



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

**COMITE REGIONAL**

WPR/RC50/10

**Cinquantième session**

25 août 1999

**Macao**

**13–17 septembre 1999**

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 14 de l'ordre du jour provisoire

**SEANCE D'INFORMATION TECHNIQUE ET  
TABLE RONDE MINISTERIELLE**

Suite à l'introduction de tables rondes ministérielles à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, une table ronde ministérielle se tiendra au cours de la cinquantième session du Comité régional du Pacifique occidental. Le présent document fournit des informations générales sur la table ronde ministérielle et sur ses liens avec la séance d'information technique. Le Comité régional est prié de donner son avis sur l'opportunité de tenir une table ronde ministérielle à chaque session du Comité régional.

## **1. INTRODUCTION**

A l'exception de l'année 1970 où la vingt et unième session du Comité a dû être écourtée à cause d'un violent typhon, des discussions techniques ou des séances d'information technique ont été tenues à chaque session du Comité régional du Pacifique occidental depuis sa troisième session en 1952. Une liste des sujets traités figure en Annexe 1.

Suite à l'introduction de tables rondes ministérielles à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, une table ronde ministérielle se tiendra au cours de la cinquantième session du Comité régional immédiatement après la séance d'information technique. Les principaux points soulevés au cours des tables rondes ministérielles à l'Assemblée mondiale sont décrits dans l'Annexe 2.

## **2. SEANCE D'INFORMATION TECHNIQUE ET TABLE RONDE MINISTERIELLE A LA CINQUANTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

La séance d'information technique qui aura lieu au cours de la cinquantième session du Comité régional portera sur "Le développement du secteur de la santé à Macao – aujourd'hui et demain". Elle sera suivie par une table ronde ministérielle sur "Les systèmes de protection sociale dans le développement du secteur de la santé". Tous les ministres des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental sont invités à participer à la table ronde ministérielle. Les ministres qui ne sont pas en mesure de le faire peuvent désigner une personne qui participera à la table ronde à leur place. Un animateur sera désigné pour diriger les discussions. Le secrétariat nommera également un conseiller qui fournira des informations techniques si nécessaire.

A l'issue de la séance d'information technique et de la table ronde ministérielle décrites ci-dessus, le Comité régional sera prié de donner son avis sur l'opportunité de tenir une table ronde ministérielle à chaque session du Comité régional et, si cette option est retenue, sur les modifications éventuelles à apporter aux arrangements régionaux.

ANNEXE 1

EXPOSES TECHNIQUES/DISCUSSIONS TECHNIQUES/SEANCES D'INFORMATION TECHNIQUE  
THEMES TRAITES DE 1952 A 1999

SEANCES D'INFORMATION TECHNIQUE\*

Année	Session du Comité régional	Thème
1999	cinquantième	Développement du secteur de la santé à Macao – aujourd'hui et demain
1998	quarante-neuvième	Médecine traditionnelle
1997	quarante-huitième	Les services de santé en Australie – aperçu général et caractéristiques principales
1996	quarante-septième	L'évolution des politiques et programmes de santé en République de Corée

DISCUSSIONS TECHNIQUES

Année	Session du Comité régional	Thème
1995	quarante-sixième	Risques pour la santé des travailleurs sur le lieu de travail
1994	quarante-cinquième	L'assurance de la qualité des médicaments
1993	quarante-quatrième	Appui à l'information et à la communication dans le cadre des soins de santé primaires
1992	quarante-troisième	L'environnement urbain sain
1991	quarante-deuxième	Le changement des modes de vie et la santé
1990	quarante et unième	Législation sanitaire
1989	quarantième	Tabac ou santé
1988	trente-neuvième	Transfert de technologie dans le domaine de la santé
1987	trente-huitième	Technologie informatique et gestion sanitaire

\* Suite à la résolution WPR/RC46.R11 (Méthode de travail du Comité régional), les discussions techniques tenues en marge des sessions du Comité régional ont été remplacées, depuis 1996, par des "séances d'information technique".

