

PROCES-VERBAL DE LA CINQUIEME SEANCE

(Salle de conférence de l’OMS, Manille)

Mercredi 24 septembre 2008 à 14 h 00

PRESIDENT : M. Iakoba Tacia Italeli (Tuvalu)

puis : Dr Francisco Duque III (Philippines)

TABLE DES MATIERES

| | Pages |
|--|-------|
| 1. Maladies non transmissibles : prévention et lutte (suite)..... | 166 |
| 2. Orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays..... | 170 |
| 3. Le plan stratégique de lutte contre la dengue dans la région Asie-Pacifique..... | 174 |

1. MALADIES NON TRANSMISSIBLES : PREVENTION ET LUTTE :
(document WPR/RC59/6) : Point 12 de l'ordre du jour provisoire (suite)

Le Dr Mareva TOURNEUX (France) appuie le rapport sur les maladies non transmissibles. Les territoires français du Pacifique, comme d'autres pays et territoires de la Région, connaissent une transition épidémiologique vers les maladies associées au mode de vie. La prévention des maladies liées à l'alimentation, du cancer, du tabagisme et de l'abus de drogues et d'alcool est une priorité de santé publique. Des programmes d'action adaptés à la situation locale ont été élaborés pour combattre ces problèmes, en faisant appel à des campagnes médiatiques de sensibilisation et d'information, à l'éducation, à la législation et aux soins aux patients.

La Polynésie française a renforcé sa législation en matière de lutte antitabac, conformément aux recommandations de l'OMS et à la nouvelle législation française qui entrera en vigueur le 1er janvier 2009. Elle a mené en parallèle des campagnes de sensibilisation et d'information. La Nouvelle-Calédonie a entamé une campagne contre la consommation de cannabis, courante surtout parmi les jeunes. Une campagne d'information dans les médias a été lancée et des groupes de travail rassemblant différentes institutions partenaires ont été organisés en vue d'élaborer un plan d'action pour les trois prochaines années. Les deux territoires ont renforcé leur programme de prévention du diabète, de l'obésité, de l'hypertension, des cancers du col, de l'abus d'alcool et de drogues et du tabagisme.

Elle demande au Bureau régional d'organiser des enquêtes sociologiques pour aider les autorités sanitaires à mieux comprendre les comportements des habitants des îles du Pacifique en matière de santé.

Le Dr DUQUE prend sa fonction de président.

Le Dr MAOATE (Iles Cook) précise que le programme de lutte contre les maladies non transmissibles de son pays prévoit des mesures contre l'obésité, l'hypertension, le diabète et les troubles mentaux. Récemment, la taxe sur les importations de boissons sucrées a été portée à 60 %. Selon lui, les questions relatives aux droits de l'homme sont parfois abordées différemment dans les pays en développement et lui-même estime, par exemple, que le Ministère de la Santé ne devrait pas employer des personnes obèses. Pour réduire la consommation de tabac et l'abus d'alcool, les taxes sur ces produits ont été alignées sur celles de la Nouvelle-Zélande. Conscient que l'éducation est un élément essentiel, il demande aux autres représentants de faire des suggestions sur les moyens de convaincre les gens de faire davantage d'exercice physique et de manger plus sainement. Il n'est pas seulement Ministre de la Santé mais aussi Ministre des Finances de son pays, de sorte que le budget de la santé est toujours une priorité.

Le Professeur VONGVICHIT (République démocratique populaire lao) indique que son pays commence seulement à prendre des mesures contre les maladies non transmissibles, alors que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et l'asthme chronique sont courants. Les facteurs de risque, dont le tabagisme, l'abus d'alcool, une alimentation déséquilibrée, la pollution et le stress, sont eux aussi courants. Il sollicite l'appui de l'OMS pour formuler un plan stratégique.

Le Dr Byamba BAATARSUKH (Mongolie) dit que la structure de la mortalité a commencé à changer dans son pays en 1993, quand on a constaté une augmentation de l'incidence du cancer, des traumatismes et des empoisonnements. Ces derniers temps, l'incidence du diabète est montée en flèche. D'après une enquête

effectuée en 2005, 9 personnes sur dix interrogées présentaient au moins un facteur de risque de maladies non transmissibles et une sur cinq trois facteurs de risque au minimum. Un programme national de lutte contre les maladies non transmissibles a été conçu la même année sur la base du plan d'action du Bureau régional. Son budget est désormais approuvé et le Gouvernement et les organisations non gouvernementales se sont entendus sur son suivi et sa mise en oeuvre. Une fondation pour la promotion de la santé a vu le jour. Elle est financée par une retenue de 2 % sur les taxes sur le tabac.

M. Colin SINDALL (Australie) dit que son pays approuve le projet de plan d'action régional et note sa similitude avec le plan d'action mondial. Il se félicite de l'importance attachée au renforcement des systèmes de santé, aspect essentiel pour lutter contre les maladies chroniques, en adoptant une approche plurisectorielle. Le plan devrait toutefois tenir compte de la diversité des contextes dans la Région. A cet égard, il serait peut-être utile d'y indiquer que les mesures peuvent être prises « s'il y a lieu », comme c'est le cas dans le plan mondial. Il convient avec le représentant des Etats-Unis d'Amérique que la prévention est prioritaire et doit être présentée comme un message clé. Il approuve l'importante modification proposée par le représentant de la Nouvelle-Zélande et il est de l'avis d'autres représentants concernant l'importance des interventions à un âge précoce. Il s'associe également aux observations du représentant de la Chine. Il remettra par écrit au Secrétariat plusieurs modifications mineures au document. Son pays a soutenu un certain nombre d'activités et il souhaite poursuivre sa collaboration avec l'OMS et le Secrétariat de la Communauté du Pacifique.

