

PROCES-VERBAL DE LA CINQUIEME SEANCE

Salle de conférences du Bureau régional, Manille  
mercredi, 16 septembre 1998 à 9h00

PRESIDENTE : Dr Margaret CHAN (Hong Kong, Chine)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Expression de gratitude au Dr S. T. Han (suite) .....	158
2. Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique .....	158
2.1 Visites dans les pays, Rapport du Sous-Comité, Première Partie et Evaluation des visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Deuxième Partie .....	158
2.2 Composition du Sous-Comité .....	165
3. Examen des projets de résolutions : .....	165
3.1 Projet de budget programme : 2000-2001 .....	165
3.2 Les maladies sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le SIDA .....	168
3.3 Eradication de la poliomyélite dans la Région .....	171

1. EXPRESSION DE GRATITUDE AU DR S.T. HAN (suite)

Le RAPPORTEUR de langue française lit la résolution exprimant la gratitude du Comité au Dr Han, adoptée lors de la quatrième séance.

La PRESIDENTE dit que la gratitude que le Comité doit au Dr Han est bien plus grande que ce qui peut être exprimé dans une résolution. On conférant au Dr Han le titre de Directeur régional émérite, le Comité souhaite lui exprimer sa gratitude pour les services qu'il a rendus, de la part de tous les pays de la Région du Pacifique occidental.

Le DIRECTEUR REGIONAL adresse aux membres du Comité ses remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'ils viennent de lui conférer. Il remercie également les représentants du personnel de l'OMS de leur appui sans faille au cours de ces dix années à la tête du secrétariat. Il quittera l'OMS avec un sentiment de joie profonde à la pensée des nombreuses amitiés qu'il a forgées au cours de ses 31 années passées au sein de l'Organisation. Il n'envisage pas d'interrompre complètement ses activités, mais il continuera à oeuvrer à titre personnel en faveur des populations de la Région. Il assure au Comité qu'il se souviendra toute sa vie de l'honneur qu'il vient de lui décerner.

2. SOUS-COMITE DU COMITE REGIONAL POUR LES PROGRAMMES ET LA COOPERATION TECHNIQUE : Point 12 de l'ordre du jour

2.1 Visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Première Partie : Point 12.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC49/8) et Evaluation des visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Deuxième Partie : Point 12.2 de l'ordre du jour (Document WPR/RC49/9)

Le Dr OTTO (Palaos), Président du Sous-Comité, fait une présentation conjointe des points 12.1 - Visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Première Partie, et 12.2 - Evaluation des visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Deuxième Partie.

Il explique que quatre membres du Sous-Comité se sont rendus à Fidji et en Malaisie en juin 1998, afin d'examiner les initiatives prises par ces pays en matière de villes-santé et d'îles-santé, en s'attachant en particulier aux systèmes d'information sanitaire, ainsi que la collaboration de l'OMS dans ces domaines. Débattus avec attention par tous les membres du Sous-Comité, les résultats de cette enquête aboutissent aux conclusions et aux recommandations mentionnées dans le document.

Les membres du Sous-Comité expriment leur gratitude à l'égard des autorités sanitaires de Fidji et de la Malaisie pour l'excellence de leurs arrangements et pour l'accueil chaleureux qu'ils ont reçu. Les visites ont été parfaitement organisées, ce qui a grandement facilité la tâche du Sous-Comité. Dans les deux pays, les projets villes-santé ou îles-santé ont été mis en place avec succès et progressent de façon positive.

Le Dr Otto attire l'attention du Comité sur certains des points communs aux deux pays en ce qui concerne les projets villes-santé et îles-santé. Selon le Sous-Comité, un projet peut réussir si les trois facteurs suivants sont assurés :

1. engagement ferme vis-à-vis du concept des villes-santé et des îles-santé, aussi bien de la part des plus hauts niveaux du gouvernement que de la communauté concernée ;
2. choix d'un point de démarrage pertinent dégagant des bénéfices tangibles (tels que la salubrité de l'environnement ou la lutte contre le paludisme) ; et
3. existence d'un milieu social et culturel favorable.

Le Sous-Comité estime que les quatre éléments suivants sont essentiels si l'on souhaite mener à bien et améliorer les projets existants :

1. existence de mécanismes efficaces de coordination intersectorielle à tous les niveaux ;
2. développement de politiques nationales et de plans d'action ;
3. formation et renforcement des capacités ; et
4. existence d'un système d'information solide en appui à la mise en oeuvre des projets.

