

PROCES-VERBAL DE LA QUATRIEME SEANCE

Salle de conférences de l'OMS, Manille

Mardi 14 septembre 1993 à 14h30

PRESIDENT : M. S. Naivalu (Fidji)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. SIDA (suite)	164
1.1 Rapport annuel sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (suite)	164
1.2 Programme mondial de lutte contre le SIDA : Composition du Comité de gestion	176
2. Eradication de la poliomyélite dans la Région : Rapport d'activité	177

1. SIDA : Point 10 de l'ordre du jour

1.1. Rapport annuel sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles : Point 10.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC44/5 Rév. 1) (suite)

Le Dr Dong-Mo RHIE (République de Corée) félicite les Etats Membres et l'OMS pour leurs efforts de prévention et de lutte contre le SIDA dans la Région. Ce n'est qu'en coopérant les uns avec les autres que les Etats Membres pourront résoudre les problèmes qui se posent. Avec l'appui de l'OMS, la République de Corée continuera de coopérer avec les autres Etats Membres dans ce domaine.

Depuis la découverte du premier cas d'infection à VIH en République de Corée, en décembre 1985, jusqu'au 31 juillet 1993, plus de 260 cas ont été signalés, dont 247 sont sous surveillance médicale. Les contacts sexuels outre-mer cèdent progressivement la place aux contacts homosexuels comme mode de transmission.

Pour combattre la situation, le Gouvernement a adopté une loi sur la prévention du SIDA qui établit un Comité national du SIDA et qui encourage la participation active des organisations non gouvernementales. Un effort continu d'éducation comportant la diffusion d'émissions de radio et de télévision, la diffusion de brochures, l'organisation de cours dans les écoles et la création de centres de conseil, a été entrepris. En outre, la recherche des anticorps dirigés contre le VIH est pratiquée sur tous les lots de sang depuis 1987, les tests de dépistage sont obligatoires pour les groupes à haut risque et les personnes infectées sont désormais prises en charge, ce qui se concrétise par la remise mensuelle de chèques et la distribution gratuite d'AZT. Les sidéens sont admis dans des hôpitaux désignés à cet effet et bénéficient d'un subside du Gouvernement.

Le Dr Rhie remercie les Etats Membres et le Bureau régional de leur étroite collaboration concernant la prévention de l'infection à VIH et du SIDA dans la Région.

M. TEBANIA (Kiribati) déclare que, sur les deux cas d'infection à VIH signalés à Kiribati dans le tableau 2 du rapport du Directeur régional, l'un concerne un patient qui est décédé il y a quelques mois. Aucun autre cas n'a été détecté.

Son Gouvernement, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, fait tout ce qui est en son pouvoir pour suivre la situation de près et encourage les activités de prévention à tous les niveaux.

Il espère que l'OMS ne relâchera pas son effort afin que la maladie puisse être contenue tant dans la Région que dans l'ensemble du monde.

Le Dr WONG FAT (France) souligne la grande qualité du rapport. La pandémie de SIDA est à un stade moins avancé dans la Région que dans d'autres parties du monde. On peut cependant s'attendre à une augmentation importante du nombre de cas d'ici l'an 2000. Comme l'indique le rapport, les facteurs de risque de transmission de la maladie sont encore importants. Ils sont liés à la prévalence des maladies transmissibles, au comportement sexuel de la population et à la situation actuelle concernant la toxicomanie. Il y a donc lieu de renforcer les activités de lutte, notamment si l'on tient compte de l'augmentation prévisible des échanges commerciaux et du tourisme, ainsi que de l'ouverture de nouvelles zones au tourisme dans la Région.

La France appuiera tous les efforts d'information du Bureau régional, notamment en ce qui concerne les activités de suivi, de surveillance et d'étude épidémiologique. La France suit de près la situation dans la Région et envisage de mettre des ressources humaines à la disposition des Etats Membres. Le Dr Wong Fat réaffirme la fidélité de la France aux principes établis en ce qui concerne la confidentialité des informations médicales et l'interdiction de mesures discriminatoires contre les séropositifs.

Le Professeur NGUYEN TRONG NHAN (Viet Nam) félicite le Directeur régional de son rapport. L'infection à VIH est un problème qui prend de plus en plus d'importance au Viet Nam, où le nombre de cas augmente rapidement de semaine en semaine. Au 13 août 1993, quelque 765 cas avaient été signalés dans 21 provinces, dont 680 chez des personnes de nationalité vietnamienne. La majorité des cas se rencontre chez les groupes à haut risque comme les toxicomanes par voie parentérale (88 %), les prostitué(e)s et les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles. Récemment, dix malades sont morts du SIDA à Ho Chi Minh Ville et dans les provinces du sud.