## Annexe 1

## DISCUSSIONS TECHNIQUES (suite)

Année	Session du Comité régional	Thème
1986	trente-septième	Changements dans l'éducation des personnels de santé nationaux pour le XXI <sup>e</sup> siècle
1985	trente-sixième	Le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires
1984	trente-cinquième	Malnutrition, croissance et développement
1983	trente-quatrième	Développement d'un système d'information pour la gestion sanitaire

## EXPOSES TECHNIQUES

Année	Session du Comité régional	Thème
1982	trente-troisième	Nouvelles politiques pour l'éducation et l'information sanitaires à l'appui de la santé pour tous d'ici l'an 2000
1981	trente-deuxième	Education sanitaire et approvisionnement en eau et assainissement des zones rurales
1980	trente et unième	La participation de la collectivité au développement des services de santé
1979	trentième	Infections respiratoires aiguës
1978	vingt-neuvième	Maladies diarrhéiques, y compris le choléra et les fièvres typhoïde et paratyphoïde
1977	vingt-huitième	La politique et la gestion pharmaceutiques au niveau national
1976	vingt-septième	Les soins de santé primaires
1975	vingt-sixième	La lutte contre la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental
1974	vingt-cinquième	Lutte contre les moustiques vecteurs de la fièvre hémorragique dengue
1973	vingt-quatrième	Rôle de l'hôpital dans la collectivité et financement des soins médicaux hospitaliers
1972	vingt-troisième	Problèmes de pollution du milieu et moyens de s'y attaquer dans la Région du Pacifique occidental
1971	vingt-deuxième	Les effectifs sanitaires dans les pays en voie de développement : problèmes et besoins ( <i>thème normalement prévu pour la vingt et unième session où la discussion technique a dû être annulée</i> )

Annexe 1

EXPOSES TECHNIQUES (suite)

Année	Session du Comité régional	Thème
1969	vingtième	La planification et l'organisation d'un service épidémiologique national
1968	dix-neuvième	La planification sanitaire en tant que méthode administrative
1967	dix-huitième	L'intégration des activités de protection maternelle et infantile et de planification familiale dans les services de santé généraux
1966	dix-septième	Le rôle des services de santé dans les programmes d'hygiène du milieu
1965	seizième	Le rôle des services d'éducation sanitaire dans les programmes nationaux de la santé
1964	quinzième	L'utilisation des statistiques dans l'administration de la santé publique
1963	quatorzième	Le rôle des services sanitaires locaux dans la lutte contre la lèpre
1962	treizième	Le rôle des services sanitaires dans l'amélioration des approvisionnements publics en eau
1961	douzième	L'hygiène dentaire
1960	onzième	Organisation et administration des services d'hygiène rurale
1959	dixième	La lutte contre la tuberculose
1958	neuvième	L'éradication du paludisme
1957	huitième	Lutte contre la lèpre
1956	septième	Les soins à prodiguer aux enfants de un à six ans
1955	sixième	Services d'accouchements à domicile comme moyen de rapprochement dans le développement des services sanitaires ruraux
1954	cinquième	L'administration de la santé publique et, plus spécialement, l'organisation des ministères de la santé
1953	quatrième	Planification sanitaire
1952	troisième	Enseignement et formation professionnelle du personnel médical et du personnel de santé publique dans la Région du Pacifique occidental

**WPR/RC50/10**  
**page 6**

**Annexe 1**



## Tables rondes : enseignements tirés en matière de santé mondiale

### Rapport du Secrétariat

1. Quatre tables rondes publiques de ministres de la santé ont été organisées au cours de la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sur les sujets suivants :
  - C Fixation des priorités dans le secteur de la santé : les ministres face à une entreprise ardue, 18 mai (qui a fait l'objet de deux réunions simultanées)<sup>1</sup>
  - C Investissements dans les hôpitaux : les ministres face à des dilemmes, 18 mai<sup>2</sup>
  - C Trouver de l'argent : les ministres face à des dilemmes, 19 mai (qui a fait l'objet de deux réunions simultanées)<sup>3</sup>
  - C VIH/SIDA : stratégies propices à une réaction adéquate et durable face à l'épidémie, 19 mai<sup>4</sup>
2. On trouvera dans les paragraphes suivants un résumé des principaux points soulevés au cours des débats.<sup>5</sup>

### **FIXATION DES PRIORITES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE : LES MINISTRES FACE A UNE ENTREPRISE ARDUE**

---

<sup>1</sup> Document A52/DIV/4.

<sup>2</sup> Document A52/DIV/5.

