

PROCES-VERBAL DE LA QUATRIEME SEANCE

Salle de conférences du Bureau régional, Manille
mardi, 15 septembre 1998 à 14h00

PRESIDENTE : Dr Margaret CHAN (Hong Kong, Chine)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Budget programme (suite)	134
1.1 Projet de budget programme : 2000-2001	134
2. Rapport annuel sur les maladies sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le SIDA	137
3. Expression de gratitude au Dr S.T. Han	146
4. Eradication de la poliomyélite dans la Région : Rapport d'activité	147

1. BUDGET PROGRAMME : Point 9 de l'ordre du jour (suite de la troisième session paragraphe 1)

1.1 Projet de budget programme : 2000-2001 (suite) : Point 9.2 de l'ordre du jour (Document WPR/RC49/5)

Se référant à une question antérieure à propos du budget programme, le DIRECTEUR REGIONAL explique que certaines délégations ont posé des questions par écrit avant la session et que d'autres avaient demandé des explications informelles. Il estime que cette façon de procéder est parfaitement acceptable et que le Comité n'est pas lié à un système formel qui exige l'application d'une procédure plus compliquée.

A une question concernant la légère augmentation de l'allocation au Comité régional, il répond qu'elle tient compte d'augmentations minimales régulières, pour les frais de voyages aériens par exemple. Il signale qu'il est prévu de parler de la question des visites dans les pays plus tard dans la semaine.

M. KANEKO (Japon) dit que certains domaines ont reçu des allocations revues à la baisse malgré la priorité accrue que leur reconnaît le Directeur général.

Pour éviter des discussions longues et inutiles, il propose qu'on envisage un nouveau mécanisme par lequel un certain pourcentage du budget des pays, 10 % ou 20 % par exemple, serait mis en réserve afin de soutenir des priorités régionales et mondiales.

Il déclare que les informations relatives aux objectifs, aux cibles et à la situation régionale seraient peut-être plus claires si les évolutions par rapport aux périodes précédentes étaient illustrées par des graphiques et des tableaux appropriés.

Le Dr FERNANDEZ (Philippines), prenant note des difficultés résultant de la récession économique, de l'inflation et des mouvements sur les taux de change, apprécie beaucoup la flexibilité dont le Bureau régional a fait preuve en procédant à des ajustements sur le projet de budget et fait l'éloge de l'approche intégrée multisectorielle. Elle approuve le maintien du niveau de financement proposé. Elle est en plein accord avec la révision des allocations en faveur de la lutte contre les maladies transmissibles conformément aux intentions annoncées par le Directeur général et elle en

apprécie la transparence. Elle propose que chaque pays soumette un rapport d'utilisation des fonds, trimestriellement ou annuellement en adoptant un format commun.

Le Directeur régional comprend la proposition du représentant du Japon concernant l'allocation d'un pourcentage du budget des pays aux priorités mondiales et régionales, mais il serait peut-être plus pratique de l'appliquer aux programmes interpays. Il estime qu'il serait préférable qu'une telle initiative vienne du Directeur général. Une proposition en ce sens sera adressée au groupe de travail.

M. KANEKO (Japon) demande si un représentant du Japon pourrait assister à la réunion du groupe de travail.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond qu'il n'a pas entendu dire que les Etats Membres seraient impliqués mais il fera une suggestion dans ce sens au groupe de travail.

La PRESIDENTE demande s'il y a des questions ou des commentaires spécifiques sur le projet de budget programme, grande rubrique par grande rubrique.

1. Organes directeurs

Pas de commentaires.

2. Politique et gestion sanitaire

Pas de commentaires.

3. Développement des services de santé

Pas de commentaires.

4. Promotion et protection de la santé

Le Dr OTTO (Palau) s'inquiète de la réduction des allocations destinées à la salubrité de l'environnement, compte tenu de l'importance des aspects écologiques des projets villes-santé et îles-santé mis en oeuvre dans les pays insulaires du Pacifique.

Le Dr WOONTON (Nioué), faisant référence au paragraphe 4.1 Santé reproductive, santé de la famille et de la communauté et population, demande à ce que la santé masculine soit incluse

spécialement dans la santé familiale et communautaire, de manière à équilibrer l'espérance de vie entre les deux sexes.

En ce qui concerne le paragraphe 4.3 Nutrition, sécurité alimentaire et salubrité des aliments, elle propose que le texte des futures politiques de nutrition impose des droits de douane ou des restrictions sur certains biens alimentaires importés, à l'égal de ce qui se pratique pour le tabac et l'alcool, afin de décourager la suralimentation.

En réponse au représentant des Palaos, le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, explique que l'essentiel de la réduction des allocations en faveur du programme pour la salubrité de l'environnement dans le développement urbain avait été faite au niveau des pays par suppression de la provision de quatre pays pour la période 2000-2001, tandis que l'allocation au programme interpays avait été augmentée de 1,28 %. Ce poste budgétaire doit être examiné parallèlement au poste 4.4.3 du projet de budget programme (Evaluation des risques pour la santé liés à l'environnement), qui a enregistré d'importantes réductions tant au niveau des pays que dans sa version interpays. Deux pays mettent un terme au financement de cette activité et deux autres pays se sont vu proposer une collaboration réduite. La salubrité de l'environnement demeure néanmoins une priorité de la Région.

En réponse à l'intervention de la représentante du Nioué, il convient que la santé masculine est un élément important de la santé familiale. En ce qui concerne la question des restrictions sur les produits alimentaires importés qui peuvent être défavorables à la santé, l'OMS poursuit ses négociations avec l'Organisation mondiale du commerce afin de mettre au point une politique commune.

5. Lutte intégrée contre la maladie

Pas de commentaires.

6. Services administratifs

Pas de commentaires.

Annexes

En réponse à une question de Mlle DAVIDSON (Australie) à propos de l'annexe 1 du projet de budget programme, le Directeur régional explique que la diminution apparente de l'allocation en faveur des pays les moins développés de la Région résulte de la réduction des allocations destinées aux bureaux des représentants de l'OMS.

2. RAPPORT ANNUEL SUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES,
L'INFECTION A VIH ET LE SIDA : Point 10 de l'ordre du jour (Document WPR/RC49/6)

Le DIRECTEUR REGIONAL explique que l'incidence de l'infection à VIH a continué de décroître en Australie et en Nouvelle Zélande, où des programmes intensifs de prévention ont été appliqués. Les infections à VIH et les cas de SIDA demeurent peu élevés au Japon, aux Philippines, en République de Corée et dans la plupart des pays insulaires du Pacifique. Toutefois, l'épidémie est en train d'apparaître ou se confirme dans de nombreux autres pays de la Région tels que le Cambodge, la Chine, la Malaisie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam. Il explique que selon les projections de l'OMS ces tendances à la hausse devraient se poursuivre dans la plupart de ces pays.

