATERNELLE DES FEMMES

Les informations fournies par les données en notre possession sont aussi claires qu'alarmantes. Dans le monde entier, les femmes et les adolescentes issues des populations autochtones sont confrontées à des problèmes de santé maternelle beaucoup plus graves que ceux de leurs homologues des populations majoritaires. Bien que la quantité de données soit limitée, l'analyse de trois indicateurs clés des données empiriques recueillies dans 16 pays à revenu faible ou moyen, montre que les femmes et les adolescentes issues des populations

autochtones disposent d'un accès extrêmement réduit aux services et font face à des problèmes de santé maternelle plus importants.ⁱⁱ En Guyane, le taux de fécondité des adolescentes d'origine amérindienne est deux fois supérieur à celui de la population globale du pays. Les femmes Maasai du Kenya sont deux fois plus exposées au risque de carence totale de soins prénataux. Enfin, en Namibie, les femmes de l'ethnie San accouchant sans assistance qualifiée sont dix fois plus nombreuses que celles des autres catégories de population.ⁱⁱⁱ

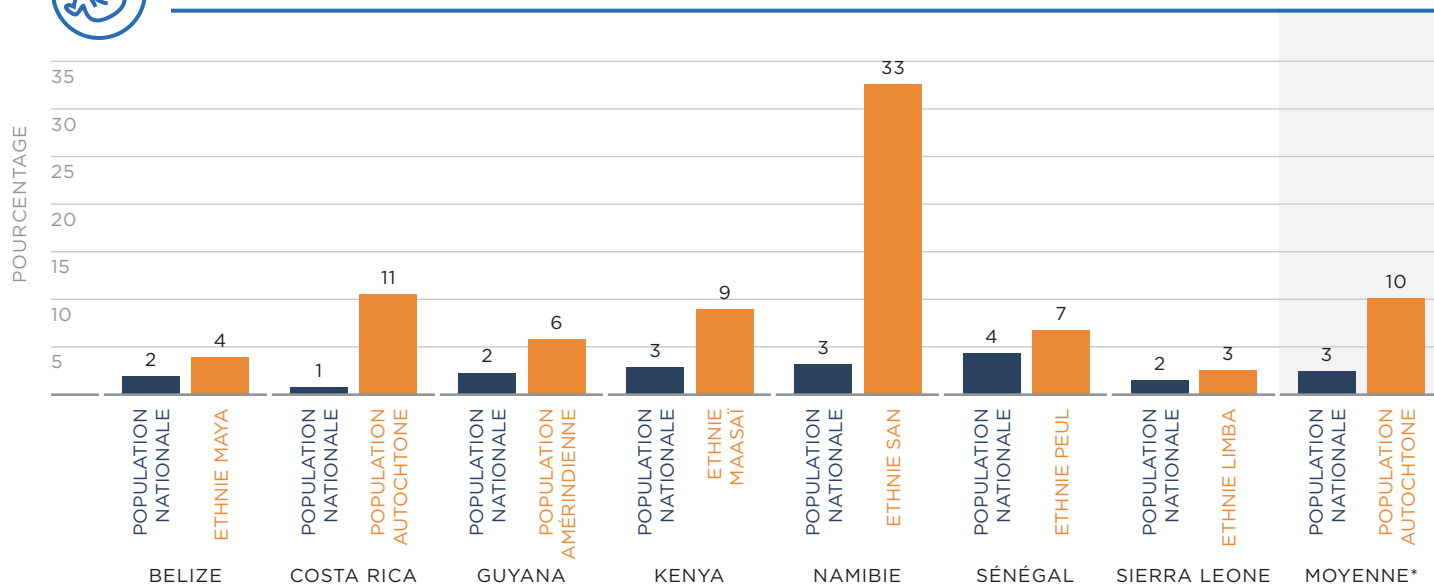
La Figure 1 présente les disparités en termes de visites prénatales, constatées sur un échantillon représentatif des résultats de ces enquêtes. Les possibilités d'accès aux consultations prénatales des femmes issues des populations autochtones sont considérablement moindres que celles

des femmes des autres catégories de la population. Les Figures 2 et 3 montrent des disparités semblables en termes d'accouchements réalisés par du personnel qualifié ou de taux de fécondité des populations adolescentes.^{iv}



FIGURE 1.