En 1990, le Gouvernement a créé un Comité national interministériel du SIDA pour la prévention et la lutte contre le SIDA. Ce Comité est composé de représentants de 14 ministères et d'autres organismes gouvernementaux. Des comités provinciaux ont également été établis dans 19 provinces. Pour les besoins de la surveillance, 17 provinces ont été désignées comme sentinelles. Onze centres de transfusion sanguine sont équipés de laboratoires pouvant pratiquer les tests de sérodiagnostic. Au cours des six premiers mois de 1993, 20 790 échantillons de sang ont été testés, dont 566 se sont révélés positifs. Cela représente une augmentation considérable par rapport à l'année précédente, ce qui a incité le Gouvernement à augmenter le budget de

700 millions de dongs en 1991-1992 à 10 milliards de dongs en 1993 (sans compter les contributions des autorités provinciales). En outre, les activités éducatives pour la prévention du SIDA ont été intensifiées. Les enquêtes montrent que 41 % de la population sont maintenant conscients des risques du SIDA, contre 5 % en 1990. Le Viet Nam suit la politique de l'OMS en matière de confidentialité. Cette politique implique que les personnes infectées soient pleinement conscientes des dangers et qu'elles soient disposées à agir de façon responsable à l'égard des autres membres de la communauté. Le Gouvernement a organisé deux autres programmes pour la prévention du SIDA. Ces programmes visent : 1) à combattre l'utilisation de drogues en encourageant les paysans à remplacer les cultures de plantes dont sont tirées les drogues par des plantes médicinales utiles et en créant des centres de réhabilitation pour les toxicomanes ; et 2) à lutter contre la prostitution en développant les outils d'information, les mesures de réinsertion et les mesures destinées à améliorer la situation des prostitué(e)s.

Des résultats ont été obtenus, mais un certain nombre d'obstacles notamment financiers, demeurent. Le Viet Nam espère que les organisations internationales, et notamment l'OMS, appuieront davantage à l'avenir les activités de prévention et de lutte contre le SIDA.

M. AGUIGUI (Etats-Unis d'Amérique) salue le rapport très complet du Directeur régional, qui constitue une réponse remarquable à la demande formulée par le Comité régional lors de sa précédente session. Les renseignements présentés sont complets, précis et bien présentés. Les données seront extrêmement utiles au Comité lorsqu'il formulera des recommandations pour l'avenir.

Beaucoup a été accompli depuis que la pandémie a gagné la Région. Tous les pays ont établi des comités nationaux du SIDA pour superviser la gestion des programmes nationaux et des unités SIDA en nombre sans cesse croissant sont établies pour superviser les activités quotidiennes. Des approches multisectorielles, comme on en voit rarement dans le domaine de la santé, ont été lancées et ont donné de bons résultats. Ces activités montrent que les Etats Membres sont conscients de la menace que le VIH et le SIDA présentent pour les peuples de la Région. Toutefois, cette menace irait en s'aggravant si les ressources mobilisées pour arrêter la propagation de la maladie se révélaient insuffisantes. Le rapport indique que l'OMS a réaffecté les ressources du programme de lutte contre le SIDA en renforçant l'appui aux activités nationales aux dépens des activités régionales. L'importance accrue accordée à la responsabilité locale dans l'exécution des programmes nationaux et à l'élaboration locale de stratégies tenant compte des influences sociales, religieuses et culturelles va dans le bon sens et doit être accueillie favorablement.

Dans l'introduction au rapport, le Directeur régional défend une philosophie et une attitude qui constituent la première ligne d'attaque contre l'infection à VIH et le SIDA. L'occasion se présente maintenant pour la Région de limiter la propagation de la maladie et ses conséquences, même si, comme l'a dit le Directeur régional, cela exige un certain courage et une grande ouverture d'esprit.

Le Directeur régional encourage les Etats Membres à profiter de l'expérience acquise dans d'autres parties du monde, à examiner tous les facteurs qui pourraient contribuer à la propagation de l'infection à VIH, à éviter les conséquences de la complaisance et de l'inaction et à s'unir dans leur détermination à appliquer les mesures protectrices nécessaires. Enfin, il laisse entendre que le rapport pourrait servir de catalyseur à une action plus large. La délégation des Etats-Unis d'Amérique appuie cette vision.

Les Etats-Unis d'Amérique portent une attention particulière aux taux d'infection à VIH et de SIDA dans leurs territoires et protectorats de la Région. Guam, qui compte près de 140 000 habitants, a le quatrième taux d'infection à VIH et de SIDA, après l'Australie, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie.

Un des objectifs fondamentaux de l'éducation et de la prévention en matière de SIDA est l'adoption d'un style de vie plus responsable impliquant un changement d'attitude et de comportement individuel.

Guam s'efforce de plus en plus de déterminer les populations à haut risque et est en train d'adopter une législation locale qui garantira la confidentialité du dépistage et interdira strictement toute discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH. Toutefois, l'île souffre d'un manque de moyens médicaux pour le traitement des cas déclarés de SIDA.

Le Directeur régional propose un certain nombre de directions dans lesquelles pourraient s'exercer les activités des Etats Membres. Les approches suivies ailleurs avec succès doivent être évaluées et adaptées aux différentes conditions sociales et culturelles, et leur mise en oeuvre doit bénéficier d'un soutien suffisant. M. Aguiqui demande au Directeur régional de donner au Comité des détails précis sur les programmes menés avec succès auprès des populations à haut risque citées dans le rapport. L'attention devrait aussi être appelée sur les efforts entrepris en vain pour limiter la propagation de l'infection dans les pays qui ont des taux élevés d'infection à VIH et de SIDA, car les échecs peuvent être aussi instructifs que les succès.