D'ici l'an 2000, le nombre total de personnes touchées par l'infection à VIH aura doublé et le nombre annuel de nouveaux cas de SIDA aura triplé. Selon les estimations de l'OMS plus de 35 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles guérissables apparaissent chaque année. Les infections à Chlamydia atteignent des niveaux épidémiques. Les taux d'infection par les MST atteignent parfois 40 % parmi le groupe des prostitué(e)s.

Le Directeur régional explique que le programme régional pour le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles se décline en quatre grands types d'action :

Tout d'abord, la première action de l'OMS consiste à renforcer la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dès le stade de la prévention. Le moyen d'y arriver passe essentiellement par l'organisation de cours de formation en gestion des programmes MST et par la promotion de la prise en charge syndromique.

Deuxièmement, l'OMS soutient des activités visant à renforcer la surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA.

Troisièmement, l'OMS s'intéresse plus particulièrement au groupe des prostitué(e)s. Des programmes spécifiques tels que les cliniques modèles aux Philippines font la promotion des services offerts par les systèmes de santé et des activités de formation et d'éducation par les pairs.

Quatrièmement, l'OMS travaille avec les Etats Membres afin de renforcer la sécurité transfusionnelle et la sécurité des produits sanguins. Le Directeur régional rappelle que lors de sa précédente session le Comité régional avait demandé des éclaircissements sur les méthodologies

utilisées pour établir des projections et des estimations relatives au VIH/SIDA ainsi qu'une mise à jour des traitements antirétroviraux.

Pour estimer la prévalence des infections à VIH, l'OMS applique en général les taux d'infection spécifiques observés dans des sous-groupes représentatifs à des groupes de population identique plus importants. Dans les pays qui connaissent une épidémie de ce type, les incidences passées et présentes du SIDA sont calculées grâce à un programme informatique relativement simple mis au point par l'OMS et intitulé Epimodel. Dans certaines circonstances, on utilise également des modèles de "projection dans le passé". Les estimations relatives aux MST sont basées sur l'analyse des études de prévalence les plus récentes, publiées dans des rapports scientifiques ou rassemblées à partir de plusieurs articles parus dans des revues scientifiques nationales ou internationales.

On utilise maintenant les agents antirétroviraux dans trois cas : dans le traitement des infections à VIH et du SIDA; en prophylaxie post exposition ; et pour éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant. Le rapport coût-efficacité des traitements antirétroviraux doit être comparé à celui d'autres interventions contre le VIH/SIDA tels que l'éducation, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la sécurité transfusionnelle.

Le DIRECTEUR REGIONAL invite expressément les Etats Membres à poursuivre leurs efforts de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, les infections à VIH et le SIDA, en mobilisant soutien politique et ressources additionnelles. L'OMS continuera à collaborer étroitement avec les Etats Membres, l'ONUSIDA et tous les autres partenaires impliqués dans la prévention et la lutte contre la prolifération des maladies sexuellement transmissibles, le SIDA et les infections à VIH dans la Région.

Le Dr PAPPAS (Etats Unis d'Amérique) souligne la nécessité de lutter contre le SIDA et les infections à VIH dans la Région avant que ces maladies n'atteignent une situation d'urgence incontrôlable comme ce fût le cas en Afrique. Il est d'accord avec le Directeur régional pour dire que le taux peu élevé observé chez les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental ne doit pas leur faire baisser les bras. Il adhère totalement aux approches de surveillance décrites dans le document WPR/RC49/6, mais il signale qu'il conviendrait malgré tout de s'intéresser à de nouvelles approches de prévention. En complément de l'éducation du public, on en revient à un système de prévention basé sur le dépistage et le conseil grâce au développement de méthodes de dépistage plus simples et moins coûteuses. L'Australie, la Nouvelle Zélande et la Thaïlande ont pu avancer à grands pas dans leur combat contre l'épidémie grâce à des programmes de dépistage et de conseil. Il se déclare satisfait des

informations données sur les traitements antirétroviraux mais il fait remarquer que bien peu de pays ont les moyens de se les offrir. Le Bureau régional devrait proposer une solide politique de prévention.

Le Dr BOUNGNONG BOUPHA (République démocratique populaire lao) explique que dans son pays le programme sur les infections à VIH et le SIDA n'a pas reçu beaucoup de ressources du fait de la faible prévalence des cas confirmés. Mais le véritable nombre de cas est certainement beaucoup plus élevé. Il serait nécessaire d'obtenir une information meilleure et plus fiable sur la prévalence et l'incidence de l'infection, de même que sur les caractéristiques et les tendances de la propagation. Mais ceci exigerait d'énormes ressources financières ainsi qu'une coopération technique accrue. Le contexte culturel qui rend les discussions sur la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles difficile implique qu'on ne sait pas grand-chose des comportements sexuels et de l'utilisation des infrastructures de santé dédiées aux maladies sexuellement transmissibles. Toutefois son pays est entouré de pays où la prévalence du VIH/SIDA est importante, et les voyages entre les pays sont en croissance permanente. Les mesures à prendre pour éviter la diffusion incontrôlée de la maladie passent par la mise à disposition des ressources financières et humaines nécessaires, une coopération technique accrue avec l'OMS et des échanges d'information avec les autres pays en ce qui concerne la surveillance, la mise à jour des programmes de formation des écoles de médecine et l'éducation de l'ensemble des populations.

L'amélioration de la prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles contribuera à la prévention des infections à VIH. Dans ce domaine, l'OMS a apporté une orientation technique précieuse. Elle aimerait avoir plus d'information sur le travail de l'OMS en ce qui concerne la résistance des gonocoques aux antibiotiques. Par exemple, comment le problème a-t-il été surveillé et quelles sont les actions requises pour éviter l'accroissement de la résistance. Son pays est préoccupé par l'augmentation des coûts de certains traitements et les effets limités de certains médicaments.

M. Wang-Kon MOON (République de Corée) fait remarquer que son gouvernement a eu un rôle directeur dans la lutte contre l'extension du VIH/SIDA dans la Région et qu'il continuera à apporter son soutien financier et technique aux autres pays. Il est nécessaire de développer de nouveaux programmes informatiques afin de mettre en place une surveillance efficace dans les pays où la prévalence des infections à VIH est faible. Les programmes de surveillance pourraient être élargis de manière à intégrer des études sur les comportements à haut risque et sur les réactions des jeunes face au SIDA.

