

## PROCES-VERBAL DE LA SIXIEME SEANCE

Salle de conférences du Bureau régional, Manille  
Jeudi 21 septembre 2000 à 9 heures

PRESIDENT : Dr Viliami TANGI (Tonga)

## TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Table ronde ministérielle : Santé et pauvreté .....	157
1.1 Résumé de l'animateur de la table ronde .....	157
2. Lutte contre la tuberculose .....	157
3. Examen des projets de résolution .....	169
3.1 Infections sexuellement transmissibles, infection à VIH et SIDA .....	169
4. Lutte contre les maladies non transmissibles .....	170
ANNEXE .....	173

1. TABLE RONDE MINISTERIELLE : SANTE ET PAUVRETE : Point 16 de l'ordre du jour  
(Document WPR/RC51/10)

1.1 Résumé de l'animateur de la table ronde

Le Dr PHUA, animateur de la table ronde ministérielle, résume le contenu de la séance de la veille (voir annexe).

Le Professeur TRUYEN (Viet Nam) fait une déclaration sur certains des points discutés la veille, pendant la table ronde ministérielle, et explique la situation de son pays en matière de pauvreté et de santé.

2. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE : Point 13 de l'ordre du jour  
(Document WPR/RC51/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que l'année passée, le Comité a déclaré que la Région du Pacifique occidental connaissait une "crise de tuberculose". Cette affirmation nous a frappés et le Secrétariat de l'OMS l'a prise très au sérieux.

Dans sa résolution adoptée au cours de sa cinquantième session, le Comité a demandé au Directeur régional de faire du projet "Halte à la tuberculose" un "projet spécial" du Bureau régional. En mai dernier, la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé s'est fait l'écho de la préoccupation du Comité, à l'échelle mondiale, en adoptant une résolution dans laquelle elle se félicite de la mise en place de l'initiative mondiale Halte à la tuberculose.

L'année précédente, l'OMS a jeté les bases du projet spécial Halte à la tuberculose en mettant en place un large éventail d'activités.

- Premièrement, elle a préparé le plan stratégique régional Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental et le plan stratégique du Pacifique Halte à la tuberculose.
- Deuxièmement, elle a constitué un groupe consultatif technique sur la tuberculose (GCT). Ce groupe s'est réuni pour la première fois en février 2000.
- Troisièmement, un comité de coordination interorganisations (CCI) a été constitué au cours de la première réunion du GCT. Sont membres de ce comité l'Agence australienne

pour le développement international (AusAID), le Département pour le Développement international du Royaume-Uni (DFID), le Gouvernement du Japon, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et la Banque mondiale.

- Quatrièmement, des CCI ont été constitués ou renforcés à l'échelon des pays.
- Cinquièmement, l'initiative Halte à la tuberculose dans le Pacifique a été mise en place au cours de la première réunion sur le projet Halte à la tuberculose, qui s'est tenue dans les Iles du Pacifique, à Nouméa, en juin 2000. Cette réunion était organisée conjointement par l'OMS et par le Secrétariat de la communauté du Pacifique. Les participants ont approuvé le plan stratégique du Pacifique Halte à la tuberculose.
- Sixièmement, un groupe de travail Halte à la tuberculose a été constitué au Bureau régional, et
- Septièmement, l'OMS a collaboré avec les Etats membres à la mise en place de plans quinquennaux Halte à la tuberculose dans les pays, qui feront partie intégrante du développement des systèmes de santé.

Le DIRECTEUR REGIONAL explique que, dans la période relativement courte qui a suivi la dernière réunion, l'OMS a également oeuvré très activement au regroupement des soutiens de la communauté internationale en faveur de la lutte contre la tuberculose. Au début de la session, il a expliqué qu'il venait d'obtenir comme résultat positif le soutien de la Banque mondiale, celui du Gouvernement du Japon, par le biais du JICA et du DFID, et celui du Royaume-Uni, en faveur de la lutte contre la tuberculose en Chine. Et ce n'est qu'un exemple parmi d'autres du renforcement du soutien international en faveur de la lutte contre la tuberculose dans la Région.