Si les Etats Membres adhèrent totalement à la philosophie du rapport, on peut espérer que la Région réussisse à trouver le courage et l'ouverture d'esprit nécessaire pour limiter la propagation de la maladie.

Le Dr HONG SUN HUOT (Cambodge) félicite le Directeur régional pour son excellent rapport.

Le dépistage du VIH a commencé en 1991 au Cambodge et les premiers cas séropositifs ont été détectés parmi les donateurs de sang bénévoles la même année. En juillet 1993, on comptait 136 Cambodgiens séropositifs. L'OMS estime que 1000 à 2000 Cambodgiens pourraient être séropositifs. Le principal mode de transmission est la transmission sexuelle tandis que la transmission par le sang tend à augmenter. Des enquêtes à petite échelle menées en 1992 indiquaient des taux d'infection à VIH de 9,17 % chez les prostitué(e)s et de 4,50 % parmi les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles. Le SIDA représente donc une grave menace potentielle au Cambodge. L'établissement d'un Comité national du SIDA pour mettre en oeuvre le plan national de lutte contre le SIDA et coordonner les activités dans ce domaine devrait contribuer grandement à réduire cette menace. L'OMS a joué un rôle déterminant dans la mise en oeuvre d'un plan quinquennal national de lutte contre le SIDA et un conseiller pour le SIDA travaille actuellement dans le pays depuis 18 mois, attirant l'attention sur la maladie et ses conséquences possibles. Le SIDA est aujourd'hui un facteur important dans toutes les décisions de politique générale prises par le Ministère de la Santé dans le secteur sanitaire.

Le Cambodge apprécie la réaction rapide de l'OMS dans son appui au programme et se réjouit d'avance de poursuivre cette collaboration avec d'autres pays de la Région, dont l'expérience lui sera utile.

M. BUNE (Fidji) dit que depuis la notification du premier cas de SIDA diagnostiqué dans le pays en 1989, Fidji a détecté 17 cas d'infection à VIH, dont 6 sont aujourd'hui décédés. En 1989, en collaboration avec l'OMS, le Ministère de la Santé a élaboré un plan à court terme qui a été mis en oeuvre en 1990. Il a été suivi par un plan à moyen terme de trois ans qui en est aujourd'hui à sa troisième année de mise en oeuvre. Ces deux plans étaient axés principalement sur l'éducation pour élever la prise de conscience sur l'infection à VIH et le SIDA. En outre, des manuels sur le traitement et les services de conseil ont été rédigés et distribués aux agents de santé et une campagne de presse utilisant la radio, des brochures et des affiches a été lancée. En 1988, un Comité consultatif national multisectoriel sur le SIDA, présidé par le Ministre de la Santé, avait été initialement créé pour démarrer la mise en oeuvre des plans. En 1992, ce comité a été

restructuré et n'est formé aujourd'hui que d'un noyau d'experts dont le principal rôle est d'élaborer les politiques et de conseiller le Gouvernement sur les questions liées à l'infection au VIH. Au niveau national, le Comité est soutenu par quatre sous-comités chargés respectivement des aspects cliniques, de la transfusion sanguine, de l'épidémiologie et des maladies sexuellement transmissibles, et de l'information, l'éducation, la communication et les services de conseil. Des efforts sont faits aujourd'hui pour renforcer les programmes communautaires périphériques avec la création de comités divisionnaires du SIDA et d'un groupe de travail non gouvernemental sur le SIDA. Plusieurs programmes de formation, sous la forme d'ateliers et de séminaires ont été organisés dans tout le pays.

Un autre développement majeur a été la mise en place de services de dépistage dans les principaux centres urbains et dans quelques centres ruraux. La présence d'anticorps anti-VIH est maintenant contrôlée dans tous les dons de sang et les clients qui doivent subir un test ont un entretien avant et après le test avec des agents de santé spécialement formés à cet effet. A ce jour, 18 centres de dépistage ont été mis en place et ce service devrait être élargi, sous réserve de la disponibilité de techniciens de laboratoire formés à ces techniques.

Les efforts consentis ces cinq dernières années ont été axés sur la prise de conscience du public et des agents de santé. Il est temps d'examiner ce qui a été réalisé et de centrer notre attention sur des groupes et des services préalablement ciblés. Le renforcement d'activités extra-institutionnelles dans la rue est l'une des priorités envisagées pour répondre à la demande de ce type de services. Cet examen devrait, espère-t-on, aboutir à la mise au point d'un plan national de trois à cinq ans pour lutter contre l'épidémie à Fidji.

Il s'associe aux précédents orateurs pour féliciter le Directeur régional du rapport très complet préparé pour le Comité.

Le Dr PRETRICK (Etats fédérés de Micronésie) se félicite de l'excellent rapport soumis au Comité.

Les activités de lutte contre le SIDA ont commencé dans les Etats fédérés de Micronésie à la fin de l'année 1987, soutenues par une allocation de trois ans du Département américain de la santé et des services sociaux, par l'intermédiaire des centres de prévention et de lutte contre la maladie (Atlanta, Géorgie), avec la création d'un groupe de travail national sur le SIDA et le recrutement d'un coordonateur national et de quatre coordonateurs d'Etat pour le SIDA.