POURCENTAGE MOYEN* DE FEMMES N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ DE CONSULTATIONS PRENATALES

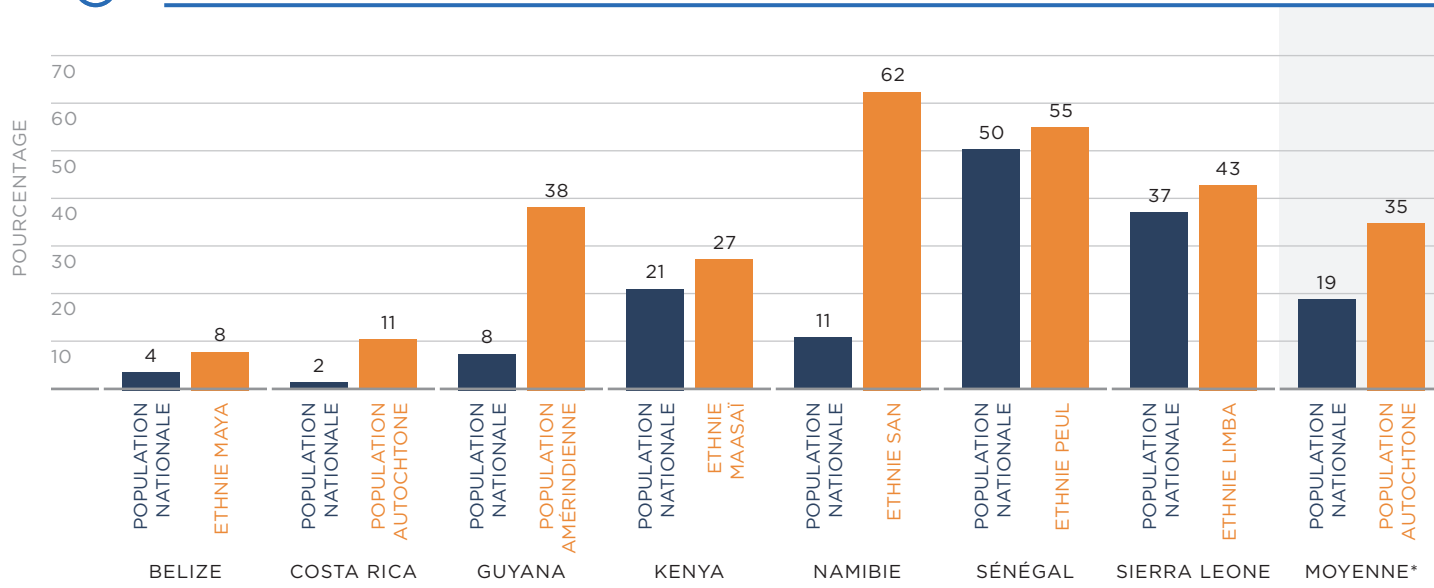


*Moyenne sur l'ensemble des 16 pays avec combinaison des données



FIGURE 2.

POURCENTAGE MOYEN* DE FEMMES N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ DES SERVICES D'UN PERSONNEL QUALIFIÉ DANS LE CADRE D'UN ACCOUCHEMENT