Mme PAUL (Iles Marshall) fait savoir que son pays approuve le projet de plan d'action régional présenté dans le document. En quelques années, les maladies non transmissibles sont devenues un problème de santé majeur dans son pays. Le Ministère de la Santé s'est fondé sur un modèle de soins de santé primaires conçu par l'unité « Health Disparities Collaboratives » du Département de la Santé et des services sociaux des Etats-Unis d'Amérique pour entreprendre une campagne de promotion de la santé centrée sur les maladies non transmissibles et de sensibilisation de la communauté aux mesures préventives, à la prise de médicaments et à l'alimentation. Le Ministère a aidé le Gouvernement à concevoir une réglementation pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Mme NGUYEN THI MINH CHAU (Viet Nam) que son pays dispose d'un comité directeur national pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Il continuera à appliquer son plan, en prenant les mesures nécessaires pour instaurer un programme national complet couvrant la lutte contre les facteurs de risque et la prise en charge des maladies et en se concentrant initialement sur l'organisation du programme. Il est prévu de fusionner le bureau des maladies non transmissibles avec celui de la lutte antitabac, et les bronchopneumopathies chroniques obstructives seront intégrées dans le programme. Le programme global contre les maladies non transmissibles sera alors restructuré en quatre éléments, comme le recommande l'OMS. Elle espère que l'OMS maintiendra son appui. De retour dans son pays, elle rendra compte au président du comité directeur des résultats de la cinquante-neuvième session du Comité régional et organisera des ateliers pour dresser un plan détaillé des activités futures.

Sur l'invitation du PRESIDENT, les représentants de Consumers International et de l'Agence internationale pour la prévention de la cécité présentent leurs déclarations.

Le DIRECTEUR, POUR DES COMMUNAUTES ET DES POPULATIONS EN BONNE SANTE, remercie les Etats Membres de leur contribution au projet de plan d'action régional. Les nombreuses réunions ont été productives. Les enquêtes STEPwise de l'OMS sur les maladies non transmissibles ont été achevées et

cinq rapports ont été publiés, d'autres sont en préparation. Un appui a été fourni à cinq pays pour l'élaboration de politiques et de programmes, et à d'autres encore pour l'application de directives cliniques, en particulier sur le diabète.

En ce qui concerne le renforcement des capacités, elle a été heureuse d'entendre s'exprimer des représentants diplômés du programme international de visiteurs Japon-OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles. On compte maintenant 74 diplômés pour les quatre cours organisés. Le Gouvernement japonais a exprimé sa volonté de poursuivre ce programme.

Lors du débat sur l'avant-projet de budget programme 2010-2011, plusieurs représentants ont soulevé la question des crédits alloués aux maladies non transmissibles et elle assure le Comité qu'il est prévu d'augmenter le financement pour les objectifs stratégiques 3 et 6. Les contributions volontaires à la lutte contre les maladies non transmissibles (qui représentaient seulement 40 % du budget alloué en 2006-2007) sont difficiles à mobiliser. On a ajusté les chiffres pour plusieurs objectifs stratégiques dans le projet de budget 2010-2011 pour qu'ils correspondent mieux au financement attendu.

Elle note qu'il a été fait mention à plusieurs reprises du cadre OMS de soins novateurs pour les affections chroniques, modèle de soins chroniques qui fait le lien entre le contexte politique, les organisations assurant des soins de santé et les communautés. Si elles sont motivées, bien informées et épaulées par des équipes de santé bien préparées, les communautés peuvent permettre d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires.

Elle assure le représentant des Etats-Unis d'Amérique que le plan d'action régional présenté dans le document est conçu pour appuyer le plan d'action dont est assortie la stratégie mondiale. Il ne s'agit pas d'une nouvelle stratégie. Des mesures régionales sont préconisées pour chacun des six objectifs du plan d'action mondial approuvé dans la résolution WHA61.14. Elles constituent ce que les Etats Membres estiment possible de réaliser. Des exemples de ce que sont parvenus à faire les pays sont donnés et l'expérience qu'ils ont acquise pourrait être publiée sous la forme d'un recueil de meilleures pratiques.

S'agissant de l'importance accordée à la prévention et à la responsabilité individuelle en matière de santé, elle précise que le document décrit l'enchaînement de causes sur lequel se basent les interventions. Il faut envisager d'agir sur les déterminants sous-jacents des maladies non transmissibles, qui se situent en grande partie en dehors du champ d'action du secteur de la santé. Le secteur de la santé doit jouer un rôle essentiel dans l'action de persuasion et collaborer avec les acteurs de secteurs plus directement concernés pour apporter des changements. Il est vain de se concentrer entièrement sur la responsabilité individuelle en l'absence de politique ou de cadre législatif propice.

On pourrait renforcer l'objectif stratégique 3 en y incluant le programme d'interventions « MPOWER » pour faciliter la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région.

En réponse à la remarque du représentant du Japon concernant l'importance de la santé mentale, elle se réfère au rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et au premier principe du plan d'action régional, celui des soins de santé centrés sur la personne.

Le plan d'action régional tient compte de la diversité des Etats Membres et reconnaît l'importance de la prévention, points soulevés par le représentant de l'Australie, et il préconise d'aborder la mise en oeuvre selon une approche progressive STEPwise, en tenant compte de facteurs comme le niveau de développement et les ressources disponibles. Les Etats Membres peuvent déterminer quelles activités mettre en oeuvre parmi celles proposées dans le plan.

Le SOUS-DIRECTEUR GENERAL, MALADIES NON TRANSMISSIBLES, Siège de l'OMS, remercie les Etats Membres de la Région de leur contribution à l'élaboration du plan d'action pour la stratégie mondiale et félicite la Région d'être la première à adapter ce plan tenant compte des particularités régionales. L'énorme charge des maladies non transmissibles et l'importance de leurs facteurs de risque et de leurs déterminants dans la Région réclament une action urgente et globale. L'OMS estime que la mortalité due à ces maladies aura atteint 17 % dans le monde dans 10 ans, mais c'est dans la Région du Pacifique occidental que la hausse sera la plus forte. Le Secrétariat collaborera avec les Etats Membres pour revoir les plans nationaux à la lumière des six objectifs de la stratégie mondiale. Le premier rapport sur les tendances de la lutte contre les maladies non transmissibles est prévu pour 2010 (objectif 6 du plan d'action). Un instrument de suivi est en cours d'élaboration, mais le Secrétariat aura besoin de l'aide des Etats Membres, notamment pour la collecte et l'analyse des données qui, en retour, faciliteront la surveillance.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est cruciale pour intensifier la prévention des maladies non transmissibles, et le Secrétariat est résolu à fournir un appui aux pays pour faciliter la mise en oeuvre de la Convention et à seconder le Secrétariat de la Convention, à l'occasion notamment de la deuxième session de l'organe intergouvernemental de négociation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac, qui aura lieu à Genève du 20 au 25 octobre 2008, et de la troisième session de la Conférence des Parties, qui se tiendra à Durban (Afrique du Sud) du 9 au 15 novembre 2008. Le programme d'interventions « MPOWER » constitue un ensemble de mesures éprouvées à appliquer au niveau des pays.

