

PROCES VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIEME SEANCE

Grand Hyatt Hotel, Hong Kong
Mardi, 8 septembre 1992 à 14h00

PRESIDENT : Dr Lee Shiu-hung (Hong Kong)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Budget programme (suite)	92
1.1 Projet de budget programme, 1994-1995 (suite)	92
2. Rapport annuel sur le SIDA, et les maladies sexuellement transmissibles.....	99

1. BUDGET PROGRAMME : Point 8 de l'ordre du jour (suite de la seconde séance, Section 3)

1.1 Projet de budget programme, 1994-1995 (suite) : Point 8.2 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC43/4 et Corr.1, et WPR/RC43/INF.DOC./1)

M. CHANDRA (Directeur, Programme d'Appui), faisant référence au document WPR/RC43/4, attire l'attention du Comité sur les graphiques illustrant les pages xii, xiii, et xiv, qui soulignent certains des traits principaux du budget ainsi que les changements étant intervenus depuis dix ans. Puis il montre un certain nombre de transparents, dont le premier illustre la projection des changements budgétaires entre la période financière actuelle et la prochaine, à savoir une augmentation zéro en termes réels mais une augmentation des coûts de 8 179 000 \$ EUA, amenant les estimations du projet de budget programme 1994-1995 à un total de 71 106 000 \$ EUA. Bien qu'aucune augmentation réelle n'ait été proposée au budget dans son ensemble, les programmes par pays ont reçu une augmentation réelle de 1,2 million \$ EUA, compensés par une diminution réelle de 1 181 500 \$ EUA pour les activités interpays et de 19 000 \$ EUA pour le Bureau régional.

Les augmentations de coût ont été calculées à la lumière des meilleures estimations disponibles des taux d'inflation et des augmentations réglementaires et autres. Les calculs sont basés sur les directives reçues du Directeur général, selon lesquelles les augmentations de coût générales maximales permises sont de 13 %. L'ajustement récemment annoncé de ce plafond d'augmentation des coûts à 14 % n'a pas encore été pris en compte. Dans la limite de ces 13 %, une augmentation de coût de 12 % a été accordée aux activités par pays, 13,41 % aux activités interpays, et 16,63 % au Bureau régional. Des augmentations légèrement supérieures ont été prévues pour le Bureau régional et les activités interpays pour compenser le taux d'inflation relativement élevé à Manille, qui a un impact très important sur les dépenses liées au peso philippin.

L'augmentation nette des coûts pour les activités par pays est de 15,24 %, tandis que pour les activités interpays, elle n'est que de 6,71 %, essentiellement parce que trois postes professionnels des programmes interpays seront dorénavant basés dans un pays. L'augmentation de coût pour le Bureau régional est de 16,4 %, en raison du taux d'inflation élevé aux Philippines.

Tous les pourcentages figurant dans le tableau ont été calculés sur une base biennale. Il est important de noter, par conséquent, que l'augmentation de coût de 13 % permise pour l'exercice se traduit en fait par une augmentation annuelle de moins de 6,5 %.

En ce qui concerne le niveau relatif des dépenses pour les programmes interpays et par pays et le Bureau régional, le principal changement révélé par une comparaison des budgets de 1992-1993 et de 1994-1995 se fait vers les activités par pays, dont la part du total augmentera de 58,92 % à 60,08 %.

Le transparent suivant montre la détermination du projet de budget ordinaire pour la Région du Pacifique occidental pour 1994-1995, qui démarre avec le niveau de 1992-1993 de 62 927 000 \$ EUA, et comprend une augmentation réelle zéro et des augmentations de coût d'un montant de 8 179 000 \$ EUA, pour un total de 71 106 000 \$ EUA.

L'illustration suivante montre les augmentations et diminutions du programme et les augmentations de coût de 1986-1987 à 1994-1995. La dernière fois qu'une augmentation réelle a été accordée, c'était en 1986-1987. En 1988-1989, on avait eu une diminution réelle.

Une autre figure montre le rapport entre les dépenses des programmes par pays, par programmes interpays et pour le Bureau régional. Les activités par pays ont augmenté de 55,9 % en 1986-1987 à une budgétisation de 60 % en 1994-1995. Les activités interpays sont légèrement tombées, de 30,6 % en 1986-1987 à 26,5 % en 1994-1995, essentiellement en raison du transfert de trois postes professionnels vers le niveau des pays. La portion du Bureau régional dans le budget est demeurée à environ 13,5 % pendant ces années.