Il estime de plus que si l'on souhaite transférer des expériences réussies en matière de projets villes-santé et îles-santé vers de nouveaux sites, il convient de tenir compte des conseils des personnes ayant travaillé sur des projets réussis et de ne pas négliger l'organisation de visites d'études.

Les membres du Sous-Comité sont persuadés que les projets villes-santé et îles-santé mis en oeuvre dans d'autres pays de la Région pourraient tirer grand profit des enseignements qui découlent de ces questions. Le Sous-Comité adresse une recommandation au Comité régional et quatre aux Etats

Membres et à l'OMS. Le Comité régional est prié d'examiner ces recommandations avec attention et de les approuver.

S'intéressant maintenant à la Deuxième partie du rapport du Sous-Comité, le Dr Otto dit que le Sous-Comité a examiné l'étude d'évaluation réalisée par le Bureau régional. Bien que dans l'ensemble le taux de réponse des pays membres du Sous-Comité soit décevant, il semble que, d'après les réponses reçues, la valeur des visites dans les pays ne fasse pas de doute. Il explique que le Sous-Comité a deux propositions à faire au Comité régional. Tout d'abord, le Sous-Comité ne devrait se réunir que si une tâche spécifique lui a été confiée, pour examiner le programme général de travail, par exemple. Deuxièmement, les visites dans les pays devraient être poursuivies, mais uniquement lorsque le Sous-Comité se réunit. Le Dr Otto conclut son intervention en invitant les représentants des deux pays visités à donner leur avis sur le rapport.

M. ROKOVADA (Fidji) informe le Comité que les propositions et les recommandations énoncées dans le rapport du Sous-Comité ont été acceptées par son Gouvernement. Depuis la visite du Sous-Comité, Fidji a institué un Conseil national de promotion de la santé en tant que coordinateur des projets îles-santé. Un plan d'action national est en cours d'élaboration et sera examiné lors de la prochaine réunion du Conseil en novembre 1998.

Dr ABDUL AZIZ (Malaisie) remercie les membres du Sous-Comité des commentaires élogieux qu'ils ont faits à propos du projet villes-santé de son pays.

Il souligne un certain nombre de facteurs qui ont contribué au succès du projet. En tout premier lieu, il convient de citer l'engagement du Ministre responsable de l'Etat de Sarawak qui a demandé qu'on lui soumette des rapports sur l'avancement du projet tous les six mois. Deuxièmement, la propriété est entre les mains de la communauté locale qui est responsable de la gestion quotidienne du projet. Troisièmement, des comités de coordination ont été institués au sein du Ministère de la Santé au niveau national et au sein de l'Unité de Planification économique au niveau de l'Etat.

Le projet a démarré dans la ville de Kuching. Au départ, il fut difficile de persuader les autres secteurs de participer au projet, parce qu'ils avaient tendance à penser que cela ne regardait que le ministère de la santé. Le Ministère dispose d'un budget de formation pour le personnel non sanitaire au niveau local, de sorte que les autres secteurs ont pu s'intégrer au projet plus efficacement. Son Gouvernement remercie l'OMS d'avoir financé le développement des compétences des personnes qui gèrent efficacement le projet au niveau local.

Le projet utilise largement les possibilités offertes par les technologies de l'information, ce qui permet à chacun des 20 départements impliqués, au niveau de l'Etat de Sarawak et au niveau national, de conserver la trace de ce que font les autres départements et de résoudre les problèmes dès qu'ils se présentent.

Pour finir, il invite les représentants que cela intéresse à visiter la ville de Kuching afin d'observer l'avancée du projet.

La **PRESIDENTE** souligne combien les enseignements qui découlent des expériences de Fidji et de la Malaisie sont importants, en particulier en ce qui concerne la nécessité d'obtenir l'engagement des autorités politiques, l'existence d'une information relative aux meilleures pratiques de manière à ce que les autres villes qui se lancent dans le projet puissent en bénéficier, et le renforcement des capacités grâce à la formation.

Elle invite ensuite le **Directeur régional** à clarifier la situation en ce qui concerne les réunions du **Sous-Comité**.