Avant d'établir un programme national de traitement des infections à VIH, il conviendrait de mener des recherches afin de déterminer la durée de la thérapie, la tolérance, la résistance, les effets

secondaires, comment l'infection à VIH doit être tenue pour acquise et comment les partenaires doivent être informés. L'OMS devrait faire des recommandations sur les précautions à prendre dans l'utilisation des médicaments anti-VIH. Un programme relatif à l'information des partenaires serait également un moyen efficace de réduire les comportements à haut risque dans les pays où la prévalence est faible.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) informe le Comité que dans son pays l'épidémie VIH se poursuit. Au 15 août 1998, 59 provinces sur 61 faisaient état d'un nombre total de cas cumulés de 9 940. Parmi eux, 65,5 % sont dus à des injections de drogue et 9,4 % à des contacts sexuels. 664 cas de SIDA sur 1 231 se sont achevés par un décès. Un système de surveillance, établi en 1994 dans 8 provinces et étendu à 20 provinces en 1996, a mis en évidence une tendance à la baisse pour la transmission due à l'injection de drogue et une tendance à la hausse en ce qui concerne la transmission par contact hétérosexuel. En août 1998, un groupe de travail s'est réuni à Hanoi afin de débattre de mesures visant à améliorer le système de surveillance et les méthodes d'estimation et de projection de la prévalence du VIH/SIDA.

L'Institut de Vénéro-dermatologie a estimé que 25 000 à 50 000 nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles (gonorrhée, syphilis, trichomonase et infections à chlamydia) se produisent chaque année au Viet Nam. En 1997, 52 provinces avaient fait état de 71 000 cas de maladies sexuellement transmissibles. Dans la mesure où la plupart des malades consultent des médecins privés ou se soignent par eux-mêmes, ce chiffre ne représente guère plus que 10% de la réalité. Le système de surveillance en vigueur au Viet Nam ne donne pas entière satisfaction et des mesures ont été prises afin de le renforcer ; grâce à la collaboration de l'OMS, les administrateurs de programmes sur les maladies sexuellement transmissibles, originaires du Viet Nam et d'autres pays voisins, ont pu suivre un cours de formation.

Le Viet Nam fait partie des quatre pays dans lesquels l'ONUSIDA met en oeuvre son initiative en faveur de l'accessibilité aux médicaments anti-VIH. Le Gouvernement français a reçu une proposition l'incitant à soutenir un accès élargi à de tels médicaments, et le Viet Nam espère que grâce à l'appui de ce pays ainsi qu'à celui d'autres partenaires, il sera possible de traiter 400 femmes pendant deux ans, pendant et après la grossesse grâce aux bithérapies et trithérapies antivirales. Elle espère vivement que l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres partenaires bilatéraux poursuivront leur collaboration afin d'y lutter contre l'infection à VIH, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA.

Le Professeur WHITWORTH (Australie) souligne l'importance du rapport annuel. Son pays avait grandement apprécié l'augmentation de l'allocation des ressources régulières destinées au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles dans le budget établi pour la période 1998-1999, et il s'inquiète maintenant de voir que cette allocation est réduite de 10% dans le projet de budget pour la période 2000-2001, d'autant plus qu'il est probable que l'ONUSIDA réduira ses aides aux programmes nationaux sur le SIDA. La collaboration du Bureau régional et de l'ONUSIDA pour rassembler et analyser les données épidémiologiques relatives à l'infection à VIH est très intéressante et pourrait contribuer à la lutte contre l'épidémie dans la Région. Elle demande que le prochain rapport fournisse plus de détails sur cette collaboration, en particulier sur l'identification des facteurs clés des bons résultats. Elle soutient la proposition du Directeur général qui souhaite organiser une réunion avec des organisations non gouvernementales car, si l'on en juge par l'expérience de l'Australie, un tel partenariat est inestimable pour lutter contre l'épidémie.

Le Dr BABA (Japon) fait l'éloge du rôle directeur de l'OMS dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Ce dernier a été combattu avec succès dans certains pays de la région alors que dans d'autres l'incidence a pris des proportions alarmantes. Elle souligne l'importance de la surveillance et de la diffusion des données. Les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA devraient être traitées non seulement comme de simples questions de santé, mais également en tant que partie intégrante du développement social dans son ensemble. A cet égard, le renforcement des programmes orientés sur les prostitué(e)s et leurs clients est parfaitement approprié. Son pays estime que le VIH/SIDA doit être au coeur des priorités de la collaboration internationale. Son pays a alloué US\$ 3 milliards sur sept ans à l'initiative mondiale pour la population et le SIDA, dont US\$ 2,4 milliards ont déjà été versés. Le Japon a également apporté une aide et une formation bilatérale à d'autres pays de la Région. Il continuera d'appuyer les efforts du Bureau régional du Pacifique occidental.

Le Dr ABDUL LATIF (Brunei Darussalam) explique que dans son pays le nombre des infections à VIH continue d'augmenter : au 31 juillet 1998, on comptait 475 porteurs dont 18 originaires du Brunei Darussalam et 457 d'origine étrangère. Parmi les porteurs, 12 sont malades du SIDA et 8 sont décédés. Par ailleurs, on y comptait 454 personnes du sexe masculin et 21 du sexe féminin. La majorité (88%) appartenait à la classe d'âge 20-39 ans à la date du diagnostic. La transmission par contact hétérosexuel représentait 87% de l'ensemble des cas. Cette situation est extrêmement préoccupante et démontre la vulnérabilité d'un petit pays ayant une importante population étrangère et dont les résidents voyagent beaucoup. Le pays continue de développer une stratégie de

surveillance très stricte et favorise la lutte contre les MST qui constitue l'un des moyens de lutter contre l'infection à VIH.

Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) apprécie grandement la comparaison des tendances observées dans la Région du Pacifique occidental. La situation de la Papouasie-Nouvelle-Guinée prend les allures d'une épidémie caractérisée par une incidence élevée de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles. Son gouvernement a développé un programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA ainsi qu'un plan stratégique qui a été mis en oeuvre en 1998. Il remercie le Bureau régional, l'ONUSIDA et l'AusAid de leur soutien, en particulier en ce qui concerne la gestion des programmes au niveau des pays, la prise en charge syndromique, l'utilisation des services de santé pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles et les interventions ciblées sur les prostitué(e)s. Faisant allusion à l'émergence d'un grand nombre d'institutions en rapport avec le SIDA et les infections à VIH, il exprime l'espoir que l'OMS réaffirmera son rôle directeur dans les domaines de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/SIDA, de même qu'en ce qui concerne la prévention et la lutte contre ces maladies. Il demande au Directeur régional de continuer de donner les directives et d'apporter le soutien nécessaire au développement des politiques, tout spécialement dans le domaine de l'infection VIH et de l'allaitement au sein, de même qu'en ce qui concerne la confidentialité. Il apprécierait beaucoup de recevoir des informations complémentaires sur les thérapies qui utilisent plusieurs médicaments.

