



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

COMITE REGIONAL

WPR/RC59/9

**Cinquante-neuvième session
Manille (Philippines)
22–26 septembre 2008**

2 juillet 2008

ORIGINAL: ANGLAIS

Point 15 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORTS D'ACTIVITE DES PROGRAMMES TECHNIQUES

Grippe aviaire et grippe pandémique et la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique

La Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (SMEAP) a été adoptée en septembre 2005 par les comités régionaux pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental. Elle sert de cadre commun et d'outil pour aider les pays à renforcer les capacités nationales et locales requises face aux maladies infectieuses émergentes, dont la grippe aviaire et la grippe pandémique. La SMEAP définit une approche régionale permettant aux pays d'acquérir les capacités de surveillance et de riposte prescrites par le Règlement sanitaire international (2005).

Le Comité régional du Pacifique occidental a adopté en septembre 2007 les conclusions et recommandations de la deuxième réunion du Groupe consultatif technique (GCT) pour l'Asie-Pacifique chargé des maladies infectieuses émergentes qui s'est tenue en juillet 2007. Le Comité régional a prié instamment les Etats Membres et l'OMS d'appliquer les recommandations du GCT concernant le renforcement des capacités nationales en matière de prise en charge de la grippe aviaire, de la grippe pandémique et des autres maladies émergentes.

Les mesures prioritaires prises au cours de l'année écoulée se sont concentrées sur une riposte rapide à la grippe aviaire ; la réalisation d'exercices de test des plans nationaux de préparation aux pandémies ; l'évaluation des capacités nationales et l'élaboration de plans d'action nationaux ; et le renforcement de la surveillance basée sur les événements, de la formation en épidémiologie de terrain, de la sécurité biologique des laboratoires, de la lutte contre les infections, de la communication des risques et de la collaboration sur les zoonoses.

Le Comité régional est invité à prendre note des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique.

Maladies évitables par la vaccination : poliomyélite, rougeole et hépatite B

Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a approuvé, à sa cinquante-sixième session, en septembre 2005, le double objectif de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite B d'ici 2012. La Région du Pacifique occidental est ainsi devenue la quatrième région de l'OMS à se fixer un objectif concernant l'élimination de la rougeole et la première à formuler un objectif de lutte contre l'hépatite B grâce à la vaccination systématique des enfants. Elle a également souligné, à sa cinquante-sixième session, que des efforts continus sont nécessaires pour que la région reste indemne de poliomyélite étant donné le risque 1) de flambée de poliomyélite suite à l'importation du poliovirus sauvage dans des pays jusque-là exempts de poliomyélite, et 2) d'émergence de poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale dans des Etats Membres où l'immunité de la population n'est pas optimale.

L'approbation par le Comité régional de ce double objectif a amené un recentrage des efforts sur les services de vaccination systématique, la surveillance basée sur l'identification des cas, le suivi des progrès accomplis et les activités de vaccination supplémentaires. Certains Etats Membres ont toutefois eu du mal à obtenir et maintenir une couverture vaccinale appropriée, à assurer un financement suffisant pour le Programme élargi de vaccination, et à élaborer les systèmes de surveillance et de suivi nécessaires pour atteindre ces objectifs. Le Comité régional est invité à prendre note de ce rapport et est prié de poursuivre ses efforts pour renforcer les systèmes de vaccination, améliorer la surveillance et recommander aux Etats Membres d'utiliser les indicateurs de suivi préconisés par l'OMS pour atteindre ces objectifs régionaux.

VIH/sida, y compris les infections sexuellement transmissibles

L'épidémie de VIH continue de se propager dans la Région du Pacifique occidental. Les nouvelles estimations indiquent que 1,3 million de personnes, dont 21 000 enfants, vivaient avec le VIH/sida dans la Région en 2007, avec quelque 150 000 nouvelles infections par le VIH et 63 000 décès attribuables au sida.

Le Cadre de l'OMS de surveillance et de compte rendu sur la riposte du secteur de la santé au VIH/sida vers un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien (2007-2010) a été présenté en 2007. Dix pays de la Région du Pacifique occidental ont soumis des données en vue de leur inclusion dans le deuxième rapport annuel de situation sur la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé*, publié en juin 2008. Le Bureau régional a collaboré avec les pays et le Siège de l'OMS à la collecte, la validation et la préparation de données pour le rapport de situation mondial. Malgré le développement des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH indiqué par ces données, beaucoup reste encore à faire.

Alors que les ressources disponibles augmentent, notamment par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le principal défi est de veiller à ce qu'elles soient utilisées stratégiquement et efficacement. Les autres défis concernent l'augmentation de la couverture des programmes reposant sur des bases factuelles, en particulier parmi les populations marginalisées ; l'élargissement de l'accès aux programmes de soins, de traitement et de soutien, dont la thérapie antirétrovirale ; la production d'informations stratégiques plus précises ; et la création de systèmes de santé plus robustes.

Le Comité régional est invité à prendre note de l'importance de tous les défis et de toutes les mesures proposées dans le document.

Tuberculose : prévention et lutte

La Région du Pacifique occidental continue de bien progresser vers la réalisation des objectifs de lutte contre la tuberculose définis en 2000 par le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental à sa cinquante-et-unième session. La Région a continué de dépasser les taux de dépistage et de succès thérapeutique visés et a également fait des progrès pour catalyser les efforts déployés par les pays et territoires pour améliorer la qualité des laboratoires et aborder les problèmes de la tuberculose à bacilles multirésistants (tuberculose-MR) et de la co-infection tuberculose-VIH.

Il s'ensuit que la prévalence de la tuberculose et la mortalité qui lui est imputable ont baissé de 23 % et 15 % respectivement entre 2000 et 2006. La Région doit toutefois intensifier ses efforts pour atteindre l'objectif régional d'une réduction de 50 % des taux de prévalence et de mortalité d'ici 2010 par rapport à leurs niveaux de 2000.

La Région doit se concentrer sur plusieurs domaines, dans lesquels les progrès ont été insuffisants, pour veiller à la performance optimale des programmes de lutte antituberculeuse, notamment : 1) intensifier la lutte contre la tuberculose-MR pour atteindre la couverture prévue pour le traitement sous assurance qualité des patients concernés ; 2) accélérer la mise en oeuvre des activités de collaboration en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH ; 3) veiller à l'accès universel aux cultures et tests de sensibilité aux médicaments ; 4) contribuer à la lutte contre les infections ; 5) soutenir ou renforcer l'assistance technique.

Lutte antitabac

Le tabagisme est la deuxième cause de mortalité dans le monde. A moins que des mesures ne soient prises d'urgence, il pourrait être responsable de la mort d'un milliard de personnes au cours du XXI^e siècle. Quatre-vingts pour cent de ces décès surviendront dans des pays en développement. Un tiers des fumeurs du monde résident dans la Région du Pacifique occidental où l'on estime que deux personnes meurent chaque minute d'une maladie liée au tabac. Une comparaison entre les différentes régions de l'OMS révèle que le Pacifique occidental compte le plus grand nombre de fumeurs et qu'il présente un des plus forts taux de prévalence du tabagisme chez les hommes ainsi que l'augmentation la plus rapide du nombre de nouveaux fumeurs chez les femmes et chez les jeunes.

La Région progresse bien dans sa lutte pour renverser ces tendances, comme en atteste l'engagement pris par les Etats Membres de mettre en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), devenue un instrument de droit international en 2005.