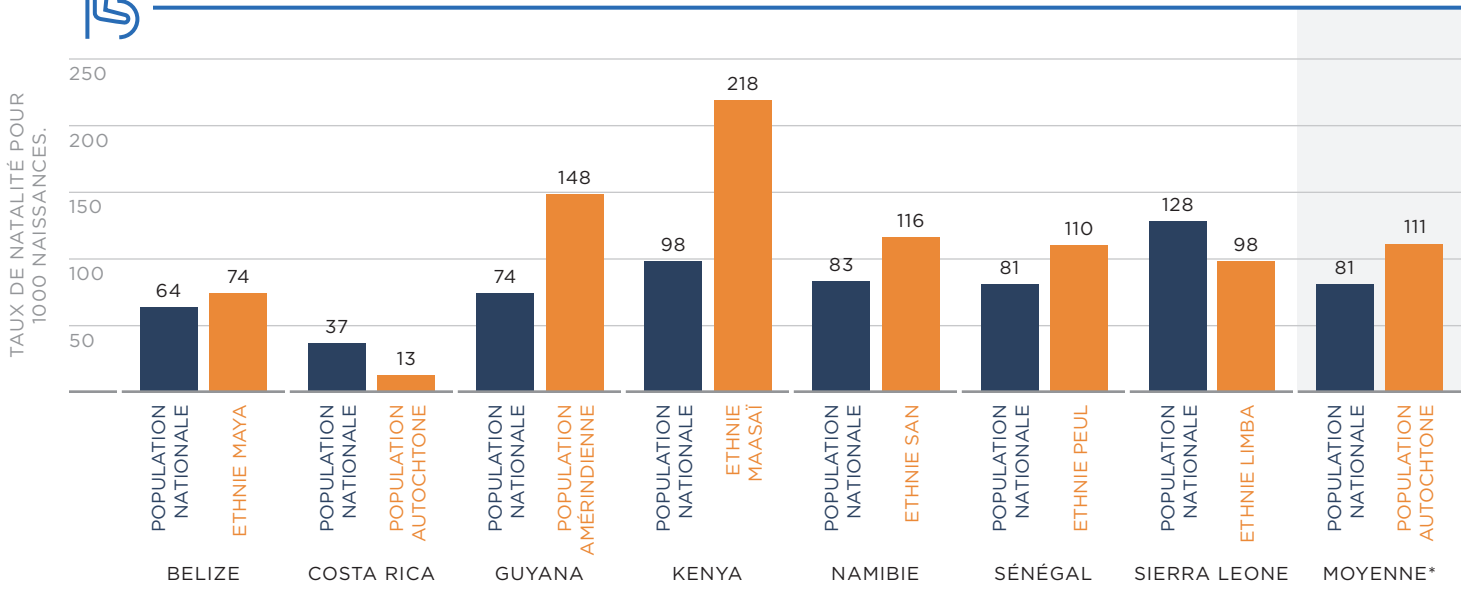


*Moyenne sur l'ensemble des 16 pays avec combinaison des données



FIGURE 3.

TAUX DE NATALITÉ MOYEN* DES ADOLESCENTES POUR 1000 NAISSANCES



*Moyenne sur l'ensemble des 16 pays avec combinaison des données

D'autres enquêtes nationales arrivent aux mêmes conclusions. Une enquête nationale sur la santé familiale réalisée en Inde en 2015-2016 a montré que 46 % des femmes et adolescentes issues des populations autochtones avaient bénéficié d'au moins quatre visites prénatales, contre 61 % pour les femmes et adolescentes hindoues.^v Une enquête nationale sur la santé des mères et des enfants réalisée en 2014-2015 au Guatemala a montré que seules 50,3 % des femmes et adolescentes issues des populations autochtones ont bénéficié de services qualifiés dans le cadre de leur accouchement, contre 82,1 % des femmes n'appartenant pas à ces populations.^{vi}

La situation en termes de mortalité maternelle est tout aussi alarmante. Une étude portant sur dix populations réalisée par le *Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration* a établi que, bien que l'ampleur des disparités varie considérablement, les taux de mortalité maternelle des populations autochtones sont systématiquement supérieurs.^{vii}

Au Panama et en Russie, le taux de mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones est environ six fois supérieur à celui des femmes appartenant à la population non autochtone.

La discrimination subie par les femmes et adolescentes issues des populations autochtones frappe également les pays industrialisés. En Australie, les femmes aborigènes et les femmes insulaires du Déroit de Torres disposaient de moins d'opportunités de visites prénatales au cours de leur premier trimestre de grossesse.^{viii} Elles affichaient un taux de fécondité des adolescentes près de cinq fois supérieur à celui de la population générale.^{ix} Selon l'étude du *Lancet-Lowitja*, ces femmes présentaient un risque de décès au cours de la grossesse/de l'accouchement plus de deux fois supérieur à celui des autres femmes.

Il est important de tenir compte de ces variations et de leurs causes pour mettre en œuvre des interventions sanitaires appropriées, s'attaquer aux inégalités et réduire la mortalité maternelle des femmes et adolescentes issues des populations autochtones. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 demande aux États de parvenir aux objectifs fixés « pour l'ensemble des nations, des populations et des segments de la société » et d'assurer le niveau de ventilation des données nécessaire au suivi des progrès, afin de ne laisser personne pour compte.^x Les progrès en termes d'engagement au recueil de données totalement ventilées sont toutefois incertains. La ventilation des données présente de toute évidence des difficultés, qui devront néanmoins être surmontées afin de réaliser les ODD.

OÙ SONT LES DONNÉES ?

Les statistiques présentées ci-dessus sont une preuve formelle de la nécessité de documenter, comprendre et résoudre les problèmes d'exclusion rencontrés par les femmes et adolescentes issues des populations autochtones. Les données disponibles à l'heure actuelle sont cependant très loin de pouvoir prétendre à l'exhaustivité. Parmi les 90 enquêtes nationales et infranationales réalisées dans le cadre des deux derniers cycles d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (EGIM) et d'enquêtes démographiques et de santé (EDS), seules 43 proposaient une question sur l'origine ethnique des personnes interrogées. Par ailleurs, 27 des rapports publiés contenaient une analyse axée sur l'origine ethnique.^{xi} Bien que cette approche soit peu fiable et déconseillée dans la majorité des cas, il est possible de recueillir des informations supplémentaires en utilisant la langue ou la région comme « critères de substitution » à l'origine ethnique lorsqu'on ne dispose pas de données ventilées.^{xii} En raison de ce manque de données, les conditions d'existence des populations les plus marginalisées (notamment les populations autochtones et les personnes impactées par l'exclusion et la discrimination intersectionnelle sur la base d'autres critères, tels que la pauvreté ou le handicap) demeurent globalement inconnues.