Mlle ABEL (Vanuatu) dit qu'aucun cas de VIH/SIDA n'a été enregistré au Vanuatu mais que les agents de santé sont formés à la gestion syndromique des cas. Elle remercie le secrétariat de la Communauté du Pacifique qui a travaillé avec l'OMS, l'ONUSIDA et les pays et territoires du Pacifique afin de développer un programme de lutte et de prévention spécialement adapté à la situation observée dans le Pacifique. Ce programme encourage les organisations non gouvernementales à travailler avec les gouvernements. Le département de la santé est en pleine réorganisation et le programme national sur le VIH/SIDA fait maintenant partie du programme pour la santé familiale qui englobe la santé reproductive, la planification familiale et la santé sexuelle. Tout ceci vise à améliorer la prestation de service dans sa dimension horizontale.

M. ROKOVADA (Fidji) dit que son pays fait face au problème du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles depuis 1988 déjà, grâce à un programme basé sur les principes des soins de santé primaires dont le but consiste à empêcher la propagation de l'infection à VIH via les principaux canaux de contamination. En conséquence, les agents de santé ont reçu une formation spéciale et les

installations sanitaires ont été équipées de matériel de surveillance. Une campagne de formation a permis de sensibiliser l'ensemble de la population. Un examen de la situation telle qu'elle se présentait en septembre 1993 a fourni la base d'un programme d'activité à cours terme (1994-1997) et à moyen terme (1998-2002).

A ce jour, Fidji compte 43 cas d'infection à VIH dont 10 se sont transformés en SIDA. Ces statistiques ne tiennent pas compte des résidents ou des nationaux dont la séropositivité a été découverte à l'étranger et qui sont suivies par un médecin privé. 71% des cas sont dus à une transmission par contact hétérosexuel et 18,4% par contact homosexuel ; un cas résulte d'une transmission périnatal et un autre d'une transmission par sang contaminé. Il demande à l'ONUSIDA de bien vouloir estimer le nombre de cas pour les 10 prochaines années. Pour l'instant, Fidji n'a pas pris de décision quant à l'utilisation des agents antirétroviraux, bien qu'elle paraisse improbable en raison de son coût élevé. Le pays s'est plutôt concentré sur des activités liées au maintien d'une bonne santé, à la nutrition et au conseil. Dans la mesure où l'on a recensé qu'un seul cas de transmission périnatale et que la malnutrition constitue une menace majeure, Fidji continue de recommander l'allaitement au sein, quelles que soient les circonstances. Toutefois, le droit de la mère à décider elle-même si elle souhaite allaiter ou non sera respecté.

M. DAVIES (Nouvelle-Zélande) attire l'attention sur les tendances très préoccupantes dont le rapport fait état, c'est à dire un total cumulé de plus de 40 000 cas de SIDA constatés à fin 1987 et une prévision de plus de 50 000 cas par an d'ici la fin du siècle. Etant donné que plus de 36% sont des cas étaient dus à des injections de drogue, il se pourrait bien que l'hépatite C devienne un problème important. Il demande à ce que le prochain rapport comporte une analyse de la prévalence de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogue par injection dans la Région, ainsi que les stratégies de lutte et de prévention recommandées.

Il adresse ses condoléances aux amis et aux collègues de Jonathan Mann, qui est décédé peu avant la session et dont la contribution au combat contre le SIDA est inestimable.

Le Dr LAUDON (France) remarque que le document fait état d'une sous-estimation considérable des cas de VIH/SIDA et il demande quel soutien technique la Région du Pacifique occidental envisage de mettre en place pour remédier à ce problème. Il demande également quel type de formation technique et quel soutien l'OMS fournira afin de garantir la sécurité transfusionnelle dans les pays qui n'ont pas de politique nationale en la matière. Finalement, il demande de quelle façon l'OMS

collabore avec l'ONUSIDA et quelles ont été les réalisations depuis la précédente session du Comité régional.

Le Dr FERNANDEZ (Philippines) dit qu'aux Philippines la transmission du virus VIH a été décrite comme étant lente et peu importante. On estime que seulement 0,04% de la population adulte est porteuse. La plupart des cas concernent des hommes entre 20 et 49 ans contaminés par contact hétérosexuel. Les groupes à risque sont les prostitué(e)s, les hommes ayant déjà une MST et les utilisateurs de drogue par injection. Le programme national de prévention comprend cinq éléments : la surveillance VIH, l'information, l'éducation et la communication, les services de laboratoire, les soins et la gestion cliniques, et la gestion de programmes. L'Acte de prévention et de lutte contre le SIDA de 1998 a permis de renforcer le programme nationale pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA et les MST.

Dr LIU Guo-Bin (Macao) informe le Comité que la situation du SIDA est demeurée stable au cours de la période allant du 1er janvier 1997 au 31 juillet 1998, et qu'elle se résume à 39 cas d'infection par VIH dont quatre cas de SIDA déclaré (16 femmes et 23 hommes). Seulement cinq d'entre eux sont des résidents permanents de Macao. Le dépistage systématique imposé aux étrangers qui viennent travailler à Macao dans les divers établissements de loisir et de divertissement a commencé en 1992 et fait maintenant partie des pratiques régulières. Le programme d'éducation sanitaire a renforcé la prise de conscience de la population sur la façon de lutter contre le virus VIH et le SIDA.

