

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA SEPTIEME SEANCE

Salle de conférences, Manille
Jeudi 14 septembre 1995 à 8h30

PRESIDENT : Dr Joseph Williams (Iles Cook)

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique (suite)	214
1.1 Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : Rapport du Sous-Comité, Deuxième Partie	214
2. Développement de la recherche en santé	219
3. Nutrition : Rapport d'activité sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et sur la mise en oeuvre du Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel	223
4. Examen des projets de résolutions	227
4.1 Changements apportés au budget programme pour l'exercice 1996-1997	227
4.2 Allocations régionales	229
4.3 Le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles	231
4.4 Programme commun des Nations Unies sur le SIDA	232
4.5 Eradication de la poliomyélite dans la Région : Rapport d'activité	232
4.6 Visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique, Première Partie	233
4.7 Composition du Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique	233
5. Lèpre	233

- I. SOUS-COMITE DU COMITE REGIONAL POUR LES PROGRAMMES ET LA COOPERATION TECHNIQUE : Point 12 de l'ordre du jour (suite)
- 1.1 Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : Rapport du Sous-Comité, Deuxième Partie : Point 12.3 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/11) (suite de la sixième séance; section 3.3)

Le PRESIDENT annonce qu'afin d'aider le Comité à s'acquitter de sa tâche dans les délais voulus, il ne sera plus demandé aux Rapporteurs de donner lecture des textes des projets de résolutions, vu que les membres disposent déjà de ces documents. Cette pratique sera suivie pendant toutes les séances ultérieures du Comité régional.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) se référant à la section 4.3.2, Systèmes d'information pour la gestion, du rapport du Groupe de travail du Conseil exécutif, demande au Directeur régional de lui préciser si l'obligation faite aux systèmes d'information pour la gestion de répondre aux besoins propres à la Région et d'intégrer les systèmes existants du Bureau régional, compromettra ou non l'élaboration de définitions et de termes normalisés dans l'ensemble de l'Organisation. C'est une nécessité si l'on veut que le système fournisse des données pertinentes et actualisées sur les programmes et les projets, de telle manière que l'on dispose d'informations en retour sur la mise en oeuvre des politiques programmatiques générales et des stratégies de budget programme. Sa délégation s'inquiéterait si les besoins particuliers du Bureau régional compromettaient la mise en place de bases de données mondiales sur les partenaires, les experts, les boursiers et les services.

Le Dr TAPA (Tonga), se référant à la section 4.2.3.1, Méthode de travail des comités régionaux, estime que le Comité régional doit décider si le moment est venu pour lui d'entreprendre une étude de sa propre méthode de travail. Le Comité régional sera saisi d'un projet de résolution concernant le mandat du Sous-Comité pour 1996, et il importe de décider s'il convient ou non d'inclure dans ce mandat un examen des visites dans les pays, le nombre de membres siégeant dans des sous-comités et si, dans l'hypothèse où les visites dans les pays se poursuivraient, elles doivent ou non être effectuées pendant les années non budgétaires.

Le Dr KOTEKA (Iles Cook), se référant à la section 4.2.2.5, Participation des membres du Conseil exécutif aux travaux de l'OMS, annonce que sa délégation appuie la recommandation tendant à créer un petit groupe chargé d'améliorer la procédure de désignation des membres du Conseil exécutif ainsi que les modalités de cette désignation. Elle appuie également l'idée selon

laquelle les membres choisis pour siéger au Conseil exécutif doivent être techniquement qualifiés et en mesure de prendre des décisions au niveau politique.

La délégation des Iles Cook appuie la proposition tendant à demander aux comités régionaux d'étudier leur propre méthode de travail, mais observe que le Sous-Comité a avalisé la méthode de travail actuelle du Comité régional. De même, l'informatique est absente du Comité régional et d'autres comités de l'OMS ; si l'on se servait de micro-ordinateurs, de disquettes et d'autres moyens techniques de même nature au cours des séances du Comité, on ferait de notables économies du point de vue des coûts et du temps et l'on ménagerait l'environnement ; il ne serait plus nécessaire de diffuser un tel volume de papier aux délégations et dans l'ensemble de la Région.

La délégation des Iles Cook appuie la proposition tendant à prier le Directeur général de fournir une analyse détaillée de la situation actuelle, de la capacité, de la compatibilité, des plans et des programmes des systèmes intégrés de gestion utilisés dans l'ensemble de l'Organisation, et elle tient à demander qu'on lui indique à quel stade on se situe de cette analyse. Il conviendrait d'entreprendre une étude sur l'adoption possible d'un système d'interconnexion des réseaux OMS, analogue à INTERNET.

Se référant à la section 4.5.1, Responsabilités des représentants de l'OMS, la délégation des Iles Cook accepte et approuve la pratique actuellement suivie par l'OMS consistant à nommer des médecins aux postes de représentants de l'OMS ; la nomination de personnes moins qualifiées ne lui paraît pas souhaitable. D'ailleurs, il semble bien qu'en raison des problèmes qui se sont posés en Nouvelle-Zélande par suite de la sélection de personnels non médico-sanitaires pour gérer les *Crown Health Enterprises* et les structures sanitaires régionales de ce pays, le Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande a indiqué qu'à l'avenir tous ces gestionnaires devraient avoir un diplôme de médecin.

Pour M. HIRAI (Japon), il y a deux questions dont il faut s'occuper d'urgence : la communication entre le Siège de l'OMS et ses bureaux régionaux ; et la collaboration entre l'OMS et d'autres organisations internationales. C'est important si l'on veut éviter les activités faisant double emploi et promouvoir des relations complémentaires permettant de maximiser l'impact des actions de santé. Lorsque l'OMS traite de questions de santé en liaison avec d'autres organismes, il convient de reconnaître la suprématie de l'Organisation en matière de prise des décisions.

Le Dr TEKEE (Kiribati) approuve sans réserve ce que le Directeur régional a dit concernant la nécessité de réexaminer les stratégies de la santé pour tous, ainsi que la nécessité

pour les pays membres de se demander si la réforme des politiques et la rénovation des stratégies sont vraiment nécessaires. C'est ce que l'on a déjà fait au Kiribati, où l'on adopte une nouvelle approche stratégique afin de faire en sorte que des programmes de santé soient mieux mis en oeuvre. Le résultat sera mesuré grâce à l'emploi sélectif d'indicateurs appropriés. Au sein de toute stratégie visant à rationaliser les activités et à leur fixer un rang de priorité, il faut qu'il y ait des repères et des indicateurs précis qui permettent de suivre les activités et les progrès vers la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. La demande faite au Conseil exécutif de prier le Directeur général de renforcer et de développer, avec les directeurs régionaux, des systèmes améliorés de planification et d'analyse des politiques afin d'établir des priorités claires parmi les objectifs, les cibles et les budgets des programmes (section 4.3.1) s'applique tout à fait au niveau des pays, et il demande donc au Directeur régional de fournir un soutien technique ou financier au Kiribati, ainsi qu'à tout autre pays qui en aura besoin.