Il assure le représentant de Consumers International que la mise en oeuvre de la résolution WHA60.R3 a déjà commencé. Un projet de recommandations sur la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées auprès des enfants sera ébauché en 2009.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LA NUTRITION juge lui aussi nécessaire d'instaurer le plus tôt possible le dépistage et la prévention des maladies non transmissibles. Les écoles et les lieux de travail offrent un cadre important pour ce faire. Il faut également prévenir l'obésité et les carences en micronutriments en cours de grossesse.

Comment aider les gens à adopter un meilleur régime alimentaire ? On est en train d'adopter une méthode éprouvée contre les maladies non transmissibles et le tabagisme appelée COMBI (COMmunication for Behavioural Impact-Communication pour inciter aux changements de comportements), qui repose sur un changement par étapes.

Le Bureau régional collabore avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'UNICEF et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique en vue d'améliorer l'approvisionnement alimentaire des pays insulaires du Pacifique sur le plan de la sécurité et de la qualité, des carences en micronutriments et de la teneur des aliments en graisses et en sucre. Comme certaines femmes sont à la fois obèses et anémiées, ces deux problèmes doivent être traités ensemble.

En l'absence d'autres commentaires, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger une résolution dans ce sens qui sera examinée ultérieurement pendant la session.

2. ORIENTATIONS RELATIVES A LA CREATION DE CENTRES DU BUREAU REGIONAL
DANS LES PAYS : Point 16 de l'ordre du jour (document WPR/RC59/10)

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, explique que ce point a été inscrit à l'ordre du jour pour connaître l'opinion du Comité régional sur la création de centres techniques du Bureau régional dans les pays. La question a été évoquée antérieurement lors de discussions informelles avec les Etats Membres et l'absence de politique claire en la matière, tant au niveau mondial que dans la Région, a incité le Directeur régional à recommander au Président de l'inscrire à l'ordre du jour. Un centre technique du Bureau régional est un bureau chargé d'un programme particulier qui dépendait auparavant directement du Bureau régional. Un centre de ce type est régi par les mêmes règles et procédures que n'importe quel bureau de l'OMS.

Dans deux Régions de l'OMS, les Amériques et l'Europe, des centres OMS s'occupant de programmes normalement implantés dans les bureaux régionaux ont été créés dans les pays. En Europe, ces centres ont pour principal avantage d'attirer des ressources supplémentaires et des contributions volontaires en nature. Ils peuvent avoir pour inconvénient de séparer géographiquement un domaine programmatique prioritaire des autres unités du Bureau régional, limitant ainsi les possibilités d'interaction. En outre, leur viabilité peut poser un problème.

Dans ces deux régions, des centres techniques (appelés bureaux géographiquement dispersés) avaient au départ été mis en place sans qu'il y ait de politique claire. Par la suite, la politique concernant ces centres a fait l'objet de débats dans les comités régionaux respectifs. Dans le cas du Bureau régional des Amériques / Organisation Pan-Américaine de la Santé, le Directeur, Gestion des programmes, a cru comprendre que la question avait été débattue depuis les années 1960 et que de nombreux problèmes liés à la gouvernance, au mandat technique, au financement et au soutien accordé aux pays restaient sans solution. Les Organes Directeurs ont également encouragé le Directeur régional à transférer les centres techniques sous l'autorité des gouvernements qui les accueillent. Dans la Région européenne, une politique a été adoptée par le Comité régional en 2004. Par la suite, toute proposition de création d'un nouveau centre devait être examinée par la Commission permanente du Comité régional.

Le document WPR/RC59/10 donne un aperçu général de la présence de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental, où il y a actuellement 14 bureaux de pays en plus du Bureau régional. Il y a également 194 centres collaborateurs qui soutiennent le travail de l'Organisation. Auparavant, il existait un centre de l'environnement en Malaisie, appelé le Centre du Pacifique occidental pour la promotion de la planification environnementale et les études appliquées (PEPAS), et une équipe interpays pour le paludisme à l'Institut de recherche médicale. Ces deux centres ont été fermés, en grande partie à cause de difficultés financières et d'une restructuration du programme.

Le Comité régional est invité à faire part de ses observations.

Le Dr CHOI (République de Corée) constate que les pays de la Région connaissent une évolution socio-économique rapide qui a amené dans son sillage toute une série de problèmes sanitaires et environnementaux. En outre, le changement climatique menace la santé. Son Gouvernement estime qu'il faudrait créer dans

la Région un centre de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies associées et approuve vigoureusement l'idée d'un tel centre pour renforcer les capacités affectées à la salubrité de l'environnement. La République de Corée va accueillir le deuxième Forum Ministériel régional sur l'environnement et la santé en 2010. Afin de déterminer si la création d'un tel centre technique est faisable, son pays est prêt à participer aux activités du sous-comité des programmes et de la coopération technique.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que le document renferme peu d'informations et demande au Bureau régional d'en fournir davantage. Son pays coopère étroitement avec le Secrétariat et le Bureau régional et abrite 69 centres collaborateurs. Les bureaux de l'OMS assurent la coordination et l'organisation, et le travail technique est pris en charge par les centres collaborateurs, les instituts universitaires, ou les organismes techniques, de manière à mettre à profit leurs compétences à peu de frais. Le document mentionne des expériences variées et des opinions divergentes concernant les centres des Bureaux régionaux dans ces deux régions de l'OMS. Etant donné que l'OMS réduit le nombre des centres collaborateurs, la prudence est de rigueur lorsqu'on envisage la création d'autres centres. Le Dr Ren Minghui n'approuve la création d'un groupe de travail pour les situations d'urgence.

Le Dr SHIMIZU (Japon) reconnaît les nombreuses contributions des centres collaborateurs de l'OMS aux activités de l'Organisation. Néanmoins, des améliorations pourraient s'en suivre si le rôle de ces centres, leurs plans d'action et leurs rapports avec les activités de l'OMS, étaient examinés et évalués. Les bureaux géographiquement dispersés présentent des avantages et des inconvénients ; la nécessité de disposer de tels bureaux et la faisabilité de leur mise en place doivent être examinées soigneusement.