Les considérations politiques qui influent sur la lutte antitabac sont une préoccupation majeure. Les demandes d'intensification des efforts internationaux, régionaux et nationaux continueront d'augmenter à mesure que les pays harmonisent leurs lois et politiques avec la CCLAT. Des mesures stratégiques sont nécessaires à la poursuite de la sensibilisation et des actions. L'institutionnalisation des programmes, le financement de la lutte antitabac et de la promotion de la santé, le renforcement des capacités d'application des lois au niveau local et l'intégration de la lutte antitabac dans les plans d'action sur les maladies non transmissibles revêtent une importance capitale à cet égard.

Un rapport de suivi est fourni. Le Comité régional est prié de continuer d'accorder la plus haute priorité à la mise en oeuvre rapide de la Convention, même au-delà de ses exigences minimales, et de s'efforcer de soutenir et d'intensifier les mesures de lutte antitabac.

Initiative pour des soins centrés sur la personne

Le paysage sanitaire mondial est en plein bouleversement. Mais les systèmes de santé ont du mal à suivre. Les tendances internationales et régionales indiquent que les systèmes de santé actuels ont réalisé d'énormes progrès en matière d'accès et de couverture mais qu'un recentrage doit être opéré pour promouvoir et préserver la santé au sens le plus large du terme. La qualité des soins et leur réactivité aux besoins multidimensionnels et aux demandes et attentes légitimes des patients et de leur famille ont d'importantes conséquences sur la santé et restent une source de préoccupation constante à l'échelle mondiale.

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a lancé l'Initiative pour des soins centrés sur la personne en application des résolutions WPR/RC55.R1, WPR/RC54.R2 et WPR/RC53.R6 du Comité régional, qui prient l'OMS d'appuyer les Etats Membres pour que les politiques sanitaires soient formulées en tenant dûment compte des aspects psychosociaux de la santé. Un cadre directeur a été élaboré et présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional, qui s'est tenue à Jeju (République de Corée) en septembre 2007. La conférence a adopté ce cadre directeur par la résolution WPR/RC58.R4.

Le Comité régional est prié de prendre note de l'évolution de la situation et de l'importance de mettre en oeuvre des mesures nationales et régionales progressistes en vue de la fourniture de soins centrés sur la personne dans la Région.

GRIPPE AVIAIRE ET GRIPPE PANDEMIQUE ET LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES EMERGENTES POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE

1. SITUATION ET ENJEUX

La Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique sert de cadre commun et d'outil pour aider les pays à renforcer les capacités nationales et locales requises face aux maladies infectieuses émergentes et à acquérir les capacités de base en matière de surveillance et de riposte prescrites par le Règlement sanitaire international (2005).

Le Groupe consultatif technique (GCT) pour l'Asie-Pacifique chargé des maladies infectieuses émergentes se réunit tous les ans depuis juillet 2006 pour fournir des conseils techniques sur la mise en oeuvre de la SMEAP, et notamment la gestion de la grippe aviaire et de la grippe pandémique. Le Comité régional a adopté à sa cinquante-huitième session la résolution WPR/RC58.R3 entérinant les recommandations de la deuxième réunion du GCT (juillet 2007) et demandant leur bonne exécution.

Malgré les énormes progrès accomplis pour améliorer la capacité de réaction en cas de grippe aviaire ou pandémique, et d'autres maladies infectieuses émergentes, plusieurs problèmes persistent. La grippe aviaire continue de frapper tandis que le risque de pandémie demeure. Parallèlement, les maladies à potentiel épidémique telles que le choléra continuent de menacer sérieusement la santé publique. Les pays doivent accélérer la mise en oeuvre de la SMEAP pour atteindre l'objectif de développement des capacités régionales de base d'ici 2010.

2. MESURES PRISES

Plusieurs mesures importantes ont été prises pour renforcer les capacités nationales et régionales de prévention, de détection, d'évaluation, de riposte et de préparation en cas de maladies émergentes et/ou de problèmes de santé publique en appliquant l'approche définie dans la SMEAP.

Les pays touchés par la grippe aviaire ont rapidement réagi aux infections humaines par le virus H5N1 grâce au renforcement des capacités de surveillance et de riposte. La prompt notification des cas de grippe aviaire et l'échange rapide d'information avec l'OMS ont permis aux pays de rassurer le public sur leur capacité de riposte à la grippe aviaire.

En collaboration avec l'OMS et les organisations partenaires, les Etats Membres ont continué de tester et de valider leurs plans de préparation aux pandémies à l'aide d'exercices appropriés. Suite au premier exercice PanStop d'avril 2007, des exercices de confinement rapide ont été réalisés en République démocratique populaire lao en novembre 2007 et aux Philippines en mars 2008 pour analyser les capacités opérationnelles des pays. L'expérience et les leçons tirées de ces exercices contribueront à l'élaboration de protocoles nationaux en la matière.

Une réunion des points focaux nationaux RSI du Pacifique a eu lieu en octobre 2007 pour faciliter la mise en oeuvre de la SMEAP dans le Pacifique. Depuis, sept pays insulaires du Pacifique ont évalué leurs capacités nationales existantes à l'aide d'un outil d'évaluation RSI-SMEAP mis au point par l'OMS. Cinq pays ont élaboré leurs projets de plans d'action nationaux pour combler les déficits de capacités.

Des mesures prioritaires ont été prises pour renforcer la surveillance basée sur les événements, la formation en épidémiologie de terrain, la sécurité biologique des laboratoires, la lutte contre les infections, la communication des risques et les zoonoses. Un guide de surveillance basée sur les événements a été publié en mai 2008 et une étude pilote est en cours dans plusieurs pays. Une formation en épidémiologie de terrain a été dispensée dans plusieurs Etats Membres. Les partenaires régionaux du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ont également suivi une formation destinée à renforcer les capacités de riposte régionales. Un collectif régional sur la sécurité biologique a été créé pour fournir des conseils techniques aux Etats Membres en vue du renforcement des programmes de sécurité biologique des laboratoires. Une consultation informelle sur la lutte contre les infections a eu lieu à Hongkong (Chine) en janvier 2008 pour identifier les principaux aspects des activités de lutte contre les infections. Plusieurs ateliers de formation régionaux et nationaux sur la communication des risques ont été organisés pour améliorer les capacités de communication des responsables nationaux en cas de flambée. Un guide sur la lutte contre les zoonoses, appelant la collaboration entre les secteurs de la santé animale et humaine à l'échelon des pays, a été préparé en 2008.

La grippe, y compris la grippe saisonnière, a continué d'être une maladie prioritaire dans la Région. L'OMS a collaboré avec le Cambodge, la Chine, les Fidji, la Mongolie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao à la mise en place et au renforcement de leurs systèmes nationaux de surveillance de la grippe. Des directives OMS sur la surveillance de la grippe et des études sur la charge de morbidité ont été préparées en 2008.

3. MESURES PROPOSEES

Le Comité régional du Pacifique occidental est invité à prendre note des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique.

MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION : POLIOMYELITE, ROUGEOLE ET HEPATITE B

1. SITUATION ET ENJEUX

Le Comité régional a défini, à sa cinquante-sixième session, en septembre 2005, deux objectifs régionaux à l'horizon 2012, à savoir éliminer la rougeole et ramener à moins de 2 % le taux d'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez les enfants de moins de cinq ans. Il a enjoint les Etats Membres de faire en sorte que la Région demeure indemne de poliomyélite, en assurant une excellente surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et une large couverture vaccinale antipoliomyélitique. Plusieurs pays et territoires ont interrompu la transmission endémique de la rougeole et ont ramené les taux d'infection chronique par l'hépatite B en dessous de 2 % chez les enfants de cinq ans. La région reste indemne de poliomyélite depuis sa certification en 2000, en dépit du risque permanent d'importation du poliovirus sauvage des zones d'endémie. Les stratégies de base pour atteindre les objectifs d'éradication, d'élimination et de lutte contre la maladie comprennent une importante couverture vaccinale systématique, des vaccinations supplémentaires périodiques lorsque la couverture systématique n'est pas possible et un suivi et une surveillance de haute qualité.