Le Dr ADAMS (Australie), se référant à la recommandation 3 figurant dans le document WPR/RC46/11, dit que sa délégation craint un peu que l'OMS ne se disperse en mettant en place des systèmes d'information pour la gestion. Lors du Conseil exécutif de mai 1995, le Secrétariat a présenté un système mondial absolument grandiose, mais aucune résolution n'a été adoptée à ce sujet et aucune acceptation automatique n'est intervenue. S'il faut tenir attentivement compte des besoins de la Région, il est également indispensable qu'ils soient articulés avec le système d'information pour la gestion. C'est une question qu'il faut examiner de très près afin d'éviter les doubles emplois générateurs de gaspillage et les dépenses qui dépassent les gains. Des précisions supplémentaires s'imposent donc avant que l'OMS adopte, tant au niveau mondial que régional, un système d'information pour la gestion qui risque de se révéler très honéreux et inefficace. Le représentant des Iles Cook a tout à fait raison de dire qu'un plus large recours aux technologies modernes, conduisant à une réduction du volume de papier, constituerait une évolution tout à fait salubre.

Le Dr BONOAN (Philippines) appuie et approuve le rapport du Sous-Comité, et se dit d'accord sur les questions dont on est convenu de discuter.

Le Dr BART (Etats-Unis d'Amérique) se félicite du sérieux avec lequel le Directeur régional a accueilli le rapport du Groupe de travail du Conseil exécutif. C'est une occasion qui ne se présente pas souvent d'opérer des modifications importantes, et il faut espérer que l'élan ne se ralentira pas. Pour ce qui est de l'examen de la méthode de travail du Comité régional, on pourrait institutionnaliser le processus d'évaluation, en commençant par demander au Secrétariat d'évaluer les visites dans les pays.

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) appuie sans réserve les conclusions et les recommandations figurant dans le rapport et souscrit également à ce qu'ont dit les représentants de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie au sujet de la recommandation 3. Pour ce qui est de la section 4.2.2.5 du rapport, on peut vraiment se demander si, lorsqu'ils se sont prononcés contre une majoration de l'enveloppe régionale, ils ont bien représenté l'intérêt de la Région, tel qu'en décide le Comité régional, ou l'intérêt de leur pays. Il faut savoir se démarquer, et si la Région en général sollicite une augmentation, il appartient à ceux qui la représentent au Conseil exécutif de soutenir ce que le Comité régional a décidé.

Quant à savoir si le moment est venu d'examiner les méthodes de travail, question posée par le représentant de Tonga, le Comité régional peut se demander s'il sera possible à un Sous-Comité technique, comptant un moins grand nombre de membres, d'accomplir le même travail.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande), relevant l'observation formulée par le représentant des Iles Cook concernant la pratique suivie dans son pays, précise qu'il y a 23 *Crown Health Enterprises* en Nouvelle-Zélande et, qu'à sa connaissance, deux seulement des directeurs généraux sont des médecins. Il y en a eu un troisième, mais son contrat de directeur général n'a pas été prorogé, dans des circonstances qui ont suscité un grand intérêt des médias. Ces entreprises sont des sociétés de droit privé et le Ministère de la Santé n'a aucune compétence constitutionnelle l'autorisant à influencer sur le choix de leurs directeurs généraux. Personnellement, la représentante n'a nullement connaissance d'une déclaration du Ministre de la Santé indiquant que ces postes doivent être tenus par des médecins.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant aux questions posées par des membres du Comité, précise que l'équipe de réflexion sur le système d'information pour la gestion, créé au Siège, a presque achevé de formuler ses recommandations et a soumis un rapport intérimaire au Conseil exécutif. Toutes les régions ont envoyé des représentants pour faire connaître leurs vues, et on assiste à un effort coordonné en vue de mettre en place un système d'information pour la gestion. Le rapport du Sous-Comité peut très bien avoir donné l'impression que la Région préférerait ne pas faire partie du système mondial mais, en réalité, c'est exactement le contraire.

Le système informatique du Bureau régional est le plus avancé qui soit à l'OMS, car il y a maintenant plus de dix ans qu'il s'est doté de son propre système d'information pour la gestion. Ce système a également été mis à la disposition de certains pays. C'est un important instrument de gestion. En fait, au niveau mondial, l'OMS adapte le système d'information du Bureau régional. Lui-même a fourni au Siège son appui sans réserve dans ce domaine. Il a offert de mettre son Bureau et son personnel à la disposition du Siège, faisant observer que les frais de personnel sont beaucoup moins élevés à Manille qu'à Genève. En l'occurrence, le Siège a passé

un contrat, d'un montant de US\$ 1 180 000, avec une société française installée à Manille pour mettre au point un système de collecte et de première analyse des données. Il a dit au Directeur général que le Siège avait fait le choix d'une option coûteuse. Le Bureau régional a déjà investi US\$ 7 millions dans son propre système, et il est regrettable que le Siège ait choisi une approche différente qui ne tire pas pleinement parti de cet investissement. Le Siège a également voulu s'attacher les services du fonctionnaire qui dirige le système d'information pour la gestion au Bureau régional. Personnellement, le Directeur régional ne demande pas mieux que de mettre ce fonctionnaire à la disposition du Siège, malgré les contraintes de temps que cela imposerait à l'intéressé, mais il serait vraiment dommage que le processus de réforme engagé à l'OMS aboutisse à créer un système coûteux et difficile à utiliser. En dépit de toutes ces préoccupations, il mettra son expérience et celle du Bureau régional à l'entière disposition du Siège.

Au niveau des régions et des pays, des systèmes d'information pour la gestion doivent être spécifiques, alors qu'à l'échelon mondial il leur faut, par nature et par définition, être généraux. Le système régional d'information pour la gestion a été élaboré pour tenir compte de cette exigence. Ce que craint le Sous-Comité c'est qu'une pression puisse être exercée par le Siège dans le sens d'une plus grande généralisation.

S'agissant de la suggestion faite par le représentant des Iles Cook, peut-être est-il encore trop tôt pour se passer de papier. Une évolution trop brusque peut provoquer des difficultés ; mieux vaudrait procéder plus lentement, en se livrant à une étude approfondie des tenants et des aboutissants. Le Directeur général a commencé à mettre en place un système mondial inspiré d'INTERNET, mais la question se pose de savoir s'il est préférable pour l'OMS d'avoir son propre système ou d'utiliser une structure existante. Il est déjà possible d'obtenir tous les documents du Bureau régional sur le Worldwide Web, mais le Bureau régional n'est pas encore en mesure d'accéder à l'INTERNET ou d'utiliser à plein le courrier électronique, par suite de difficultés au niveau de la location des lignes.

En ce qui concerne les procédures de sélection des membres du Conseil exécutif, sans doute convient-il de rappeler qu'au cours de la réunion en petit comité, qui s'est tenue à la fin de la précédente session, on s'est accordé à penser que le choix fait par la Région de ses représentants au Conseil exécutif avait été très satisfaisant. L'Article 24 de la Constitution de l'OMS précise d'ailleurs qu'un membre du Conseil exécutif doit être techniquement qualifié dans le domaine de la santé. La Région a toujours désigné des représentants techniquement qualifiés. Néanmoins, c'est une condition dont il faudra se souvenir lors des prochaines sélections.