Dans son allocution au Comité en 1999, il a déclaré que l'OMS devait plutôt s'orienter vers les résultats. Le Comité régional et le groupe de travail Halte à la tuberculose se sont fixés des objectifs ambitieux et les atteindre ne sera pas facile. Néanmoins, il rappelle au Comité quelques-uns des succès les plus significatifs de ces dernières années :

- Le pourcentage des cas notifiés inscrits dans les programmes DOTS est passé de 46 % en 1997 à 59 % en 1998.

- Le taux de succès du traitement par programmes DOTS dans la Région est de 94 %, ce qui est bien supérieur aux 85 % fixés comme objectif mondial et régional.

Ces succès montrent bien que l'on peut inverser la tendance alarmante de la tuberculose à s'étendre, tendance que l'on observe depuis quelques temps dans la Région. Toutefois, même si l'OMS et ses Etats Membres se doivent de rester positifs, ils ne doivent pas moins être conscients de l'ampleur de la tâche qui les attend.

En 1998, 44 % seulement des cas infectieux estimés ont été détectés et un plus faible pourcentage encore (32 % des cas infectieux estimés) ont reçu un traitement DOTS. C'est encore très loin de l'objectif régional selon lequel 70 % des cas infectieux estimés devront être détectés d'ici à 2005.

Si la mise en application du programme DOTS reste à son niveau actuel, le nombre de cas de tuberculose ne diminuera pas pendant les vingt prochaines années. Toutefois, si d'ici à 2005, on parvient à détecter 70 % des cas infectieux estimés et à traiter avec succès 85 % de ces cas, le nombre de cas et de décès provoqués par cette maladie dans la Région aura diminué de moitié en 2010 et pas moins de 500 vies seront sauvées chaque jour.

Le DIRECTEUR REGIONAL prie donc instamment les gouvernements de tous les Etats Membres de mettre en place ou d'affiner leurs plans d'action quinquennaux en fixant comme objectif pour 2005 la détection de 70 % des cas et un taux de succès du traitement de 85 %. Pour faire en sorte que ces objectifs soient atteints, il presse également les pays de constituer des comités nationaux de coordination interorganisations ou de renforcer les comités existants.

Considérant l'urgence de la situation dans laquelle se trouve la Région en matière de tuberculose, il pense que l'approbation du "plan stratégique régional Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental" démontrera de façon flagrante le sérieux du Comité dans sa façon de s'attaquer au problème de la tuberculose dans la Région. Il invite donc le Comité à approuver le document joint en annexe 2.

M. ROODENBEKE (France) témoigne de l'appui ferme de son pays à la lutte contre la tuberculose et fait part de ses préoccupations vis-à-vis de la réémergence de la maladie. Il fait notamment remarquer le lien entre tuberculose, VIH/SIDA et pauvreté. La France s'est donnée les moyens de lutter contre cette maladie et continuera à lui donner la priorité dans ses divers programmes de soutien aux autres pays. Elle continuera également, en coopération avec l'OMS, à

soutenir les programmes nationaux du Cambodge, de la République démocratique populaire lao et du Viet Nam.

Le Dr SAKAI (Japon) félicite l'OMS d'accorder la priorité absolue à la prévention et la lutte contre la tuberculose, compte tenu du danger que cette maladie fait peser sur la Région. Le Japon a réagi à la gravité du problème en déclarant une urgence de la tuberculose en 1998. Depuis lors, une surveillance a été mise en place dans tout le pays et les mesures préventives centrées sur les groupes à haut risque ont été renforcées.

Il pense que l'approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux constitue un élément capital du programme, particulièrement dans les pays en développement où l'incidence de la maladie est élevée. Il serait très utile que l'OMS fournisse des indications pour y parvenir. Le Japon continuera à soutenir les efforts de l'OMS dans le cadre du plan stratégique régional de lutte contre la tuberculose.