<sup>3</sup> Document A52/DIV/6.

<sup>4</sup> Document A52/DIV/7.

<sup>5</sup> Des procès-verbaux des tables rondes seront publiés ultérieurement et seront ensuite intégrés au document WHA52/1999/REC/3.

3. La nécessité de se concentrer sur les éléments fondamentaux d'une bonne santé publique et d'assurer l'équité d'accès à ceux-ci a été reconnue dès le départ. Toutefois, la constatation qui a par la suite dominé les débats a été la suivante: l'établissement des priorités est un processus complexe et essentiellement politique. Si des approches plus systématiques, plus rationnelles et plus transparentes sont nécessaires, les ministres ont à faire face à des demandes concurrentes de la part de différents groupes de la population.

4. Le débat a reposé notamment sur l'hypothèse selon laquelle les ministres de la santé sont en mesure de fixer des priorités en ce qui concerne les dépenses. Mais on a reconnu qu'ils étaient loin d'être les seuls intervenants. Dans les pays où le fardeau de la dette est particulièrement lourd, par exemple, le niveau général des ressources destinées au secteur social doit parfois être limité. En outre, les conditions imposées par les bailleurs de fonds déterminent souvent la façon dont les fonds sont utilisés à l'intérieur du secteur de la santé. On a noté également que, dans de nombreux pays, le ministère des finances est le principal arbitre en ce qui concerne les dépenses de l'Etat et que les ministères de la santé n'ont qu'une marge de manoeuvre réduite à cet égard. Les priorités sanitaires doivent en fait être "vendues" aux ministères des finances et autres.

5. Les priorités reposent souvent sur des valeurs bien définies & telles que l'accès universel aux soins de santé. Le problème se pose lorsque les ressources sont insuffisantes pour financer ces valeurs. Les pays doivent alors réfléchir à des priorités parmi les priorités.

6. Il est important de ne pas oublier que les priorités déclarées doivent être assorties de plans de dépenses effectifs. C'est souvent plus difficile à réaliser dans les systèmes décentralisés où le gouvernement central exerce un moindre contrôle sur les autorités locales.

7. Dans les pays en développement, il y a non seulement pénurie de ressources, mais les circonstances sont imprévisibles. Il est difficile de s'en tenir aux priorités convenues pour les dépenses publiques lorsque des situations d'urgence surgissent & qu'elles soient provoquées par l'homme ou dues à des causes naturelles. Parfois, ces situations d'urgence sont particulièrement aiguës lorsqu'il s'agit d'une inondation grave, par exemple. Dans d'autres cas, elles sont plus insidieuses & comme pour l'épidémie d'infection à VIH/SIDA en Afrique, qui a eu des répercussions sérieuses sur la structure des dépenses. Dans les pays touchés par des conflits, l'amélioration des soins de santé ne sera une priorité pour les gouvernements que lorsque la paix aura été rétablie.

8. Bien que les plans gouvernementaux soient établis sur le long terme (5 à 10 ans), les besoins à court terme sont souvent plus urgents et conditionnent dans la pratique l'affectation des ressources. Par exemple, si, dans un petit pays, le principal hôpital national est en mauvais état, il sera difficile de ne pas affecter des fonds à sa réfection & même si ces fonds doivent être prélevés sur le budget des services primaires. Seuls quelques pays ont reconnu la nécessité de revoir systématiquement et en permanence les priorités.

9. La crise financière qui a touché l'Asie orientale a non seulement rendu plus difficile la fixation des priorités nationales, mais entraîné également pour certains pays un rapprochement avec les donateurs, dont beaucoup ont leur propre échelle de priorités.

10. Dans les pays de l'ex-Union soviétique, le changement a été encore plus spectaculaire : il est difficile de réfléchir aux priorités lorsque le budget national de la santé a chuté de US \$150 à tout juste US \$0,40 par habitant. Il a été suggéré que, dans les anciennes économies dirigées, la première tâche devrait consister à modifier l'attitude du public et des professionnels, qui étaient habitués à ce que l'Etat dispense tous les services



gratuitement. La fixation des priorités exige que chacun reconnaisse qu'il a la responsabilité de participer aux décisions difficiles concernant l'utilisation des ressources lorsque celles-ci sont comptées.