La couverture vaccinale systématique déclarée est étendue dans la Région. En 2006, 92 % des enfants de la région ont reçu une première dose de vaccin antirougeoleux et 19 pays sur les 32 soumettant le formulaire de déclaration commun OMS/UNICEF ont déclaré une couverture par la première dose supérieure à 90 %. Parallèlement, 89 % des enfants ont reçu trois doses de vaccin contre l'hépatite B (HepB3) alors que 26 pays sur les 32 précités ont déclaré une couverture supérieure à 80 %. Trois doses de vaccin antipoliomyélitique ont été reçues par 92 % des enfants, 26 pays sur 32 déclarant une couverture supérieure à 80 %. Il n'en reste pas moins que plusieurs Etats Membres, dont le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao ont eu du mal à atteindre et maintenir le niveau de couverture vaccinale requis.

Des campagnes de vaccination antirougeoleuse supplémentaires visant différentes classes d'âge ont été menées au Cambodge, en Chine, en Mongolie, aux Philippines, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam en 2007. Le vaccin antipoliomyélitique buccal (VPO) a été inclus au Cambodge. La Chine, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Vietnam ont prévu des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaires en 2008. Des activités périodiques de vaccination antirougeoleuse supplémentaires seront nécessaires dans les pays où la couverture vaccinale systématique par une première et une deuxième dose est insuffisante. Le financement de ces activités au-delà de 2008 reste toutefois à identifier. Une vaccination supplémentaire préventive ciblée à l'aide du VPO pourra être nécessaire dans les pays où les niveaux d'immunité ne sont pas suffisamment élevés pour éviter la propagation du poliovirus sauvage importé ou l'apparition de poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale. La surveillance des cas de rougeole et de PFA est nécessaire pour suivre les progrès. Toutefois, le manque de ressources humaines et financières a empêché de nombreux Etats Membres de mettre en place une surveillance des cas avec confirmation du diagnostic par le laboratoire pour la rougeole et la PFA.

Concernant la lutte contre l'hépatite B, une forte couverture vaccinale systématique est primordiale, en particulier grâce à la prompt administration d'une dose à la naissance. La Chine, qui représente 70 % de l'ensemble des naissances de la Région du Pacifique occidental, a accompli de grands progrès en augmentant la couverture vaccinale à la naissance, de 30 % en 1997 à plus de 80 % en 2007, réduisant ainsi la transmission mère-enfant de l'hépatite B. De nombreux autres Etats Membres ont toutefois du mal à fournir la première dose dans les 24 heures suivant la naissance, en raison notamment d'une forte proportion d'accouchements à domicile et des effets néfastes (mort néonatale) concomitants à l'administration du vaccin à la naissance. Ces circonstances concomitantes ont fait reculer les impressionnants progrès enregistrés par le Viet Nam entre 2004 et 2006 en matière de couverture vaccinale à la naissance.

Une surveillance de haute qualité basée sur l'identification des cas pour la rougeole et la PFA est essentielle pour identifier rapidement les cas suspectés de rougeole ou de poliomyélite et y réagir sans tarder. La surveillance et le suivi de la couverture sont essentiels pour suivre les progrès accomplis vers l'objectif d'élimination de la rougeole. Des indicateurs normalisés ont été élaborés et diffusés à tous les Etats Membres. Cela dit, la majorité d'entre eux ne déclare pas ou ne recueille pas les données de base requises pour suivre adéquatement la qualité de la surveillance de la rougeole et déterminer de manière fiable des cas de rougeole. Le niveau de qualité de la surveillance de la PFA est tombé en deçà des normes de certification dans certains Etats Membres, ce qui empêche la détection et la gestion rapide des cas de poliomyélite.

2. MESURES PRISES

Les Etats Membres sont parfaitement conscients de la nécessité d'éliminer la rougeole et de lutter contre l'hépatite B et ont intégré ces objectifs dans leurs plans nationaux pluriannuels de vaccination. Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a aidé les Etats Membres prioritaires à actualiser leurs plans détaillés et chiffrés pour 2007-2008 de sorte à refléter les activités et les stratégies nécessaires pour atteindre les deux objectifs régionaux. Un soutien technique a également été apporté aux pays où la couverture vaccinale à la naissance contre l'hépatite B est faible (Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée et République démocratique populaire lao) pour mettre en oeuvre les directives pour la prévention de la transmission mère-enfant. Une assistance continue a par ailleurs été fournie pour améliorer les plans de préparation aux situations d'urgence en cas d'importation du poliovirus sauvage.

Le Bureau régional a coordonné le financement et apporté une assistance technique à tous les pays menant des activités de vaccination supplémentaires en 2008. Des indicateurs standard pour mesurer les progrès vers l'élimination de la rougeole, couvrant notamment l'incidence, les résultats de la surveillance et l'immunité de la population, ont été élaborés et diffusés aux pays par l'intermédiaire du Measles Bulletin (Bulletin sur la rougeole). Le Bureau régional a organisé en juillet 2008 un atelier sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination axé sur l'identification des cas pour la rougeole et la PFA ainsi qu'une réunion des réseaux de laboratoires de surveillance de la rougeole et de la polio. Il a préparé un plan d'action stratégique quinquennal pour aider les Etats Membres à éliminer la rougeole d'ici 2012. Il a par ailleurs mis à jour les *Directives de terrain pour l'élimination de la rougeole* et élaboré les *Directives sur l'introduction du vaccin antirubéoleux*.

Le Bureau régional a en outre élaboré, suite à une consultation d'experts, des directives relatives à la certification de la réalisation de l'objectif de lutte contre l'hépatite B. Le plan régional de lutte contre l'hépatite B a été actualisé en 2007 pour refléter l'échéance fixée à cet égard ainsi que les stratégies nécessaires pour la respecter. La République de Corée est devenue en 2008 le premier pays à avoir reçu une certification concernant la réalisation de l'objectif régional de lutte contre l'hépatite B. De nouvelles consultations concernant le processus de certification ont été entamées dans les pays où les données récentes indiquent une baisse des taux d'antigène de surface du virus de l'hépatite B en deçà de 2 % chez les enfants d'au moins cinq ans.

Le Bureau régional et ses partenaires ont continué de fournir un appui technique aux activités requises pour poursuivre l'éradication de la poliomyélite. Le maintien du statut de région indemne de poliomyélite à l'aide de mesures préventives nécessite moins de ressources que la lutte contre les

flambées de poliomyélite suite à son importation. Le Bureau régional a élaboré un plan stratégique pluriannuel (2008-2012) pour orienter les activités destinées au maintien de ce statut.

3. MESURES PROPOSEES

Les actions suivantes, à réaliser par les Etats Membres, sont proposées pour examen par le Comité régional :

- (1) Maintenir les engagements pris lors de la cinquante-sixième session du Comité régional en vue de renforcer, d'actualiser régulièrement et de mettre en oeuvre des plans d'action nationaux destinés à permettre la réalisation du double objectif, à savoir l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B, d'ici à 2012, et à maintenir la région indemne de poliomyélite.
- (2) Mobiliser des ressources financières, humaines et multisectorielles internes et externes suffisantes pour améliorer les services de vaccination, cofinancer les activités de vaccination supplémentaires et améliorer la surveillance basée sur l'identification des cas de rougeole et de PFA en satisfaisant à tous les indicateurs de mesure de la surveillance recommandés par l'OMS.
- (3) Adopter les indicateurs recommandés par l'OMS pour suivre les progrès vers l'élimination de la rougeole.