Mme BENNET (Australie) reconnaît que les Philippines ont été un excellent pays d'accueil pour le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental depuis des années. Les Etats Membres attendent une gestion financière saine et une bonne utilisation des deniers publics et le bureau de Manille continue de satisfaire à ces critères.

Le Sous-comité des programmes et de la coopération technique doit être rétabli afin d'examiner la question de la création des centres du bureau régional et d'en faire rapport au Comité régional lors de sa soixantième session.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) fait remarquer que son pays a un recul de 60 ans de l'utilisation des centres dans la Région des Amériques, dont chacun a sa propre histoire. L'Organisation Panaméricaine de la Santé a un budget fixé séparément et les centres ont pu bénéficier du financement et des installations des gouvernements hôtes, une partie du financement provenant du budget de l'OPS, même si la tendance est actuellement de retirer les centres du budget fixé de l'OPS. L'absence d'effets positifs nets, ou les preuves d'une duplication des efforts a conduit à plusieurs fermetures récemment, alors que d'autres centres ont eu de bons résultats et ont été bien soutenus par les pays impliqués. Ces centres sont régulièrement évalués par les organes directeurs de l'OPS. La Région du Pacifique occidental pourrait faire appel aux nouvelles pratiques commerciales et aux partenariats pour atteindre ses objectifs de santé et aux nouvelles technologies pour rassembler et analyser les données de façon à promouvoir de meilleures pratiques. La question est la suivante : Quelle est la meilleure manière d'atteindre les objectifs ? A cet égard, la création de ces centres devrait être considérée comme un dernier recours, surtout compte tenu des informations venues d'Europe sur le coût initial et le coût de fonctionnement de ces centres régionaux pour le gouvernement d'accueil.

Le Dr TANGI (Tonga) dit qu'à la suite des remarques formulées par le représentant des Etats-Unis d'Amérique, il partage les vues des représentants de l'Australie, de la Chine et du Japon, puisque les solutions ne sont pas clairement visibles dans le document et qu'il y a des questions de coût qui doivent être étudiées plus attentivement avant de pouvoir prendre une décision éclairée.

Le Dr VILLAVERDE (Philippines) prend note de ce que, même dans la région où la pratique existe, il y a une absence de consensus. Les inconvénients potentiels sont la séparation physique avec les interactions limitées que cela suppose entre les membres du personnel ordinaire ; la durabilité du financement, avec des coûts administratifs et des transactions supplémentaires ; et un certain écart par rapport aux priorités techniques du Bureau régional.

Mme ROCHE (Nouvelle-Zélande) convient de la nécessité de disposer de davantage d'informations et propose que tout nouveau développement prenne en compte le programme de réforme des Nations Unies et la notion de « unis dans l'action ». A cet égard, les résultats du projet pilote mené au Viet Nam devront être examinés.

Mme GIDLOW (Samoa) reprend à son compte les préoccupations des Etats Membres, mais soutient la proposition de rétablissement du sous-comité des programmes et de la coopération technique.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, remercie les représentants et constate le consensus. La République de Corée est remerciée pour son offre de soutien à l'OMS dans la création d'un centre pour la salubrité de l'environnement, et tout particulièrement l'accent qu'il met sur le changement climatique. Néanmoins, la question d'un centre OMS en dehors du Bureau régional est une question d'ordre politique à propos de laquelle le Directeur régional s'exprimera.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie également la délégation de la République de Corée et note que sa proposition est une question d'ordre politique et que la décision revient au Comité régional. Il y a la solution des sous-comités, qui est l'organisme opérationnel mandaté par le Comité régional pour évoquer ces questions. Etant donné que les Etats Membres sont intéressés mais ont un avis réservé sur la question, il propose la création d'un sous-comité. On en avait créé un en 1985, qui avait ensuite été dissout en 1998, qui ne se réunissait que lorsque c'était nécessaire. En 2001, lorsque le mandat de ses membres est venu à expiration, il a été décidé que l'on ne nommerait de nouveaux membres que lorsqu'une tâche particulière serait en vue. Si le Comité régional le souhaite, le Secrétariat apportera son aide à ce processus. Il convient de décider de la composition des membres du sous-comité, peut-être à l'occasion de la consultation informelle qui doit avoir lieu plus tard dans la journée. Les Etats Membres souhaitant prendre part à la question doivent, de ce fait, se faire connaître. Ce sous-comité pourrait ensuite travailler sur le sujet.

Le PRESIDENT demande si les Etats Membres soutiendraient une résolution visant à réactiver le sous-comité des programmes et de la coopération technique.

Le Dr REN (Chine) demande si le Secrétariat pourrait apporter des éclaircissements sur les responsabilités de ce sous-comité. Il demande quels sont les modes de consultation, si ce sous-comité est bien nécessaire, et s'il y a un financement pour le faire fonctionner.

Mme BENNET (Australie) reprend à son compte ces questions bien qu'elle s'avoue prête à proposer une résolution.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, dit que le Sous-comité sur les programmes et la coopération technique a été constitué en 1985 en fusionnant deux comités antérieurs. En 1988, il était composé de huit membres qui examinaient les domaines du programme des Etats Membres et rendaient compte au Comité régional. Seuls quatre membres se rendaient une fois par mois dans un pays et les membres avaient un mandat de trois ans. En 1998, le Comité régional a décidé que ce sous-comité ne se réunirait que lorsqu'on lui confierait une tâche particulière. En 2001, le Comité régional a décidé que les membres ne devaient être désignés que lorsqu'une tâche était à entreprendre. Auparavant, la composition des membres se décidait au cours de la réunion. Si l'on rétablissait le sous-comité, cela entraînerait des coûts qui devraient être couverts par l'allocation du Comité régional.

Mme BENNET (Australie) propose qu'en l'absence de tout autre dispositif, le Sous-comité soit rétabli.

Le Dr TANGI (Tonga) approuve son rétablissement, mais demande davantage d'informations avant même que l'on forme un sous-comité. Il n'est pas nécessaire de vérifier les coûts puisque cette information peut être obtenue par d'autres sources. L'adoption d'une résolution devrait comprendre les données financières. Dans l'intervalle, le rassemblement des informations par le Secrétariat, moins coûteux, doit se poursuivre.