La dernière figure compare les budgets 1992-1993 et 1994-1995 par section de la résolution portant ouverture de crédits : la section intitulée Direction, Coordination et Gestion est réduite de 8,8 % en 1992-1993 à 8,0 % en 1994-1995, essentiellement par l'abolition ou le gel de postes. L'Infrastructure des Systèmes sanitaires est en légère augmentation, de 43,6 % en 1992-1993 à 45,8 % en 1994-1995, tandis que Science et Technologie de la Santé - Promotion de la Santé est légèrement réduite de 24,6 % à 23,4 %. Science et Technologie de la Santé - Lutte contre la Maladie montre une légère augmentation, de 14,8 % à 15 %.

Les services d'appui aux programmes et l'appui au plan de l'information sanitaire montrent une diminution de 8,2 % à 7,8 %. Les services d'appui au programme eux-mêmes représentent 6,42 % du budget ordinaire total, en diminution par rapport à 7,81 % en 1990-1991 et aux 6,56 % budgétisés pour 1992-1993.

Le Dr GEORGE-GUITON (France) félicite le Directeur régional de la présentation très claire du budget programme. Un budget reflétant une croissance zéro est présenté pour la troisième période biennale successive. Le Directeur régional fait des efforts admirables pour limiter les dépenses et absorber les coûts. Mais combien de temps peut durer la croissance zéro sans risquer de devenir une croissance négative ?

La croissance démographique, défi considérable pour la Région, crée une demande accrue, mais les ressources allouées pour satisfaire cette demande restent inchangées.

Sa délégation accueille très favorablement le redéploiement des ressources en faveur des programmes par pays, et demande si un effort encore plus grand pouvait être fait dans cette direction, en particulier pour les pays les plus nécessiteux.

Le choix du Directeur régional d'activités prioritaires pour la prochaine période biennale semble correspondre aux priorités définies par les organes directeurs, qui sont adaptées aux besoins de la Région.

Dans le cadre de l'initiative intensifiée pour les pays très démunis, la délégation insiste sur l'intérêt des activités de coopération multi- et bilatérale. La France réoriente ainsi sa coopération bilatérale pour la placer davantage dans la perspective des priorités de l'OMS. De plus, elle développe une coopération multi- et bilatérale avec le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Elle demande à quel point l'initiative du Directeur général pour une coopération intensifiée avec les pays les plus nécessiteux est coordonnée avec le travail du Bureau régional et des représentants dans les pays.

Le budget programme 1994-1995 prévoit un revenu extrabudgétaire estimé à 18 millions de \$ EUA. La dernière estimation est de 30 millions \$ EUA pour 1992-1993. La délégation espère que le Directeur régional pourra trouver de nouvelles ressources extrabudgétaires avant ou au cours du prochain exercice. Le Directeur régional aura-t-il un contrôle suffisant sur l'affectation des ressources extrabudgétaires, ou sont-elles toutes pré-affectées ?

Puisque le Directeur régional a proposé de mettre de côté un tiers des fonds du Programme du Directeur régional pour le développement, en faveur des secteurs auxquels le Comité régional a accordé la priorité, elle recommande que ces fonds soient alloués à l'amélioration de l'assainissement urbain.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) exprime sa préoccupation devant l'estimation donnée dans l'exposé du programme par le Directeur régional selon laquelle les coûts totaux pour la prochaine période financière sont sous-budgétisés de 4,3 millions \$ EUA. Ceci signifie que les augmentations de coût réelles ne se montent pas à 13 %, mais à environ 19,8 %. Elle demande comment le Bureau régional se propose de réagir à ces augmentations ; à moins que les coûts supplémentaires puissent d'une façon quelconque être absorbés, il semble nécessaire d'effectuer des coupes réelles dans les programmes.

C'est la tâche du Comité de juger si la proportion de fonds alloués à chaque secteur de programme est appropriée. Il faut repenser certains programmes si les cibles doivent être atteintes. Le Directeur général a demandé à chaque Directeur régional de prévoir une croissance réelle de 5 % dans cinq secteurs de programme précis, en effectuant des réductions ailleurs. Cependant, les changements réels des affectations à ces cinq secteurs de programme, tels qu'ils sont reflétés dans le projet de budget programme, consistent en une augmentation de 46 % pour la nutrition, de 36 % pour le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national et de 9,7 % pour la promotion de la salubrité de l'environnement, contre seulement une augmentation de 1,5 % pour la lutte contre la maladie, et une diminution de 9 % pour l'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. Le développement des ressources humaines pour la santé, en fait le programme de bourses d'études, continue de recevoir plus de ressources qu'aucun autre programme, et doit en outre recevoir une augmentation en termes réels de 4,36 %, c'est-à-dire plus que le programme de lutte contre la maladie. La question importante est la façon dont l'Organisation peut redessiner au mieux ses priorités conformément aux besoins, et elle demande si le développement des ressources humaines est vraiment la priorité la plus importante pour la Région. Elle invite des commentaires sur l'utilité et l'efficacité de l'approche ciblée adoptée par le Directeur général et le Comité du programme du Conseil exécutif.