Le Dr MAM BUN HENG (Cambodge) félicite le Bureau régional qui aide son pays depuis 1991 à élaborer son programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA. Un comité a été formé au niveau ministériel, mais le VIH/SIDA reste une immense problème à cause de la rapidité de la transmission. Avec l'aide de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, de l'Union européenne, de la Banque mondiale et des organisations non gouvernementale, une amélioration est attendue. L'intervenant remercie le Bureau régional pour avoir été le premier à venir en aide au Cambodge.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, exprime sa satisfaction sur la manière dont la discussion s'est axée sur les développements positifs au niveau des pays. Il remarque que le Directeur général doit présider pendant un an le Comité de l'ONUSIDA des organismes coparrainants à partir de novembre 1998. Elle a annoncé que le VIH/SIDA était une priorité pour son cabinet et que l'approche mondiale de l'OMS vis-à-vis du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles faisait l'objet d'un nouvel examen dans le cadre du groupe organique s'occupant des services destinés à la

famille et à la santé. Il répond au représentant des Etats-Unis d'Amérique que le dépistage et le conseil seront évalués dans l'année à venir, de façon à adapter les succès aux autres pays et situations. Le représentant de la République démocratique populaire lao fait allusion à la résistance des gonocoques aux antibiotiques. Il s'agit d'un très grave problème dans la Région, largement dû à des antibiothérapies insuffisantes ou inadaptées et aux pratiques des prostitué(e)s qui donnent à leurs clients des antibiotiques en prophylaxie. L'OMS encourage tous les gouvernements à surveiller la sensibilité aux antibiotiques d'une manière collective. Le programme s'occupant de la sensibilité des gonocoques aux antibiotiques, établi dans la Région en 1991, a fourni continuellement des données depuis 1992 et ses rapports sont publiés dans le bulletin semestriel sur le VIH/SIDA produit par le Bureau régional. Le représentant de l'Australie a soulevé la question de la réduction du budget pour 2000-2001 ; le Bureau régional cherche des ressources extrabudgétaires et la coopération avec d'autres institutions pour remédier à cette situation. Dans ce contexte, il est rassurant d'entendre que le Japon cherche à coordonner sa contribution à l'ONUSIDA à l'OMS et à la Région. Il signale que le Japon finance un poste d'épidémiologiste et de spécialiste de la santé publique au Bureau régional.

Il assure le représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée que le Bureau régional s'attachera à répondre à sa demande d'appui pour l'élaboration de la politique dans les domaines de la confidentialité et de l'allaitement par les mères séropositives pour le VIH.

Il se félicite de l'évolution positive rapportée par le représentant du Vanuatu en ce qui concerne une approche coordonnée de la lutte contre le VIH/SIDA dans les Etats insulaires du Pacifique. Celle-ci donne un bon exemple de coordination interpays.

En ce qui concerne la demande faite par la représentante de la Nouvelle-Zélande au Bureau régional de fournir une analyse de la prévalence de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues intraveineuses dans son prochain rapport, il dit qu'il n'y a pas de données disponibles pour le moment dans la Région. Néanmoins, le Bureau régional s'attachera à fournir quelques indications sur la situation dans son prochain rapport. Il assure la représentante de la Nouvelle-Zélande que le profond regret éprouvé par le Comité à la suite du décès tragique du Dr Jonathan Mann figurera dans le rapport final de la session.

Le représentant de la France a soulevé la question de l'importance de la sous-notification, notamment dans les petits pays. Le Bureau régional cherchera des moyens de coordination avec ces pays sur cette question. La France finance un poste de spécialiste en sécurité transfusionnelle dans le Bureau régional, afin de renforcer celle-ci dans la Région. Dans ce domaine l'OMS met surtout l'accent

sur l'instauration des dons de sang non rémunérés, afin d'obtenir un approvisionnement en sang plus sûr. Elle dirige également son attention sur la gestion convenable des services de transfusion afin d'améliorer le rapport coût-efficacité et de fournir un accès plus facile et moins onéreux aux transfusions. Il assure au représentant de la France que les changements à l'OMS auront pour résultats une amélioration de la coordination avec l'ONUSIDA.

Enfin, il estime que le représentant du Cambodge a résumé les opinions du Comité en soulignant l'importance du partenariat multiple pour l'appui dans le domaine du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles. Il remercie les représentants pour leur approche positive au débat sur le sujet et pour les suggestions pertinentes qu'ils ont faites.

La **PRESIDENTE** demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution à examiner lors d'une réunion ultérieure.

3. EXPRESSION DE GRATITUDE AU DR S.T. HAN

Le Dr SHINOZAKI (Japon) propose aux membres du Comité d'adopter le projet de résolution suivant en reconnaissance de la contribution exceptionnelle que le Directeur régional, Dr S.T Han, a apportée à l'amélioration de la santé dans la Région du Pacifique occidental de l'OMS.

Le Comité régional,

Reconnaissant le dévouement avec lequel le Dr S.T. Han s'est consacré à la santé internationale et sa contribution en qualité de Directeur régional pour le Pacifique occidental au cours des dix dernières années ;

1. **REMERCIE** le Dr S.T. Han pour son dévouement et sa direction éclairée et pour la contribution inestimable qu'il a apportée au développement sanitaire dans la Région du Pacifique occidental ;

2. **PRIE** le Dr S.T. Han de continuer à contribuer au développement sanitaire dans la Région à titre personnel ;

3. **DECIDE** de lui décerner, en hommage à son immense contribution, le titre de Directeur régional émérite.

Les représentants de la Chine, des Philippines, du Kiribati, de la Nouvelle-Zélande, de Fidji, de la République démocratique populaire lao, du Viet Nam, des Etats fédérés de Micronésie, de Nioué, de la République des Palaos, des Etats-Unis d'Amérique, du Cambodge, du Brunéi Darussalam, de Nauru, d'Australie, de Tuvalu, de la France, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, du Samoa, de la République de Corée, de Singapour, de Hong Kong (Chine), de Macao, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, de la Mongolie et du Vanuatu prennent la parole afin d'exprimer leur totale adhésion à ce projet de résolution.

Décision : Le projet de résolution est acclamé.

La PRESIDENTE déclare que la gratitude du Comité à l'égard du Dr Han dépasse de beaucoup les termes de n'importe quelle résolution. En accordant au Dr Han le titre de Directeur régional émérite, le Comité souhaite lui exprimer combien il apprécie les services inestimables qu'il a rendus aux populations de la Région du Pacifique occidental.

4. ERADICATION DE LA POLIOMYELITE DANS LA REGION : RAPPORT

D'ACTIVITES : Point 11 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC49/7 et WPR/RC49/INF.DOC./1)

Le DIRECTEUR, GESTION DU PROGRAMME, déclare que l'année écoulée depuis la session précédente du Comité régional a été marquante dans l'histoire de l'éradication de la poliomyélite. C'est en effet la première année, depuis que les observations sont enregistrées, qu'aucun nouveau cas de poliomyélite n'a été notifié dans la Région du Pacifique occidental. Cette réussite remarquable est à porter au crédit des nombreux pays qui ont travaillé durement pour réduire le poids de la morbidité de cette maladie, passant de 6000 cas en 1990 à 0 en 1998, en effectuant des campagnes nationales de vaccination et des activités de surveillance en vue de l'éradication de la poliomyélite. Le mérite revient également aux nombreux pays qui ont apporté leur appui technique et financier à ce qui a été un effort véritablement international.