Mme GIDLOW (Samoa) se range à l'avis du représentant de l'Australie.

Le Dr REN (Chine) dit que si aucun autre sous-comité ne peut effectuer le travail, alors il faut rétablir le sous-comité des programmes et de la coopération technique, mais plutôt que de procéder à des visites dans les pays, celui-ci devrait analyser les informations provenant d'autres régions.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) demande si la réactivation de l'ancien Sous-comité des programmes et de la coopération technique est une façon d'aller de l'avant, plutôt que d'en constituer un nouveau par des procédures différentes.

LE DIRECTEUR REGIONAL, en réponse aux observations des représentants des Etats-Unis d'Amérique, des Tonga et de la Chine, précise la réponse du Secrétariat. Le but de l'ancien Sous-comité des programmes et de la coopération technique était de rendre visite aux pays. Si un nouveau sous-comité devait ne pas se rendre dans les pays, mais rassembler des informations, ce n'est pas un problème. Il faut avant tout davantage d'informations. Les Etats Membres pourraient alors créer un sous-comité pour rassembler des informations et présenter des options au Comité régional.

Le PRESIDENT demande à nouveau ce qu'un sous-comité serait en mesure de faire que le Secrétariat ne puisse faire. Les analyses de coût-avantage, le budget et les études de faisabilité peuvent être effectués par le Secrétariat à partir des données fournies par les pays.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, dit que le coût d'un sous-comité de quatre membres serait de 20 000 USD par réunion. Si le Comité régional approuvait sa création, ce serait alors avec un mandat précis et ce sous-comité serait dissous une fois ses tâches accomplies. La question a été évoquée au Secrétariat, qui a son propre point de vue, mais la décision revient au Comité régional.

Le PRESIDENT répète sa question. Il pense que le Secrétariat pourrait tout aussi bien faire le travail et présenter des options. Il ne voit aucune raison impérieuse de créer un sous-comité.

Le Dr MALAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) approuve le Président et propose donc que le Secrétariat examine la question en détail et présente les différentes options au Comité régional lors de sa prochaine session.

Le Dr REN (Chine) approuve cette motion.

Le PRESIDENT dit qu'il est proposé de renvoyer la question au Secrétariat.

3. LE PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA DENGUE DANS LA REGION ASIE-PACIFIQUE : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC59/8)

Le DIRECTEUR PAR INTERIM, LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES, en introduisant le point 14 de l'ordre du jour, dit que la dengue est devenue un problème de santé publique majeur de portée internationale. Sa répartition géographique s'est considérablement étendue au cours des trois dernières décennies et la Région a été le théâtre de plusieurs épidémies de dengue entre 1991 et 2008, dont certaines très graves. Les activités humaines, les changements démographiques et la croissance rapide des zones urbaines ont créé de nouvelles possibilités pour le vecteur de se multiplier. Plus récemment, l'évolution constatée dans les phénomènes météorologiques et dans les populations humaines figurent parmi les principaux facteurs favorisant l'expansion de l'habitat d'*Aedes aegypti*, le principal vecteur de la dengue.

Malheureusement, la dengue est une maladie négligée dans certains pays, et n'attire l'attention qu'aux cours des épidémies, lorsqu'il est presque toujours trop tard pour agir efficacement. En outre, les programmes de lutte contre la dengue sont régulièrement confrontés à des pénuries de ressources humaines et financières, durant et entre les épidémies.

Un nouveau plan stratégique birégional de lutte contre la dengue a été élaboré avec la participation active des Etats Membres, des Bureaux régionaux du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est et d'experts éminents dans ce domaine. Le cadre logique du plan birégional exige la définition d'indicateurs pour surveiller les composantes essentielles de la stratégie intégrée et prévoit un instrument pour mobiliser des ressources financières.

Le plan stratégique de lutte contre la dengue dans la région Asie-Pacifique (2008-2015) recommande des mesures concrètes pour réduire le taux de létalité de cette maladie, tout en fournissant des indications solides sur la gestion environnementale du développement urbain et la lutte antivectorielle. Il invite également les Etats Membres à appeler à leurs populations à reconnaître un cas de dengue et à rechercher rapidement une aide médicale. Le plan préconise également d'améliorer la surveillance et la notification des données, en permettant aux professionnels de la santé publique d'analyser les tendances et d'améliorer la préparation en vue de riposter aux épidémies. Il convient d'explorer les possibilités d'inclusion des activités de lutte contre la dengue dans des initiatives existantes de santé publique. Le Règlement Sanitaire International (2005) pourrait servir d'instrument pour renforcer les capacités au service de cette composante essentielle.

Le Comité régional est encouragé à approuver le plan stratégique de lutte contre la dengue dans la région Asie-Pacifique (2008-2015), une mesure essentielle qui adresserait un message important à la communauté internationale concernant les préoccupations et l'engagement des Etats Membres de la Région en faveur d'une approche plus complète de la lutte contre la dengue.

Le Dr WAQATAKIREWA (Iles Fidji) approuve le plan stratégique et remarque avec intérêt qu'il utilise la méthode du cadre logique. La dengue est effectivement une maladie négligée, malgré tous les efforts des Fidji pour remédier à cet état de fait. Le pays est actuellement confronté à une flambée majeure de dengue et a enregistré plus de 1000 cas au cours des trois semaines précédentes, essentiellement dans deux zones urbaines. La localisation de la maladie dans les villes suggère que sa propagation peut se faire par les foyers de reproduction vectorielle résultant du développement urbain mal planifié, du manque de réservoirs d'eau, des mauvaises conditions d'assainissement et d'une gestion des déchets défectueuse. Avant la flambée aux îles Fidji, la maladie était déclarée dans d'autres pays insulaires du Pacifique, indiquant qu'il fallait agir à l'échelle internationale pour endiguer sa propagation. Le Règlement sanitaire international (2005) peut être utile à cet égard.