La collaboration avec l'OMS a commencé avec l'élaboration, l'approbation et le financement d'un plan à court terme de lutte contre le SIDA pour 1989-1990. Un plan à moyen terme de trois ans a été élaboré en 1990 et approuvé et financé en 1991. Sa mise en oeuvre en est aujourd'hui à sa troisième année. Les activités réalisées du 1er août 1991 à décembre 1993 ont été clairement présentées dans le plan de travail sous trois grandes rubriques : éducation pour la santé, surveillance et lutte, et appui en fournitures et équipements de laboratoire.

La prévalence de l'infection à VIH dans le pays n'est pas connue. Deux cas de SIDA ont été notifiés mais il n'existe pas à l'heure actuelle de cas séropositifs documentés. Depuis la confirmation du premier cas de SIDA diagnostiqué en 1989, une intense campagne a été menée en collaboration avec les départements des services de santé des quatre Etats, l'OMS et les centres de prévention et de lutte contre la maladie. La campagne a consisté en une série de programmes pédagogiques pour le public, le gouvernement et les secteurs non gouvernementaux. L'axe du programme national de lutte contre le SIDA est la promotion de la santé par le biais de la presse et d'autres supports pédagogiques.

Les Etats fédérés de Micronésie font de leur mieux pour minimiser la propagation de l'infection à VIH en adoptant des programmes appropriés d'éducation pour la santé, comprenant notamment des services de conseil et de dépistage visant à réduire les comportements liés à la transmission du VIH. Son pays espère continuer à recevoir un appui technique ou autre pour poursuivre ses efforts.

Le Dr RASMY (République démocratique populaire lao) s'associe aux précédents orateurs pour louer l'exhaustivité et la concision du rapport.

Son Gouvernement a commencé à lutter contre le SIDA en novembre 1988 avec la création d'un Comité national de lutte contre le SIDA. La prévention du SIDA est aujourd'hui totalement intégrée aux activités du Ministère de la Santé qui, en collaboration avec d'autres ministères et agences gouvernementales, supervise et coordonne les efforts à l'échelle du pays.

En mai 1989, un plan à court terme de lutte contre le SIDA a été élaboré et mis en place avec succès. En avril 1991, un plan à moyen terme a été élaboré et les activités ont été étendues au niveau provincial et devraient être bientôt élargies à l'échelle du pays.

Les activités de lutte comprennent la diffusion d'une information de base sur l'infection à VIH et le SIDA en utilisant tous les moyens disponibles (conférences, séminaires, presse, radio,

télévision, etc.) afin d'aider la communauté à comprendre ce qu'est cette maladie et à prévenir ainsi la propagation de l'épidémie.

Jusqu'à ce jour, 9421 échantillons de sang de différents groupes de population (donneurs de sang, réfugiés, etc.) ont été testés - 20 étaient positifs au VIH. Un cas de SIDA a été détecté et la personne concernée est morte depuis.

La situation de l'infection à VIH et du SIDA en Asie du Sud-Est est devenue alarmante, eu égard notamment à un accroissement important de l'incidence dans les pays voisins. Par ailleurs, l'ouverture du pays, le développement de ses infrastructures et la construction d'un pont reliant la Thaïlande à la République démocratique populaire lao pourraient favoriser l'introduction du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles dans ce pays.

L'OMS a été le principal contributeur de l'appui technique financier reçu pour la mise en oeuvre des activités de prévention et de lutte. Le PNUD s'est engagé à contribuer à hauteur de US \$100 000 pour la restructuration du Comité national et la révision du programme. Une organisation non gouvernementale, *Care Australia*, a fourni un appui se montant à US \$32 000 pour l'organisation de cinq séminaires de formation. L'organisation *Save the Children Fund* du Royaume-Uni et la compagnie Shell ont proposé leur appui au Comité national pour la production de matériels éducatifs et ont déjà fourni US \$3000. Un montant supplémentaire de US \$28 000 a été fourni par des organismes norvégiens d'aide au développement.

Les principaux obstacles à la mise en oeuvre des activités de prévention et de lutte sont les retards dans l'approbation des fonds nécessaires, une mauvaise coordination entre les différentes institutions concernées et le manque de personnel à temps plein.

Une enquête portant sur plus de 4000 personnes a révélé 22 cas de maladies sexuellement transmissibles diverses. Le Dr Rasmy détaille le nombre de cas et leur distribution par âge, sexe et profession.

M. HENRY (Iles Cook) se félicite du rapport du Directeur régional, et indique qu'aucun cas d'infection à VIH ou de SIDA n'a été jusqu'alors notifié dans son pays. En 1991, le Gouvernement a décidé de mettre sur pied un Conseil de la santé, dont il est le Président. La première tâche du Conseil a été d'approuver le budget pour un programme d'éducation sur le SIDA dans les écoles et à la radio et la télévision. Un tel programme est difficile à mettre en oeuvre, car il entre en conflit avec les moeurs et les valeurs religieuses et morales de la

population, mais le Ministère de l'éducation et les organisations non gouvernementales ont apporté un soutien précieux. L'accent a été mis sur la promotion d'attitudes franches et responsables vis-à-vis de l'éducation sur l'infection à VIH et le SIDA et, en conséquence, les écoliers peuvent maintenant parler ouvertement du SIDA et de l'utilisation des préservatifs.