Il est demandé au Comité régional de prendre note de ce rapport.

VIH/SIDA, Y COMPRIS LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1. SITUATION ET ENJEUX

La propagation du VIH dans la Région du Pacifique occidental est essentiellement due à des comportements à haut risque tels que les rapports sexuels non protégés avec des professionnels du sexe, le partage d'aiguilles et de seringues contaminées par des utilisateurs de drogues intraveineuses et les rapports sexuels non protégés entre hommes. Les nouvelles estimations indiquent que 1,3 million de personnes, dont 21 000 enfants, vivaient avec le VIH/sida dans la Région en 2007,

comparé à 750 000 en 2001. Quelque 150 000 nouvelles infections par le VIH et 63 000 décès attribuables au sida ont par ailleurs été dénombrés en 2007. Différentes tendances sont toutefois apparues dans les deux pays les plus touchés par ce problème. Au Cambodge, le taux de prévalence du VIH chez les adultes a baissé, passant d'une valeur maximale estimée à 2 % en 1998 à 0,9 % en 2006, tandis qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée où sévit toujours une épidémie généralisée, le taux de prévalence du VIH a augmenté et atteignait 1,3 % en 2006. Qui plus est, des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles (IST) continuent d'être enregistrés et de présenter des problèmes de santé publique. Une récente étude réalisée en Papouasie-Nouvelle-Guinée a indiqué qu'environ 40 % de la population adulte est atteinte d'au moins une IST. En Mongolie, le nombre de cas déclarés de syphilis congénitale a quasiment été multiplié par six entre 1997 et 2006. De même, l'incidence de syphilis en Chine est passée de moins de 0,2 à 13,3 cas pour 100 000 habitants entre 1993 et 2006. La co-infection tuberculose-VIH reste un grave problème dans plusieurs provinces du Cambodge, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et du Viet Nam et devient préoccupante dans certains groupes de population de Chine et de Malaisie.

Le renforcement des ripostes nationales bénéficie d'un engagement politique soutenu et d'une généreuse allocation de ressources. Les services relatifs au VIH atteignent un nombre accru de personnes tandis que l'OMS continue de fournir une assistance technique à la demande des Etats Membres. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le nombre de personnes bénéficiant des services de dépistage et de conseil a été multiplié par neuf et est passé de 3052 en 2006 à plus de 27 000 en 2007. Au Cambodge, le nombre de sites de dépistage et de conseil a été multiplié par cinq, passant de 36 en 2002 à 190 à la fin de 2007. Les pays ont développé leurs programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et ont augmenté le nombre de centres méthadone et de sites du programme « Le préservatif tout le temps », contribuant ainsi à la réduction de la transmission du VIH due au partage d'aiguilles et de seringues et aux rapports sexuels non protégés. Dans la Région, 28 % des personnes vivant avec le VIH et nécessitant un traitement recevaient un traitement antirétroviral (TARV) à la fin de 2007. Le nombre de personnes recevant ce type de traitement a multiplié par cinq entre 2004 et 2007. Au Cambodge, il a presque doublé ces deux dernières années.

Malgré ces progrès, beaucoup reste encore à faire. Une proportion importante des personnes vivant avec le VIH n'en est pas consciente. La couverture des interventions visant la prévention de la transmission du VIH reste limitée, en particulier chez les populations marginalisées, telles que les professionnels du sexe, les utilisateurs de drogues intraveineuses, et les hommes ayant des relations homosexuelles, y compris les transsexuels. Malgré les importants progrès en matière d'accès aux traitements, de nombreuses populations vulnérables, telles que les utilisateurs de drogues

intraveineuses, sont défavorisées à cet égard. Des informations stratégiques plus précises sont nécessaires pour orienter efficacement la planification des interventions et l'allocation des ressources. La croissance de la double épidémie tuberculose-VIH est de plus en plus préoccupante. L'expansion des interventions nationales est tributaire de systèmes de santé solides et de ressources humaines qualifiées pour fournir les services nécessaires. Les liens entre les programmes sur le VIH et les IST et les autres programmes de santé publique doivent être renforcés.

2. MESURES PRISES

L'OMS a renforcé ses ressources humaines aux niveaux national et régional pour veiller à la fourniture opportune d'appui technique aux pays. Les normes et directives suivantes ont été élaborées en 2007 dans les cinq domaines stratégiques du Programme de l'OMS sur le VIH/sida:

- (1) *Cadre opérationnel d'amélioration des liens entre les services sur le VIH et les IST et les services de santé procréative et de santé de l'adolescent, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Asie-Pacifique ;*
- (2) *Elargissement des services de dépistage du VIH et de conseil en Asie et dans le Pacifique – Rapport d'une consultation technique ;*
- (3) *Plan d'action stratégique régional de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, 2008-2012 ;*
- (4) *Cadre révisé de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH dans la Région du Pacifique occidental ;*
- (5) *Soins et traitement du VIH/sida pour les utilisateurs de drogues intraveineuses en Asie et dans le Pacifique – Guide des pratiques essentielles ;*
- (6) *Orientations sur les services de dépistage du VIH et de conseil sur les sites de consommation de drogues intraveineuses ;*
- (7) *Cadre de l'OMS de surveillance et de compte rendu sur la riposte du secteur de la santé au VIH/sida vers un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien (2007-2010).*

L'assistance technique fournie aux Etats Membres a compris : 1) l'élargissement des services de dépistage du VIH et de conseil ; 2) le renforcement de la prévention et de la lutte contre les IST grâce à l'amélioration de la prise en charge des cas, de l'expansion de l'accès aux soins, de l'élimination de la syphilis congénitale, de la réduction de la transmission d'IST et de l'amélioration de la gestion des données ; 3) l'élargissement des stratégies reposant sur des bases factuelles pour la prévention, les soins, le traitement et le soutien des populations les plus exposées au VIH ; 4) le renforcement des systèmes de surveillance du VIH y compris les enquêtes de deuxième génération, la surveillance de la résistance aux antirétroviraux et de la sensibilité des gonocoques aux antimicrobiens ; et 5) le renforcement des systèmes de santé en investissant dans le développement des capacités humaines, la formation en gestion des achats et des stocks, les procédures de diagnostic en laboratoire sur les IST et le VIH et les systèmes de gestion de la qualité par lots.

L'OMS a aidé la Chine à élaborer des directives nationales pour répondre aux besoins des hommes qui ont des relations homosexuelles. Elle a également fourni un appui technique aux pays en vue de la réaffectation des ressources internes et de l'élaboration de mécanismes de financement durable pour la prévention, les soins et le traitement du VIH/sida, en particulier par le biais de propositions de financement soumises à la septième série du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les propositions visant le VIH soumises par le Cambodge, la Mongolie et les pays du Pacifique ont été approuvées. Une assistance technique a également été fournie aux pays en vue de l'élaboration de soumissions à la huitième série du Fonds mondial.