Quant à l'examen de la méthode de travail du Comité régional, ce doit être un processus permanent. En fait, le Comité régional s'y livre déjà activement. Au cours de la présente session,

on a discuté de la composition et de l'action des sous-comités, et on a décidé qu'à l'avenir les rapporteurs ne donneraient plus lecture des projets de résolutions.

S'agissant des compétences et des qualifications exigées des représentants de l'OMS, l'équipe de réflexion - qu'il a lui-même présidée et qui étudie actuellement la question des représentants de l'OMS dans les pays - a admis qu'en principe les représentants de l'OMS doivent être médicalement qualifiés. Toutefois, l'équipe a également recommandé que l'on envisage la candidature d'autres personnes qui, sans être médecins, n'en possèdent pas moins une solide qualification et une vaste expérience en santé publique. Il faut espérer que la recommandation sera approuvée à la session de janvier 1996 du Conseil exécutif.

Le Dr BART (Etats-Unis d'Amérique) observe que ce que vient de dire le Directeur régional des méthodes de travail du Comité régional revêt une importance particulière. Il suggère que l'on rédige un projet de résolution précisant que l'examen doit être un processus permanent et institutionnalisé.

Le PRESIDENT demande aux rapporteurs de prendre note de la suggestion formulée par le représentant des Etats-Unis d'Amérique.

Le PRESIDENT demande qu'on formule des observations sur le document de base intitulé : *Pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous* (Document WPR/RC46/11, Annexe II).

Il n'y a pas d'observations.

Le PRESIDENT demande aux rapporteurs de préparer des projets de résolutions adéquats.

2. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE (Point 13 de l'ordre du jour) (Document WPR/RC46/12)

Présentant le document WPR/RC46/12, le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il renseigne sur les principales activités du programme régional de promotion et de développement de la recherche. Ce programme s'assigne deux buts étroitement liés : 1) obtenir des résultats qui puissent aider à résoudre les problèmes liés à l'instauration de la santé pour tous, et 2) renforcer les capacités de recherche des pays. Dans cet esprit, des efforts ont été consentis pour promouvoir une coordination des recherches nationales de manière à axer la recherche sur la résolution des problèmes prioritaires. Si les modalités d'élaboration des mécanismes de

coordination de la recherche au niveau national diffèrent profondément d'un pays à l'autre, il n'y en a pas moins de plus en plus d'intérêt pour ce genre d'activité.

L'OMS a continué à fournir des bourses de recherche et à assurer une formation à la recherche de manière à promouvoir des activités de recherche au sein des secteurs prioritaires de la Région. Ceux-ci concernent notamment la salubrité de l'environnement, la lutte contre certaines maladies et, quelquefois, leur éradication, la promotion de la santé et le renforcement de la gestion.

Les représentants souhaiteront peut-être formuler des observations sur le rapport qui contient également les observations et recommandations formulées par le Comité consultatif de la Recherche en Santé du Pacifique occidental ou des organismes analogues lors de leur réunion commune qui s'est tenue en août 1994. Il est d'usage que le Comité régional examine ces recommandations et les approuve si les représentants le jugent opportun.

Bien que les recommandations aient été formulées à l'adresse du Directeur régional, il est d'usage que celles-ci soient examinées par le Comité.

M. HIRAI (Japon) se félicite du rapport qui indique clairement l'importance des plans stratégiques, du renforcement des capacités ainsi que de la coordination et de la gestion des activités de recherche. On peut rappeler qu'en février 1995, la deuxième réunion des chefs de centres collaborateurs de l'OMS, qui s'est tenue à Tokyo (Japon), avait comme objectif d'améliorer la communication entre les centres collaborateurs. De telles réunions auront lieu périodiquement, et il faut espérer que les centres collaborateurs de l'OMS, installés dans d'autres Etats Membres, pourront se rallier à cette initiative.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) demande qu'on fasse le point de la situation en ce qui concerne l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal pour la recherche en santé dans la Région, ainsi que des projets du Directeur régional d'organiser une consultation sur l'esquisse de plan. Sa délégation considère que l'élaboration du plan constitue l'activité de recherche la plus importante pour la Région.

Se référant à la recommandation 4 de l'Annexe 4, *Gestion de la recherche*, elle demande si la Chine, le Japon et la République de Corée ont identifié leurs points focaux pour l'administration de la recherche en santé afin que ceux-ci puissent être invités à la prochaine réunion des conseils de la recherche en santé/organismes analogues et qu'ils participent aux dispositions concernant le réseau.

Le Dr TAPA (Tonga) se félicite du rapport et en approuve les observations et recommandations.

Le Dr KOI (Macao) dit, qu'en raison de sa faible population et de ses ressources humaines limitées, son pays n'a pas d'instituts de recherche en santé ou de chercheurs à plein temps. Bien qu'il n'y ait pas non plus de recherche fondamentale, des médecins n'en poursuivent pas moins des travaux de recherche en santé opérationnelle et appliquée au sein des structures médico-sanitaires existantes, dans différents domaines des systèmes et services de santé. Il faut espérer que leurs programmes de recherche en santé pourront bénéficier d'un soutien de l'OMS. La formation du personnel de recherche, les projets de recherche communs dans des domaines prioritaires, le soutien informationnel et la participation aux activités de recherche régionales et mondiales de l'OMS, constituent quelques-uns des domaines importants.

Le Dr SAW (Royaume-Uni) dit que sa délégation estime que la recherche est un préalable indispensable à l'élaboration des politiques et à l'établissement d'un ordre de priorité entre les programmes. Il est donc important que l'appel à l'élaboration d'une stratégie régionale de recherche en santé soit approuvé. Il convient également d'insister sur la recherche axée sur les besoins et de se préoccuper des problèmes pratiques que connaissent les systèmes de santé des Etats-Membres. La délégation du Royaume-Uni souhaiterait obtenir des éclaircissements sur la façon dont les besoins en matière de recherche seront financés.

M. YANG (République de Corée) dit que son Gouvernement s'emploie à amener les industries du secteur de la santé au niveau où elles se situent dans les pays développés. Cela suppose que l'on se dote de systèmes de recherche et de développement et qu'on les améliore. Un soutien de l'OMS serait nécessaire pour développer les industries du secteur de la santé et rattraper ainsi l'écart entre pays en développement et pays développés.

Le Dr ADAMS (Australie), se joint aux autres représentants qui se sont félicités du rapport et admet que la recherche et l'évaluation doivent étayer toutes les actions de santé publique. Il se félicite de l'association plus étroite qui existe au sein de la Région entre les conseils de la recherche et le Comité consultatif de la recherche en santé. A son avis, la recommandation 1 de l'Annexe 4, Gestion de la recherche, à l'effet de tenir compte de la nécessité d'assurer une représentation adéquate des conseils de la recherche au Comité consultatif mondial doit s'appliquer également au Comité consultatif de la recherche en santé du niveau régional. Une proposition tendant à élaborer un plan stratégique de recherche est une excellente idée. Mais il serait intéressant de savoir quel impact les conclusions du Comité OMS ad hoc de la recherche en santé pourront avoir sur la recherche en santé au niveau régional. Le rapport du Comité, "Investir dans la recherche et développement en santé", sera présenté au Conseil exécutif en 1996.