Le Président du Conseil des chefs lui a récemment fait part de ses préoccupations au sujet de l'importation de films vidéo montrant des scènes de sexe explicites qui peuvent avoir une influence sur le mode de vie traditionnel.

Le Dr TAPA (Tonga) annonce au Comité qu'un troisième décès dû au SIDA s'est produit depuis la préparation du rapport du Directeur régional. La seule femme connue infectée par le VIH est une femme mariée avec deux enfants et l'on pense qu'elle a été infectée par son mari.

Son Gouvernement collabore avec le Programme mondial de lutte contre le SIDA dans la mise en oeuvre d'un plan à moyen terme et s'est engagé fermement à appuyer toute mesure de lutte contre le SIDA, tant au niveau national que régional.

Le Dr ABU BAKAR (Malaisie) se félicite du rapport du Directeur régional et indique que le programme de lutte contre le SIDA dans son pays a reçu l'appui sans réserve de son gouvernement et un financement adéquat. L'incidence de l'infection à VIH et du SIDA est toujours en augmentation. Le tableau épidémiologique reste en gros le même, avec une majorité de cas survenant parmi les toxicomanes par voie parentérale, mais il semble qu'il y ait une légère augmentation chez les hétérosexuels et les prostitué(e)s.

Le programme national de lutte contre le SIDA met en oeuvre des stratégies destinées à modifier le comportement des gens, mais l'acceptation et la mise en oeuvre de ces stratégies dans une société essentiellement conservatrice constitue un sérieux défi. La Malaisie est encouragée par l'expérience australienne et serait ravie de pouvoir bénéficier de l'expérience d'autres pays. Il remercie l'OMS pour sa coopération et son appui dans la mise en oeuvre du programme de son pays. Les efforts collectifs dans les secteurs de la formation, de l'échange d'informations et de la recherche doivent être renforcés.

M. WAENA (Iles Salomon) indique que son Gouvernement a accordé un haut niveau de priorité à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le SIDA. La politique nationale de prévention du SIDA mise au point en 1988 encourage une éducation intensive sur les méthodes de prévention et le dépistage du sang. Jusqu'à ce jour, aucun

cas d'infection à VIH ou de SIDA n'a été détecté, alors que des centaines d'échantillons ont été testés en 1992. Son Gouvernement continuera, dans toute la mesure de ses modestes ressources, de tout faire pour prévenir le SIDA et espère qu'il pourra compter sur l'appui du Bureau régional le cas échéant. Il conclut en félicitant le Directeur régional pour l'excellente présentation et le professionnalisme de son rapport.

M. KOIMANREA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) met à jour les chiffres figurant dans le rapport du Directeur régional : au 30 juin 1993, 139 cas d'infection à VIH avaient été détectés, principalement dans le groupe d'âge des 16-30 ans et 31 personnes étaient mortes du SIDA. Son Gouvernement est préoccupé par le rythme de propagation des autres maladies sexuellement transmissibles. Si l'infection à VIH et le SIDA suivent la même tendance, le résultat risque d'être catastrophique. Le Département de la Santé publique a organisé plusieurs programmes de sensibilisation du public, dont le plus récent s'adresse plus particulièrement aux politiciens et aux membres influents de la communauté. Aujourd'hui, 97 % des transfusions sanguines font l'objet d'un test de dépistage du VIH et il est prévu d'atteindre les 100 % d'ici à 1995.

La principale stratégie de son pays en matière de prévention du SIDA est l'information, l'éducation et la communication. Il est urgent de trouver des spécialistes pour enseigner les techniques et le savoir-faire nécessaires aux agents de santé et communautaires et au personnel des organisations non gouvernementales. Son Gouvernement soutient les activités entreprises jusqu'à présent par l'OMS et approuve les approches proposées pour l'avenir.

Mme HOMASI (Tuvalu) s'associe aux félicitations adressées au Directeur régional pour son rapport exhaustif. Aucun cas d'infection à VIH n'a été notifié à Tuvalu, mais le pays reste vulnérable, car beaucoup de Tuvaluans travaillent comme marins et voyagent dans le monde entier. Un appui sera nécessaire pour mettre au point des directives pour les agents de santé et renforcer les activités de prévention. Le comité national du SIDA est déjà très actif dans la prévention du SIDA.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que son rapport a été publié sous forme de brochure, et que des copies supplémentaires en anglais et en français sont disponibles sur demande pour les Etats Membres qui en auraient besoin.

Il remercie les représentants de leurs contributions au débat, qui seront prises en compte dans les prochains exercices de planification. Il apprécie tout particulièrement leur préoccupation et leur engagement.

Il informe le représentant de Hong Kong que l'OMS n'a pas préparé de directives particulières pour les agents de santé infectés par le VIH. Heureusement, l'infection à VIH chez les agents de santé ne pose pas encore un vrai problème dans la Région. Les directives publiées par les pays d'autres régions où ce problème est plus sérieux recommandent que les agents de santé infectés ne se voient confier que des interventions non invasives. Autre point sensible, doit-on ou non informer le patient qu'un agent de santé est infecté ? L'OMS s'efforcera de préparer des directives mondiales sur ces questions.