Le Dr KWA (Singapour) reconnaît les difficultés de la préparation d'un budget programme dans des conditions financières difficiles, et exprime son soutien au projet de distribution des fonds pour les activités interpays et par pays. Il est également d'accord qu'aucun poste ne devrait être ajouté au-delà de ceux qui ont déjà été approuvés pour 1992-1993.

Une façon de réduire les dépenses peut être de réduire le nombre de mois de travail des consultants de 10 à 20 % pour chaque programme. Il soutient les priorités telles qu'elles sont appliquées aux programmes interpays, mais pense qu'il devrait y avoir une certaine souplesse au niveau des pays pour permettre certains changements mineurs.

Le Dr TANI (Japon) remercie le Directeur régional et son personnel de la présentation claire du budget programme.

Si des ressources supplémentaires sont disponibles, on peut encore faire mieux. Dans les difficiles circonstances actuelles, cependant, les progrès doivent être faits à l'aide de fonds limités, l'accent étant placé sur une mise en oeuvre efficace et efficiente.

Dr HAN Tieru (Chine) accueille avec satisfaction le projet de budget programme pour 1994-1995 qui correspond au dernier exercice budgétaire du huitième programme général de travail et fait la jonction avec le neuvième programme.

Les six grandes priorités régionales sont bien reflétées dans les propositions et marquent un pas de plus sur la voie de la réalisation de l'objectif stratégique qui est celui de la santé pour tous. Ces priorités ont également servi de point de départ pour la formulation du budget programme de la Chine pendant cette même période.

Le Dr Han Tieru note que les fonds prévus pour les activités de collaboration de l'OMS avec son pays en 1994-1995 sont inférieurs au total de 1992-1993. Il espère que des programmes interpays viendront compléter le programme national. En même temps, il faudrait essayer de surmonter les contraintes auxquelles l'OMS se trouve soumise, en recherchant de nouvelles sources de financement, en restreignant les dépenses et en travaillant de façon plus intensive.

Le Dr TAPA (Tonga) estime que les notes explicatives (pages ix à xv) et l'introduction orale ont permis de bien comprendre les propositions de budget programme. Notant la section consacrée aux Tonga, pays dont la contribution à l'OMS est modeste (pages 407-416), il remercie pour leur appui ceux présents au Comité dont la contribution à l'OMS est importante, et il approuve l'exposé du Directeur régional sur le programme, (pages xvii à xxi).

Sous réserve des discussions du Comité, le Représentant des Tonga accepte le projet de budget programme et convient de le transmettre au Directeur général pour qu'il le fasse figurer dans le budget programme d'ensemble de l'OMS.

M. NAIVALU (Fidji) remercie le Directeur régional pour la clarté de sa présentation du projet de budget programme et apprécie l'augmentation du budget alloué à Fidji. Le Ministère de la Santé reçoit 8 % du budget national, dont 75 % sont consacrés à des dépenses de personnel. Il dépend, par conséquent, de la coopération de l'OMS pour mettre en oeuvre les activités prioritaires citées à la page 267. Bien que le tableau d'ensemble de la situation soit en train de changer, passant des maladies transmissibles à des pathologies liées aux modes de vie, une coopération se révèle nécessaire en ce qui concerne le SIDA, la salubrité de l'environnement, l'éducation pour la santé, les systèmes d'information sanitaire, la vaccination, la santé maternelle et infantile et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie les représentants de leurs réflexions dont il sera tenu compte dans l'exécution du programme.

Répondant au représentant de la France, il déclare que la question de la capacité de l'Organisation à se maintenir à un niveau de croissance zéro doit être posée à un organe directeur, à un échelon plus élevé. En ce qui concerne les besoins des pays de la Région, l'idéal serait que l'embargo cesse immédiatement.

S'agissant du redéploiement du personnel, il existe certaines difficultés d'ordre pratique et le Directeur régional se propose de commencer, modestement, par trois membres du personnel, pendant le cours de ces deux années. Deux paludologues seraient transférés de Malaisie, où les efforts déployés par les pouvoirs publics contre le paludisme ont été couronnés de succès, probablement à Honiaria, pour desservir les Iles Salomon et les îles voisines, tandis que le troisième serait affecté à la péninsule indochinoise. Un spécialiste de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement serait également affecté à un poste situé dans la péninsule indochinoise.