Le **DIRECTEUR REGIONAL** explique qu'au cours de sa discussion des points 12.1 et 12.2 de l'ordre du jour le **Comité régional** devra décider s'il souhaite accepter en principe la première recommandation du **Sous-Comité**, à savoir que le **Sous-Comité** ne devrait se réunir que si une tâche spécifique, telle que l'examen du programme général de travail, lui a été confiée. S'il adopte la recommandation, il devra repousser sa décision quant à la réunion du **Sous-Comité** en 1999 jusqu'à ce que le point 12.6 de l'ordre du jour ait été discuté.

M. **BOYER** (Etats-Unis d'Amérique) revient sur les propos du représentant de la Malaisie qui faisait remarquer que les autres Ministères avaient tendance à considérer que le projet des villes-santé ne concernait que le Ministère de la Santé. Selon lui, ce problème est commun à la plupart des questions de santé dans tous les gouvernements. Pour les Ministres de la Santé, et pour les Présidents et les Premiers Ministres naturellement, c'est un véritable défi que de convaincre les autres Ministères de la nature multisectorielle de la plupart des activités liées à la santé. Il cite l'exemple de l'**ONUSIDA** qui, parfaitement consciente de la nature multisectorielle du problème du VIH/SIDA, implique sans relâche les Ministres responsables de l'éducation, des finances, du travail et du développement, dans ses activités.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) suggère que les rapports sur les visites dans les pays se concentrent plus spécialement sur deux questions importantes : 1) la détermination des meilleures pratiques ; et deuxièmement, l'identification et l'analyse des obstacles à la mise en oeuvre des politiques et des programmes, de manière à pouvoir recommander des façons de surmonter ces obstacles.

Les visites dans les pays présentent une sorte de vice de forme dans la mesure où les pays sont toujours extrêmement empressés de montrer les projets qui fonctionnent bien, tandis qu'ils répugnent, et c'est bien compréhensible, à présenter ceux qui fonctionnent moins bien. Et pourtant, ces derniers peuvent également générer de nombreux enseignements.

Sa délégation approuve la première recommandation faite par le Sous-Comité au Comité régional dans son document WPR/RC439/9.

Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) fait l'éloge du rapport qui s'est trouvé prêt en temps utile et approuve les recommandations du Sous-Comité. Il a pris bonne note des facteurs favorables au démarrage et à la mise en oeuvre à long terme des projets, et il se montre extrêmement intéressé par les expériences acquises par d'autres pays sur un projet d'îles-santé tel que celui que la Papouasie-Nouvelle-Guinée développe actuellement.

Il propose que les pays jouissant d'une expérience positive soient considérés comme des centres d'excellence, et que les concepts de villes-santé et d'îles-santé soient coordonnés d'après leurs expériences.

Le Professeur WHITWORTH (Australie) approuve la première recommandation faite au Comité régional telle qu'elle se présente dans le document WPR/RC49/9. Le Sous-Comité ne devrait se rencontrer que pour effectuer des tâches spécifiques, et les visites dans les pays devraient être évaluées régulièrement. Elle suggère que l'OMS étudie des moyens d'atteindre les objectifs des visites dans les pays grâce à des moyens plus économiques, car les visites dans les pays ne constituent pas une fin en elles-mêmes.

Le Dr TAITAI (Kiribati) approuve la recommandation de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, à savoir que les formes que doivent prendre les soins de santé dans les différents pays devraient être étudiées dans le contexte des projets îles-santé. Au Kiribati, les îles-santé sont un système plutôt qu'un concept. Le projet îles-santé est opérationnel depuis dix ans. Il existe maintenant des groupes

communautaires autonomes, les soins de santé primaires font partie du projet, et récemment, un système continu de surveillance a été mis en place.

Le Dr QI QINGDONG (Chine) explique que l'évaluation d'une visite dans un pays débouche sur une étude objective des contributions et des résultats du pays et qu'elle permet de faire des propositions constructives en vue de renforcer la coopération avec l'OMS et de promouvoir le partage des informations et des expériences.

Visités, visiteurs ou lecteurs des rapports, tous les pays profitent des visites dans les pays. Les activités relatives au programme en question pourront être ajustées en conséquence.

Il convient d'étudier attentivement le choix des sujets d'études, ainsi que la composition du Sous-Comité, afin de garantir la pertinence de l'étude et des suivis.

Il approuve la recommandation selon laquelle le Sous-Comité ne devrait se réunir que pour étudier un sujet spécifique. La question des visites dans les pays devrait également tenir compte des engagements formulés par le Directeur général en faveur de l'utilisation des technologies modernes dans le but de réduire le coût des réunions.