3. MESURES PROPOSEES

Les actions suivantes, à réaliser par les Etats Membres, sont proposées pour examen par le Comité régional :

- (1) Soutenir l'engagement politique grâce à la participation des chefs de gouvernement aux organes nationaux de direction et/ou de coordination sur le VIH ; à des allocations budgétaires nationales aux programmes sur le VIH/sida ; à la réalisation d'analyses et d'évaluations biennales de l'impact du VIH pour examiner les dernières données épidémiologiques ainsi que la riposte actuelle au VIH pour appuyer la planification efficace des interventions.
- (2) Réviser les plans stratégiques nationaux et les programmes d'intervention existants concernant le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles pour renforcer les efforts d'élargissement des services de dépistage du VIH et de conseil ; l'augmentation de la

couverture des mesures de prévention de la transmission du VIH ; la fourniture de soins, de traitements et de soutien aux personnes qui en ont besoin ; la production d'informations stratégiques de haute qualité ; et le renforcement des systèmes de santé.

- (3) Conformément aux principes des droits de l'homme et de la santé publique, éviter de mettre en place des mesures cohésives de dépistage obligatoire du VIH et appuyer l'accès à des services de conseil de qualité. Créer un environnement favorable aux interventions sur le VIH, par exemple en révisant les lois nationales qui font obstacle à la mise en oeuvre des politiques nationales de lutte contre le sida, et adopter ou réviser des textes de loi pour contribuer à lever l'opprobre pesant sur les comportements à risque liés au VIH, prévenir et combattre la discrimination, notamment sur le lieu de travail et dans les centres de soins.
- (4) Accélérer l'intensification des programmes de prévention, de soins et de traitement en accordant la priorité aux interventions susceptibles d'avoir l'effet le plus durable sur la réduction de la transmission du VIH et l'impact de l'épidémie, par exemple, à des programmes exhaustifs de réduction des risques destinés aux populations marginalisées.
- (5) Renforcer la surveillance et assurer le suivi de l'application des plans nationaux de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles afin de s'assurer que les populations présentant un risque accru d'infection par le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ont accès aux services de prévention, à l'information, aux produits (préservatifs, aiguilles, etc.), ainsi qu'au diagnostic et au traitement précoces.
- (6) Promouvoir le programme national sur le sida et le programme national sur la tuberculose pour renforcer les liens entre le diagnostic et le traitement du VIH et de la tuberculose et renforcer la prestation des services des deux programmes.

TUBERCULOSE : PREVENTION ET LUTTE

1. SITUATION ET ENJEUX

La tuberculose est un important problème de santé publique dans la Région du Pacifique occidental. Les dernières données épidémiologiques estiment à 3,5 millions le nombre de cas de tuberculose, dont 1,9 million de nouveaux cas, et plus de 290 000 décès attribuables à cette maladie

en 2006. La tuberculose à bacilles multirésistants (tuberculose-MR) est devenue fort préoccupante dans la Région qui, selon les estimations, compterait plus d'un quart des cas mondiaux de cette maladie. La prévalence estimée du VIH dans les cas déclarés de tuberculose reste à un niveau faible (1,2 %) bien qu'elle représente une menace importante dans plusieurs zones.

La Région progresse vers l'objectif régional fixé en 2000 par le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, à savoir réduire de moitié le nombre de cas et de décès d'ici 2010 par rapport à 2000. Les taux de dépistage et de succès du traitement dans la Région, 77 % et 88 % respectivement, dépassent les objectifs mondiaux. Selon les estimations, la prévalence de la tuberculose et la mortalité imputable à cette maladie ont reculé de 24 % et 15 % respectivement entre 2000 et 2006, bien que les taux annuels de baisse de 4,9 % et 3,8 % ne soient pas suffisants pour atteindre l'objectif régional fixé pour 2010. Les aspects suivants limitent les efforts déployés pour accélérer le déclin de la charge de tuberculose.

1.1 Progrès insuffisants pour intensifier la prise en charge, par les programmes, des activités de collaboration sur la tuberculose-MR et la tuberculose-VIH

L'intensification de la prise en charge, par les programmes, de la tuberculose-MR a été lente dans les pays de la Région les plus touchés par cette maladie. Le nombre de cas de tuberculose-MR inscrits à des traitements en 2007 n'était que de 2000 dans toute la Région, ce qui est nettement inférieur à la cible de 10 000 cas définie par le plan d'intervention mondiale contre la tuberculose-MR et la tuberculose ultrarésistante. L'expansion de la couverture du traitement de la tuberculose-MR sous assurance qualité se heurte à de nombreux obstacles : capacités de laboratoire insuffisantes, ressources humaines limitées, contraintes politiques et problèmes d'approvisionnement. De même, les progrès sont lents concernant les activités de collaboration tuberculose-VIH, en particulier pour ce qui est des tests de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux et de la mise en oeuvre de la thérapie préventive à l'isoniazide. Malgré les importants progrès enregistrés au Cambodge, en Malaisie et au Viet Nam, la Région dans son ensemble ne soumet que 2,5 % des malades tuberculeux à des tests de dépistage du VIH, ce qui est nettement en deçà de la cible de 50 % prévue pour 2010. Moins d'un pour cent des personnes vivant avec le VIH/sida• reçoivent une prophylaxie par l'isoniazide.

1.2 Progrès limités de l'élargissement de l'accès à de nouveaux tests plus sensibles de dépistage de la tuberculose

La détection précoce des cas de tuberculose est un élément clé de la stratégie visant à réduire la charge de cette maladie, en particulier pour s'attaquer aux co-infections tuberculose-MR et

tuberculose-VIH en interrompant la transmission et pour éviter la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Les laboratoires jouent un rôle critique, mais la capacité des pays reste insuffisante pour dépister la tuberculose à bacilles résistants et la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. La capacité insuffisante pour les cultures et les tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité dans la majorité des pays est responsable de la faible proportion de cas de tuberculose faisant l'objet de tests de dépistage de la tuberculose-MR. Un pour cent seulement des cas de retraitement, qui sont plus susceptibles de contracter la tuberculose à bacilles résistants, est soumis à des tests de dépistage de la tuberculose-MR sous assurance qualité. Les pays doivent en outre se préparer à l'élargissement éventuel de l'accès à de nouveaux tests (les tests moléculaires rapides) qui permettent la détection et le traitement précoces de personnes atteintes de tuberculose à bacilles résistants. Ce travail devra impérativement être accompagné de mesures de renforcement de l'assurance qualité au sein du réseau de laboratoires et de promotion de la sécurité biologique dans les laboratoires.

1.3 Lutte contre les infections insuffisante dans les établissements de santé

L'absence de mesures de lutte contre les infections bien établies dans la majorité des établissements de santé et dans les établissements collectifs est fort préoccupante, en particulier dans le contexte de la tuberculose-MR, de la tuberculose ultrarésistante et de la co-infection tuberculose-VIH. La prévention de la transmission chez les agents de santé et les personnes vivant dans des établissements collectifs est impérative, non seulement en raison de ses conséquences en matière de prévalence et de mortalité mais aussi pour atténuer la stigmatisation, comme le montre l'expérience africaine. La lutte contre les infections a été négligée dans la Région du Pacifique occidental, du fait d'une sensibilisation insuffisante au problème, des faibles capacités techniques disponibles et des déficiences des systèmes de santé. Une lutte inadéquate contre les infections dans les établissements de santé augmente le risque de propagation de la tuberculose, en particulier chez les personnes plus susceptibles de la contracter, à savoir celles vivant avec le VIH/sida et le personnel intervenant dans le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose-MR.