Le Dr CHAN (Macao, Chine) explique que 1996 est l'année de la réémergence de la tuberculose à Macao. En 1998, cette maladie est parvenue au 20<sup>ème</sup> rang des causes de décès les plus courantes, poussant le gouvernement à la considérer comme une priorité. Le programme de prévention et de lutte contre la tuberculose a été renforcé, conformément aux stratégies recommandées par l'OMS. L'application de la stratégie DOTS a été renforcée par la mise à disposition de services de diagnostic et de traitement entièrement gratuits pour toute la population. En 1999, 98 % de tous les nouveaux cas ont été traités par un programme DOTS. Le dépistage des contacts et d'autres groupes à risque a également été renforcé. La vaccination des nourrissons contre le BCG a également été mise en place et une couverture maximale a été atteinte en 1999. Même si ces efforts ont été récompensés par la baisse significative de l'incidence de la tuberculose, le Gouvernement ne doit pas moins rester vigilant dans sa lutte contre la maladie.

Le Dr Haji AFFENDY Dato Haji Abidin (Brunéi Darussalam) explique que depuis trois ans, la tendance à la baisse de l'incidence de la tuberculose constatée au Brunéi depuis 1970 s'est inversée. Face à ce phénomène, le gouvernement a constitué un comité national de lutte contre la tuberculose, formé de représentants des services concernés du Ministère de la Santé. Ce comité est chargé d'élaborer des politiques, de planifier des programmes et de les mettre en application. L'une de ses premières tâches a été d'étudier le programme national de lutte contre la tuberculose pour le réorienter, en collaboration avec l'OMS. La campagne intensive du Comité en faveur du DOTS a abouti à son application étendue dans les hôpitaux et les cliniques spécialisées en pneumologie où les cas de

tuberculose ont été pris en charge. L'extension de la stratégie DOTS à tous les centres de santé communautaires est en bonne voie.

M. CAPELLE (Iles Marshall) déclare que, si l'on en croit les données couvrant les cinq dernières années, la tuberculose est restée un problème de santé publique dans les Iles Marshall. Un programme national de lutte contre la tuberculose est en cours de mise en place ; il s'appuie sur les recommandations des centres d'Atlanta (Etats-Unis d'Amérique) et de l'OMS. Compte tenu de la baisse considérable des nouveaux cas déclarés en 1999, il s'est plutôt attaché à inciter les patients à se conformer au programme DOTS. Cependant, assurer un traitement aux populations des îles extérieures pose toujours un problème. En outre, les installations existantes mal adaptées obligent à faire confirmer les diagnostics par des laboratoires situés en dehors du pays. La principale préoccupation du Ministère de la Santé est d'assurer l'approvisionnement régulier des médicaments antituberculeux, actuellement entravé par des problèmes logistiques de réception et de répartition. Si l'on ne résoud pas immédiatement ce problème de livraison incohérente et inappropriée des médicaments, on risque de susciter chez les tuberculeux le développement de la pharmacorésistance.

Le Professeur NYMADAWA (Mongolie) fait remarquer que la Mongolie fait partie des sept pays de la Région où l'incidence de la maladie est la plus élevée et il se félicite de l'appui de l'OMS à la lutte antituberculeuse. Depuis 1994, un programme national de lutte contre la tuberculose a été mis en place dans le but d'améliorer le diagnostic microbiologique et le traitement des cas. Le taux de notification des cas est passé de 7,6 pour 10 000 en 1994 à 13,3 pour 10 000 en 1999 mais la proportion de cas à frottis positif et les taux de guérison ont augmenté également pendant la même période. L'appui technique et financier de l'OMS et des gouvernements du Danemark et du Japon est grandement apprécié. Le programme est actuellement en cours d'examen et de mise à jour pour tenir compte des recommandations du plan stratégique régional.

Le Dr SOK TOUCH (Cambodge) rapporte certains des résultats remarquables obtenus par le programme national de lutte antituberculeuse au Cambodge, depuis 1994. C'est l'un des rares pays de la Région à avoir mis en place la stratégie DOTS à l'échelle nationale sur une période de cinq ans. Le dépistage des cas continue de s'améliorer et le taux de guérison à se maintenir au-dessus de 95 %. Malgré ces réussites, le programme fait face à un certain nombre de difficultés comme l'observance des patients, le nombre croissant de cas, une forte prévalence de l'infection à VIH et la menace de la polypharmacorésistance. L'aide technique et financière continue apportée par les partenaires comme l'OMS, l'Agence japonaise de Coopération internationale (JICA), Médecins sans Frontières, l'Institut japonais de Recherche sur la Tuberculose, le Voluntary Services Overseas (VSO) du

Royaume-Uni, le Programme alimentaire mondial (PAM) et World Vision International, est grandement appréciée.