S'agissant de la fixation des priorités à l'échelon mondial, régional et national, les propositions tiennent compte tout d'abord des priorités des pays ; elles reflètent également les six priorités régionales et les 5 % de croissance réelle dans les cinq programmes choisis par le Directeur général. Soit dit en passant, alors que l'augmentation réelle proposée pour

la Région concernant les priorités mondiales atteint 7,99 %, dans toutes les autres régions et même au Siège de l'OMS, on assiste à une diminution réelle pouvant aller jusqu'à 6 %. La Région a programmé une croissance réelle de 9,7 % pour les priorités régionales.

Le Directeur régional remercie les donateurs, tels que l'Australie, la France, le Japon et la Nouvelle-Zélande, qui apportent une assistance à des groupes de pays, par voie multi-et bilatérale. Le maintien d'une harmonieuse collaboration, à l'OMS comme au niveau des pays, n'en reste pas moins indispensable si l'on veut refléter les vœux des donateurs et assurer aux pays le maximum d'avantages.

Il est encore trop tôt pour prévoir les ressources extrabudgétaires dont on pourrait bénéficier dans le cours de l'exercice à venir, car les cycles de programmation des autres institutions ne sont pas nécessairement les mêmes que celui de l'OMS et il arrive souvent que l'affectation des ressources soit décidée ultérieurement. Plus de 30 millions \$ EUA ont été reçus en 1990-1991, contre 17,9 millions \$ EUA à l'heure actuelle, comme le montrent les estimations de 1994-1995. Certaines institutions encouragent l'exécution directe des activités par les gouvernements, de telle sorte que les fonds extrabudgétaires acheminés par l'intermédiaire de l'OMS pourraient diminuer. Il serait utile de disposer de davantage de fonds de ce genre, mais il est impossible de les pré-distribuer en l'état actuel des choses.

Le représentant des Etats-Unis a souhaité connaître le niveau des augmentations de coût. A la dernière réunion du Comité du programme du Conseil exécutif, il est clairement apparu que les augmentations réelles seraient d'environ 20 % ; le Siège ayant fixé un plafond de 13 %, il reste donc, dans les propositions régionales, une "sous-budgétisation" d'environ 4,3 millions \$ EUA à absorber au cours de l'exécution du programme. Le Directeur général a, depuis lors, autorisé une nouvelle augmentation des dépenses de 1 % au niveau des pays.

Il faudrait donc faire des économies en essayant tout simplement de diminuer les dépenses. C'est ainsi, par exemple, que l'on pourrait économiser les crédits prévus pour des services de consultants, en demandant à des membres du personnel de faire eux-mêmes le travail et que l'on pourrait aussi réduire le nombre des mois de travail, comme l'a suggéré le représentant de Singapour. Des économies pourraient être réalisées dans le domaine des bourses d'études grâce à un changement du lieu d'études ou de la durée de la bourse. On pourrait, en outre, diminuer les missions ou faire en sorte que les déplacements couvrent à la fois plusieurs pays. On pourrait enfin différer le recrutement et laisser certains postes vacants. Ces mesures, et bien d'autres encore, seront nécessaires.

Le PRESIDENT invite le Comité à examiner le projet de budget programme pour 1994-1995, programme par programme.

Organes directeurs (pages 37 à 40)

Pas de commentaires.

Développement et direction d'ensemble des programmes de l'OMS (pages 41-58)

Le Dr TAPA (Tonga) appuie la proposition du Directeur régional tendant à utiliser une partie des fonds dans le cadre du programme 2.2 (Programme du Directeur régional pour le développement) pour couvrir les points soulevés par le Comité.

Développement des systèmes de santé (pages 59-72)

Pas de commentaires.

Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (pages 73-75)

Le Dr GEORGE-GUITON (France) croit comprendre que le programme en discussion, et celui d'avant (3.2), incluent les programmes alloués, tant par le budget ordinaire que par les fonds extrabudgétaires, à une coopération intensifiée avec les pays qui en ont le plus besoin. Elle espère qu'il sera possible à l'avenir de donner une ventilation plus précise de ce type d'allocation de manière à l'identifier plus clairement. Il serait intéressant de voir l'information présentée pays par pays, en annexe du budget proprement dit.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que le programme de coopération intensifiée avec les pays qui en ont le plus grand besoin est directement géré au Siège de l'OMS sur des fonds extrabudgétaires. Les annexes au projet de budget programme régional donnent des détails sur le financement pays par pays des activités mises en oeuvre par l'intermédiaire du Bureau régional. Mais il n'est pas possible de donner tous les détails des fonds extrabudgétaires disponibles pour chaque pays, car ils ne sont pas connus au niveau régional.

Développement des ressources humaines pour la santé (pages 76-79)

Pas de commentaires.

Information du public et éducation pour la santé (pages 80-83)

Pas de commentaires.