L'incapacité à parvenir à une ventilation adéquate des données tient en grande partie aux sensibilités des populations interrogées. L'histoire nous montre que certains gouvernements se sont appuyés sur les données des recensements (notamment celles concernant l'origine ethnique et la religion) afin d'identifier les personnes visées par leurs politiques d'assimilation, voire de persécution. Il existe en outre des zones dans lesquelles la situation politique ou les conditions de sécurité ne permettent pas de recueillir de manière sécurisée et de publier des données

ventilées en fonction de l'origine ethnique. Cependant, si l'on parvient à mettre en œuvre des « garde-fous » adéquats, il apparaît que, dans la plupart des pays, les avantages d'un recueil et d'une ventilation des données en fonction de l'origine ethnique sont évidents. Outre les questions relatives aux sensibilités des personnes interrogées, il peut s'avérer difficile de générer des échantillons de taille suffisante. Dans la majorité des cas, le manque de données est toutefois dû aux imperfections du système d'information ou au peu d'intérêt accordé au recueil de ces données.

Il convient d'encourager les États à recueillir et à publier des données détaillées ventilées en fonction de l'origine ethnique. Leurs efforts constituent une source de progrès allant dans le sens d'une réduction des disparités, d'une amélioration de l'accès aux services et, in fine, de meilleures conditions de vie pour l'ensemble de la population.

« Le Forum permanent encourage fortement [...] la ventilation des données en fonction des facteurs d'identification autochtones/de l'origine ethnique, ainsi qu'une participation totale et efficace des populations autochtones à l'élaboration et au suivi des plans d'action nationaux et de l'ensemble des processus associés au suivi et au contrôle de la mise en œuvre des Objectifs de développement durable ».^{xiii}

RAPPORT DE L'INSTANCE PERMANENTE SUR LES QUESTIONS AUTOCHTONES

QUELLES SONT LES RAISONS DE LA MARGINALISATION DES FEMMES ISSUES DES POPULATIONS AUTOCHTONES ?

Les femmes et les adolescentes issues des populations autochtones sont confrontées à des obstacles très importants en termes d'accès aux traitements médicaux, et ce, alors qu'elles sont généralement les plus exposées aux problèmes de santé. Si certaines de ces raisons relèvent de la discrimination directe, la plupart d'entre elles trouvent leur source dans une vaste gamme de facteurs sociaux, économiques, culturels et géographiques.^{xiv} Ces facteurs se recoupent et impactent les conditions de vie des femmes et adolescentes issues des populations autochtones selon des modalités aussi complexes que variées. La Figure 4

montre quelques-unes des expériences subjectives vécues par les femmes issues des populations autochtones et les nombreux facteurs d'ordre plus général contribuant à un accès réduit aux services de santé et aux traitements. Il convient de noter qu'il ne s'agit pas de différenciations de type « soit/ou », mais plutôt d'une situation qui doit être comprise comme présentant des points différents dans le cadre d'un continuum « structurel de services ».



J'aimerais accoucher à l'hôpital, mais le personnel nous traite mal.