M. MOND (Papouasie-Nouvelle-Guinée), exprimant la satisfaction de son pays pour l'attention spéciale et l'aide technique qu'il a reçues de la part de l'OMS, se joint au délégué du Japon pour demander comment l'approvisionnement régulier et la disponibilité en temps opportun des médicaments antituberculeux vont être assurés.

Les répercussions du nombre croissant d'infections à VIH et de cas de SIDA sur la prévalence déjà élevée de la tuberculose suscitent des inquiétudes. Le programme DOTS doit être étendu à l'ensemble du pays ; toutefois, une approche d'ensemble est nécessaire pour que son application contribue au renforcement du système de santé. La délivrance des services de santé dans les zones rurales représente une entreprise onéreuse et le rapport coût-efficacité de la stratégie DOTS est très apprécié. Il doute néanmoins que l'objectif régional de diminuer la prévalence de la tuberculose et la mortalité associée de 50 % d'ici 2010 puisse être atteint dans son pays, à cause des effets de l'épidémie de VIH/SIDA et de la faiblesse du système de santé.

M. RODRIGUEZ (Etats-Unis d'Amérique), remarquant qu'un tiers de tous les cas de tuberculose surviennent dans la Région, fait part de ses inquiétudes à propos de la sous-notification de la maladie et voudrait connaître les mesures prises pour remédier à cette situation.

La stratégie DOTS est efficace et abordable pour lutter contre la tuberculose, jusqu'à ce que de nouveaux médicaments et vaccins apparaissent. Le succès de son application demande cependant des tests de diagnostic effectués en laboratoire, des médicaments de grande qualité, une surveillance attentive, ainsi qu'un engagement politique. Tout en approuvant la ligne d'action proposée dans le document examiné, il voudrait savoir quel appui sera apporté aux Etats Membres pour mettre en œuvre cette stratégie.

Il insiste sur le fait que la coopération entre le Bureau régional et les Etats Membres est essentielle pour assurer une prise en charge rationnelle de la tuberculose polypharmacorésistante. De plus, il faut évaluer l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la propagation de la tuberculose pour établir des stratégies destinées à combattre cette dernière chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le Dato' Seri Dr SULEIMAN Mohamed (Malaisie) remarque que le nombre de cas de tuberculose augmente dans son pays, bien que les facteurs contribuant à ce phénomène n'aient pas été

encore identifiés. Il aimerait en savoir davantage sur les expériences des autres pays. Une étude à base communautaire sur la prévalence devrait être menée bientôt.

Il est important de contrôler l'efficacité de la stratégie DOTS et son pays a élaboré des indicateurs de la qualité.

Le Dr NAO BUTTA (République démocratique populaire lao) signale que la tuberculose continue d'être un grave problème dans son pays. Le dépistage des cas est insuffisant et beaucoup de nouveaux cas ne sont pas notifiés.

La stratégie DOTS couvre environ 60 % de la population ; l'insuffisance de l'aide financière et technique et la mauvaise qualité des contrôles et de la supervision des activités empêchent toute amélioration. Une aide financière importante est requise, de même que l'amélioration des compétences du personnel. La stratégie doit être adaptée à la situation de son pays, où la plus grande partie de la population vit dans des zones isolées, éloignées de tout centre de santé ; des approches novatrices sont nécessaires. Il apprécie les avis techniques de l'OMS et d'autres à cet égard. Il faut enseigner aux agents de santé dans les villages à appliquer la stratégie et cette action doit s'inscrire dans la durée. Il faut également assurer l'approvisionnement continu en médicaments et le personnel sanitaire doit s'impliquer à tous les niveaux dans le dépistage actif des cas.