Promotion et développement de la recherche, y compris la recherche sur les comportements qui favorisent la santé (pages 84-86)

Pas de commentaires.

Protection et promotion de la santé en général (page 87-101)

Pas de commentaires.

Protection et promotion de la santé de groupes de population particuliers (pages 102-116)

Pas de commentaires.

Protection et promotion de la santé mentale (pages 117-127)

Le Dr METTERS (Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord) demande s'il y a un chevauchement quelconque entre le programme 10.2, Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues et le programme 13.13 qui concerne le SIDA.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il y a, en effet, un certain degré de chevauchement entre les deux programmes dans l'emploi des crédits provenant du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires gérés par le Programme mondial de lutte contre le SIDA, notamment en ce qui concerne les activités visant les toxicomanes par voie parentérale, qui sont de plus en plus nombreux à être infectés par le VIH dans certains pays de la Région.

Promotion de la salubrité de l'environnement (pages 129-145)

Pas de commentaires.

Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation (pages 146-162)

Le Dr BERNARD (Etats-Unis d'Amérique) note que la diminution substantielle des crédits alloués au programme 12.3 "Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins" est essentiellement due à la diminution des besoins de collaboration dans quatre pays de la Région. Toutefois, devant la résolution adoptée par la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (Résolution WHA45.17) concernant la vaccination et la qualité des vaccins, il lui semble que le financement de l'assurance de la qualité des médicaments et des vaccins mérite de retenir davantage l'attention au niveau régional comme à celui des pays. Bien que certaines activités semblent avoir été transférées au programme 12.2 "Médicaments essentiels et vaccins", le Dr Bernard se demande, devant la faiblesse des crédits proposés, comment il sera possible de financer le reste des activités.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que certaines des activités anciennement considérées comme relevant du programme 12.3 ont été transférées au programme 12.1 "Technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires" plutôt qu'au programme 12.2. Il donne au Dr Bernard l'assurance que les activités concernant l'assurance de la qualité des médicaments et des vaccins seront maintenues.

M. TESHIMA (Japon) déclare que sa délégation appuie pleinement les propositions de programme et apprécie vivement les efforts du Directeur régional et de son personnel en ce qui concerne la qualité des médicaments et des vaccins, leur sécurité et leur efficacité dans la Région. Cette question a été maintes fois débattue à l'Assemblée mondiale de la Santé et son importance est reconnue dans le monde entier. Au Japon, le secteur public et le secteur privé ont, par conséquent, donné un appui à la fois technique et financier aux activités menées dans ce domaine. M. Teshima espère que le Bureau régional continuera à donner un rang élevé de priorité à ce type d'activité.

Lutte contre la maladie (pages 163-210)

Pas de commentaires.

Appui au plan de l'information sanitaire (pages 211-213)

Pas de commentaires.

Services d'appui (pages 214-223)

Pas de commentaires.

Annexes explicatives (pages 225-485)

Pas de commentaires.

Le PRESIDENT demande au Rapporteur d'élaborer un projet de résolution.

2. **RAPPORT ANNUEL SUR LE SIDA, ET LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES** : Point 9 de l'ordre du jour (Document WPR/RC43/5)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant ce rapport, rappelle que depuis la trente-huitième session du Comité régional, tenue en 1987, le Directeur régional doit présenter chaque année un rapport sur le SIDA, et les maladies sexuellement transmissibles. Ce rapport ne donne pas seulement un tableau d'ensemble de la question ; il permet aussi de se faire une idée de l'ampleur prise par le SIDA dans la Région du Pacifique occidental par rapport à la situation mondiale. Ce document ne cherche pas à effrayer ; il veut seulement fournir un ensemble d'informations réalistes sur lesquelles fonder des stratégies de lutte contre le SIDA et choisir les cibles de l'action dans ce domaine.

Il appelle l'attention des Etats Membres sur l'augmentation constatée dans la transmission de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer. Les toutes dernières informations reçues font néanmoins apparaître une forte augmentation du nombre des cas transmis par voie hétérosexuelle. Sur une période de deux ans (juillet 1990-juillet 1992), le nombre de ces cas a triplé.

M. VAIMILI (Samoa) voudrait avoir quelques explications en ce qui concerne la liste des cas de SIDA par pays. On ne sait pas très bien, en effet, s'il convient d'enregistrer les cas dans les pays où s'est effectué le dépistage ou dans le pays d'où provient le patient, notamment lorsque le dépistage est pratiqué très peu de temps après l'arrivée dans le pays.