Les chiffres de l'infection à VIH et du SIDA contenus dans son rapport sont ceux reçus jusqu'au 1er juin 1993. Ils ne reflètent pas les données reçues par la suite, comme celles que Macao a envoyées le 13 août. Il est nécessaire de renforcer le système de surveillance et de notification afin qu'une information précise et à jour soit disponible à tout moment. Dans le passé, le Siège publiait chaque mois les statistiques du SIDA mais il a récemment décidé de ne publier ces chiffres que tous les six mois. Les représentants ont reçu le premier numéro du bulletin *AIDS Surveillance Report*, qui sera publié par le Bureau régional tous les six mois, et il serait ravi de recevoir leurs commentaires et leurs suggestions pour l'améliorer. De nouveaux formulaires de notification et la définition du type de données qui devraient être notifiées ont été introduits et seront évalués. Le Bureau régional est prêt à fournir des consultants aux Etats Membres pour les aider à rationaliser leurs systèmes de notification. Le Bureau a besoin de la coopération des Etats Membres, car seule une parfaite connaissance des faits pourra permettre une action efficace pour lutter contre l'épidémie.

Le Bureau régional a récemment réalisé une étude sur les tendances épidémiologiques dans les différents groupes à risque, portant sur un nombre assez restreint de cas. De 1990 à 1992, le taux d'infection à VIH a augmenté de 65 % parmi les homosexuels et les bisexuels, de 210 % parmi les hétérosexuels et de 160 % parmi les toxicomanes par voie parentérale. L'augmentation rapide de la transmission chez les hétérosexuels montre que le virus s'est propagé dans toute la population, probablement par l'intermédiaire des prostitué(e)s et d'autres groupes à risque. L'augmentation de l'incidence parmi les toxicomanes par voie parentérale a été particulièrement élevée dans certains pays comme la Chine et la Malaisie.

Une semaine auparavant, le PNUD et la Banque asiatique de Développement ont parrainé une réunion à Manille sur les aspects économiques du SIDA. L'OMS a été représentée à la réunion et a accepté de participer avec d'autres organismes intergouvernementaux à des études sur le rapport coût-efficacité des programmes de lutte contre le SIDA.

Le Directeur régional étudiera très soigneusement les quatre propositions particulières faites par le Japon, y compris la mise sur pied d'un groupe de travail pour le programme régional du SIDA.

En réponse au représentant de la Nouvelle-Zélande, il attire l'attention sur les données concernant les prostitué(e)s dans le tableau 3 du document présenté à l'examen du Comité. Il pense pour sa part qu'il serait nécessaire de développer l'éducation des prostitué(e)s et celle de leurs clients. Comme la prostitution est illégale dans pratiquement tous les pays de la Région, on préfère approcher les prostitué(e)s par le biais d'organisations non gouvernementales plutôt que des institutions gouvernementales. La même chose s'applique aux toxicomanes par voie parentérale.

Il serait ravi que s'instaure un échange d'expériences sur ces activités. Le Pacifique occidental pourrait bénéficier de l'expérience acquise dans d'autres régions et l'appliquer dans celle-ci. De plus, l'expérience acquise au sein même de la Région devrait être échangée et pleinement exploitée. La connaissance des maladies sexuellement transmissibles par les prostitué(e)s et leurs clients est particulièrement importante compte tenu de la vulnérabilité de ces groupes. Un exemple d'activités menées dans la Région est l'organisation d'un atelier sur la lutte contre le SIDA dans le milieu des prostitué(e)s auquel des représentants de ce groupe ont participé.

En réponse à la demande du représentant du Portugal pour un appui à la traduction de matériels sur le SIDA, il insiste sur le fait que le Bureau régional encouragera la traduction vers les langues vernaculaires utilisées dans les Etats Membres de tout matériel pédagogique de valeur. Le Bureau régional souhaite encourager ce type d'initiative. Il est prêt à apporter son appui à tout Etat Membre qui en ferait la demande car une traduction de ces matériels les rendrait plus accessibles. Ils doivent être produits dans une forme qui peut être comprise par des prostitué(e)s ou d'autres groupes.

Faisant référence à la demande d'exemples d'interventions réussies de la part du représentant des Etats-Unis d'Amérique, il assure que des efforts seront faits pour fournir ce type d'information dans le rapport de l'année prochaine.

Le représentant des Etats-Unis d'Amérique a également demandé d'être informé sur les succès et les échecs. Au total, quelque 5500 cas de SIDA ont été notifiés dans la Région, sur un total mondial avoisinant les 700 000 cas. Ainsi, le nombre de cas de SIDA dans la Région représente moins de 1 % du total mondial. Environ 92 % des cas signalés sont survenus dans

trois pays : l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont donc plus d'expérience dans la prévention et la lutte contre le SIDA et des initiatives comme le système de remplacement des seringues, qui ont donné de bons résultats, pourraient être très instructives. Le Directeur régional n'a pas mentionné le Japon car dans ce pays, ce sont surtout des transfusés qui ont été infectés. Un autre bon exemple est le programme d'éducation scolaire mentionné par le représentant des Iles Cook. Le Siège de l'OMS s'efforce d'établir un dossier sur les interventions qui ont donné de bons résultats à travers le monde et pourra fournir d'avantages d'informations à leur sujet. En ce qui concerne les échecs, il est encore trop tôt pour donner des détails.