Mme JACOBSEN (Nioué) approuve la recommandation du Sous-Comité à propos de la fréquence des réunions, mais elle propose que des lignes directrices soient préparées afin de faciliter l'évaluation.

Le Dr URETA (Philippines) adhère également aux recommandations, mais elle suggère que les informations pertinentes soient communiquées en continu grâce au site internet régional. Elle informe les membres du Comité que le Département de la Santé des Philippines soutient un concours annuel intitulé Lieux de vie et villes-santé, qui octroie des récompenses aux unités gouvernementales locales qui gèrent les programmes consacrés aux villes-santé.

Le Dr TAMARUA (Iles Cook) approuve les recommandations et tombe d'accord pour dire qu'il conviendrait de mettre en place des indicateurs relatifs aux villes-santé et aux îles-santé.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) approuve la recommandation. Il fait remarquer que les Etats-Unis d'Amérique avaient été déçus par les évaluations précédentes, et il apprécie d'autant plus le sérieux de l'évaluation qui vient d'être faite.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, revenant aux propos du représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée à propos du partage d'expérience, explique que les projets villes-santé développés en Malaisie sont devenus un centre d'échange d'information. Des voyages d'études ont été organisés au bénéfice de pays qui envisagent de développer de tels projets. Le projet d'îles-santé, développé par Fidji à Kadavu, a servi de cas d'étude lors de la réunion des ministères de la santé du Pacifique, qui a eu lieu à Rarotonga. Une réunion interpays sur les îles-santé est prévue à Fidji en février 1999.

En réponse à l'intervention de la représentante de la Nouvelle-Zélande, il précise que la nécessité de délimiter avec précision les contours de l'étude du Sous-Comité est admise ; le sujet à double volet retenu dans l'étude de cette année s'est révélé légèrement problématique. Toutefois, le Sous-Comité a fait montre d'une totale détermination lors de son examen des aspects positifs et négatifs des projets développés dans les deux pays visités.

Pour une prochaine visite de pays, le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) suggère que l'on retienne un sujet extrêmement précis tel que le confinement du poliovirus sauvage en laboratoire. La visite pourrait essayer de déterminer la meilleure façon de procéder ainsi que des méthodes permettant de surmonter les obstacles de mise en oeuvre.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, fait remarquer que le sujet de l'étude devrait se limiter à l'application plutôt qu'à l'instauration de bonnes pratiques dans la mesure où les membres du Sous-Comité ne seront pas forcément des spécialistes en la matière.

Le Dr OTTO (Palaos), Président du Sous-Comité, accueille avec satisfaction l'approbation du rapport et confirme qu'il fut naturellement difficile de déterminer les forces et les faiblesses des projets sans indicateurs.

Il adhère à l'idée que les projets développés en Malaisie et à Fidji constituent des modèles qui doivent servir de référence pour des études de cas et des échanges d'informations.

La PRESIDENTE propose que la préparation d'un projet de résolution soit reportée tant que le point 12.6 de l'ordre du jour n'a pas été examiné.



## 2.2 Composition du Sous-Comité : Point 12.3 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que les membres actuels du Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique sont le Cambodge ; Fidji ; la France, représentée par la Polynésie française ; Hong Kong, Chine ; la Mongolie ; les Palaos ; les Philippines et le Viet Nam.

Les membres du Sous-Comité qui arrivent à l'expiration de leur mandat sont le Cambodge, Fidji, la Mongolie et le Viet Nam.

Lors de la réflexion sur les pays qui pourraient remplacer les quatre membres sortants, il a été jugé souhaitable de conserver une grande variété de situations sanitaires et socio-économiques au sein du Sous-Comité.

En conséquence, il suggère que le Comité examine la possibilité de nommer le Brunéi Darussalam, la Nouvelle-Zélande, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et Tonga en remplacement des quatre membres sortants du Sous-Comité.

Mme JACOBSEN (Nioué) demande que la candidature de Nioué soit examinée.

Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que son pays retirera sa candidature en faveur de celle de Nioué.

Il en est ainsi décidé. Décision WPR/RC49(3)).