Le dernier cas de poliomyélite dans la Région a été une petite fille cambodgienne de 15 mois chez qui la maladie s'est déclarée le 19 mars 1997. Depuis lors, au 1 juillet 1998, plus de 7000 cas de paralysie flasque aiguë ont été notifiés et, pour 85 % d'entre eux, des échantillons de selles ont été prélevés dans les 14 jours suivant le début de la maladie. Aucun poliovirus sauvage n'a été isolé pour ces cas.

Depuis 1992, 7 pays ont effectué au total 26 journées nationales de vaccination. Au cours des deux dernières années, les efforts ont été particulièrement intenses. De novembre 1996 à avril 1998, le Cambodge et le Viet Nam ont effectué huit campagnes de vaccination supplémentaire par le vaccin antipoliomyélitique oral dans les zones à haut risque, en particulier autour des cours d'eau du bassin du Mékong et de son delta où l'on a trouvé les derniers poliovirus sauvages.

Il y a eu une excellente coopération pour l'éradication de la poliomyélite entre les pays de la Région et ceux de la Région du Sud-Est asiatique. Dans de nombreux cas, les pays ont organisé la coordination de la vaccination supplémentaire et ont partagé les informations de surveillance avec leurs voisins.

Le processus menant à la certification de l'éradication de la poliomyélite en l'an 2000 s'est poursuivi pendant deux ans et a impliqué chaque pays et territoire de la Région. Lors de la troisième réunion de la Commission régionale de Certification, qui s'est déroulée au Brunéi Darussalam les 4 et 5 août 1998, les huit pays ayant notifié récemment la poliomyélite (Cambodge, Chine, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont présenté leurs plans d'action pour la certification. Dans ces plans, ils ont déclaré comment ils allaient maintenir la surveillance de la PFA et la vaccination supplémentaire et comment ils allaient réagir rapidement à l'importation éventuelle de poliovirus sauvages en provenance d'autres régions.

Au nom du Directeur régional, le Directeur, Gestion des Programmes, remercie tous les partenaires dont l'appui a permis le succès international de l'éradication de la poliomyélite. Il s'agit des Gouvernements de l'Australie, du Japon, de la République de Corée et des Etats-Unis d'Amérique, par l'intermédiaire des Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta ; de l'*Agency for Cooperation and International Health*, de Rotary International, de Rotary International Districts 2650 et 2640 ; et de l'UNICEF. Il remercie également les Gouvernements du Canada, de la Finlande, de la France, de l'Italie, de la Malaisie et de la Suède, qui ont appuyé l'initiative dans le passé.

Il conclut en encourageant tous les pays à maintenir leurs efforts de surveillance de façon à obtenir la certification régionale de l'éradication en l'an 2000 et à atteindre l'objectif ultime de la certification mondiale. Il explique que, une fois la poliomyélite éradiquée, les laboratoires du monde resteront la seule source de poliovirus sauvage. Il est donc essentiel que les stocks de ces laboratoires soient confinés. Pour cette raison, l'OMS a élaboré un Plan et calendrier régional d'action pour la

manipulation sans danger et le confinement maximum en laboratoire des poliovirus sauvages et autres matériels potentiellement infectieux.

Le Dr LIU Peilong (Chine) exprime la satisfaction de sa délégation pour ce rapport d'activité. Il souhaite ajouter quelques points et soulever plusieurs questions. Le danger d'importation du poliovirus sauvage qu'évoque ce rapport est grave, ainsi que l'ont révélé les quatre cas importés notifiés par la Chine en 1995 et 1996. Une surveillance de grande qualité dans les zones frontalières est essentielle. Le rapport mentionne également la difficulté de maintenir une couverture vaccinale élevée chez l'enfant. Dans le cadre du développement économique de la Chine, la forte mobilité de la population ajoute au problème.

Dans la période finale de l'éradication de la poliomyélite, les cas associés au vaccin constitueront un problème majeur. Il comprend que certains pays développés envisagent d'utiliser des vaccins inactivés pour remplacer des vaccins vivants. Il demande si l'OMS a l'intention de promouvoir une mesure semblable dans les pays en développement.

Enfin, avec l'éradication du poliovirus sauvage, il existe un danger d'apparition de virus hybrides. Il demande si l'OMS pense qu'un virus hybride pourrait être à l'origine d'une transmission.

Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) se félicite des réalisations mises en évidence dans le rapport d'activité ainsi que de l'action du Directeur régional et du succès de ses efforts au niveau des pays. Néanmoins, il avertit que les actions de son pays pour satisfaire les exigences de la certification pourraient être remises en cause les ressources nécessaires cessaient d'être disponibles.

Sa délégation souhaite prier instamment le Directeur régional de poursuivre son étroite collaboration avec les Etats Membres afin de garantir le financement extérieur et l'appui technique. Il exprime son appréciation de l'appui donné par le Gouvernement australien pour le financement des journées nationales de vaccination et pour les vaccins fournis par le Gouvernement du Japon. Sa délégation est également reconnaissante de l'appui venant de l'UNICEF et du FNUAP et de l'appui technique apportée par le Bureau régional.

L'importance de la collaboration entre les Etats Membres pour dresser une liste des laboratoires gardant les poliovirus sauvages ne peut être sous-estimée.

Mr TSUDA (Japon) exprime son appréciation des efforts faits par les Etats Membres de l'OMS pour éradiquer la poliomyélite. Il souligne l'importance de maintenir un haut niveau de

surveillance et de concentrer sur la vaccination supplémentaire dans les zones à haut risque. L'éradication de la poliomyélite est un domaine prioritaire pour la coopération internationale japonaise et son pays a fourni des vaccins et du matériel pour la chaîne du froid, aidé à la surveillance et renforcé le diagnostic biologique non seulement dans les pays de la Région du Pacifique occidental mais aussi dans les régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique. Le Japon a décidé de poursuivre sa coopération avec le Bureau régional ainsi que son soutien actif au programme d'éradication.

Il demande des éclaircissements sur la relation entre le Plan d'action régional pour la manipulation sans danger et le confinement maximum en laboratoire des poliovirus sauvages et autres matériels potentiellement infectieux et le plan d'action mondial.

Il souligne l'importance du confinement strict des poliovirus sauvages, y compris les échantillons de selles renfermant le virus, afin de prévenir non seulement sa propagation en dehors des laboratoires mais aussi la contamination d'isolements du virus. Il avertit que les poliovirus sauvages sont également manipulés dans les laboratoires de recherche universitaires et dans les établissements fabriquant des vaccins inactivés, où la pathogénicité du virus n'est pas toujours complètement appréhendée.