Le Dr KWA (Singapour) dit que le rapport montre que, bien que les chiffres du VIH/SIDA soient relativement peu élevés dans la Région du Pacifique occidental par rapport à d'autres régions, on constate néanmoins une tendance régulière à la hausse. C'est également le cas à Singapour. Les chiffres au 1er juin 1992 indiquent que depuis le dépistage du premier cas en 1985, 124 Singapouriens ont été diagnostiqués comme positifs au VIH, y compris 42 sidéens, dont 27 sont décédés. Deux tiers de ces cas ont été dépistés au cours des deux ans et demi passés. A Singapour, 92 % des séropositifs ont contracté l'infection par transmission sexuelle, 4 % par toxicomanie par voie parentérale, et 2,4 % par transplantation rénale (outre-mer). Il n'y a eu qu'un seul cas d'infection causée par transfusion sanguine (outre-mer). Avant 1990, la transmission homosexuelle était le mode principal. La transmission hétérosexuelle est à présent le mode le plus commun, et en 1991 et au cours des cinq premiers mois de 1992, 60 % de tous les cas diagnostiqués avaient contracté l'infection par contact sexuel, essentiellement par contact avec des prostitués(ées).

Outre l'éducation sanitaire et les mesures législatives standard pour prévenir la propagation du VIH/SIDA, Singapour a prévu un certain nombre de mesures spéciales. Un effort particulier a été fait pour entreprendre l'éducation pour la santé chez les prostitués(ées) et le Gouvernement songe à rendre obligatoire l'utilisation de préservatifs par ces prostitués(ées). L'infection à VIH et le SIDA sont à présent des maladies à déclaration obligatoire et le Directeur des services médicaux a reçu le pouvoir d'exiger que quiconque est diagnostiqué comme séropositif suive un service de conseils ou se soumette à des mesures de sécurité spécifiques. En outre, c'est un délit pour quiconque, sachant qu'il ou elle est infecté(e), d'avoir un rapport sexuel avec une autre personne à moins que cette personne ait été informée du risque et ait volontairement accepté ce risque, de commettre tout acte susceptible de transmettre la maladie à une autre personne, ou de donner son sang. La protection de l'approvisionnement national en sang est considérée comme un aspect des plus importants.

Le Dr GEORGE-GUITON (France) dit que, bien que le nombre d'infections à VIH/SIDA soit relativement bas dans le Pacifique occidental par rapport à d'autres régions, tout le monde est d'accord qu'une vigilance continue est nécessaire en ce qui concerne le développement épidémiologique de la maladie. Etant donné le potentiel d'augmentation du nombre des cas dans la Région, elle se demande pourquoi les affectations prévues au programme 13.13 (SIDA) montrent une réduction pour 1994-1995. Il peut être prudent de maintenir, au moins, le même niveau de financement que pour 1992-1993.

Une attention particulière devrait être portée sur la vulnérabilité des femmes en ce qui concerne le SIDA. Dans ce contexte, elle note que les préservatifs féminins seront prochainement disponibles dans le commerce.

La nature de la maladie est telle qu'il existe un danger de lancer des mesures qui placent des restrictions sur les libertés civiles. S'il est nécessaire de mettre en oeuvre des mesures de protection efficaces, il est toutefois important de protéger les droits et les libertés.

M. TAITAI (Kiribati) exprime sa satisfaction devant le soutien de l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA dans la Région, notamment les mesures de surveillance, d'éducation pour la santé et d'information et de soutien en laboratoire. On ne compte pas de cas de SIDA à Kiribati, mais on note deux cas d'infection à VIH. L'action préventive se concentre sur les aspects préconisés par le programme mondial de l'OMS et que l'on retrouve dans l'excellent rapport présenté à cette réunion ; le programme national est intégré au programme de lutte contre les autres maladies transmissibles.

Etant donnée la pénurie des ressources, il plaide pour une attention particulière de l'OMS aux petites communautés insulaires.

Mme CHAMBERLAIN (Nouvelle-Zélande) se joint à cet appel de vigilance pour maintenir une prévalence du VIH/SIDA au plus bas dans la Région. Le nombre de cas, bien que relativement peu élevé, est en augmentation, et la sous-notification amène à des sous-estimations de la prévalence de la séropositivité au VIH.

L'éducation du public est le meilleur moyen de prévention disponible, et la Nouvelle-Zélande a, depuis les sept dernières années, travaillé très dur pour mettre en oeuvre une large stratégie pour accroître la prise de conscience, promouvoir les programmes de réduction du mal causé et s'attaquer aux problèmes des groupes à haut risque, avec une attention particulière pour les prostitués(ées), les toxicomanes et les homosexuels. Elle exprime sa gratitude à l'OMS et à ses États Membres pour leur soutien ; le réseau de contact établi est particulièrement utile.

La Nouvelle-Zélande accueillera, avec le Bureau régional, un atelier pour les administrateurs des programmes de lutte contre le SIDA et le VIH dans des pays voisins dans un proche avenir.