Le Directeur régional avertit le Comité que le budget du Programme mondial de lutte contre le SIDA est en diminution. Le Comité de gestion de ce programme a donc décidé de réduire le personnel au niveau régional. Dans la Région, deux postes vacants ont été abolis conformément aux vœux du Comité de gestion. Toutefois, si la réduction des ressources se poursuit et si le Siège souhaite assurer l'exécution du programme sur une base mondiale à partir de Genève, cela aura de graves conséquences pour la Région. Les activités devront être menées au niveau des pays et l'appui technique régional devra être renforcé. Il plaidera la cause de la Région au Siège, en même temps que les autres directeurs régionaux qui ont exprimé de vives réserves tant au Directeur général qu'au Directeur exécutif chargé du Programme mondial de lutte contre le SIDA. Il espère qu'il n'y aura pas de nouvelles réductions des ressources humaines et financières, ce qui pourrait compromettre les plans à court terme et à moyen terme des Etats Membres eux-mêmes.

1.2 Programme mondial de lutte contre le SIDA : Composition du Comité de gestion :
Point 10.2 de l'ordre du jour (Document WPR/RC44/6)

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que le Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA est un organe consultatif auprès du Directeur général de l'OMS. Il le conseille sur la gestion par l'OMS du Programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA), notamment sur des questions ayant trait à la politique, à la stratégie, au financement, au suivi et à l'évaluation du programme. Il représente les intérêts des organisations intergouvernementales et autres qui collaborent avec l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. Il est composé de représentants des pays qui contribuent au budget général de GPA, des six organisations intergouvernementales participant à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de l'OMS, du Président de Conseil consultatif sur le VIH et le SIDA et de deux représentants de

gouvernements de chacune des six Régions de l'OMS choisis par leurs comités régionaux respectifs pour un mandat de trois ans.

Les membres actuels de la Région sont Fidji et la République de Corée. Le mandat de cette dernière expire le 31 décembre 1993. A sa quarante-quatrième session, le Comité régional est prié de choisir un nouveau membre dont le mandat prendra effet au 1er janvier 1994 et se terminera le 31 décembre 1996. Pour remplacer la République de Corée, le Comité pourrait envisager de confier ce mandat à la Malaisie.

Le **PRESIDENT** constate qu'il n'y a pas d'observations et en conclut que le Comité convient de demander à la Malaisie de désigner un représentant au Comité de gestion du Programme mondial de lutte contre le SIDA. Il demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié.

2. **ERADICATION DE LA POLIOMYELITE DANS LA REGION : RAPPORT
D'ACTIVITE : Point 11 de l'ordre du jour (Document WPR/RC44/7)**

Le **DIRECTEUR REGIONAL** fait observer que, depuis la précédente session du Comité, de grands progrès ont été réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite dans la Région d'ici à 1995.

Il est heureux d'annoncer que le nombre de cas de poliomyélite déclarés dans la Région est tombé à 2087, ce qui représente une réduction de 21 % par rapport à l'année précédente et le chiffre le plus faible jamais notifié au Bureau régional.

En Chine et au Viet Nam, pays qui ont signalé la plupart des cas de la Région, la diminution a été, respectivement, de 29 % et 9 %.

Les pays qui connaissent encore des cas de poliomyélite ont répondu à la résolution du Comité régional de 1992 et ont utilisé au mieux leur stock limité de vaccin oral pour étendre autant que possible leurs activités de vaccination supplémentaires.

Les journées nationales de vaccination organisées aux Philippines, le premier pays de la Région à entreprendre une campagne de vaccination supplémentaire à l'échelle nationale, ont connu un grand succès. La campagne était intitulée "Cessez-le-feu pour les enfants" et

le Gouvernement des Philippines doit être félicité pour avoir vacciné avec succès plus de 90 % des enfants de moins de cinq ans avec un vaccin oral lors de deux tournées de vaccination en 1993.

La Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont également organisé des journées de vaccination à grande échelle, mais ils ont dû limiter les zones concernées et se contenter de vacciner les enfants de moins de quatre ans, ou même de moins de trois ans, en raison du manque de fonds pour l'achat des vaccins. Néanmoins, le Directeur régional note avec satisfaction que la Chine organisera des journées nationales de vaccination le 5 décembre 1993 et le 5 janvier 1994.

La surveillance est un autre élément clé de la stratégie d'éradication de la poliomyélite qui a fait de grands progrès, tant du point de vue de la qualité que des délais. Plus de 50 % des cas suspects de poliomyélite font actuellement l'objet d'une enquête complète avec prélèvement et analyse d'échantillons dans les laboratoires nationaux et régionaux. Tous les pays qui signalent des cas de poliomyélite font actuellement ce type d'analyses. Cela représente une grande amélioration depuis 1991, puisqu'à l'époque deux pays seulement pouvaient procéder à ces examens.