De l'avis de sa délégation, la situation actuelle du confinement du virus sauvage dans la Région du Pacifique occidental n'est pas satisfaisante, certains laboratoires nationaux étant incapables de manipuler ce virus correctement. Il a été demandé à l'Institut japonais des maladies infectieuses de garantir le confinement des matériels concernés. Ce sujet doit faire l'objet d'un débat plus détaillé lors d'une réunion à Genève en octobre 1998.

Le Dr DURHAM (Nouvelle Zélande) déclare que le programme a atteint un point critique. Elle constate le succès spectaculaire des journées de vaccination dans les pays où les conditions sont infiniment plus difficiles et où les populations impliquées sont immensément plus nombreuses que le sien. Elle applaudit à l'approche systématique du rapport annuel, dont le Tableau 3 est un bon exemple. Elle demande des informations sur les ressources financières et humaines requises pour réaliser le Plan et calendrier d'action régionale pour la manipulation sans danger et le confinement maximum en laboratoire des poliovirus sauvages et autres matériels potentiellement infectieux. Sera-t-il financé par le budget ordinaire ou sur des fonds extrabudgétaires ? S'il s'agit de fonds extrabudgétaires, est-on assuré de les obtenir ? Quelles actions vont prendre les pays pour garantir le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages dans les douze prochains mois ? Quels sont les

besoins en formation ? Comment sera contrôlée la mise en oeuvre du plan ? Quelles actions sont envisagées si les résultats sont variables ou insuffisants ?

Le Dr PAPPAS (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'à mesure que la vérification de l'éradication progresse, l'aspect "renforcement des capacités" du programme doit faire l'objet d'une documentation et d'une évaluation faisant partie de l'analyse du rapport coût/avantages dans l'optique des campagnes ultérieures contre d'autres maladies.

Il demande instamment que la lutte interrégionale et le besoin de donateurs pour combler les "lacunes de financement", US\$ 150 millions pour le programme mondial, fassent l'objet d'une attention soutenue.

Le Dr TAITAI (Kiribati) s'associe à l'appel en faveur de la poursuite d'une coopération étroite et de l'appui financier et technique pour garantir la poursuite des mesures de vaccination, de surveillance et de confinement, jusqu'à ce que la certification mondiale de l'éradication soit obtenue.

Le Dr ROKOVADA (Fidji) dit que la couverture vaccinale systématique à Fidji par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) pour 1997 a dépassé 90 %, chiffre qui sera amélioré une fois que les sous-divisions auront terminé leur rapport. Une enquête nationale sur toutes les vaccinations sera effectuée en 1999. Aucune campagne supplémentaire n'est envisagée, la maladie n'étant pas endémique à Fidji.

Depuis 1997, le Gouvernement a eu la responsabilité de fournir tous les vaccins dans le cadre du PEV. En outre, depuis 1995, la vaccination contre *Haemophilus influenzae* type B (HIB) en fait partie, des nourrissons mourant de la méningite à HIB à Fidji.

Les hôpitaux ont commencé à surveiller activement la poliomyélite depuis 1997, lorsque quatre cas de paralysie flasque aiguë ont été enregistrés. Une surveillance suffisante étant établie pour dépister un cas pour 100 000 habitants, on peut s'attendre à observer six ou sept cas par an.

Le Professeur WHITWORTH (Australie) constatant l'importance de la surveillance durable, loue les efforts de l'OMS visant à coordonner les activités entre les pays de différentes régions, notamment entre la Chine et Myanmar. Elle partage les inquiétudes du Japon en ce qui concerne le confinement du poliovirus sauvage.

Le Dr LE THI THU HA (Viet Nam) exprime l'engagement de son pays à l'objectif d'éradication et approuve le rapport. Le Viet Nam a maintenu une couverture vaccinale complète pour plus de 90 % des enfants de moins d'un an. A partir de 1993, il a organisé des journées nationales de vaccination et plus de 99 % des enfants de moins de cinq ont été vaccinés par deux doses de vaccin antipoliomyélitique oral. La vaccination dans les régions à haut risque a été instaurée depuis 1997 dans les provinces du sud et du centre, couvrant 60 districts en 1988, avec à ce jour aucun cas notifié d'infection à poliovirus sauvage. Il faut maintenir cette couverture élevée et renforcer davantage la surveillance. Les efforts se poursuivent au Viet Nam pour renforcer la production locale de vaccins et pour atteindre l'autosuffisance. Elle reconnaît l'appui du Japon à cet égard et attend une poursuite de la coopération pour renforcer la production.

Le Dr OTTO (Palaos) estime que le programme promet d'être l'une des grandes réussites de l'OMS et remercie les Gouvernements des Etats Unis d'Amérique et du Japon, l'OMS et l'UNICEF pour leur appui à Palaos, où le taux de vaccination dépasse 95 % pour les enfants de moins de deux ans.

Le Dr BOUNGNONG BOUPHA (République démocratique populaire lao) souligne la difficulté d'assurer une couverture vaccinale étendue dans les pays où les communications sont difficiles. Dans son pays 85 % de la population vit en zone rurale. Cependant, avec l'appui de l'OMS et le dévouement des autorités nationales et des gestionnaires de programmes, la vaccination est passée de 40 % en 1992 à 70 % en 1997. Le dernier cas imputable au poliovirus sauvage a été notifié en juillet 1996 dans la province de Sekong, où deux campagnes de vaccination dans des régions à haut risque ont été effectuées en 1997. Depuis 1994, les journées nationales de vaccination ont atteint chaque village. La vaccination supplémentaire a touché 95 à 99 % des villages et 80 à 91 % des enfants jusqu'à cinq ans. La surveillance correcte de la paralysie flasque aiguë a été étendue à l'ensemble du pays.

Le Dr ABEL (Vanuatu) signale que dans son pays la couverture du vaccin antipoliomyélitique oral dépasse 90 %. La surveillance de la paralysie flasque aiguë a été une caractéristique permanente du PEV depuis sa création. Une enquête nationale pour déterminer la couverture concernant toutes les maladies évitables par la vaccination sera menée en octobre 1998.

Le Dr PRETRICK (Etats fédérés de Micronésie) déclare que, bien que la poliomyélite ait été absente de son pays depuis au moins 25 ans, un programme énergique de vaccination a été réalisé. En 1997, le niveau de couverture chez les enfants de moins de deux ans atteignait 94 %. Tous les étudiants doivent être complètement vaccinés avant de pouvoir suivre les enseignements. La

surveillance de la paralysie flasque aiguë a commencé en janvier 1998, avec des rapports mensuels des hôpitaux. Il remercie les organismes partenaires pour leur appui.