## 3. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants :

### 3.1 Projet de budget programme pour 2000-2001 (Document WPR/RC49/Conf. Paper No. 1)

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) propose d'amender le deuxième paragraphe du préambule de la façon suivante :

"Notant les conséquences de la réduction des allocations résultant de l'adoption de la résolution WHA51.31 sur les programmes prioritaires".

Deuxièmement, elle propose d'insérer deux nouveaux paragraphes au dispositif qui devient :

"PRIE le Directeur régional :

- 1) de revoir le projet de budget programme afin de garantir que les allocations reflètent les priorités clés de l'OMS telles que présentées à la quarante-neuvième session par Madame le Directeur général ;
- 2) de rendre compte à la cinquantième session du Comité régional de la méthode qui devra être appliquée pour déterminer les allocations aux pays pour l'exercice 2002-2003 ;
- 3) de transmettre le projet de budget programme au Directeur général afin qu'elle l'examine et l'inclue dans son projet de budget programme pour l'exercice financier 2000-2001."

M. KANEKO (Japon) approuve la proposition de la représentante de la Nouvelle-Zélande mais propose d'ajouter les mots "processus et" au paragraphe 2 du dispositif, qui devient :

"2) de rendre compte à la cinquantième session du Comité régional du processus et de la méthode qui devront être appliqués pour déterminer les allocations aux pays pour l'exercice 2002-2003 ;".

Le Professeur WHITWORTH (Australie) est d'accord avec les amendements proposés, déclarant qu'il ne convenait pas d'exprimer des inquiétudes à propos d'une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé dont faisaient partie des membres du Comité régional. Cette résolution cherche à s'éloigner de la répartition historique et à aller vers une répartition fondée sur l'équité et les besoins.

M. ROKOVADA (Fidji) est d'accord avec les amendements proposés, mais il se demande si le paragraphe 1 du dispositif peut être mis en oeuvre à temps.

Mme JACOBSEN (Nioué) exprime son accord avec les amendements proposés et propose que les mots "et assurer que les changements sont mis en place malgré le changement de direction" soient ajoutés à la fin du paragraphe 2 du dispositif.

M. Wang-Kon MOON (République de Corée) approuve les amendements proposés par la Nouvelle-Zélande.

Le DIRECTEUR REGIONAL, se référant au nouveau paragraphe 1 du dispositif, dit qu'il ne sait pas dans quelle mesure le groupe de travail demandera aux Régions d'amender leurs projets de budgets, et si cela entraînera des modifications au budget examiné. Il signale que 66,9 % du budget en cours d'examen sont consacrés aux quatre domaines prioritaires choisis par le Directeur général : les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, le développement des services de santé et le plaidoyer pour la santé. Le Directeur général et l'Assemblée pourraient exiger que 100 % du budget soient consacrés à ces quatre priorités, bien que les Etats Membres puissent souhaiter insister sur le fait d'inclure les priorités nationales dans le budget. Il ne sera pas possible de revoir la question lors de la session suivante du Comité régional, dans la mesure où le budget aura alors été adopté par l'Assemblée. Il sera donc procédé à une consultation rapide et les Membres devront répondre promptement au Bureau régional.

Il déclare que le nouveau paragraphe 2) du dispositif semble être conforme à ce qui a été fait pour les crédits régionaux, processus qui s'est fait au détriment de la Région du Pacifique occidental. Si l'on utilise les critères pour les allocations régionales, neuf pays de la Région se retrouveront alors sans budget. Il rappelle aux représentants la politique budgétaire du programme régional, adoptée par le Comité régional en 1986 et il affirme que ces critères ont été appliqués. Les instructions opérationnelles maison utilisées pour les allocations des budgets aux pays comprennent le niveau des besoins, mesuré en partie par les indicateurs socio-économiques et sanitaires de chaque pays ou territoires. Le taux de natalité brut, le taux de mortalité et le nombre de docteurs par habitant sont des exemples de ces indicateurs. Il propose de soumettre ces critères à la prochaine session du Comité régional. Néanmoins, il prie instamment les représentants de laisser le Directeur régional exercer son jugement politique et subjectif et de ne pas décider de chaque chose en fonction de critères objectifs.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) remercie le Directeur régional de son explication et signale que le mot essentiel du paragraphe 1 du dispositif était "reflètent", qui laisse une certaine souplesse au Directeur régional. Elle soutient l'amendement proposé par le Japon et appelle le Comité régional à s'impliquer davantage dans la phase stratégique du budget. Les processus doivent être revus chaque année à la lumière des meilleures pratiques en cours.