11. Dans la plupart des pays, les besoins sanitaires varient. La fixation des priorités au niveau national doit permettre une prise de décision au niveau local.

12. L'instauration d'un consensus autour des priorités nationales est déterminante, mais une direction claire est également capitale. Cela fait partie du travail des politiciens d'expliquer et de défendre les décisions qu'ils prennent en matière de dépenses.

13. Le débat a confirmé la suggestion selon laquelle il convenait de raisonner davantage en termes de procédure & en garantissant la capacité d'exercer des droits, plutôt que de s'attacher uniquement à définir précisément la nature de ceux-ci.<sup>1</sup> Il est impossible de fixer des priorités sans une consultation efficace.

14. Les processus de consultation doivent être bien réfléchis et les consultations ne doivent pas seulement servir à faire entériner des décisions qui ont déjà été prises.

15. Il a été clairement reconnu que les donateurs ont une influence décisive sur l'établissement des priorités. Deux difficultés ont été signalées. Premièrement, les donateurs ont leur propre programme d'action, qui ne va pas toujours dans le sens des priorités nationales. Deuxièmement, les donateurs concentrent leur aide financière sur des types de dépenses particuliers, ce qui rend d'autant plus difficile la prise de décision globale au niveau national.

16. L'efficacité de l'aide au développement pourrait être améliorée en faisant en sorte qu'elle soit dispensée non pas au coup par coup, mais dans le cadre d'un plan général de dépenses publiques qui désigne la santé comme secteur prioritaire.

17. On s'est accordé à reconnaître que ces problèmes pouvaient être résolus à travers des accords de partenariat à plus long terme et plus solides. Certains ministres ont cité expressément les approches intersectorielles, tandis que de nombreux autres ont parlé de la nécessité d'établir conjointement et de négocier les priorités.

## **INVESTISSEMENTS DANS LES HOPITAUX : LES MINISTRES FACE A DES DILEMMES**

18. L'une des premières responsabilités des gouvernements est de fournir des soins de santé de qualité à toute la population. L'accès aux soins hospitaliers doit donc être universel, équitable et d'un coût raisonnable. Les ministères ne doivent pas se décharger de cette responsabilité.

19. Il est d'une importance capitale que la politique hospitalière soit énoncée explicitement dans la réforme du secteur de la santé, de même qu'il est indispensable de mettre en place un réseau équilibré d'installations sanitaires pour atteindre les populations des zones rurales ou reculées, et pour améliorer l'interface entre les hôpitaux et les soins de santé primaires. Il n'y a pas de solution unique et se contenter de copier des démarches étrangères risque d'ajouter au fardeau existant. Les pays doivent être prêts à utiliser ce qu'ils possèdent

---

<sup>1</sup> Voir document A52/DIV/4.

effectivement. La restructuration des services doit être menée en fonction des besoins prioritaires d'un pays et se dérouler dans le cadre des capacités et des ressources nationales dans un souci de pérennité.

20. Dans de nombreux pays, une grande partie de la prestation des soins de santé est assurée par le secteur privé, spécialement par des dispensateurs n'ayant pas un but lucratif. Les ministères devraient coordonner l'ensemble de la politique de santé nationale et fournir un cadre dans lequel le secteur privé peut participer et aider à la prestation des soins à toute la population. La difficulté, dans la fourniture de soins de santé optimaux, consiste à assurer la complémentarité entre les secteurs public et privé et les dispensateurs ayant un but lucratif et sans but lucratif. Si nécessaire soit une réglementation, elle ne doit pas empêcher l'innovation, et un système d'incitations appropriées doit être mis en place.

21. Pour ce qui est de savoir si les services hospitaliers doivent être dispensés ou achetés, les participants ont noté que, là où il existe des dispensateurs privés et que des contrats peuvent être passés, cette option peut aider à réduire les coûts et à améliorer la qualité. L'équité et l'accessibilité pour les pauvres demeurent cependant un sujet de préoccupation et la pertinence de cette question particulière pour les pays ayant un secteur privé limité est marginale. Les facteurs clés dont dépend le bon fonctionnement des contrats, tant avec des établissements privés à but lucratif que sans but lucratif, sont la capacité institutionnelle, la volonté politique et la concurrence réelle dans l'attribution des contrats. Les ministères doivent aussi disposer de mécanismes pour assurer la qualité et évaluer le travail accompli.