Au cours de la flambée qui sévit actuellement aux Fidji, les cliniciens ont notifié les cas de façon tardive et il faut remercier le bureau de l'OMS à Suva pour son soutien dans ce domaine. De plus, les procédures de confirmation par les laboratoires ont été lentes. La définition des cas de dengue n'est pas bien comprise des cliniciens et les activités d'élimination des vecteurs ont pris du retard. L'intégration de ces activités et d'autres mesures essentielles dans le plan stratégique de lutte contre la dengue seraient donc particulièrement bienvenues. Les Fidji collaboreront avec l'OMS à la mise en oeuvre du plan stratégique de lutte contre la dengue et approuvent l'ajout de la dengue dans la liste des maladies qu'il convient de notifier dans les délais impartis selon la loi de santé publique.

Le Dr GRANGEON (France) adhère au plan stratégique de lutte contre la dengue pour la région Asie-Pacifique (2008-2015) qui répond à un problème majeur de santé publique. Plusieurs décès dus à la dengue ont été enregistrés depuis l'apparition de la maladie en 2008 dans les Territoires français de la Région et les programmes de lutte contre la dengue ont de ce fait été considérés comme prioritaires. Sensibiliser davantage le public à la maladie, notamment par des communiqués de presse réguliers et la désignation d'une journée annuelle de la dengue et des journées d'information sur la dengue pendant les flambées, sont quelques-unes des mesures qui ont été prises. De plus, une procédure d'évaluation du risque d'épidémie est en cours d'élaboration, avec l'aide des instituts français de recherche. Certains critères sont pris en compte, comme le nombre de cas, le sérotype, l'ampleur régionale de l'épidémie, les conditions météorologiques et la surveillance entomologique. Un réseau efficace de surveillance a été créé qui s'appuie sur la détection précoce des cas par des médecins bien formés et sur la confirmation rapide obtenue par la technique de l'amplification génique (recherche de l'antigène NS1), permettant ainsi la mise en place d'interventions autour des foyers d'infections dans un délai de 24 heures, pour circonscrire la flambée. Lorsque des épidémies régionales sont notifiées, on procède alors à des contrôles de température par caméras thermiques sur les passagers arrivés par des vols internationaux. En 2007, cette initiative a empêché l'introduction du virus de la dengue en Nouvelle-Calédonie grâce à la détection de 60 % des cas importés et a permis de sensibiliser d'autres voyageurs dès leur arrivée. Ces mesures qui peuvent être mises en place avec peu de ressources, thermomètres à infrarouges ou auriculaires par exemple, peuvent contribuer notablement à la détection de la dengue et d'autres maladies comme la grippe aviaire, en particulier dans les pays insulaires.

Compte tenu de la présence de nombreux vecteurs capables de transmettre les arbovirus et autres virus pathogènes plus graves comme le virus de la fièvre jaune, le plan stratégique de lutte contre la dengue devrait se révéler une excellente mesure pilote et pourra servir de modèle dans d'autres circonstances et favoriser la mobilisation des ressources, pour les centres de laboratoires par exemple. Une politique commune favorisera

le partage des résultats de la recherche entre Etats Membres, par exemple sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés à la dengue, cet aspect pouvant être ajouté comme le huitième résultat escompté du plan stratégique de lutte contre la dengue.

Mme Noriko TOUYAMA (Japon) accueille favorablement la préparation du plan stratégique qui permettra la mise en place par anticipation de mesures de lutte contre la dengue. Considérant les conclusions du quatrième rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (impacts, adaptation et vulnérabilité), publié en avril 2007, il est important de reconnaître que des flambées saisonnières de dengue pourraient devenir moins évidentes par suite de modifications dans les habitats du vecteur de la dengue. Le plan stratégique est exhaustif et demandera donc une mise en oeuvre plurisectorielle. Le Bureau régional continuera de jouer un rôle moteur dans la lutte contre la dengue.

Le Dr NGUYEN HUY NGA (Viet Nam) rappelle que des épidémies de dengue et de dengue hémorragique ont tout d'abord été signalées au Viet Nam en 1959. Elles sont actuellement un problème majeur de santé publique, avec en moyenne 75 000 cas et 100 décès enregistrés chaque année. L'incidence de cette maladie est plus forte dans le delta du Mékong et sur la côte centrale, où l'usage courant de réservoirs d'eau a entraîné de fortes densités d'*Aedes aegypti*, le moustique vecteur de la dengue. Comme partout ailleurs, les mesures de lutte consistaient par le passé à pulvériser de très faibles volumes d'insecticide pour tuer les moustiques pendant les flambées. Mais cette mesure était souvent prise trop tard pour endiguer la transmission du virus. D'autres mesures ont été expérimentées comme la pose de couvercles sur les réservoirs d'eau ou l'introduction de poissons dans les citernes mais elles se sont révélées inefficaces à long terme.

Depuis 1999, le programme national de lutte contre la dengue a élaboré une stratégie active de lutte contre les moustiques comprenant : une approche à la fois verticale et horizontale fondée sur le développement communautaire, le classement par ordre de priorité des mesures de lutte selon la capacité de production des larves dans les principaux types d'habitat, l'utilisation de prédateurs, poissons et copépodes, comme agents biologiques de destruction et enfin la mise en place de mesures de lutte par des volontaires de la santé, par les écoles et le public. Ce programme a permis de réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues à la dengue. Malgré cela, les flambées de dengue se sont poursuivies, en particulier dans les provinces du sud. Ainsi, de janvier à septembre 2008, on a enregistré 50 000 cas et 50 décès. Les ressources humaines et financières limitées, le développement urbain incontrôlé, les mouvements de populations, les habitudes de stockage de l'eau dans des citernes installées dans les maisons et à proximité, les réseaux d'adduction d'eau inadaptés et l'absence de toute volonté politique des autorités sont les facteurs qui ont contribué à cette situation. Il est indispensable que le programme de lutte puisse bénéficier d'un soutien plus important de la communauté internationale, des gouvernements et des communautés.

Le Viet Nam approuve le plan stratégique de lutte contre la dengue et espère resserrer sa coopération avec l'OMS dans cette lutte dans la Région.