Le Dr BONOAN (Philippines) approuve la politique de l'OMS consistant à appuyer un renforcement du potentiel de recherche, et particulièrement de recherche opérationnelle. Concrétisant l'attachement de son Gouvernement à la recherche en santé, une Unité de recherche essentielle en santé a été mise sur pied avec, pour objectifs, de créer et d'entretenir un climat de recherche favorable et une culture scientifique au sein du secteur de la santé.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant à la question posée par le représentant de la Nouvelle-Zélande, précise qu'à la suite d'une réunion d'un groupe d'études, tenue au Bureau régional du 29 août au 1er septembre 1995, un plan stratégique pour la recherche en santé vient d'être formulé, dans lequel sont définis des domaines de recherche prioritaires pour la période 1996-2000. La Chine et la République de Corée ont déjà identifié leurs points focaux pour l'administration de la recherche en santé, et le Japon est en train de le faire.

En ce qui concerne la question posée par le représentant du Royaume-Uni, le Bureau régional dispose effectivement d'un crédit limité pour la recherche, bien qu'un certain nombre d'autres secteurs de programme techniques comportent un élément de recherche que l'on peut utiliser. Un soutien du Siège sera également sollicité. La politique de la Région est de fournir un financement modeste à la recherche, qui aura une implication immédiate à des fins opérationnelles. La subvention de recherche est considérée comme un crédit de démarrage, susceptible d'aider le chercheur principal à obtenir davantage de soutien d'autres donateurs.

En réponse à la suggestion du représentant de l'Australie, il observe que les membres du Comité consultatif de la recherche en santé (CCRS) font systématiquement coïncider leurs réunions avec celles des représentants des Conseils nationaux de recherche ou organes analogues. La coordination avec le CCRS au niveau mondial se réalise grâce à la participation du Président du Conseil de la Recherche, ainsi que du membre du Secrétariat de la Région aux réunions du CCRS. Le Président du Conseil consultatif régional de la recherche en santé est toujours invité aux sessions du Comité régional. Le projet de rapport intitulé : "Investir dans la recherche et le développement en santé" devra être étudié de façon plus approfondie, pour évaluer son impact au niveau régional.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger un projet de résolution adéquat.

3. NUTRITION : RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT ET SUR LA MISE EN OEUVRE DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL : (Point 14 de l'ordre du jour) (Document WPR/RC46/14)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant le rapport d'activité sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, indique qu'il est basé sur les rapports reçus des Etats Membres conformément à la résolution WPR/RC36.R15 du Comité régional. Il note que, au 30 juin 1995, 30 pays et zones ont transmis un rapport au Bureau régional. Depuis la date de diffusion du document de travail, le Bureau a reçu un rapport supplémentaire, celui de Wallis et Futuna. Il y a donc eu un taux de réponses total de 83 % en provenance de 36 pays et zones de la Région.

Il attire l'attention du Comité sur un progrès très encourageant : le nombre d'hôpitaux amis des bébés dans la Région est passé de 133 hôpitaux dans six pays, il y a deux ans, à 1300 dans 11 pays aujourd'hui. Il pense que cette tendance continuera et aura un impact positif sur le taux d'allaitement au sein actuellement en déclin dans de nombreux pays. L'OMS continuera de coopérer avec d'autres institutions des Nations Unies, comme l'UNICEF, et avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales dans toute activité qui encouragera l'allaitement au sein et améliorera la santé des nourrissons et des jeunes enfants. L'accent est mis sur la formation des agents de santé, la diffusion de la connaissance et d'avis techniques pour les activités de pays.

Il faut également noter qu'aujourd'hui, 19 pays ont adopté, sous une forme ou une autre, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, dont 12 au moyen d'une législation nationale.

Le rapport du Directeur régional souligne que l'allaitement au sein doit être constamment soutenu par les gouvernements et par la collectivité. Il faut insister sur la poursuite de l'allaitement au sein, une alimentation de complément et un sevrage appropriés. L'OMS continuera à soutenir les Etats Membres dans leurs efforts pour améliorer la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant dans la Région.

Le Dr ENOSA (Samoa) signale qu'une politique sur la nutrition vient d'être élaborée dans son pays et sera soumise au Gouvernement pour approbation. Le concept "amis des bébés" a également été adapté aux services de santé du pays.

Mme HONG TIY (Fidji) indique qu'une enquête sur les modes d'alimentation des nourrissons a été effectuée à Fidji auprès de 735 enfants âgés de 0 à 23 mois par le Comité

national de la Nutrition, en 1993 ; cette enquête montre que le nombre d'enfants nourris exclusivement au sein est faible. Seulement 37 % des enfants ont été ou sont nourris exclusivement au sein, 49 % sont nourris au biberon et 14 % sont nourris exclusivement à la cuillère. L'alimentation au biberon est plus élevée dans les zones urbaines (56,25 %) que dans les zones rurales (40 %). En décembre 1994, l'OMS et l'UNICEF ont organisé un cours de formation de 10 jours sur "La promotion de l'allaitement maternel et le développement de l'Initiative des Hôpitaux amis des bébés" avec des participants de Fidji et de huit autres pays du Pacifique sud. L'hôpital Lautoka dans la *Western Division* a été le premier hôpital à recevoir une plaque "amis des bébés".

Le Professeur NGUYEN TRONG NHAN (Viet Nam) dit que la majorité des Vietnamiennes allaitent leurs bébés au sein mais ont tendance à attendre de 1 à 3 jours avant de commencer. Elles suivent aujourd'hui davantage la recommandation qui veut qu'elles allaitent leurs bébés plus tôt. Toutefois, il leur est difficile d'allaiter leurs bébés exclusivement au sein les premiers six mois car elles ne produisent pas assez de lait. Des méthodes traditionnelles sont utilisées afin d'augmenter la quantité de lait maternel et de prolonger la période d'allaitement au sein. La législation sur la commercialisation des substituts du lait maternel a été adoptée en 1994 en même temps que l'initiative pour les hôpitaux amis des bébés. Le plan d'action sur la nutrition tient une place importante dans le plan de développement socio-économique du Viet Nam.

Le Dr LI (Chine) dit que, en 1994, l'Assemblée nationale populaire a voté une loi sur les soins de santé donnés aux mères et aux enfants. Le Gouvernement a élaboré un programme pour le développement de l'enfant pour les années 90 avec comme cible 80 % des nourrissons devant être allaités au sein d'ici l'an 2000. Des cours de formation ont été donnés à 700 000 médecins et infirmier(ière)s et le taux d'allaitement au sein est passé de 30 % en 1993, à 64 % en 1994. La réglementation sur la commercialisation des substituts du lait maternel est entrée en vigueur en mai 1995. Plus de 700 hôpitaux ont reçu le statut d'amis des bébés et ce nombre devrait s'élever à 1000 d'ici fin 1995. Le Dr Li remercie l'UNICEF, l'OMS et d'autres organisations pour le soutien qu'elles ont apporté aux efforts de la Chine dans la promotion de l'allaitement au sein et des hôpitaux amis des bébés.