FEMME ISSUE DE LA COMMUNAUTÉ AUTOCHTONE DU NICARAGUA

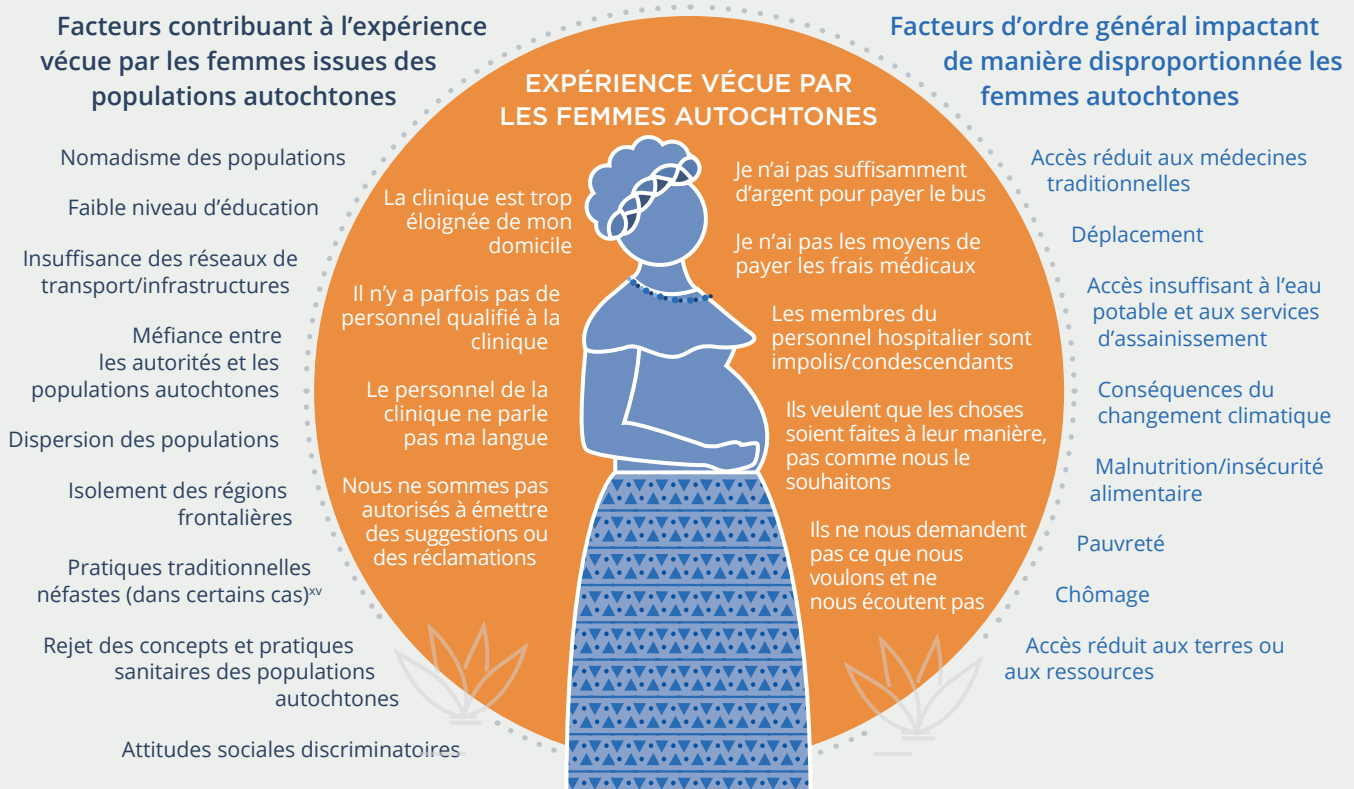
Les femmes issues des populations autochtones ne constituent pas un groupe homogène. De multiples formes de discrimination (se recoupant parfois) se fondant sur des facteurs tels que le handicap, l'âge, le lieu d'habitation, l'orientation sexuelle et l'identité de genre impactent également les conditions de vie et l'orientation des expériences de chacune d'entre elles.

ENCADRÉ 1. Impressions d'une femme autochtone handicapée résidant au Mexique (entretien non publié, effectué dans le cadre de la présente fiche informative)

« Les médecins et les sages-femmes n'ont pas reçu de formation sur le traitement des femmes handicapées avant, pendant et après la grossesse. Il n'y a eu aucune consultation informée préalable sur la procédure d'accouchement, de sorte qu'une femme handicapée issue des populations autochtones ne peut donner son avis quant à la position optimale pour son accouchement. Le manque de politiques concernant notre groupe social a des impacts négatifs. La participation à la conception des politiques et services publics n'est pas inclusive pour tous. »

FIGURE 4. POURQUOI LES FEMMES AUTOCHTONES FONT-ELLES FACE À DAVANTAGE DE PROBLÈMES DE SANTÉ MATERNELLE ?

FACTEURS CONTRIBUTIFS OCCASIONNELS OU GÉNÉRAUX



QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

Bien que l'on constate des progrès dans la lutte contre la marginalisation des populations autochtones,^{xvi} il est indispensable d'intensifier les actions visant à réduire l'ensemble des disparités entre celles-ci et les populations majoritaires. Plus spécifiquement, l'application des mesures suivantes est recommandée afin de veiller à ce que les femmes et adolescentes issues des populations autochtones ne soient pas oubliées dans le cadre de la réalisation des Objectifs de développement durable :

1. Ventilation des données. Les données, sanitaires ou autres, permettant de suivre la progression des Objectifs de développement durable doivent être ventilées en fonction d'une gamme de catégories, notamment l'origine ethnique, en se conformant aux principes de protection des données, d'auto-identification, de participation des populations autochtones et des autres groupes ethniques ou culturels marginalisés et d'indépendance des statistiques officielles. Spécifiquement :

- » Les gouvernements nationaux doivent consulter les communautés autochtones afin de définir les méthodologies optimales de recueil, d'analyse et de reporting de ces données, en cohérence avec les engagements du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les fonctionnaires gouvernementaux doivent en outre être dûment formés à l'exécution de cette tâche. Les données doivent être analysées et établir les bases des interventions visant à la réduction des disparités.
- » Les institutions internationales, les donateurs et les ONG doivent normaliser la ventilation des données en fonction de l'origine ethnique dans leurs mécanismes de reporting.
- » Les bureaux de statistique et les ministères sectoriels doivent être fortement encouragés à recueillir, analyser et diffuser des données ventilées par origine ethnique dans l'ensemble des enquêtes pertinentes réalisées au niveau national (notamment les EDS et les EGIM).