Le Dr RAHMAH SAID (Brunéi Darussalam) dit que, comme d'autres pays, le Brunéi Darussalam a enregistré ces dernières années des flambées de dengue plus fréquentes et une enquête épidémiologique réalisée en 2006 a indiqué que la maladie était endémique. Depuis 2003, les cas de dengue doivent être notifiés. Chaque cas est étudié de façon rigoureuse, notamment par un dépistage sérologique des contacts immédiats pour confirmer la propagation. Une enquête entomologique a été réalisée simultanément, et a été suivie par des activités de réduction des vecteurs, notamment par des actions environnementales et par la

sensibilisation du public. De plus, les individus ayant fourni des échantillons pour analyse de laboratoire et qui présentaient un nombre réduit de plaquettes ont fait l'objet d'un dépistage sérologique.

Le Brunéi Darussalam approuve l'attention accordée à la maladie par le Bureau régional et adhère au plan stratégique de lutte contre la dengue. L'aide de l'OMS serait appréciée dans certains domaines : renforcement des capacités, collaboration dans la recherche et échange des informations sur la dengue.

Le Dr BAI (Chine) félicite le Bureau régional pour son analyse de la situation. Les mesures de lutte contre la dengue prises par la Chine ces dernières années ont bénéficié d'une augmentation annuelle de la part du budget qui leur est attribuée, de la création d'un réseau national de surveillance de la dengue, d'une nouvelle définition des cas, de meilleures procédures d'analyse, de la normalisation des protocoles thérapeutiques, de l'instauration de programmes de formation, de l'élaboration de normes de travail pour garantir des recherches scientifiques rigoureuses, de l'implication des communautés dans les activités de lutte et dans les interventions en cas de flambées, et d'une coopération internationale, notamment par la notification à l'OMS des cas de flambées. Tout en déclarant approuver le plan stratégique de lutte contre la dengue, il suggère que l'OMS continue d'apporter un soutien technique et financier aux pays en développement supportant une forte prévalence de la dengue, qu'elle établisse et améliore les procédures de notification et favorise l'échange d'informations entre Etats Membres.

Mme TEO (Singapour) approuve le plan stratégique de lutte contre la dengue qui a d'abord fait l'objet de discussions en Thaïlande en mars 2006 puis a été révisé et parachevé à Singapour en mai 2008. La dengue ne doit plus être une maladie négligée puisque la Région supporte 70 % de la charge de morbidité mondiale et que le nombre de cas est en augmentation. Faute d'un vaccin contre la dengue et d'un médicament pour traiter cette maladie, la lutte antivectorielle revêt une importance capitale et doit bénéficier d'un financement satisfaisant. Il est donc grand temps pour l'OMS d'apporter une aide pour développer la surveillance et la lutte antivectorielle. Les pays doivent collaborer à une approche stratégique commune de lutte contre la maladie, tout en préparant leurs plans nationaux. L'émergence du chikungunya, transmis par le même vecteur, vient confirmer l'importance d'une telle action.

Singapour se tient prête à collaborer avec l'OMS pour favoriser l'échange d'informations sur la dengue et les mesures de lutte. Elle organise conjointement avec l'OMS le premier atelier régional sur la dengue en 2009 auquel tous les Etats Membres sont invités à participer. Cet atelier assurera une formation sur la surveillance factuelle de la dengue et sur les mesures de lutte pour assurer l'allocation judicieuse de ressources et la définition d'objectifs vers lesquels les efforts de lutte devront tendre.

M. TARIVONDA (Vanuatu) approuve sans réserve le plan stratégique, le considérant comme une étape importante, arrivant à point nommé, de la lutte contre l'incidence croissante de la dengue dans la Région, et qui découle en partie du changement climatique. Le plan stratégique aidera les Etats Membres à améliorer leur préparation aux flambées et leurs actions lorsqu'elles se produiront, à élaborer des plans nationaux de prévention et de lutte et, parallèlement à la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, à remplir certaines de leurs obligations stipulées dans le Règlement sanitaire international (2005) qui a eu un impact significatif sur la façon dont les Etats Membres se préparent et réagissent aux flambées de dengue.

Son pays a échappé aux récentes flambées de dengue dans la Région. Toutefois, bien que la dengue ne soit pas endémique au Vanuatu, le moustique *Aedes pullule* dans les zones rurales et urbaines et les flambées tendent à survenir. Ces flambées ont un impact majeur sur la prestation des services de santé, du fait des ressources humaines et financières limitées. Il est important de prévoir les flambées à l'avance dans la mesure où la réaction à de telles maladies lorsqu'elles sont déjà déclarées limite les chances d'obtenir des résultats satisfaisants. Il loue le travail accompli par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, au travers du réseau océanien de surveillance de la santé publique, pour notifier les maladies à tendance épidémique aux îles du Pacifique et pour les aider à renforcer leurs moyens d'action. Au niveau national, le Vanuatu est tributaire du système de surveillance de la dengue et d'alerte précoce en cas de flambée pour signaler l'imminence de flambées.

M. VILLAVERDE (Philippines) approuve le plan stratégique de lutte contre la dengue qui appelle à un changement de perception de la dengue, perception selon laquelle il ne faut intervenir qu'en cas de flambées. La persistance de ces flambées reflète bien un échec de l'intervention du système de santé.

Les Philippines intensifient actuellement leurs actions pour maîtriser la dengue par un ensemble de mesures destinées à améliorer le système de prise en charge des cas et à intégrer la lutte antivectorielle. Des mesures sont également prises pour améliorer la prestation des services. On s'emploie notamment à user de méthodes de signalement des cas d'infection plus efficaces, à augmenter les ressources et à rationaliser leur affectation, à accroître la mobilisation sociale et les efforts de communication, à intensifier les ripostes en cas de flambées, et, enfin, à instituer des programmes de recherche novateurs. Les Philippines se félicitent de l'occasion de participer à la rédaction du cadre logique du plan stratégique de lutte contre la dengue, qui a été incorporé dans le plan opérationnel national de lutte contre la dengue de 2009.

Les Etats Membres de la Région devraient être encouragés à collaborer davantage pour instaurer une solidarité régionale dirigée vers la réduction de la charge de la dengue, établir l'habitude de fonder les interventions sur des décisions éclairées par des données factuelles, favoriser la recherche de vaccins, améliorer le diagnostic et le traitement et donner aux foyers et aux collectivités touchés par l'infection la possibilité de participer aux activités de surveillance.