Le Dr NOGUIERA DA CANHOTA (Macao) dit qu'à Macao il y a moins de 30 % de mères qui allaitent leurs bébés et des mesures sont prises pour promouvoir l'allaitement au sein grâce à la formation des personnels de santé et à l'éducation des femmes enceintes. La nutrition est enseignée aux jeunes enfants dans les établissements et les menus dans les cantines scolaires sont contrôlés par un(e) nutritionniste. Un certain nombre de brochures ont été diffusées sur la

nutrition des jeunes enfants et des femmes enceintes. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été mis en oeuvre en 1985.

Le Dr ITO (Japon) fait siennes les conclusions du rapport et fournit des informations supplémentaires car son pays n'a pas été inclus dans les tableaux 1 et 2. Suite à un programme intensif sur l'allaitement au sein, qui a débuté en 1975, 90,9 % des bébés âgés de un mois sont soit totalement, soit partiellement, allaités au sein. Les fabricants de substituts du lait maternel ont facilement accepté de ne pas fournir d'échantillons gratuits aux mères lorsqu'elles quittent l'hôpital et de ne pas faire de publicité de leurs produits dans les médias. L'étiquetage des substituts du lait maternel est réglementé. Les femmes reçoivent des conseils sur l'allaitement maternel au cours des soins prénatals et lorsqu'elles sont admises à la maternité, et dans les services de soins infantiles. Quatre hôpitaux ont reçu le statut d'amis des bébés.

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) indique que la politique nationale sur l'allaitement maternel et le plan d'action sur la nutrition en est au dernier stade de sa préparation. Il note que, d'après le rapport, il n'existe pas d'hôpitaux ayant le statut d'amis des bébés aux Iles Salomon ; en fait, tous les hôpitaux du pays sont "amis des bébés" depuis leur ouverture et il est regrettable qu'on ne les désigne pas ainsi. Dans le cadre de la législation nationale du travail, les femmes ont droit à 12 semaines de congés maternité et deux heures de pause par jour pour allaiter leurs bébés jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Malheureusement, l'application de cette législation s'est accompagnée d'une élévation du taux de naissances.

Mme HOMASI (Tuvalu) indique que les projets de politique sur l'allaitement maternel et sur les aliments et la nutrition seront bientôt soumis au Cabinet dans son pays. L'hôpital de Tuvalu met en pratique le concept "amis des bébés" depuis 1985 et elle serait heureuse de le voir obtenir le statut officiel.

Le Dr TINIELU (Tokélaou) fait remarquer que dans la section 2 du rapport, il est dit que les bébés sont sevrés entre 4 et 6 mois, ce qui est incorrect. La société de Tokélaou est très traditionnelle et l'allaitement maternel y est fortement encouragé. Les enfants de Tokélaou n'ont pas de problèmes nutritionnels apparents, mais le Gouvernement s'efforcerait d'améliorer leur état nutritionnel si des problèmes se faisaient jour.

M. LOUECKHOTE (France) exprime sa satisfaction du soutien financier de l'OMS pour la formation de personnels de santé dans le domaine de la nutrition. Il souhaite apporter une correction à l'énoncé du premier paragraphe de la section 2 du texte français du rapport, où il est dit que 75 % des bébés en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie ne sont jamais allaités au

sein ;¹ il précise que plus de 50 % des nouveau-nés sont en fait allaités au sein. Toutefois, les changements de modes de vie entraînent une réduction de la durée de l'allaitement maternel.

M. WORKMAN (Nouvelle-Zélande) indique que les taux d'allaitement maternel en Nouvelle-Zélande sont élevés par rapport aux normes internationales : 93 % des mères commencent à allaiter leur enfant dès la naissance ; 60 % des nourrissons sont allaités exclusivement au sein à l'âge de 3 mois et 55 % restent partiellement allaités au sein à l'âge de 6 mois. L'introduction précoce d'aliments solides est un facteur qui contribue beaucoup à la cessation de l'allaitement maternel. En particulier, 50 % des nourrissons maori sont nourris d'aliments solides à l'âge de 3 mois.

La Nouvelle-Zélande appuie sans réserve les principes du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et le Ministère de la Santé est chargé de l'élaboration de codes de conduite spécifiques selon les secteurs.

Le Dr SIPELI (Nioué) se dit surpris des chiffres qui figurent à la section 2 du document, car plus de 80 % des bébés à Nouié sont en fait allaités au sein. Presque toutes les mères ayant un emploi prennent six mois de congés maternité ; il est donc peu probable que moins de 75 % des mères allaitent leurs nourrissons à l'âge de quatre mois.

Le Dr BONOAN (Philippines) déclare que jusqu'à présent, 612 hôpitaux publics et privés aux Philippines ont le statut d'hôpital amis des bébés, ce qui est déjà supérieur à l'objectif fixé pour 1995.

Le Dr TAITAI (Kiribati) dit que l'hôpital central de son pays attend de recevoir le statut d'hôpital amis des bébés. Des films vidéo sont projetés dans les services obstétricaux afin de promouvoir l'allaitement maternel. Le biberon n'est pas autorisé dans ces services et les femmes reçoivent officiellement un congé maternité et des pauses pour allaiter leurs bébés.

Le DIRECTEUR REGIONAL s'excuse des erreurs possibles figurant dans ce rapport qui est basé sur les données fournies par les Etats Membres. Il lui semble que certains des termes utilisés par le Bureau régional ne sont pas entièrement compris. Des définitions standard seront données à l'avenir. Ces définitions pourraient être discutées et distribuées lors de certains ateliers et réunions. Il demande que les Etats Membres soumettent leurs corrections après la réunion afin de les transmettre au Siège.

¹Le rapport sera corrigé en conséquence.

En réponse au représentant des Iles Salomon, il pense qu'il y a un malentendu sur la définition des hôpitaux "amis des bébés". Une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF a défini dix critères auxquels il faut répondre avant qu'un hôpital soit nommé "ami des bébés" et des informations sur ces critères seront envoyées aux Etats Membres.

Il prend note de l'étroite collaboration qui a eu lieu avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et continuera de collaborer étroitement dans ce domaine avec la FAO et l'UNICEF.

Le PRESIDENT demande aux rapporteurs de préparer un projet de résolution adéquat.

4. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTIONS

4.1 Changements apportés au budget programme pour l'exercice 1996-1997 (Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 2 Rev.1)

Au paragraphe 6 du dispositif, au lieu du verbe "s'efforcer", le Dr BLEWETT (Australie) aurait préféré que l'on adopte une expression plus évocatrice de l'esprit de détermination souhaité.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) propose de supprimer les mots "s'efforcer de" et d'ajouter, à la fin de ce paragraphe, les mots : "de telle sorte que le Comité régional puisse se prononcer en toute connaissance de cause au sujet de l'utilisation des ressources de l'OMS".