22. Vu la tendance à une autonomie accrue, une formation professionnelle dans une discipline sanitaire est un atout pour un administrateur d'hôpital. L'essentiel est toutefois qu'il ait une formation spéciale en gestion et des compétences dans ce domaine. La bonne gestion doit en général s'appuyer sur l'éthique, la compétence technique et administrative, et le professionnalisme. Il est essentiel d'associer la communauté à la gestion de ses hôpitaux.

23. La discussion a porté sur la question de savoir si les gouvernements doivent se décharger de la fourniture des services pour passer des accords contractuels avec des dispensateurs publics et privés, et sur les modalités optimales de la planification et de la gestion des hôpitaux et des ressources hospitalières, le rôle et les responsabilités des gouvernements dans l'équilibrage entre secteur public et privé, et la coopération régionale et inter pays dans la fourniture de services spécialisés.

24. Le fonctionnement efficace des hôpitaux peut se heurter à des obstacles tels que la perte de personnel qualifié faute de débouchés professionnels satisfaisants ou à cause de l'insuffisance de la rémunération, et la charge que représentent l'entretien des biens physiques et la technologie des soins de santé. Une planification, une acquisition et une utilisation rationnelles de la technologie, spécialement du matériel coûteux et perfectionné, et la fourniture de services d'entretien satisfaisants sont indispensables. Entre autres mécanismes novateurs pour améliorer la pérennité des hôpitaux figurent les systèmes de recouvrement des coûts, les fonds spéciaux et de roulement, et les impôts spécifiques, dont l'efficacité globale n'a pas encore été entièrement évaluée.

25. Les nouveaux concepts, approches, techniques et méthodologies doivent être étayés par des données factuelles, et l'absence de recherche hospitalière doit être corrigée d'urgence. De nouvelles études devraient être faites sur la complexité des différents types de systèmes hospitaliers dans un environnement sociopolitique en pleine évolution, les nouveaux mécanismes de financement et les progrès des technologies sanitaires. Les défis de la mondialisation, de la redistribution et de la réglementation requerront de toute urgence une attention focalisée et des mécanismes et des compétences pour relever ces défis dans le domaine des investissements dans les hôpitaux et de la gestion hospitalière. L'OMS, en collaboration avec les pays, devrait échanger des idées et des

expériences, et réfléchir aux leçons retirées des réussites et des échecs. Un effort international concerté est indispensable pour soutenir les pays dans ce domaine critique.

## TROUVER DE L'ARGENT : LES MINISTRES FACE A DES DILEMMES

26. D'une manière générale, à mesure que le PIB par habitant augmente, la part de celui-ci qui est consacrée à la santé augmente aussi et la part des dépenses de santé couvertes par le secteur public augmente également. De nombreux systèmes de santé sont comparés et caractérisés par la coexistence de plusieurs "systèmes de santé" différents desservant différents groupes sociaux, ce qui aboutit souvent à offrir les soins les plus médiocres aux plus pauvres. Une approche novatrice consisterait à abandonner ce système comparé au profit d'une organisation plus fonctionnelle du système de santé reconnaissant les rôles respectifs des secteurs public et privé dans l'exécution de différentes fonctions.

27. Les sources de financement du secteur de la santé sont les ménages, les entreprises, les organisations non gouvernementales et les organismes donateurs; s'y ajoutent les fonds collectés par les gouvernements, les organismes de sécurité sociale, les caisses d'assurance ou les dispensaires des soins eux-mêmes. Les ministres de la santé entrent en concurrence avec d'autres ministres pour l'allocation de leur budget annuel, et doivent être capables de convaincre leur gouvernement de l'importance de la santé comme investissement dans le développement.

28. Le financement extérieur est important dans de nombreux pays en développement et plusieurs participants ont fait mention de l'établissement de partenariats novateurs entre leur gouvernement et des donateurs avec, par exemple, la fourniture d'un appui sectoriel plutôt que d'appuis aux projets ou la création de "fonds d'affectation spéciale" dans le domaine de la santé pour financer des intrants ou des services spécifiques.