Le Dr Bernard (Etats-Unis d'Amérique) fait également référence au besoin de ne pas tomber dans la complaisance. On constate plusieurs signes bien distincts dans certains pays, avec des taux d'infection à VIH à la hausse chez les toxicomanes par voie parentérale, la propagation de l'infection par les prostitués(ées) et, par conséquent, une augmentation importante de la transmission chez les femmes. Ceux-là étaient les signes que l'on pouvait voir en Thaïlande il y a cinq ans, où l'on note à présent quelque 400 000 personnes infectées par le VIH, la plupart par transmission hétérosexuelle. L'Asie du Sud et du Sud-Est peut suivre le schéma africain, mais ils ont l'avantage de pouvoir profiter de l'expérience des autres et d'enrayer ainsi la transmission.

Louant la stratégie globale de l'OMS (mise à jour de 1992) soumise à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, il attire l'attention sur ses recommandations pour prévenir la transmission sexuelle, sanguine et périnatale du VIH et précise qu'une prévention précoce est aussi bien plus économique. Outre ses effets sur la santé, le SIDA frappe dans les années productives de la vie, affectant de nombreux secteurs et de nombreuses institutions. Tous doivent être mobilisés pour relever ce défi.

Il demande que la discussion se poursuive pour couvrir le témoignage des expériences de programmes nationaux, et demande que des plans et cibles régionaux soient fixés, avec un rapport plus complet à la quarante-quatrième session du Comité régional.

Il souligne que le SIDA est avant tout une maladie sexuellement transmissible et que les sujets atteints de gonorrhée et de syphilis courent un grand risque de contracter le SIDA. Il demande ce que le Bureau régional fait pour aider les pays à améliorer la surveillance, le diagnostic et le traitement d'autres maladies sexuellement transmissibles, et en matière d'éducation pour la santé dans ce domaine.

Le Dr ADAMS (Australie) fait écho aux sentiments des précédents intervenants. L'Australie témoigne des plus hauts chiffres pour ce qui est de l'infection à VIH et du SIDA dans la Région, et il souhaite que d'autres ne suivront pas le même chemin. L'évaluation de sa stratégie lancée en 1989 n'est pas trop apocalyptique sur les perspectives de vaincre la maladie, qui semble se stabiliser dans le pays, mais il n'y a pas de place pour la complaisance. Les toxicomanes par voie parentérale représentent environ 1 % de ceux qui sont infectés ; l'éducation des prostitués(ées) est encourageante ; les écoliers y répondent bien ; le programme de lutte chez les homosexuels est également prometteur ; et les jeunes utilisent de plus en plus des préservatifs pour se protéger.

Il fait référence aux difficultés de budgétisation qui se feront sentir lorsqu'on transférera certaines ressources de la prévention vers d'autres mesures telles que d'onéreux schémas de traitement modernes.

Le Dr TANI (Japon) dit qu'à la veille d'une éventuelle explosion du VIH/SIDA, les pays ont besoin d'un soutien technique et financier pour la prévention et la lutte, comme ils préparent leurs programmes et leurs stratégies à moyen terme.

Au Japon, en juin 1992, on comptait un total de 242 cas de SIDA et 2272 séropositifs au VIH, montrant une augmentation graduelle qui nécessite des mesures appropriées ; des principes généraux ont été établis en 1987, y compris la diffusion d'une information juste, la recherche de la source de l'infection, la mise sur pied de services de conseils, le renforcement de la prévention d'infections secondaires et la coopération internationale, mais la maladie se propage toujours. Le rôle de l'OMS gagne ainsi en importance, et le

programme mondial de lutte contre le SIDA doit poursuivre son soutien en coopération avec des organisations non gouvernementales et autres. Le Japon promet son soutien continu.

Le Dr MILAN (Philippines) fait l'éloge de la mise à jour annuelle du rapport du Directeur régional. Une inquiétante tendance régulière à la hausse devrait être combattue par des mesures intensifiées de la part des pays, et ce, avec le soutien de l'OMS. L'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande, chez qui l'on trouve plus de 90 % des cas dans la Région, sont naturellement pris comme base de référence, mais aux Philippines, la référence n'est pas la même, puisqu'on estime que 40 % des cas sont dus à une transmission hétérosexuelle. Davantage d'informations épidémiologiques détaillées et de conseils pour les pays en développement dans la Région seraient les bienvenus.

Tout en étant d'accord en principe avec les recommandations du programme mondial de lutte contre le SIDA, le plan à moyen terme des Philippines pour 1991 et 1992 et le plan à plus long terme pour 1993-1997 continuent de souligner la prévention.