1.4 Baisse du financement de l'assistance technique

La mise en oeuvre du Plan stratégique Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental (2006-2010), adopté en 2006 par le Comité régional, notamment pour relever les défis posés par la tuberculose-MR, la tuberculose ultrarésistante et la co-infection tuberculose-VIH, nécessite des activités complexes exigeant d'importantes ressources techniques. Cette complexité croissante et le financement croissant des activités de lutte contre la tuberculose dans les pays augmentent la demande

d'assistance technique. L'OMS est la principale source d'assistance technique dans ces domaines mais sa capacité à fournir une assistance adéquate est menacée par la diminution des fonds disponibles (proche de 50 % entre 2003 et 2008). La continuité de l'assistance technique dans les pays est menacée par la précarité des financements à partir de 2009.

2. MESURES PRISES

2.1 Lutte contre la tuberculose-MR et la co-infection tuberculose-VIH

La prise en charge, par les programmes, de la tuberculose-MR progresse en Mongolie et aux Philippines et a commencé au Cambodge, en Chine et au Viet Nam. Dans tous ces pays, des plans de prise en charge de la tuberculose-MR ont été élaborés et approuvés par le Comité Feu vert et plus de 100 millions de dollars ont été obtenus du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour financer les activités nationales de lutte contre la tuberculose-MR. La Région poursuit par ailleurs le renforcement des capacités techniques grâce à un cours annuel régional avancé sur la tuberculose. L'OMS et ses partenaires ont mis en place dans les pays et territoires du Pacifique un mécanisme d'accès à des tests de dépistage et des traitements de la tuberculose-MR sous assurance qualité.

Un pas important a été franchi en matière de collaboration tuberculose-VIH grâce à la révision du cadre régional de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH. Ce cadre a pour objet de renforcer la collaboration entre les programmes nationaux sur la tuberculose et le sida, d'augmenter les taux de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux et de dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et d'améliorer la lutte contre les infections.

2.2 Renforcement de la capacité et de la qualité des réseaux de laboratoires

L'intensification des efforts de sensibilisation a permis d'attirer l'attention sur les laboratoires, et en particulier la mise en oeuvre de l'assurance qualité dans les laboratoires de l'ensemble de la région, y compris dans le Pacifique. Ces efforts ont également mis en évidence le besoin d'augmenter la capacité des laboratoires de sorte qu'ils puissent adopter de nouveaux outils plus sensibles de diagnostic de la tuberculose. La Région aide plusieurs pays à planifier leurs efforts pour parvenir à l'accès universel aux cultures et tests de sensibilité aux médicaments et à l'adoption des tests moléculaires de dépistage de la tuberculose-MR. Ces questions seront au coeur du prochain atelier

national sur les laboratoires qui se tiendra en octobre 2008. Les laboratoires, ainsi que la tuberculose-MR et la tuberculose-VIH, ont fait l'objet de longs débats lors de la réunion du groupe consultatif technique et du symposium sur la tuberculose tenus à Tokyo (Japon) en juillet 2008.

2.3 Renforcement de la lutte contre les infections dans les établissements de santé

La stratégie de lutte contre les infections couvre différents efforts de lutte contre la maladie dans le contexte du renforcement des systèmes de santé. L'OMS encourage la collaboration régionale et nationale au niveau des programmes de lutte contre la maladie pour que la mise en oeuvre des mesures de lutte contre l'infection dans les établissements de santé puisse être évaluée avec soin et que des mesures correctives puissent être identifiées et recommandées. Les pays et territoires de la Région doivent faire face à d'énormes défis, et notamment aux déficiences des capacités techniques. Une série d'évaluations nationales et d'ateliers de renforcement des capacités est prévue pour l'année prochaine.

2.4 Mobilisation de ressources pour lutter contre la tuberculose

D'importants progrès ont été accomplis dans la mobilisation de fonds pour les activités nationales de lutte contre la tuberculose, en particulier auprès du Fonds mondial, avec le soutien actif de l'OMS. La Région a obtenu 370 millions de dollars auprès du Fonds mondial pour ses activités de lutte contre la tuberculose. La mobilisation de fonds destinés à l'assistance technique devient par contre de plus en plus difficile. Le programme Halte à la tuberculose applique une approche à deux volets pour augmenter ces financements : 1) mobiliser l'appui des donateurs ; et 2) obtenir le financement de l'assistance technique auprès du Fonds mondial. L'OMS a été active dans ces domaines en organisant une Table ronde avec les partenaires, à Brisbane (Australie) en mars 2008, et une réunion du Comité de coordination interinstitutions, à Tokyo (Japon) en juillet 2008.

3. MESURES PROPOSEES

Les actions suivantes, à réaliser par les Etats Membres, sont proposées pour examen par le Comité régional :

- (1) Accélérer l'intensification de la prise en charge, par les programmes, de la tuberculose dans les pays où sévit la tuberculose à bacilles multirésistants pour dépister et traiter au moins 50 % des cas estimés de cette maladie.

- (2) Elaborer et mettre en oeuvre un plan d'expansion des laboratoires pour parvenir à l'accès universel aux cultures et aux tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité. Les pays devraient se préparer à l'adoption des tests moléculaires de dépistage de la tuberculose-MR. Au moins tous les cas de retraitement devraient faire l'objet de tests de dépistage de la tuberculose-MR.
- (3) Approuver le Cadre de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH dans la Région du Pacifique occidental et élaborer et mettre en oeuvre des plans nationaux conjoints pour accélérer la réalisation d'activités de collaboration tuberculose-VIH fondées sur ce Cadre.
- (4) Elaborer et mettre en oeuvre des stratégies globales de lutte contre les infections dans tous les établissements de soins. Des politiques et des mesures devraient être en place pour protéger les personnes risquant le plus de contracter la tuberculose dans les établissements de soins.
- (5) Veiller à ce qu'une assistance technique appropriée soit fournie pour poursuivre le renforcement des programmes de lutte antituberculeuse.

LUTTE ANTITABAC

1. SITUATION ET ENJEUX

Le tabagisme est la deuxième cause de mortalité dans le monde. L'épidémie de tabagisme a tué 100 millions de personnes à travers le monde au cours du XXe siècle. A moins que des mesures ne soient prises d'urgence, elle pourrait être responsable de la mort d'un milliard de personnes au cours du XXIe siècle. Quatre-vingts pour cent de ces décès surviendront dans des pays en développement. Un tiers des fumeurs du monde résident dans la Région du Pacifique occidental où l'on estime que deux personnes meurent chaque minute d'une maladie liée au tabac. Une comparaison entre les différentes régions de l'OMS révèle que le Pacifique occidental compte le plus grand nombre de fumeurs et qu'il présente un des plus forts taux de prévalence du tabagisme chez les hommes ainsi que l'augmentation la plus rapide du nombre de nouveaux fumeurs chez les femmes et chez les jeunes. Selon de récentes études, jusqu'à 50 % des jeunes de la Région sont régulièrement exposés dans leurs foyers à la pollution due à la fumée de tabac.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), entrée en vigueur en 2005, définit les modalités de la lutte antitabac dans le monde. Elle a été ratifiée par 152 pays. La Région OMS du Pacifique occidental a été la première et reste la seule région dont tous les Etats Membres habilités (27) ont ratifié la CCLAT.

Le Comité régional du Pacifique occidental, à sa cinquante-huitième session, a encouragé les Etats Membres à honorer les engagements pris à sa cinquante-cinquième session, notamment en ce qui concerne la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac autres que celles prévues à la Convention et à ses protocoles, et à s'appuyer sur la Convention et sur Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac 2005-2009 pour définir les grandes orientations de leurs politiques et programmes nationaux de lutte antitabac.