La Présidente demande aux Rapporteurs de préparer une version révisée du projet de résolution à examiner lors d'une réunion ultérieure.

### 3.2 Les maladies sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le SIDA

(Document WPR/RC49/Conf. Paper No. 2)

Le Dr OTTO (Palaos) propose l'insertion des mots "les populations et" dans le deuxième paragraphe du préambule qui devient :

"Notant l'augmentation probable du nombre de cas d'infection à VIH et de SIDA dans les prochaines années dans la Région et les conséquences que cette augmentation peut avoir sur les populations et sur les systèmes de santé de cette Région."

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) exprime son approbation de la référence faite au Groupe thématique de l'ONUSIDA dans le paragraphe 2(3) du dispositif dans la mesure où les experts d'autres domaines des autorités publiques doivent être encouragés à se joindre à la lutte contre cette maladie. Revenant au quatrième paragraphe du préambule, il demande une explication sur ce qui est estimé et projeté ; il constate également que, compte tenu du coût élevé de la thérapie antirétrovirale, l'indication qu'elle pourrait avoir beaucoup d'effets sur l'incidence future du SIDA dans la Région pourrait être trompeuse.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) propose deux amendements au projet de résolution : l'addition des mots "et des autres infections transmises par le sang" à la fin des paragraphes 1(3) et 2(2) du dispositif.

Le Dr URETA (Philippines) propose l'ajout des mots "par la législation" à la fin du paragraphe 1(1) du dispositif.

Mme BENNETT (Australie), soutient les propositions des Représentants des Palaos et de la Nouvelle-Zélande mais ne veut pas appuyer celle du Représentant des Philippines.

Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) appuie les commentaires de la Représentante de l'Australie.

M. TSUDA (Japon) indique que l'inclusion des mots "par la législation" à la fin du paragraphe 1(1) du dispositif, telle que proposé par le Représentant des Philippines, ne convient pas, car il y a de nombreux moyens de renforcer l'engagement.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SIDA, répondant aux commentaires du Représentant des Etats-Unis, déclare que les “estimations” évoquées dans le quatrième paragraphe du préambule s’appliquent à la fois au VIH/SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles, tandis que les “projections” s’appliquent seulement au VIH/SIDA. L’utilisation des traitements antirétroviraux influera sur les estimations de l’incidence et de la prévalence du VIH/SIDA en diminuant le taux de mortalité imputable au SIDA et le taux d’évolution de l’infection à VIH vers le SIDA.

M. BOYER (Etats-Unis d’Amérique) indique qu’il reste une contradiction apparente entre le deuxième paragraphe du préambule, qui évoque une augmentation probable du nombre des cas, et le quatrième paragraphe du préambule, qui prévoit une diminution. La vigilance et une plus grande action doivent être proposées et il ne faut pas donner aux Etats Membres un sentiment erroné de sécurité.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SIDA convient que l’incidence et la prévalence du VIH/SIDA ne diminueront que dans les pays où les traitements antirétroviraux seront disponibles, mais ce ne sera malheureusement pas ceux qui sont les plus affectés par l’épidémie.

Le DIRECTEUR REGIONAL ajoute que peu de pays ont les moyens pour les nouveaux traitements. Il propose d’amender la dernière phrase du quatrième paragraphe du préambule de la manière suivante : “...mais que l’utilisation accrue des antirétroviraux pourra modifier les estimations futures dans certains pays.” M. BOYER (Etats-Unis d’Amérique) souscrit à cette proposition.

La PRESIDENTE signale que l’ajout des mots “par la législation” au paragraphe 1(1) du dispositif limitera les mesures susceptibles d’être prises pour renforcer l’engagement. Le Dr URETA (Philippines) convient de retirer sa proposition mais signale que la législation adoptée par le Congrès dans son pays a renforcé le programme contre le VIH/SIDA et a été un instrument pour la mise en oeuvre de directives de prévention dans le début des années 1990.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, note que la mention proposée “et des autres infections transmises par le sang” à la fin des paragraphes 1(3) et 2(2) du dispositif couvre une gamme étendue de maladies parmi lesquelles certaines pourraient ressortir de la compétence d’autres programmes que celui sur le VIH/SIDA, comme par exemple l’hépatite C chez les consommateurs de drogues par injection.