M. ZIBE (Papouasie-Nouvelle-Guinée) informe que son pays s'emploie avec détermination à appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et à renforcer ses systèmes de surveillance de la maladie. Toutefois, la détection rapide des flambées de dengue repose sur une capacité et un système de surveillance dont le pays ne dispose pas à l'heure actuelle. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a une frontière commune avec l'Indonésie qui fait partie de la Région de l'Asie du Sud-Est. Il serait bon que les deux bureaux, celui de l'Asie du Sud-Est et celui du Pacifique occidental, prennent des dispositions spéciales pour apporter un soutien technique aux pays dans les activités transfrontalières. Son pays continue d'intégrer les activités nationales dans les programmes de lutte contre de la maladie et de surveillance et espère pouvoir participer pleinement à la mise en oeuvre du Plan stratégique de lutte contre la dengue.

Le Dr KUARTEI (Palaos) indique que des flambées cycliques de dengue ont été signalées dans son pays depuis les années 1940 jusqu'à mai 2007; depuis cette date, la déclaration des cas est mensuelle. Des rapports empiriques laissent penser que l'augmentation de la pluviométrie a contribué à la transformation de la dengue en maladie endémique aux Palaos. Un système électronique national de surveillance de l'infection permet au pays de suivre de près l'apparition de maladies à déclaration obligatoire. Néanmoins, il s'avère

difficile de mobiliser les communautés pour les faire participer à la destruction des sites de reproduction des moustiques. Il remercie les Etats-Unis d'Amérique qui ont aidé son pays à effectuer des analyses sanguines et à identifier des sérotypes, et il exprime son soutien sans réserve à l'amélioration de l'accès aux laboratoires nationaux et aux laboratoires de référence.

L'étude du changement climatique joue un rôle important dans les efforts faits pour comprendre les modifications des phénomènes météorologiques et l'aggravation qui en résulte dans la charge de morbidité liée à la dengue dans la Région. Il faudrait se renseigner sur l'application de techniques modernes, tel le système mondial de géolocalisation, pour suivre l'évolution des maladies à transmission vectorielle. Une définition plus large de l'environnement aiderait les communautés à mettre en place des environnements plus sains et contribuerait à réduire l'incidence de la dengue dans la Région. Il demande à l'OMS d'aider à définir une stratégie apte à faire front aux maladies transmissibles et non transmissibles et de placer la surveillance de la dengue au centre du programme pour la salubrité de l'environnement, lorsque la surveillance s'exerce à l'aune d'indicateurs liés à la présence de vecteurs.

M. VILLAGOMEZ (Etats-Unis d'Amérique) approuve le Plan stratégique et félicite les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est pour la collaboration dont elles font preuve pour affronter la menace croissante de la dengue. Son pays s'emploie à agir, tant à l'échelle internationale que multilatérale, pour prévenir une épidémie de dengue et de dengue hémorragique, mais il fait valoir que les Etats Membres devraient plutôt fixer des priorités fondées sur des preuves épidémiologiques et les variables spécifiques aux pays. Il fait observer que le Plan stratégique ne fait pas de différence entre une situation endémique et une situation hyperendémique, ni, non plus, entre des pays pourvus d'une population nombreuse et de petits pays insulaires. Le rôle de l'OMS est de fournir une assistance technique aux Etats Membres fondée sur les priorités sanitaires nationales établies. Il invite instamment l'Organisation à revoir les stratégies et outils actuellement employés pour alléger la charge de la dengue dans la Région, et il encourage les Etats Membres à utiliser le réseau DengueNet, réseau du système de surveillance mondiale de l'OMS appliqué à la dengue et à la dengue hémorragique, qui a été conçu pour améliorer la prévention par la surveillance. Il demande également à l'OMS de veiller à ce que les futurs rapports concernant la dengue fassent état des cas en les ventilant par sous-type, afin de donner une idée plus précise de l'évolution des taux d'infection. Il rappelle aux Etats Membres la responsabilité qui leur échoit au titre du Règlement sanitaire international (2005) qui prescrit de signaler les flambées de dengue en temps opportun et de manière transparente.

Le Dr KWON Jun Wook (République de Corée) émet l'avis qu'il faut s'attendre à ce que le réchauffement de la planète étende la prolifération géographique des vecteurs de la dengue et multiplie les flambées de dengue. Si la dengue n'est pas encore endémique en certaines parties de la Région du Pacifique occidental, l'augmentation constante du nombre de cas déclarés et les effets du changement climatique laissent craindre que l'épidémie ne finisse par s'étendre à toute la Région. Le Bureau régional devrait établir l'infrastructure régionale adéquate pour la surveillance des vecteurs et la surveillance clinique, et la communication d'informations sur l'évolution de la distribution des vecteurs et des cas devrait être encouragée.

Le Dr Rose MUDIN (Malaisie) dit que le plan stratégique de son pays contre la dengue, fondé sur les recommandations émises à l'issue d'une réunion d'étude du Plan stratégique de lutte contre la dengue dans la région Asie-Pacifique, organisée à Singapour en mai 2008, fournit un cadre général de lutte contre la dengue et de prévention sur la période 2009–2013, qui prévoit des consultations plurisectorielles et la coordination

de toutes les parties prenantes. La Malaisie approuve le Plan stratégique en soulignant l'importance des objectifs spécifiques. Son pays a déjà adopté les six domaines d'intervention et la mise en oeuvre du plan stratégique national est un pas en avant vers le renforcement des infrastructures et des capacités. Les résultats d'une enquête effectuée en Malaisie ont montré que plus de 80 % des répondants savaient que la dengue se transmet et que c'est le moustique Aèdes qui est le vecteur de cette transmission. Cependant, seulement 34 % connaissaient leurs sites de reproduction. Cette ignorance a entraîné l'échec d'une campagne de prévention et a contribué à perpétuer la forte incidence de la dengue. En 2000, la Malaisie a mis en oeuvre un programme visant à mieux informer les communautés et à les faire participer aux actions de prévention de la dengue. Cette action a eu pour effet de maintenir au même niveau le nombre de nouveaux cas d'infection sinon à le diminuer.

Elle attire l'attention des Etats Membres sur l'extension de la transmission du chikungunya dans son pays, maladie également transmise par le moustique Aèdes, et elle demande aux pays connaissant le même problème d'indiquer comment ils parviennent à faire obstacle à l'épidémie. Elle demande également à l'OMS de donner son avis et de prêter son secours en la matière.

La séance est levée à 17 h 00.