2. MESURES PRISES

La première session de l'Organe intergouvernemental de négociation sur le commerce illicite de produits du tabac s'est tenue à Genève en février 2008. Sur les 27 parties à la CCLAT issues de la Région du Pacifique occidental, 24 étaient présentes à cette session. Les délégations se sont dans l'ensemble déclarées favorables à un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac définissant des obligations précises et fermes. Plusieurs délégations ont donné des exemples des mesures prises par leurs gouvernements pour enrayer le commerce illicite des produits du tabac mais ont reconnu qu'une approche mondiale coordonnée était nécessaire pour trouver une solution globale.

Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2008) a été publié en février 2008. Cet important rapport fournit des informations détaillées sur l'état de mise en oeuvre des mesures efficaces de lutte antitabac dans la quasi-majorité des pays et recense les lacunes devant être comblées en matière d'information, de données et de politiques. Le rapport décrit par ailleurs le programme MPOWER, qui définit six mesures de lutte antitabac qui ont fait leurs preuves et sont d'un bon rapport coût-efficacité, à savoir : 1) surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ; 2) protéger la population contre la fumée du tabac ; 3) offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac ; 4) mettre en garde contre les dangers du tabagisme ; 5) faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ; et 6) augmenter les taxes sur le tabac.

Plusieurs Etats Membres du Pacifique occidental ont déjà appliqué les dispositions de la Convention ; d'autres ont réalisé des progrès satisfaisants en ce sens ; d'autres encore ont réussi à

faire baisser la prévalence du tabagisme en adoptant des mesures de contrôle antitabac fondées sur des bases factuelles. Le Conseil national de normalisation de la Mongolie a approuvé six mises en garde sanitaires illustrées qui entreront en vigueur en janvier 2010 conformément aux dispositions de la Convention. La Fondation mongolienne pour la promotion de la santé est financée par une taxe sur le tabac de 2 % qui est désormais destinée à des activités de promotion de la santé. Au Viet Nam, les taxes sur le tabac sont passées de 55 % du prix sortie usine en 2006 à 65 % depuis janvier 2008. Les paquets de produits du tabac portent depuis le 1er avril 2008 de nouvelles mises en garde sanitaires imprimées couvrant 30 % des principales surfaces visibles. L'assemblée nationale du Viet Nam a inscrit le projet de loi sur la lutte antitabac à l'ordre du jour fixé pour 2009-2010. En avril 2008, le parlement de Vanuatu a promulgué une vaste législation sur la lutte antitabac. Avec le soutien de l'OMS et de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, le ministère chinois des finances a organisé un atelier sur les aspects économiques et la fiscalité du tabac pour démontrer l'engagement du gouvernement vis-à-vis du renforcement à court terme des mesures fiscales de lutte antitabac. Conformément aux efforts pour faire des Jeux Olympiques de Pékin de 2008 une manifestation sans tabac, le gouvernement municipal de Pékin a adopté un décret interdisant de fumer dans les lieux publics à partir du 1er mai 2008. De même, les Philippines ont commencé à faire appliquer une loi interdisant la publicité en faveur du tabac dans les médias et par voie d'affichage.

Avec l'appui du gouvernement japonais et des Centres de lutte contre la maladie (Etats-Unis), l'OMS a continué de fournir une assistance technique nationale et des mesures de renforcement des capacités et de soutien ciblées aux Etats Membres en vue de la mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Outre l'assistance apportée aux pays, l'OMS a organisé en août 2008 un atelier régional sur des mesures durables en faveur de la CCLAT ainsi qu'une séance de formation sur les politiques et programmes de lutte antitabac. Ces activités visaient les problèmes liés à l'institutionnalisation des programmes de lutte antitabac, au financement des activités connexes et à une utilisation plus efficace des données factuelles dans les politiques. L'atelier a notamment préparé les parties de la Région à une participation active à la troisième session de la Conférence des Parties devant se tenir en novembre 2008. Un modèle de formation à la lutte antitabac destiné aux intervenants locaux a également été élaboré en vue d'être adapté par les pays.

L'OMS a appuyé les efforts de sensibilisation menés au niveau national pour promouvoir l'interdiction de la publicité, de la promotion et des parrainages visant la jeunesse dans l'esprit du thème de la Journée mondiale sans tabac 2008 : « Jeunesse sans tabac ». Le lancement régional de la Journée mondiale sans tabac a eu lieu sous les auspices du ministère de la santé des Philippines et a inclus une conférence de presse de Yuhta Ohishi, un garçon de 15 ans de Shiyoda (Japon), qui a reçu

le prix spécial du Directeur général pour le succès remporté par sa campagne de lutte antitabac dans sa ville. L'OMS a activement appuyé le travail mené par ses partenaires pour veiller à la mise en place et au respect de politiques antitabac sur les sites des Jeux Olympiques de Pékin en 2008.

Avec quatre partenaires, elle a continué de mettre en oeuvre l'initiative Bloomberg visant à réduire la consommation de tabac dans le monde, une initiative de deux ans et d'un budget de 125 millions de dollars financée par l'organisation Bloomberg Philanthropies. Cette initiative subventionne des projets dans 15 pays en développement, dont la Chine, les Philippines et le Viet Nam. Les projets bénéficiaires ont contribué à une amélioration significative et durable des lois, réglementations, politiques et programmes antitabac.

Les résultats de travaux de recherche sur la consommation de noix de bétel et de tabac dans le Pacifique ont été publiés et diffusés pour élargir la base de connaissances régionales pour la lutte antitabac. Dans le cadre du système mondial de surveillance du tabagisme, 25 pays et territoires ont achevé ou sont sur le point d'achever l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes, l'enquête mondiale sur le personnel scolaire et l'enquête mondiale sur le tabac chez les professionnels de santé et les étudiants en sciences de la santé. L'OMS joue par ailleurs un rôle moteur dans l'élaboration de la nouvelle enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes, en partenariat avec la Fondation des Centres de lutte contre la maladie (Etats-Unis). L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes est une enquête normalisée sur les connaissances, les attitudes et les comportements des adultes en matière de tabagisme. Sa mise en oeuvre a été entamée aux Philippines et au Viet Nam tandis que les travaux préparatoires sont en cours en Chine.

L'OMS a promu l'intégration des efforts de lutte antitabac dans les autres stratégies de santé publique. Lors du quatrième programme de formation Japon-OMS sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisé à l'Institut national pour la santé publique au Japon, les participants de la Chine, des Fidji, de la Mongolie, des Philippines, de la République démocratique populaire lao et du Viet Nam ont indiqué que le programme MPOWER était essentiel au succès de la Stratégie régionale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans le cadre du programme de formation des cadres à la promotion sanitaire, les participants (Brunéi Darussalam, Cambodge, Fidji, Iles Salomon, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Samoa, Vanuatu et Viet Nam) ont été sensibilisés à l'importance de taxer les produits de tabac et d'affecter les fonds ainsi prélevés à la lutte antitabac et la promotion de la santé.

3. MESURES PROPOSEES

L'OMS continuera d'accorder la plus haute priorité à la fourniture d'assistance technique et au renforcement des capacités pour s'attaquer aux aspects politiques de la lutte antitabac en promouvant activement les politiques reposant sur des bases actuelles dans le cadre du programme MPOWER. Elle appuiera également la mise en oeuvre de la Convention dans les Etats parties de la Région. L'OMS encouragera avec vigueur l'ensemble des Etats Membres à relever les défis liés à la mise en oeuvre d'actions durables et de sensibilisation à la lutte antitabac. Elle encouragera également l'institutionnalisation des programmes de lutte antitabac, l'intégration de la lutte antitabac dans les plans d'action nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles et l'utilisation de taxes sur le tabac pour promouvoir la santé. L'OMS intensifiera ses efforts pour diffuser les bonnes pratiques découlant des activités de l'Initiative Bloomberg et continuera de mobiliser des ressources en faveur de la lutte antitabac. Elle appuiera les activités de surveillance et de recherche.