Le Dr OTTO (Palaos), louant le renforcement des activités de l'OMS pour lutter contre la tuberculose, signale que le projet Halte à la tuberculose progresse de manière satisfaisante dans son pays, grâce à l'approvisionnement continu en médicaments et au financement venant des partenaires.

Il souscrit totalement au plan stratégique régional "Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental" (annexe 2 du document examiné) qui donne des directives claires et concises pour la lutte antituberculeuse.

Le Dr CHEW (Singapour), approuvant également le plan stratégique, signale que, bien que l'incidence de la tuberculose ait considérablement baissé dans son pays, elle reste élevée dans certains autres pays de la Région. Singapour a renforcé son programme de lutte en intensifiant la surveillance épidémiologique et la prise en charge clinique en suivant la stratégie DOTS. Les premiers résultats semblent prometteurs.

Compte tenu de la prévalence élevée de cette maladie dans certains pays de la Région, il demande des éclaircissements sur la politique de l'OMS au sujet de la vaccination et de la



revaccination par le BCG. Quel est, en particulier, l'effet potentiel à long terme qu'aurait sur l'incidence l'arrêt des revaccinations par le BCG, dans les pays qui les ont intégrées dans leur calendrier de vaccination infantile ?

Le Dr CHEN (Chine), souscrivant totalement au plan stratégique régional de lutte, souligne que la Chine connaît l'une des plus fortes charges de tuberculose. Son Gouvernement a donc toujours accordé une grande attention à la lutte contre cette maladie. La stratégie DOTS couvre pratiquement la moitié de la population et a donné des résultats remarquables, malgré des ressources financières insuffisantes. La Chine fait tout ce qui est en son pouvoir pour respecter les engagements qu'elle a pris à la conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable (à Amsterdam, en mars 2000), c'est-à-dire l'élaboration de programmes de lutte à moyen et long terme, la mobilisation de l'appui financier et l'accent mis sur le diagnostic et le traitement des cas.

Se référant au premier objectif du paragraphe 2.1 du document examiné, il fait observer qu'il sera difficile d'estimer le nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs, et il espère que l'OMS proposera des méthodes efficaces pour cette évaluation. Passant à la première demande du paragraphe 3.1, il compte sur l'OMS, notamment dans le cas des pays connaissant une lourde charge de tuberculose, pour continuer à aider les Etats Membres en incitant les dirigeants de haut niveau à s'engager politiquement et financièrement dans l'amélioration des systèmes de santé. L'OMS doit continuer à mobiliser l'aide internationale pour lutter contre la tuberculose dans les pays en développement. Il propose qu'elle intensifie ses activités favorisant les échanges des expériences entre les Etats Membres ayant une forte prévalence de la tuberculose, renforce la formation, donne des orientations techniques, et assure le lien entre les stratégies mondiales de lutte antituberculeuse et les programmes nationaux. L'OMS doit également poursuivre ses efforts pour la formation des ressources humaines et l'approvisionnement en matériel de laboratoire.

Le Dr KIM (République de Corée), souscrivant totalement à la stratégie régionale "Halte à la tuberculose", annonce que la Corée a lancé un nouveau système de surveillance de la tuberculose qui remplace les enquêtes nationales quinquennales. Elle a mis en place une base de données pour la surveillance, appelée "TBnet". Elle comporte un système de notification des cas par Internet, avec analyse automatique des données, destiné à raccourcir le temps écoulé pour la notification, l'analyse et la réaction. Les résultats initiaux sont très satisfaisants.

Le Dr BENJAMIN (Etats fédérés de Micronésie) signale que le nombre de cas de tuberculose dans son pays continue d'augmenter et que cette maladie représente une part importante de la

morbidity et de la mortalité évitables. La tuberculose pulmonaire constitue la forme la plus fréquemment diagnostiquée. La pénurie de personnel qualifié, de médicaments et de fonds a abouti à un traitement insuffisant de la plupart des cas. Peu de patients ont achevé un traitement complet et, le plus souvent, les personnes en contact rapproché n'ont pas été examinées. Peu de cas sont confirmés en laboratoire. Malgré ces limitations, des efforts sont faits pour améliorer le programme de lutte antituberculeuse.