29. Bien que les participants aient estimé que les pays devraient s'orienter davantage vers des systèmes de paiement par les usagers, il a été reconnu que la faisabilité et l'opportunité des divers systèmes de financement (assurance-maladie ou systèmes à base communautaire) dépendraient beaucoup du contexte local. La question la plus controversée et peut-être la plus difficile à résoudre pour les ministres concerne la place à donner au paiement direct des services par les usagers. La plupart des pays, mais pas tous, font payer une part aux malades dans les établissements hospitaliers publics. Certains participants ont vu une reconnaissance du fait que les revenus de l'Etat ne sont pas suffisants pour financer tous les services nécessaires. D'autres ont noté que le fait de faire payer les services pouvait jouer un rôle dans la limitation de la demande de services et influencer le comportement des consommateurs (par exemple en "orientant" les gens vers les dispensaires de soins de santé primaires plutôt que vers les hôpitaux). Toutefois, les pays les plus pauvres comme les plus riches sont conscients du fait que la pratique consistant à faire payer les services traduit un conflit entre la nécessité de mobiliser des recettes additionnelles et celle d'assurer l'accès aux soins pour ceux qui en ont le plus besoin d'autant plus que les mesures visant à exorcer les plus pauvres sont souvent difficiles à mettre en oeuvre. C'est là peut-être le principal dilemme auquel on se trouve confronté dans la politique de financement des soins de santé.

30. Parmi les approches proposées pour mieux gérer les fonds et accroître l'efficacité, il a notamment été suggéré :

- C de modifier les arrangements sur la base desquels fonctionnent les dispensateurs de soins de santé (par exemple en donnant davantage d'autonomie aux hôpitaux ou en établissant des contrats liés aux performances);
- C de modifier le rôle des ministères de la santé (qui interviendraient davantage dans la fixation de règles et la réglementation moins dans la fourniture de services);
- C de subventionner la demande de services (par exemple par la distribution de bons) plutôt que l'offre;
- C de modifier le comportement des agents de santé en revoyant leurs conditions d'emploi et en mettant en place des systèmes d'incitation par exemple par une "défonctionnarisation" de leurs fonctions;
- C d'accroître la coopération régionale entre petits pays, par exemple pour les systèmes d'assurance, les médicaments, etc.;
- C de créer des "partenariats intelligents" entre secteur public et secteur privé;
- C de plafonner les coûts dans des domaines comme celui des médicaments et de promouvoir l'utilisation de médicaments génériques;
- C de faire un meilleur usage des ressources en investissant dans la prévention et les services de soins de santé primaires.

31. L'évolution des objectifs de santé (apparition de nouvelles maladies, vieillissement de la population, etc.) fait qu'il est difficile aux ministères de la santé de trouver un juste équilibre entre mobilisation des ressources et dépenses. Il est important de tenir compte à la fois des considérations scientifiques et politiques. La mondialisation crée des problèmes pour les pays pauvres, en particulier du fait des accords de libre-échange et de la migration des travailleurs de santé. Les pays riches portent une part de responsabilité à cet égard.

## **VIH/SIDA : STRATEGIES PROPICES A UNE REACTION ADEQUATE ET DURABLE FACE A L'EPIDEMIE**

32. Les défis auxquels sont confrontés les ministres sont illustrés par la situation dans un pays d'Afrique australe, où l'état d'urgence a été décrété pour ce qui est du VIH/SIDA. Le taux de séroprévalence atteint désormais 22% chez les adultes, les hôpitaux ploient sous le fardeau et il n'existe aucune structure communautaire bien implantée qui puisse aider les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

33. L'engagement des plus hauts responsables gouvernementaux à l'égard du VIH/SIDA est le préalable à une riposte rationnelle efficace et durable. Parmi les autres éléments de riposte essentiels figurent des activités communautaires accrues dans un bon système de santé publique; une approche multisectorielle; une vaste action d'éducation de la population; la promotion de l'utilisation du préservatif à 100%, notamment parmi les groupes vulnérables tels que professionnel(le)s du sexe; et la formation des écoliers face à la vie, pour leur apprendre à se protéger.