Les mesures suivantes sont proposées à l'examen des Etats Membres :

- (1) Déployer des efforts pour respecter les dispositions de la Convention au-delà des exigences minimales et pour mettre pleinement en oeuvre les Directives pour l'application de l'article 8 (Protection contre l'exposition à la fumée du tabac) qui ont été adoptées par la deuxième Conférence des Parties en 2007. Les Etats Membres doivent mettre en place des mesures administratives, juridiques et financières durables pour appuyer et intensifier les efforts de lutte antitabac, en étant conscients des facteurs politiques qui entravent l'efficacité des politiques. Les Etats Membres sont en outre priés de contribuer à la deuxième session de l'Organe intergouvernemental de négociation sur le commerce illicite de produits du tabac en vue d'élaborer, en octobre, un protocole ferme à cet égard, et à la troisième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, en novembre, pour poursuivre sa mise en oeuvre.
- (2) Accorder une plus grande importance à la lutte antitabac au niveau des priorités sanitaires nationales et mettre en oeuvre le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac (2005-2009). La priorité devrait être accordée aux six politiques reposant sur des bases factuelles recensées par le *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2008)*, à savoir le programme MPOWER.

Il est demandé au Comité régional de prendre note de ce rapport.

INITIATIVE POUR DES SOINS CENTRES SUR LA PERSONNE

1. SITUATION

Les forces économiques, démographiques et sociales ont exercé des pressions croissantes sur les systèmes sanitaires pour qu'ils fournissent des soins universellement accessibles, efficaces et scientifiques mais aussi veillent à ce que les services soient conçus et dispensés de sorte à respecter les droits des patients et à répondre à leurs besoins et préférences en matière d'information, de soutien psychosocial et de participation à la prise de décision concernant leurs soins. Le besoin d'aborder les soins de santé de manière novatrice, équilibrée, holistique et centrée sur la personne est devenu préoccupant pour les pays et les systèmes de santé dans le monde entier.

Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a adopté diverses résolutions abordant les principaux enjeux et déterminants qui influent le plus sur les soins, les résultats en matière de santé, la satisfaction des patients ainsi que le bien-être et la santé des populations en général. La résolution WPR/RC55.R1 a spécifiquement demandé au Bureau régional du Pacifique occidental de produire un projet de cadre directeur reflétant l'importance des facteurs psychosociaux influant sur les résultats en matière de santé. L'OMS a lancé l'Initiative pour des soins centrés sur la personne avec le plein appui du gouvernement japonais.

Le cadre directeur, élaboré par un groupe de référence d'experts suite à la consultation des parties prenantes dans plusieurs pays, a été présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional, qui l'a adopté par la résolution WPR/RC58.R4. Destiné à aider les Etats Membres à élaborer et mettre en oeuvre des politiques et interventions de soins centrés sur la personne en fonction de leurs contextes nationaux, il recommande des changements et des interventions politiques dans quatre domaines : 1) individus, familles et collectivités ; 2) professionnels de la santé ; 3) établissements de soins ; et 4) systèmes de santé.

2. MESURES PRISES

Le Bureau régional a coordonné l'élaboration de la publication birégionale *People at the Centre of Health Care : Harmonizing Mind and Body, People and Systems*, qui expose dans un style accessible à tous les principes et les actions proposés dans le document *Cadre directeur pour des*

soins centrés sur la personne. Cet ouvrage de sensibilisation a été lancé lors du Symposium international sur les soins centrés sur la personne : Réorienter les systèmes de santé au XXI^e siècle, qui s'est tenu à Tokyo (Japon) le 25 novembre 2007. Ce symposium a réaffirmé les principes et lignes d'action présentés dans les publications de l'OMS sur les soins centrés sur la personne et a formulé des recommandations pour l'avenir. Les publications et actes du symposium sont disponibles en ligne (www.wpro.who.int/sites/pci/publications.htm).

Conformément aux dispositions de la résolution WPR/RC58.R4, la promotion et la diffusion du concept et des principes des soins centrés sur la personne ont été entrepris par le biais d'exposés et de discussions avec divers groupes dans le cadre d'importants forums internationaux et régionaux : 1) Troisième Congrès mondial des patients, tenu en février 2008 à Budapest, 2) Première conférence internationale sur la transformation des soins de santé, axée sur les soins de santé primaires et tenue en mai 2008 à Singapour, et 3) 49^e Congrès annuel de la société japonaise de neurologie, tenue au Japon. Le cadre directeur et l'ouvrage de sensibilisation ont par ailleurs été traduits en mandarin et japonais pour les rendre accessibles à un public plus large.

En collaboration avec le Réseau de santé publique et de médecine tropicale de l'Organisation des ministres de l'éducation de l'Asie du Sud-Est (SEAMEO-TROPMED), le Bureau régional a organisé en juillet 2008 un forum destiné aux directeurs d'écoles et d'établissements de formation des médecins et des autres professionnels de la santé. Ce forum a débouché sur des recommandations et des engagements vis-à-vis de mesures stratégiques pouvant être prises par les institutions, à savoir enrichir les programmes de formation pour promouvoir les soins centrés sur la personne. L'OMS a également élaboré des indicateurs, normes, directives et outils pour suivre et évaluer les progrès accomplis vers des soins centrés sur la personne. Des experts compétents seront consultés pour élaborer des lignes directrices normalisées et adresser des conseils pratiques aux Etats Membres sur la réorientation des systèmes de santé en vue de centrer les soins de santé sur la personne.

La résolution WPR/RC58.R4 charge expressément l'OMS de soutenir les Etats Membres et de collaborer avec eux à l'élaboration de plans d'action et d'outils de mise en oeuvre, en particulier de dispositifs de suivi et d'évaluation, pour que les politiques et les interventions sanitaires aboutissent à des soins de santé davantage centrés sur la personne, à de meilleurs résultats sanitaires, à une amélioration de la santé et du bien-être des personnes ; A cet égard, l'OMS a obtenu le soutien financier du gouvernement japonais pour les activités suivantes:

- (1) Un atelier d'élaboration d'interventions et de plans nationaux en faveur des soins centrés sur la personne. Cette activité fera fond sur le travail et les recommandations des consultations

menées avec les directeurs d'écoles et d'établissements de formation des médecins et des autres professionnels de la santé et avec des experts de la surveillance et de l'évaluation.

- (2) L'organisation d'ateliers de planification au niveau des pays. Ces ateliers seront menés dans les pays manifestant un engagement et une volonté politiques.
- (3) Des études de référence, entreprises dans les pays où se tiendront les ateliers. Des indicateurs de base seront couverts pour fournir des informations pertinentes avant la mise en oeuvre des interventions.

3. MESURES PROPOSEES

Le Comité régional est prié de prendre note de l'évolution de la situation et de l'importance de mettre en oeuvre des mesures nationales et régionales progressistes en vue de la fourniture de soins centrés sur la personne dans la Région.

Pour faciliter le travail au niveau des pays, les mesures suivantes sont proposées à l'examen des Etats Membres :

- (1) Désigner des agents et/ou des unités devant diriger et coordonner les mesures nationales de promotion des soins centrés sur la personne.
- (2) Intégrer les principes et éléments clés de l'approche des soins de santé centrés sur la personne dans les politiques, plans et programmes de santé.