Le DIRECTEUR REGIONAL estime devoir expliquer les incidences de ce paragraphe 6 du dispositif pour l'élaboration des budgets programmes futurs concernant les pays et les zones. Il se réfère à la résolution adoptée en 1989 par le Bureau régional qui proposait de rationaliser en un seul exercice l'élaboration de budgets programmes généraux détaillés. Au niveau mondial, le Siège ne présente plus son budget programme selon les 59 rubriques qui ont été présentées au Comité régional en 1994 et ventile désormais les activités en 19 grands programmes. D'après les discussions du Comité, il est clair que cette façon de procéder ne va pas suffisamment dans le détail au niveau régional, car il faut avoir un tableau beaucoup plus complet pour pouvoir attribuer des crédits à des programmes ou des activités.

Le Directeur régional convient, avec le représentant des Etats-Unis d'Amérique, qu'un plus grand degré de transparence est préférable à celui que permettent les 19 grands programmes. Les pays seraient, par conséquent, priés d'élaborer des plans d'action détaillés qui serviraient de point de départ à l'élaboration du budget programme au niveau régional et au niveau des pays. Ces

plans d'action seraient alors reclassés selon les 19 grands programmes, à l'intention du Siège et pour la présentation du budget mondial par le Secrétariat.

Le document d'information (WPR/RC46/INF.DOC./2) montre les différences qu'il y a entre le budget programme pour 1996-1997 dans lequel les activités ont été groupées en 59 programmes et ce que cela donnerait selon la classification révisée en 19 domaines d'activités.

Les instructions du Siège concernant la façon exacte d'élaborer les plans d'action ne sont pas encore totalement mises au point ; le Bureau régional préparera donc l'Echange de lettres complet pour le programme 1996-1997, en prenant les 59 rubriques comme base juridique de la collaboration. Par la suite, des plans d'action incluant les produits seront établis et serviront de document pour la mise en oeuvre.

Lors des exercices futurs, tous les Etats Membres seront priés d'élaborer des plans d'action. Le Directeur régional suggère que ce processus commence par la préparation du budget programme pour 1998-1999, notant que les plans d'action sont sujets à révision lorsqu'approche le moment de la mise à exécution, afin de refléter les changements de priorités, de politiques, etc.

Pour élaborer les plans d'action, il faut faire un choix entre la classification à quatre chiffres qui comporte 225 rubriques, dont 120 seulement environ peuvent intéresser les pays, et la classification à trois chiffres qui comporte 60 programmes. Cette dernière ne donnerait pas le degré de détail demandé par le Comité régional. Elle ne mentionnerait pas, par exemple, de façon spécifique, le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, mais regrouperait ces maladies parmi les maladies non transmissibles. Le Directeur régional préfère élaborer le budget en utilisant la classification à quatre chiffres qui serait plus précise. Cela demandera davantage de travail au début de la préparation, mais donnera un tableau beaucoup plus clair de la situation.

Ceci dit, le Directeur régional pense que l'on pourrait supprimer dans ce paragraphe 6 le mot "s'efforcer" et ajouter le mot "détaillés" après le mot "spécifiques", en supprimant les mots "et de secteurs d'intérêt" qui sont redondants.

Il en est ainsi décidé.

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est adopté (voir résolution WPR/RC46.R3).

4.2 Allocations régionales (Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 3)

Le Dr BLEWETT (Australie) propose d'ajouter au sous-alinéa a), du dernier alinéa du préambule, les mots "et les besoins de santé de cette population" après le mot "population".

Il fait partie de ceux qui estiment que la Région mérite des crédits plus importants mais, pour avoir davantage de chances d'obtenir cette augmentation de crédits, il faudrait que le Comité régional insiste sur les besoins de santé de la Région de manière à refléter ce qui se passe réellement au niveau des pays. Si l'on s'en tient à la taille de la population comme unique critère, la Région pourrait en pâtir.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) propose de modifier la subdivision d) de cet alinéa du préambule en y ajoutant les mots "et de ses Etats Membres" après les mots "de la Région".

Il propose, en outre, d'insérer le sous-paragraphe 4) du paragraphe du dispositif après le sous-paragraphe 1) et de renuméroter les autres sous-paragraphe. Au sous-paragraphe 2) du dispositif 3) dans la nouvelle numérotation, il faudrait bien préciser qu'il s'agit des crédits proportionnellement alloués à la Région, plutôt que du montant réel qui devrait donc être augmenté. Ce texte devrait être modifié de la façon suivante :

"3) que le Comité régional estime qu'un examen objectif des critères de division du budget ordinaire de l'OMS montrerait qu'une augmentation proportionnelle pour la Région du Pacifique occidental est justifiée."

Cela permettrait d'éviter de donner l'impression que le Comité régional saute trop vite aux conclusions. Le paragraphe 3) serait alors renuméroté 4) et il faudrait y ajouter les mots "de cette Région" après les mots "au niveau des pays". Le but de ces amendements est d'assurer la séquence logique des paragraphes.

Le DIRECTEUR REGIONAL accepte la suggestion du représentant de l'Australie, mais suggère que les "besoins de santé" fassent l'objet d'un alinéa distinct du préambule, avant le paragraphe en discussion. Cet alinéa serait libellé comme suit :

"Rappelant également l'accent mis dans la Région sur les besoins prioritaires en matière de santé, y compris les maladies nouvelles, émergentes et réémergentes ;"

Le Dr BLEWETT (Australie) accepte le libellé suggéré par le Directeur régional mais préférerait que cette nouvelle phrase se présente sous la forme d'un sous-alinéa du dernier alinéa du préambule, qui pourrait être désignée sous la lettre c).

Le Dr OTTO (Palaos) approuve ce qui a été dit par le représentant de l'Australie et par le Directeur régional, mais n'en éprouve pas moins une certaine inquiétude. Si l'on insiste trop sur les besoins de santé, il se pourrait que ceux de l'Afrique soient estimés plus grands encore.

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) appuie les propositions de l'Australie et des Etats-Unis d'Amérique, ainsi que la suggestion du Directeur régional tendant à insérer un nouvel alinéa dans le préambule. Il préférerait, pour sa part, que ce nouvel alinéa paraisse sous la forme d'un sous-alinéa remplaçant e) ou d'un alinéa distinct placé après e). Cette façon de procéder pourrait peut-être répondre aux préoccupations formulées par le représentant des Palaos, puisque l'on mentionnerait en premier les autres questions de santé propres à la Région. Il faut qu'il soit bien clair que la Région conserve une attitude de prévention.

Le DIRECTEUR REGIONAL ne voit aucune difficulté à supprimer le sous-alinéa e), les "besoins de santé" étant mentionnés à la fois dans un autre alinéa du préambule et dans un autre sous-alinéa.

Il lui semble que le représentant des Palaos ne doit pas trop s'inquiéter d'un malentendu éventuel au sujet des besoins de santé, car ceux de la Région seront mentionnés ailleurs.

M. LOUECHKHOTE (France) propose d'ajouter les mots "et des pays les plus pauvres" en c) au quatrième alinéa du préambule.