La ventilation des statistiques constitue un point de départ. Elle permettra de repérer clairement les disparités et de prendre les mesures nécessaires. Dans ce contexte, les responsables politiques doivent également comprendre POURQUOI la mortalité maternelle impacte plus fortement les femmes issues des populations autochtones de leurs pays respectifs. Ils devront ensuite AGIR pour mettre à bas ces obstacles. Chaque décès maternel doit faire l'objet d'une enquête approfondie, dans le cadre de laquelle il convient de mentionner systématiquement l'origine ethnique de la personne décédée. L'analyse de ces données permettra d'établir les tendances et les ensembles de facteurs ayant contribué aux décès de femmes issues des populations autochtones.

« L'incapacité à recueillir des données sanitaires ventilées en fonction de l'origine ethnique, d'un statut autochtone autoidentifié ou de l'identité culturelle, peut empêcher l'identification d'inégalités profondes. [...] Ces données doivent également porter sur des problématiques telles que le genre, le statut socioéconomique et le handicap, car les données exclusivement axées sur l'origine ethnique ne tiennent pas complètement compte des droits composites des personnes issues des populations autochtones marginalisées en raison d'autres aspects de leur identité. »^{xvii}

RAPPORTEUR SPÉCIAL DE L'ONU SUR LE DROIT À LA SANTÉ



Ci-dessus : Global Leaders' Meeting on Gender Equality and Women's Empowerment: A Commitment to Action © UN Women/Ryan Brown

2. Agir avec détermination. Lorsque la mortalité maternelle des populations autochtones est supérieur à la moyenne nationale, les États doivent s'acquitter de leurs obligations et prendre des mesures énergiques pour résoudre ce problème, via :

- » Une recherche-action participative et inclusive à l'échelon national, régional et local, afin d'identifier les obstacles empêchant les femmes issues des populations autochtones (et plus particulièrement les adolescentes) de bénéficier pleinement des services de santé et de mettre en œuvre des programmes visant à la résolution de ces problèmes.



Il est urgent de lever le voile qui dissimule aux yeux du monde le sort des populations autochtones.

LANCET EDITOR, RICHARD HORTON^{xviii}

- » Des révisions/audits participatifs et inclusifs des politiques sanitaires concernant les femmes et les adolescentes, associés à la mise en œuvre de plans d'action permettant de définir dans quelle mesure elles permettent aux femmes et adolescentes issues des populations autochtones de satisfaire à leurs besoins ou, au contraire, ont un effet d'exclusion sur elles.
- » L'affectation de budgets adéquats permettant d'identifier et d'éliminer les obstacles (socioculturels et autres) et d'assurer le suivi des mesures adoptées à cette fin.
- » L'intégration d'une approche interculturelle aux services de santé sexuelle et de reproduction, afin de garantir des services de santé adaptés à différentes cultures, prodigués par un personnel médical formé aux questions d'interculturalité.
- » L'instauration de processus participatifs permanents, au niveau national et communautaire, permettant de recueillir l'opinion des femmes et adolescentes issues des populations autochtones sur les services proposés, notamment via des mécanismes de réclamation spécifiques aux femmes issues des populations autochtones et à leurs familles, qui devront être encouragés à les utiliser.

3. En cas de situation conflictuelle :

- » Lorsque les communautés autochtones et l'État sont en conflit ou n'ont pas réussi à dissiper la méfiance réciproque, le recours à des prestataires de services et des médiateurs appartenant à des « tiers de confiance » (OIG et ONG) peuvent aider à renouer une relation de confiance entre les parties concernées.
- » Dans les régions touchées par les conflits, les OIG et ONG proposant des services de santé sexuelle et de reproduction aux femmes et aux adolescentes doivent s'assurer que les besoins des femmes et des adolescentes issues des populations autochtones sont évalués de manière exhaustive et intégrés aux plans de prestations de services.

ENCADRÉ 2. Exemples d'approches couronnées de succès

Projet « Maya Mothers and Children » (Guatemala)

Le projet « Maya Mothers and Children » élaboré par Health Poverty Action avait pour objectif une amélioration de la santé des jeunes mères et des nouveau-nés issus des populations autochtones des départements de Totonicapán et Quetzaltenango, via l'intensification de la participation des communautés et de la prise en charge des services par celles-ci. Un des points fondamentaux du projet consistait à promouvoir et à soutenir une augmentation de la participation des communautés aux commissions sanitaires locales chargées du contrôle des autorités et installations sanitaires. L'accroissement de la participation des mères de famille, des dirigeants communautaires et des accoucheuses traditionnelles a permis des progrès importants, notamment la mise à la disposition de ces dernières d'une ligne téléphonique d'urgence du Ministère de la Santé et des modifications des horaires de service aux fins d'une adaptation aux besoins des communautés. En termes d'impact direct sur la santé maternelle des femmes issues des populations autochtones, le projet a par exemple permis d'augmenter de 72 % le nombre d'exams de santé des nouveau-nés sur une période d'un an. Parallèlement, dans l'un des districts les plus étendus (Santa Maria La Reforma), la proportion d'accouchements ayant eu lieu dans des établissements gérés par le Ministère de la Santé est passée de 19 à 30 % en l'espace de deux ans.