34. Refus de la réalité et autosatisfaction sont deux attitudes qui ont empêché d'agir efficacement et en temps voulu. L'une des principales responsabilités des autorités est de prôner la franchise et la tolérance à l'égard du VIH/SIDA à tous les niveaux. Il faut mener une action d'éducation à la prévention de l'infection à VIH et des maladies sexuellement transmissibles, de même que parler franchement de la sexualité dans les écoles pour donner aux jeunes les connaissances et les moyens techniques nécessaires pour qu'ils puissent se protéger.
35. La participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'action de plaidoyer et d'éducation du grand public s'est avérée très utile pour fournir un appui social et combattre la discrimination et le déni des problèmes.
36. On ne saurait tolérer l'existence de deux catégories de citoyens face à l'accès aux traitements avérés. Le Fonds de Solidarité thérapeutique internationale récemment créé est un premier pas vers l'égalité d'accès aux traitements antirétroviraux permettant d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant et, en fin de compte, aux traitements des maladies associées au VIH. L'appui financier et technique à cette initiative exigera la constitution de partenariats avec la société civile, les organisations internationales, les gouvernements et le secteur privé.
37. La solidarité internationale est nécessaire pour mettre au point des médicaments et des vaccins. Pour faciliter l'accès aux antirétroviraux, les pays doivent recevoir l'appui d'organisations internationales afin de négocier des prix plus intéressants avec l'industrie. Les pays d'une même région devraient négocier ensemble et non pas en ordre dispersé, de manière à avoir plus facilement accès aux médicaments. La participation de l'industrie est indispensable si l'on veut élargir l'accès aux traitements médicamenteux du VIH/SIDA.
38. Soutenir un effort concerté en vue de mettre au point un vaccin applicable à toutes les souches de virus s'impose sur le plan moral comme dans l'intérêt bien compris de tous. Il faut investir plusieurs millions de dollars dans la mise au point de vaccins et de microbicides.
39. L'affectation des fonds mis à la disposition de l'effort mondial de lutte contre le VIH/SIDA doit être examinée de toute urgence par les institutions internationales concernées. Les montants alloués aux activités de consultants, aux conférences et aux ateliers sur les activités dans les pays devraient être évalués.
40. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant est considérée par beaucoup comme le secteur où l'accès aux antirétroviraux doit être assuré en priorité. Les participants ont demandé à l'OMS de collaborer avec les pays pour apporter tout l'appui nécessaire aux interventions pertinentes : services efficaces de soins prénatals et de santé infantile, fourniture d'antirétroviraux, conseils et dépistage volontaires, planification familiale, et appui à d'autres formes d'alimentation des nourissons. Certains participants ont signalé que des mères séropositives étaient informées du risque de transmission de l'infection par l'allaitement au sein sans qu'on leur fournisse pour autant les autres éléments d'appui mentionnés ci-dessus. Dans la plupart des cas, la survie de l'enfant dépendait de l'allaitement au sein. Même lorsque les femmes peuvent acheter des substituts du lait maternel, elles ont rarement les moyens (eau propre et installations pour faire bouillir l'eau) de les préparer sans danger. Les participants ont lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle appuie des interventions destinées à éviter de douloureux décès & dont les mères savent bien qu'elles sont évitables si l'on applique les techniques voulues.

41. L'information du ou des partenaires, avec l'accord de la personne vivant avec le VIH, fait partie des méthodes de conseils dans certains pays. Dans quelques-uns d'entre eux, lorsqu'on ne peut pas obtenir cet accord, il est recommandé aux médecins de ne pas intervenir. Des lignes directrices ont été publiées sur les conditions à remplir pour que les professionnels de santé avisent les partenaires en cas d'impossibilité d'avoir le consentement explicite. Il est évident qu'il ne peut y avoir d'accord quant au signalement nominal et à l'information du ou des partenaires sans le consentement explicite des personnes infectées.

42. La confidentialité partagée, où un ami ou parent proche participe à l'action de conseil avec l'accord de la personne concernée, est une démarche intéressante qui fait mieux accepter, semble-t-il, la révélation de la situation à des tiers et permet de mieux faire face à la maladie et de prévoir l'avenir.

43. Les participants se sont inquiétés du risque que le droit au respect de la vie privée d'une personne vivant avec le VIH entre en conflit avec le droit des tiers d'être protégés. La solution à ce problème réside dans une bonne action de conseil, qui débouche sur l'information volontaire des partenaires par la personne concernée, ainsi que dans la lutte contre la discrimination et l'exclusion.

= = =