Le DIRECTEUR REGIONAL comprend les préoccupations de la France mais explique que, si l'on appliquait les critères en usage aux Nations Unies, on pourrait constater que, bien que la Région du Pacifique occidental ait sept pays considérés comme faisant partie des "pays les moins avancés" (PMA), d'autres régions ont davantage de pays entrant dans cette catégorie, et même de pays qui ne répondent pas aux critères voulus pour être considérés comme PMA et qui sont classés à un rang plus modeste encore.

M. LOUECKHOTE (France) retire sa proposition.

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est adopté (voir résolution WPR/RC46.R4).

4.3 Le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles

(Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 4)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) propose d'ajouter, au début des deux paragraphes du dispositif, les mots "en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le SIDA".

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il collaborerait, bien sûr, pleinement avec ce Programme chaque fois que de besoin, mais que cela parfois ne pourrait pas être nécessaire. Il préférerait que l'on ajoute au dispositif un nouveau paragraphe le priant de collaborer avec le Programme commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA).

M. BOYER déclare accepter cette solution. Il voudrait simplement éviter de donner l'impression que certaines institutions pourraient entreprendre de leur côté des activités qui seraient de nature à faire double emploi avec celles du Programme ONUSIDA.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie le représentant des Etats-Unis d'Amérique pour sa compréhension et exprime l'espoir que l'on puisse saisir également cette occasion d'inviter instamment d'autres institutions du Programme ONUSIDA à ne pas agir isolément en matière de santé. Il demande à ce qu'il soit bien pris acte du fait qu'il s'est engagé à travailler étroitement avec le Programme ONUSIDA.

Le Dr TAPA (Tonga) pense que le même principe vaut pour le premier paragraphe du dispositif, dans lequel la requête adressée aux Etats Membres de collaborer avec le Programme commun devrait également faire l'objet d'un paragraphe distinct.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) est aussi de cet avis et donne au Directeur régional l'assurance que son pays a fermement appuyé la collaboration avec ce Programme partout où cela sera possible et qu'il poursuivra dans cette voie.

Il propose d'ajouter au troisième alinéa du préambule les mots "et que les maladies sexuellement transmissibles facilitent la transmission du VIH/SIDA". Répondant à une demande du représentant des Palaos concernant l'interprétation à donner au mot "facilitent" tel qu'il a été suggéré, M. Boyer déclare que les plaies à vif qui accompagnent certaines maladies sexuellement transmissibles favorisent la transmission de l'infection à VIH.

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) se demande s'il ne serait pas préférable de se montrer plus précis, en remplaçant dans cet alinéa les mots "maladies sexuellement transmissibles" par les mots "contacts sexuels".

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que ce que l'on entend par "contact sexuel" n'est pas la même chose et préférerait conserver le libellé d'origine ; l'OMS continuera à aborder le problème sous l'angle de la prévention et par le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Mme HONG TIY (Fidji) propose de remplacer, dans le texte anglais de ce même alinéa du préambule, les mots "*common modes of transmission*" par "*important modes of transmission*".²

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est adopté (voir résolution WPR/C46.R5).

4.4 Programme commun des Nations Unies sur le SIDA

(Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 5)

Le Dr BLEWETT (Australie) souhaite proposer plusieurs amendements dont l'esprit est le même que ceux proposés à propos du projet de résolution que vient d'examiner le Comité. Le paragraphe 2(1) du dispositif devrait être modifié et il faudrait y remplacer le mot "participation" par le mot "collaboration". En outre, puisque l'on peut supposer que le Bureau régional agit toujours conformément au rôle qui lui est constitutionnellement imparti, ce membre de phrase pourrait être supprimé. Le paragraphe 2(2) du dispositif selon lequel le Directeur régional est prié "de conférer aux bureaux de l'OMS dans les pays un rôle technique important..." devrait se lire comme suit : "de concevoir pour les bureaux de pays de l'OMS un rôle technique et d'appui approprié". Enfin, dans le dernier alinéa du préambule, il faudrait remplacer les mots "peut apporter sa contribution au nouveau programme en poursuivant..." par les mots "peut, en coordination avec le nouveau programme, poursuivre...".

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est adopté (voir résolution WPR/RC46.R6).

4.5 Eradication de la poliomyélite dans la Région (Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 6)

Le Dr BART (Etats-Unis d'Amérique) propose de modifier le troisième alinéa du préambule en remplaçant les mots "Reconnaissant les progrès" par les mots "Se félicitant des progrès", qui reflètent plus exactement l'opinion du Comité au sujet des progrès réalisés. Au paragraphe 1. du dispositif, il faudrait remplacer les mots "doit se poursuivre" par les mots "doit rester une toute première priorité dans la Région". L'éradication de la poliomyélite est, de toute

²Cette proposition ne modifie pas le texte français.

évidence, réalisable à condition que les activités de lutte contre cette maladie puissent continuer à bénéficier d'un degré élevé de priorité dans les derniers stades du programme. Toute référence faite aux activités faisant suite à l'éradication pourrait détourner l'attention de l'objectif principal et, sans en désapprouver le contenu, le Dr Bart propose de supprimer le paragraphe 6.3) du dispositif.

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que le paragraphe 5.4) de la résolution WPR/RC45.R5 adoptée à la session précédente, le prie de s'appuyer sur le succès de l'initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite pour renforcer le Programme élargi de vaccination ainsi que d'autres initiatives de lutte contre la maladie. Cette demande n'ayant pas été retirée, la question des activités à entreprendre après l'éradication est déjà couverte.

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est adopté (voir résolution WPR/RC46.R7)

4.6 Visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité du Comité régional pour les programmes et la Coopération technique, Première Partie (Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 7)

Décision : Le projet de résolution est adopté (voir résolution WPR/RC46.R8).

4.7 Composition du Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique (Document WPR/RC46/Conf. Paper No. 8)

Décision : Le projet de résolution est adopté (voir résolution WPR/RC46.R9).

5. LEPRE : Point 15 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/14)

Le DIRECTEUR REGIONAL présente le rapport sur l'état d'avancement du programme de lutte contre la lèpre. Se référant à la cible mondiale et régionale, qui est d'éliminer la lèpre d'ici à l'an 2000, et à l'effort entrepris dans la Région pour que tous les lépreux soient soignés par polychimiothérapie d'ici à 1995, comme le veut la résolution WPR/RC42.R8, il déclare que sur les 36 pays et zones de la Région du Pacifique occidental, 18 ont déjà atteint le but de l'élimination, lequel est chiffré à moins de un cas pour 10 000 habitants. A l'échelle régionale, le taux de prévalence a reculé, passant de 1,7 pour 10 000 habitants en 1986 à 0,25 en 1994, soit bien plus que le but fixé pour l'élimination. Ce recul peut être, dans une grande mesure, attribué au progrès accompli dans la couverture polychimiothérapeutique complète, qui est passée de 8 % à plus de 95 %. Les pays où les taux de prévalence sont encore supérieurs à 1 pour 10 000

habitants ont reçu une attention particulière, notamment en vue de renforcer la gestion du programme et d'améliorer leurs systèmes de notification et d'enregistrement. Le rapport mentionne six pays où il faudrait donner la priorité à l'intensification des activités, à savoir : le Cambodge, la Chine, les Etats fédérés de Micronésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines et le Viet Nam. L'OMS s'efforcera de ramener rapidement ces pays dans les limites de la cible fixée, grâce à des activités intensifiées.