Projet « Baka Young Mothers » (République du Congo)

En République du Congo, l'UNFPA s'est associé à l'association Médecins d'Afrique pour améliorer l'accès des femmes de l'ethnie Baka aux services de santé sexuelle et de reproduction. Dans le département de Sangha, une série d'initiatives connexes a été mise en œuvre d'avril à juin 2017 dans le cadre de l'initiative « First time Young Mother ». Ces actions proposaient notamment des ateliers consacrés aux besoins spécifiques des femmes issues des populations autochtones à destination des prestataires de services de santé ; des formations de bénévoles issus des communautés, chargés d'informer les femmes enceintes de leurs droits en termes de santé maternelle et de les encourager à se rendre dans les établissements de santé ; des formations aux pratiques biomédicales destinées aux accoucheuses traditionnelles, permettant à celles-ci d'exercer au sein de structures médicales et la distribution de kits vestimentaires (accompagnés de savon) aux femmes autochtones enceintes. Celles-ci pourront ainsi se présenter lavées et vêtues d'habits propres aux visites prénatales et ne ressentiront pas de gêne pendant leurs consultations en milieu hospitalier. Ces interventions ont permis une augmentation spectaculaire du nombre de femmes ayant bénéficié de soins prénatals et accouché dans les cliniques et les hôpitaux du district. Au cours du premier trimestre de l'année 2017, 10 femmes ont bénéficié de soins prénatals et 11 ont accouché dans une structure médicale. Au troisième trimestre de la même année, 112 femmes ont bénéficié de soins prénatals et 38 ont accouché dans une structure médicale.

NOTES EN FIN DE DOCUMENT

Les auteurs souhaitent reconnaître pour leur précieuses contributions à l'élaboration de la présente fiche informative, Health Poverty Action et Minority Rights Group International.

Celle-ci a été rédigée à la suite d'une recommandation émise au cours de la quinzième session de l'instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones, qui exhortait « les fonds et États membres, ainsi que les programmes et les organisations spécialisées des Nations Unies à prendre des mesures permettant de réduire la mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones. Le Forum recommande la publication, dans le cadre d'une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme, d'une fiche informative consacrée à la mortalité maternelle et à la santé maternelle des femmes issues des populations autochtones, dans un objectif de réduction de la mortalité maternelle et de promotion de la santé sexuelle et de reproduction. » (Paragraphe 38 du Rapport de la Quinzième session de l'instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones, 9-20 mai 2016).