Le DIRECTEUR REGIONAL informe le Comité qu'une réunion sur l'hépatite doit se tenir au Bureau régional en décembre 1998. Il propose d'inclure l'hépatite et les maladies associées à l'ordre du jour de la cinquantième session du Comité régional en 1999, lorsqu'on disposera d'informations plus complètes.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) déclare que la proposition de la Nouvelle-Zélande a été conçue pour permettre au Directeur régional plus de souplesse dans la décision d'inclure des maladies associées et essentielles dans le programme. Il attire l'attention du Comité sur les annexes 3 et 4 du document WPR/RC49/6 qui montrent que les estimations de la prévalence de l'infection à VIH due aux injections de drogues se situent à 75 % en Malaisie et au Viet Nam et à 50 % en Chine ; selon les projections, la prévalence estimée de l'infection à VIH en Chine passera de 400 000 en 1997 à 1 200 000 en 2000, et l'incidence estimée du SIDA de 5300 à 33 000 pour la même période. Des augmentations similaires sont prévues dans d'autres pays. Bien qu'il se félicite de l'insertion d'un point sur l'hépatite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Comité, le travail devrait être entrepris dès que possible pour comprendre toutes les conséquences de l'hépatite, au vu de la gravité de la situation.

Le Dr BOUNGNONG BOUPHA (République démocratique populaire lao) propose d'inclure au paragraphe 2 (1) du dispositif les mots "notamment ceux confrontés à un risque élevé" après les mots "Etats Membres". Elle est d'accord avec la proposition du Directeur régional de changer la formulation pour qu'elle devienne "en particulier ceux confrontés à une augmentation rapide du nombre d'infections".

Dr ABDUL AZIZ (Malaisie), évoquant le cinquième paragraphe du préambule, exprime ses inquiétudes sur le fait que le traitement des personnes infectées par le VIH, la prophylaxie post-exposition et la réduction de la transmission mère-enfant seront limités par les coûts actuels. Le Directeur régional doit être prié d'examiner les moyens de réduire les coûts de traitement. A cet effet, il propose l'insertion des mots "y compris sur les moyens de réduire le coût de ces agents" au paragraphe 2(6) du dispositif, après les mots "agents antirétroviraux".

Le DIRECTEUR REGIONAL propose pour cette insertion la formulation suivante : "y compris la réduction des coûts de prise en charge". Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) propose que l'amendement consiste à ajouter les mots suivants "y compris les coûts" à la fin du paragraphe. Le Dr ABDUL AZIZ (Malaisie) convient que le mot "coûts" ne doit pas être retenu, dans la mesure où sont impliquées à la fois la prise en charge des cas et la prophylaxie.

Le Dr BLANCHY (France), Rapporteur de langue française, suggère que la formulation retenue à la fin du quatrième paragraphe du préambule soit “dans les pays où ces thérapies sont accessibles”.

Décision : Le projet de résolution, tel qu’amendé, est adopté.

### 3.3 Eradication de la poliomyélite dans la Région

(Document WPR/RC49/Conf. Paper No. 3)

M. TSUDA (Japon) propose que les mots “de s’apprêter à” dans le paragraphe 1(5)(c) soient amendés pour devenir “de viser à”. Il est nécessaire d’assurer une cohérence entre les plans d’action régionaux et mondiaux pour le confinement des matériels infectieux renfermant du poliovirus sauvage. L’expression “de s’apprêter à” semble s’associer à des buts à court terme, tandis que “de viser à” évoque des objectifs à long terme.

Le Dr KUN (Nauru) propose l’insertion du mot “complètement” après “interrompre” dans le deuxième paragraphe du préambule. Il propose en outre l’insertion du mot “maximum” après “confinement” dans le paragraphe 3.2 du dispositif.

M. DAVIES (Nouvelle-Zélande) propose d’ajouter les mots “et efficacement” après “de réagir immédiatement” dans le paragraphe 1 (3) du dispositif. Il propose en outre de remplacer les mots “manipulent et conservent” dans le paragraphe 1(5)(b) du dispositif par “qui continuent de manipuler et conserver”.

Le Dr BLANCHY (France), Rapporteur de langue française, propose de remplacer les mots “toute importation de poliovirus sauvage” dans le paragraphe 1(3) du dispositif par “toute introduction de poliovirus sauvage”.

Il en est ainsi convenu.

Décision : Le projet de résolution, tel qu’amendé, est adopté.

La séance est levée à 12h15.