A la précédente session du Comité, un appel spécial avait été lancé aux Etats Membres, notamment à ceux qui pouvaient se permettre un effort supplémentaire, pour qu'ils financent l'achat de vaccins antipoliomyélitiques.

Il est très reconnaissant du soutien de plusieurs Etats Membres tels que l'Australie, la France, le Japon et les Etats-Unis et d'institutions collaboratrices comme le Rotary et l'Agence japonaise pour la Coopération internationale, qui ont déjà fourni, ou se sont engagés à fournir, des fonds pour le vaccin antipoliomyélitique oral pour l'éradication de la poliomyélite. Il semble également que la quantité de vaccins fournis sera accrue à l'avenir.

Parallèlement, l'engagement des pays où la poliomyélite est endémique s'est également accru, et cela s'est reflété dans l'augmentation des ressources nationales pour l'initiative d'éradication de la poliomyélite.

La transmission de la poliomyélite est maintenant à son niveau le plus bas ; le formidable engagement des Gouvernements et l'expansion des activités de vaccination sont aujourd'hui évidents. Il est possible d'aller encore de l'avant et il faut absolument profiter de cette occasion.

Une chose est sûre : s'ils ne mobilisent pas suffisamment de vaccins, il y aura à nouveau des risques de flambées de la maladie. Il serait alors plus coûteux de lutter contre cette situation.

L'OMS possède la technologie et s'engage, mais les vaccins disponibles sont toujours insuffisants.

Il ne nous reste que deux ans avant l'objectif de 1995. Les Etats Membres et l'OMS s'engagent dans une initiative qui éliminera la poliomyélite de la surface de la planète pour toujours. Ils doivent montrer qu'ils sont à la hauteur de ce grand défi de santé publique et ils ne doivent économiser aucun effort dans cet élan uni pour éradiquer cette maladie invalidante.

Le Dr WANG Zhao (Chine) note qu'en 1992, l'incidence de la poliomyélite en Chine représentait trois cinquièmes du chiffre total pour la Région. Le nombre total de cas notifiés en 1992 (1191 cas) représente une réduction de 39 % comparé au chiffre de 1991. Les jeunes enfants âgés de moins de 36 mois représentent 88 % des cas. L'infection se propage par le poliovirus sauvage à cause d'un taux de vaccination faible.

En 1992, 186 millions de doses de vaccin ont été administrées pendant la campagne intensifiée du Programme élargi de vaccination, en plus des 105 millions de doses administrées en 1991. Pour assurer l'éradication de la poliomyélite, il faut administrer un rappel aux enfants âgés de moins de quatre ans, et trois doses aux enfants non vaccinés, sinon, le nombre d'enfants non protégés pourrait provoquer une nouvelle épidémie qui retarderait la réalisation du but de l'éradication de la poliomyélite à la fois dans le Pacifique occidental et dans le monde et cela entraînerait un coût plus élevé pour la Chine et les autres pays. Le Ministère de la Santé publique a ainsi décidé de désigner officiellement une journée nationale de vaccination à la fin de 1993 afin d'intensifier la vaccination contre la poliomyélite. Avec l'appui des organisations internationales et non gouvernementales, la Chine s'efforce de trouver une solution à la pénurie de vaccins et de ressources financières.

Le Dr HONG SUN HUOT (Cambodge) note que le rapport d'activité souligne la situation au Cambodge, qui est l'un des six pays de la Région où la poliomyélite est toujours endémique. La couverture vaccinale est faible dans le pays, mais le Cambodge souhaite assurer les pays voisins qu'il s'efforce sérieusement de rattraper le retard et compte bien suivre les objectifs régionaux, avec l'appui technique et financier solide de la communauté internationale.

Il fait remarquer que le Programme élargi de vaccination, lancé en 1986 avec le soutien de l'UNICEF, n'a atteint que récemment toutes les provinces. En 1992, la couverture nationale était de 40 % pour les trois doses de VPO, mais seulement de 6 % pour les deux doses d'anatoxine tétanique pour les femmes enceintes. La couverture nationale du BCG est de 55 % et a atteint plus de 80 % dans certaines provinces.

Néanmoins, les maladies vaccinables demeurent un problème sérieux. En 1992, 146 cas de poliomyélite et 2759 cas de rougeole ont été notifiés. Cependant, ces chiffres sont sous-estimés car la surveillance n'a pas encore été complètement développée. Le Ministère de la Santé s'efforce au mieux d'augmenter la couverture en assurant un accès à des séances de vaccination régulières dans l'ensemble du pays. Il améliore également la surveillance de la maladie.

Le Cambodge travaille actuellement en collaboration avec des conseillers de l'OMS pour planifier de nouvelles activités et parvenir à une couverture maximum par VPO. Une série de journées nationales et provinciales de vaccination vont être organisées en 1994. Le Gouvernement du Cambodge et le Dr Hong Sun Huot personnellement s'engagent dans les initiatives régionales d'éradication de la poliomyélite, d'élimination du tétanos néonatal et de lutte contre la rougeole.

La séance est levée à 17h05.