- i Le droit à la santé, y compris la santé sexuelle et de reproduction, a été reconnu par de nombreux organes de surveillance des traités relatifs aux droits humains, notamment le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son Commentaire général n°22 (2016) et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans son Commentaire général n°24 (1999). Le droit des femmes et des adolescentes issues des populations autochtones à bénéficier d'un accès égal aux services de santé a été mis spécifiquement en exergue dans l'Article 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des populations autochtones et le Commentaire général n°11 (2009) du Comité des droits de l'enfant.
 - ii Les pays concernés sont les suivants : Belize, Costa Rica, Éthiopie, Gambie, Guyane, Indonésie, Kenya, Laos, Mexique, Namibie, Népal, Pakistan, Sénégal, Sierra Leone, Surinam, Vietnam. Veuillez consulter la note (xi) ci-dessous pour prendre connaissance des critères ayant présidé à la sélection de ces pays pour cette analyse.
 - iii Le taux de natalité des adolescentes est défini comme le nombre de naissances concernant des femmes âgées de 15 à 19 ans au cours de la période de trois ans précédant l'enquête, divisé par le nombre moyen de femmes âgées de 15 à 19 ans, exprimé pour 1 000 femmes (%). Les statistiques relatives aux soins prénatals et aux accouchements réalisés par du personnel qualifié se fondent sur l'expérience de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un enfant vivant dans les deux années précédant l'enquête.
 - iv Pour plus d'informations sur les communautés ou les populations autochtones répertoriées dans ce tableau, veuillez consulter le site <http://www.minorityrights.org/directory/>.
 - v <http://rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf>.
 - vi VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala, noviembre 2015.
 - vii « Indigenous and tribal people's health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration) : a population study », The Lancet, Vol. 388, 2016 : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00345-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00345-7.pdf).
 - viii <https://www.pmc.gov.au/sites/default/files/publications/indigenous/Health-Performance-Framework-2014/tier-3-health-system-performance/301-antenatal-care.html>.
 - ix <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review>.
 - x Voir le Paragraphe 4 de la Déclaration.
 - xi Les deux principales sources de données sur la santé maternelle dans les pays à revenu faible et moyen sont les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (EGIM), créées par l'UNICEF et les enquêtes démographiques et de santé (EDS), créées par l'USAID. Les chiffres de ce paragraphe correspondent aux enquêtes effectuées dans le cadre des deux cycles (4 et 5) de EGIM les plus récents, pour lesquelles des rapports ont été publiés en anglais, français, espagnol et portugais (les seules enquêtes non incluses sont les deux qui ont été publiées en arabe). Les enquêtes EDS incluent parfois des questions relatives à l'origine ethnique, mais les rapports publiés ne contiennent pas d'analyse en rapport avec la santé maternelle ou les taux de natalité des adolescentes se fondant sur ces données.
- L'analyse de l'expérience des femmes et jeunes femmes issues des populations autochtones exposée dans la présente fiche informative ne s'appuie que sur les données des 8 rapports de EGIM (sur 27) contenant une analyse se fondant sur l'origine ethnique. Cette approche a été adoptée car les données relatives à l'origine ethnique ne sont pas toujours pertinentes en vue d'une transformation en données relatives à l'indigénéité. Deux raisons président à cet état de faits : (i) la ventilation peut revêtir un caractère trop général (par exemple répartition binaire entre le groupe majoritaire et la catégorie « Autre ») ; (ii) il est possible qu'il n'existe pas un lien direct entre l'origine ethnique et une population autochtone (par exemple lorsque les données relatives à l'origine ethnique concernent uniquement des communautés s'identifiant comme minorités ethniques, religieuses ou linguistiques).
- Dans le cadre du présent mémoire d'information, les statistiques publiées provenant de ces 8 enquêtes ont été complétées par une analyse primaire des données issues de 8 enquêtes supplémentaires. Pour des explications plus détaillées et l'analyse des données pertinentes, voir [page Web à l'appui à venir].
- xii Le recours à des critères de substitution engendre presque inévitablement des suppositions/formulations d'hypothèses ou conduit à travailler sur des statistiques controversées ou obsolètes. Les critères de substitution à caractère géographique ne tiennent pas compte des migrations de populations autochtones de leur habitat traditionnel vers les centres urbains. Il est également possible qu'ils ne prennent pas en considération le phénomène inverse, c'est-à-dire l'installation dans les zones traditionnellement occupées par les populations autochtones d'autres groupes de population. L'utilisation du langage comme critère d'indigénéité de substitution n'est pas totalement fiable. Cependant, en règle générale et en dépit de la disparition des langages autochtones et des problèmes liés au recensement des personnes plurilingues, la correspondance est plus exacte, dans la mesure où les personnes parlant un langage autochtone sont le plus souvent issues d'une population autochtone. Pour cette raison, nous avons utilisé deux langues comme critères d'indigénéité de substitution : le san en Namibie et le balochi au Pakistan. Nous n'avons en revanche pas inclus de données s'appuyant sur des critères de substitution géographiques. Ces réserves concernant l'utilisation de critères de substitution ont été confirmées par l'étude du *Lancet-Lowitja* mentionnée ci-dessus, qui spécifiait « qu'il convenait de faire preuve de prudence quant aux inférences tirées de l'utilisation de critères de substitution ».
 - xiii Rapport de l'instance permanente sur les questions autochtones (Quinzième session du 9-20 mai 2016-E/2016/43-E/C.19/2016/11).
 - xiv Deux études de cas portant sur les interactions de certains de ces facteurs dans des contextes spécifiques (San en Namibie et Papouasie occidentale en Indonésie) sont disponibles [page Web à l'appui à venir].
 - xv Certaines pratiques traditionnelles, telles que la mutilation génitale féminine ou les mariages précoces, peuvent influencer sur la mortalité maternelle et la mortalité infantile. Certaines populations autochtones ont adopté ces pratiques, qui sont appliquées par de nombreuses communautés non-autochtones. Cette problématique est évoquée dans le présent document non pas parce que la prévalence de ces pratiques est nécessairement supérieure au sein des communautés autochtones, mais parce qu'elles constituent un obstacle concret à l'accès des femmes issues des populations autochtones aux soins de santé maternelle. Il existe en outre d'autres points sensibles concernant l'approche de ces pratiques et la manière de les évoquer avec les communautés autochtones, plus particulièrement les communautés estimant qu'un grand nombre (voire la totalité) de leurs coutumes sont méprisés ou en voie de disparition.
 - xvi Une rangée de résolutions et d'initiatives associés aux déclarations de l'ONU.
 - xvii Droit à la santé et populations autochtones (accent mis sur les enfants et les jeunes gens) : <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/177/09/PDF/G1617709.pdf>.
 - xviii Horton, R., « Indigenous peoples : time to act now for equity and health », The Lancet, vol. 367, no. 9524, 2006, pp. 1705-7.