Bien que les Etats Membres et l'OMS soient déjà parvenus à de grands résultats dans le cadre du programme, il est clair qu'il reste encore beaucoup à faire. Le Directeur régional insiste sur l'importance d'un nouvel engagement politique, financier et social, assorti d'une mobilisation communautaire et d'efforts d'éducation sanitaire et de persuasion, ainsi qu'au renforcement de la capacité nationale pour assurer le dépistage précoce et la surveillance efficace des progrès accomplis sur la voie de l'élimination. Mis à part le fait que tous les pays et zones doivent atteindre les buts fixés, les Etats Membres et l'OMS doivent, d'ores et déjà, regarder plus loin et viser leurs prochains objectifs. Il est nécessaire de maintenir la vigilance à l'égard de la lèpre, même une fois atteint le but de l'élimination, et il faut aussi que la prévention et la prise en charge des incapacités fassent partie intégrante du protocole de soins dans les établissements sanitaires.

Le Directeur régional reconnaît l'importance du rôle joué dans le programme par les partenaires de l'OMS, qui ont fourni des ressources extrabudgétaires, notamment la *Pacific Leprosy Foundation* et la Fondation Sasakawa. Lors d'une récente visite aux Etats fédérés de Micronésie, il s'est entretenu avec les membres du Gouvernement afin d'élaborer un projet spécial visant à assurer l'élimination rapide de la lèpre en tant que problème de santé publique dans ces Etats. Il espère pouvoir proclamer que le but a été atteint avant la fin de son mandat et espère aussi qu'il sera possible à un représentant de la Fondation Sasakawa d'assister à la cérémonie destinée à marquer cet événement.

M. BENJAMIN (Etats fédérés de Micronésie) confirme que la lèpre continue à poser un problème de santé publique majeur dans son pays. En 1994, 103 cas nouveaux ont été enregistrés. Bien que le dépistage des cas ne soit pas très actif, le taux de ce dépistage est élevé par rapport à celui qu'il est dans d'autres pays. Les sujets contacts sont rarement examinés, pour des raisons qui tiennent aux difficultés de transport, et un bon nombre de cas sont décelés chez les malades qui viennent spontanément consulter. L'absence d'activités de dépistage des cas a, sans doute, contribué à la forte proportion de cas multibacillaires, notamment chez les enfants.

Le Gouvernement des Etats fédérés de Micronésie apprécie sincèrement la généreuse contribution de la Fondation Sasakawa et l'appui de l'OMS, sans lesquels il lui aurait été difficile de maîtriser l'épidémie de lèpre sur son territoire. En dépit de tout ce qui reste encore à faire, il

est maintenant permis de se montrer optimiste et de croire que la maladie pourra être éliminée dans un proche avenir. M. Benjamin espère que se poursuivra la collaboration avec l'OMS et attend le jour où il lui sera possible de prouver que l'aide généreuse qui a été accordé à son pays a été bien mise à profit.

Le Dr CHHEA (Cambodge) évoque les taux de prévalence de la lèpre qui, au Cambodge, touche plus de trois habitants sur 10 000, tandis que plus de 3000 patients sont actuellement en traitement. Le Gouvernement sait que les cas n'ont pas tous été détectés et estime leur total aux alentours de 8000 à 10 000. Vu l'infrastructure sanitaire actuelle et le soutien énergétique de l'OMS et des organisations non gouvernementales, le Dr Chhea se montre néanmoins confiant et espère que le but de l'élimination serait atteint avant l'an 2000.

M. ZHAO (Chine) remercie l'OMS de l'appui financier et technique qu'elle a apporté aux efforts de lutte contre la lèpre dans la Région, notamment dans le domaine de la formation.

A la fin de 1994, il avait encore, en Chine, plus de 10 000 cas de lèpre, répartis entre 546 comtés. Dans 21 provinces, municipalités et régions autonomes, qui représentent 77 % de l'ensemble du territoire, les critères pour l'élimination de la lèpre n'ont pas été remplis. Le Gouvernement poursuivra ses efforts pour que l'élimination soit réalisée partout dans le pays à la date voulue et il espère beaucoup poursuivre la collaboration avec l'OMS à cet égard.

Le Dr BONOAN (Philippines) déclare qu'en dépit du fait que les Philippines aient l'un des taux de prévalence les plus élevés de la Région, grâce à la polychimiothérapie et à une collaboration continue avec l'OMS et les organisations non gouvernementales, notamment le Fonds Sasakawa, son pays espère se joindre les autres pays de la Région dans l'effort de l'élimination de la lèpre et atteindre le but fixé.

Le Dr HO (Malaisie) précise que la lèpre a été éliminée de son pays en 1994, mais qu'il reste encore des endroits de forte endémicité, à Sabah par exemple et parmi les aborigènes de Malaisie occidentale. Les cas nouveaux ont été, entre grande partie, constatés chez les travailleurs immigrants (35,5 % en 1994) et un manuel est en cours d'élaboration pour l'examen des travailleurs étrangers, notamment en vue du dépistage de la lèpre. Avec l'aide d'organisations non gouvernementales, le Gouvernement a entrepris d'entreprendre d'améliorer les activités de dépistage dans les régions de forte indémicité, grâce à des enquêtes de prévalence et à des enquêtes sanitaires dans les villages, et il met également en place des programmes de participation communautaire et de sensibilisation du public chez les aborigènes.

Le Dr TAUFA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) déclare que le terrain accidenté de son pays rend les activités de lutte difficiles. Toutefois l'appui de l'OMS et de la Fondation Sasakawa a été grandement apprécié et elle note avec plaisir que la Papouasie-Nouvelle-Guinée compte au nombre des six pays où des activités intensifiées de lutte contre la lèpre seront menées.

Le Professeur NGUYEN TRONG NHAN (Viet Nam) rappelle que le programme régional d'élimination de la lèpre a commencé en 1983. Le Viet Nam qui applique la polychimiothérapie conformément aux directives de l'OMS, a enregistré des résultats encourageants. Toutes les provinces et toutes les villes ont des dispensaires ou des hôpitaux de dermatologie et les activités de lutte contre la lèpre sont intégrées aux soins de santé à tous les niveaux, notamment à celui de la communauté. Le pourcentage des cas soumis à la polychimiothérapie a augmenté, passant de 2 % en 1983 à 96 % en 1994. Plusieurs pays et plusieurs communautés ont éliminé la maladie, selon les critères de l'OMS, et la plupart des provinces, y compris celles qui se situent en région montagneuse, sont maintenant incluses dans des projets de polychimiothérapie. Avec l'appui d'organismes des Nations Unies, notamment l'OMS, et d'organisations non gouvernementales, comme la Fondation Sasakawa pour la Santé, et des gouvernements de la Belgique, de l'Allemagne, du Japon et des Pays-Bas, le Viet Nam espère atteindre le but de l'élimination de la lèpre d'ici à l'an 2000.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs d'élaborer un projet approprié de résolution à soumettre à l'examen du Comité.

La séance est levée à 12 heures.