Il a identifié les groupes à haut risque et introduit des mesures spécifiques à leur égard ainsi que la prévention pour la population dans son ensemble. Il existe des stratégies en cinq ans pour la communication et la surveillance, et d'autres sont en cours pour la prise en charge clinique et le soutien aux services de laboratoire.

Notant les recommandations contenues dans le rapport, elle dit que là où c'est possible, les mesures de promotion seront intégrées à d'autres programmes. Etant données les contraintes financières, cela peut être rentable pour l'OMS et ses Etats Membres. Elle exprime sa reconnaissance pour le soutien de l'OMS.

Le Dr SAW Thian-aun (Hong Kong) dit que, comme ailleurs, la plupart des infections de SIDA et au VIH étaient contractées par contact sexuel en 1990-1991 par rapport aux années précédentes, et récemment on assiste à une augmentation de la transmission hétérosexuelle, représentant à présent environ la moitié des cas. Sept des 14 cas féminins ont été diagnostiqués au cours de l'année écoulée. Un programme de surveillance supplémentaire a démarré en avril 1992 pour améliorer le système de surveillance existant et comporte deux parties : dépistage de certains groupes avec consentement éclairé, et dépistage anonyme et banalisé périodique au cours duquel des échantillons d'urine plutôt que de sang sont prélevés chez les toxicomanes pour être analysés. Jusqu'à présent, aucun cas positif n'a été dépisté au moyen de cette méthode.

Un plan à moyen terme a été passé en revue par le Conseil consultatif sur le SIDA, mis sur pied en 1990 pour établir la stratégie et la politique de lutte. Notant que les cibles du plan avaient été atteintes, il a recommandé la poursuite de tous les efforts, et l'intégration de toutes les activités de promotion de santé, en coordination avec les programmes de soins de santé primaires, de lutte contre la toxicomanie et la santé familiale.

Au cours de l'année en revue, on a noté une augmentation appréciable de la participation communautaire et d'organisations non gouvernementales contre le SIDA. La *Hong Kong AIDS Foundation*, créée en 1990, a démarré divers programmes pour venir compléter ceux du gouvernement pour atteindre des personnes à risque, former des bénévoles et coordonner des groupes de soutien aux sidéens. Elle soutient une étude CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques) dans le territoire avec le conseil technique de l'OMS qui est très apprécié. Elle couvre 1200 personnes et comporte une étude en profondeur de 100 sondés dans cinq groupes à haut risque : toxicomanes, jeunes à risque particulier, prostitués(ées), leurs clients et homosexuels(les). Tous les moyens sont utilisés pour rendre l'étude compatible avec des études CACP conduites ailleurs. On doit

recevoir les résultats de cette étude d'ici la fin de 1992, et ces résultats devraient se révéler inestimables pour l'orientation stratégique.

Le Dr LEE Cheow Pheng (Malaisie) dit que dans son pays, une commission interministérielle a été mise sur pied en juillet 1992, présidée par le Ministre de la Santé et à laquelle participent sept ministres. L'actuel groupe de travail sur le SIDA est en cours de réorganisation pour devenir un Comité national du SIDA, présidé par le Directeur général adjoint de la Santé, avec une représentation intersectorielle et inter-institutions.

Il remercie l'OMS de son soutien au programme à moyen terme de la Malaisie sur le SIDA et demande son assistance continue pour sa mise en oeuvre. La Malaisie souhaite également recevoir le soutien de l'OMS pour un forum des nations musulmanes sur la promotion du sexe sans risque et la réduction du mal que se font les toxicomanes.

Le Dr WANG (Chine) se félicite du rapport qui manifeste l'importance attachée à ce sujet et le soutien de l'OMS dans la mise en oeuvre de mesures de prévention et de lutte efficaces. Pour lui, l'évaluation est valable.

La Chine a un des taux de prévalence de VIH/SIDA les plus bas, mais là aussi, les conditions sont là pour sa propagation, avec des taux en hausse pour les maladies sexuellement transmissibles et la toxicomanie. On compte 890 personnes infectées par le VIH (11 cas de SIDA), dont 75 chez des personnes avec des antécédents de toxicomanie. Les mesures de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles en Chine entraînent des mesures légales. 1992 est la seconde année du programme d'Etat à moyen terme pour la prévention et la lutte. Il y a une surveillance des groupes à haut risque et des programmes d'information sont en cours, comprenant l'éducation des toxicomanes.

La coopération internationale est nécessaire pour aider à surmonter les difficultés financières. Un séminaire dans la province du Yunan est prévu, parrainé conjointement par le PNUD et la Fondation Ford, afin de renforcer les efforts de lutte contre le VIH et le SIDA dans la Région. Les pays voisins sont invités à participer.

La séance est levée à 16h30.