Le Dr SAIMY (Malaisie) déclare que le dernier cas dans son pays a été notifié en 1992 et que la Malaisie est sur le point de se déclarer exempte de poliomyélite.

Néanmoins, la surveillance active et la couverture vaccinale étendue se poursuivent, notamment pour la population importante de migrants.

Le Dr FERNANDEZ (Philippines), reconnaissant les réalisations majeures des gouvernements, fait l'éloge des milliers d'agents de santé engagés dans le programme élargi de vaccination et dans les journées nationales de vaccination.

En 1997, les Philippines n'ont pas notifié de cas pour la première fois. La vaccination systématique par le vaccin antipoliomyélitique oral et les JNV ont eu lieu depuis 1993. La surveillance étroite de la paralysie flasque aiguë existe depuis 1992.

Le Dr GERMAIN (France) souhaite s'associer aux éloges faites par les autres délégations ; il faut consolider les résultats positifs du programme et redoubler de vigilance jusqu'à l'obtention de l'éradication. Il soutient la proposition de la Chine concernant la surveillance de tous les cas de paralysie flasque aiguë. La vaccination doit se poursuivre dans les zones à haut risque afin de prévenir la réintroduction possible du poliovirus sauvage.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, déclare que la coordination avec les autres régions a concerné à ce jour et pour la plus grande partie la Chine et Myanmar. Depuis 1996, trois réunions ont été organisées sous l'égide de l'OMS sur la politique et les stratégies destinées à assurer l'éradication de la poliomyélite dans les zones frontalières. Des réunions interrégionales ont été organisées sur la lutte contre les maladies transmissibles, une en 1996 à New Delhi, une deuxième à Beijing en octobre 1997 et une troisième est prévue en Thaïlande en novembre 1998. L'éradication de la poliomyélite a constitué un des points majeurs abordés à chaque réunion. On cherche des moyens d'établir un contact plus étroit avec les pays des autres régions voisines du Pacifique occidental, c'est-à-dire en Méditerranée orientale et en Europe.

Les représentants de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, du Japon, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie ont soulevé la question très importante de la manipulation sans danger et du confinement maximum en laboratoire des poliovirus sauvages et autre matériel potentiellement infectieux. Cette

question a été portée à l'attention du Comité régional à la demande spécifique de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans le Pacifique occidental lors de sa réunion au Brunéi Darussalam en août 1998. Comme le représentant du Japon l'a mentionné, ce problème touche non seulement les laboratoires s'occupant des enquêtes sur le poliovirus sauvage mais aussi ceux qui produisent les vaccins antipoliomyélitiques. Une grande volonté politique sera requise de la part des pays ayant de larges réseaux de laboratoires afin d'instaurer un confinement efficace. Il attire l'attention sur les activités proposées par les Etats Membres au cours des douze prochains mois ; c'est-à-dire la création d'une liste des laboratoires détenant des poliovirus sauvages, du matériel infectieux ou potentiellement infectieux ; l'élaboration de mesures pour assurer que les laboratoires manipulent et conservent ce matériel au niveau de sécurité biologique 2 (BSL-2/Polio) ou plus ; et la préparation de mesures de confinement maximal (BSL-4) pour tout matériel restant. Si cette question importante n'est pas résolue, le danger que le poliovirus sauvage recommence à circuler sera toujours présent.

Le CONSEILLER REGIONAL, PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION, explique que des plans sont en cours d'élaboration pour assurer l'élimination du poliovirus sauvage dans le monde entier après la déclaration de l'éradication. Le premier pas consistera à dresser un inventaire des matériels potentiellement infectieux conservés par les laboratoires d'enseignement, de recherche et de diagnostic. Par exemple, de tels matériels pourraient subsister après des enquêtes menées il y a 10 ou 20 ans. La plus grande part sera détruite ; les quelques poliovirus sauvages requis pour la recherche ou pour référence seront finalement envoyés à des laboratoires désignés, ayant la capacité de les manipuler sans danger. Dans la Région du Pacifique occidental, avec l'accord du Gouvernement japonais, l'Institut national pour les maladies infectieuses à Tokyo a été désigné. Les ressources nécessaires pour un confinement suffisant pourront largement être fournies en les prélevant sur celles consacrées à la surveillance dans les pays d'endémie récente. Les comités nationaux de certification et la Commission régionale de certification doivent surveiller les actions prises par chaque pays.

Au représentant de la Chine, il répond que le maintien d'une couverture élevée dans les zones à haut risque, notamment pour les populations mobiles, est très importante. Les personnes qui se déplacent pour chercher un emploi dans les villes peuvent ne pas avoir un accès aux faciles services de santé. L'OMS a travaillé avec les pays, dont la Chine, pour élaborer des plans d'action visant à garantir la vaccination de tous les enfants, qu'ils soient des résidents permanents ou temporaires. La Chine a fait des progrès considérables. La paralysie poliomyélitique associée au vaccin a pris de l'importance à mesure que le poliovirus sauvage disparaissait.

Le vaccin oral est recommandé par l'OMS comme vaccin de choix pour l'éradication de la poliomyélite. Il est très efficace, bon marché et il a été le seul utilisé dans la plupart des pays d'endémie récente. Les pays souhaitant introduire le vaccin antipoliomyélitique intraveineux doivent se souvenir qu'il est peut-être sept fois plus cher que le vaccin oral et qu'une injection supplémentaire est requise. L'OMS n'a pas considéré que l'emploi du vaccin intraveineux était nécessaire dans les pays d'endémie récente et ne le recommande pas pour la certification de l'éradication de la poliomyélite;

La possibilité de l'apparition d'un virus hybride a été envisagée. Les participants d'une réunion récente à Genève ont conclu qu'il ne s'agissait pas là d'un risque majeur, bien que les recherches sur cette question se poursuivent.

Les pays d'endémie récente s'inquiètent d'avoir les ressources suffisantes pour assurer la certification régionale et mondiale. En 1998, les nombreux partenaires et organismes ont fourni des ressources suffisantes pour la vaccination, mais il pourrait y avoir certaines insuffisances à partir de 1999, de même que pour les financements de la surveillance et des coûts de laboratoire. On cherche la poursuite de l'appui auprès des organismes partenaires. Néanmoins aucun pays n'a de crainte à avoir parce que les activités ou l'appui cesseront lorsque la poliomyélite n'aura pas été notifiée pendant 18 mois. Il faut se souvenir que le maintien de la surveillance en l'absence de poliomyélite est aussi cher que lorsque la maladie existe : il faut garder la notification au même niveau.

La Présidente remercie tous les intervenants et demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution à examiner lors d'une prochaine réunion.

La séance est levée à 17h15.