Son Gouvernement estime que la stratégie DOTS pourrait bien fonctionner dans les Etats fédérés de Micronésie, puisqu'elle permet de veiller à ce que les médicaments appropriés soient bien administrés aux patients. Il convient néanmoins de faire attention à ce que les patients avalent bien leurs médicaments, car il arrive que les personnes âgées notamment ne souhaitent pas les prendre devant témoins pour des raisons culturelles. Le Gouvernement estime également qu'avec cette méthode l'incidence de la polypharmacorésistance pourrait diminuer. Tous les Etats fédérés ont demandé des financements pour pouvoir appliquer la stratégie DOTS comme moyen essentiel de diminuer l'incidence de la tuberculose.

Le Dr ALCANTARA (Philippines) dit que la tuberculose reste un problème majeur de santé publique dans son pays et qu'elle est l'une des 10 principales causes de morbidité et de mortalité. Malgré le recours à la stratégie DOTS, l'amélioration de la définition de cas, des activités de plaidoyer, l'établissement de réseaux et le renforcement des capacités pour les prestataires de services, trois problèmes n'ont pas encore trouvé de solution : la polypharmacorésistance, la tuberculose infantile et l'abandon des traitements. Ces aspects sont couverts par la réforme en cours du secteur de la santé, qui comporte l'amélioration de la qualité et le financement des programmes antituberculeux. De plus, la prise en charge de la tuberculose fera partie des traitements ambulatoires couverts par les assurances de santé. La stratégie DOTS sera appliquée dans les établissements publics, les services locaux, et étendue au secteur privé. Les organisations non gouvernementales seront appelées à s'impliquer dans la gestion de cette stratégie. Une enquête nationale est prévue en 2003 pour contrôler le succès du programme.

Le Dr CHAN (Hong Kong, Chine) déclare que la tuberculose reste la principale maladie infectieuse à Hong Kong en termes de morbidité et de mortalité. Un programme complet de lutte, qui a été modifié régulièrement pour tenir compte de l'évolution de la situation, est en place depuis 1952. Il comprend l'administration du BCG à la naissance, la surveillance, le dépistage des cas, la recherche des contacts, la stratégie DOTS, la recherche des abandons et l'éducation sanitaire.

La stratégie DOTS a été introduite à Hong Kong dans les années 1970, dans les centres spécialisés dans la tuberculose et la pneumologie. Le taux de notification des cas de tuberculose est passé de 697 pour 100 000 habitants en 1952 à 110 pour 100 000 en 1999, se stabilisant cependant entre 100 et 110 depuis 1990. Le taux de mortalité est tombé de 169 pour 100 000 habitants en 1952 à 4,6 pour 100 000 en 1999. Sur tous les cas confirmés par frottis, 80 % se sont présentés dans les dispensaires pour se faire traiter ; le taux de guérison est d'environ 90 %, le taux d'abandon d'environ 5 % et la proportion de polypharmacorésistance de 2 %. L'examen récent de l'utilisation de la stratégie DOTS montre que le rapport entre le coût et l'efficacité est bon.

Les enjeux pour Hong Kong consistent désormais à intégrer la stratégie DOTS dans les services de santé primaires, plutôt que de la limiter aux centres spécialisés dans la tuberculose et la pneumologie, et à identifier les obstacles à une nouvelle diminution de l'incidence de la maladie. Une méthode pourrait être de recueillir les données du secteur privé, où les 20 % de cas restants vont se faire traiter.

M. MOOA (Kiribati) observe que le plan d'action décrit dans l'annexe 2 du rapport correspond bien au fait que 30 % de tous les nouveaux cas de tuberculose dans le monde sont diagnostiqués dans la Région du Pacifique occidental. Alors que la stratégie DOTS est appliquée dans son pays, l'extension géographique de celui-ci entraîne des difficultés de communication et l'absence de personnel de laboratoire dans les îles éloignées. Il en a découlé de gros problèmes pour instituer les cinq éléments clés de la stratégie DOTS, notamment au niveau du dépistage des cas par examen microscopique des frottis d'expectoration.

Le Dr INIAKWALA (Iles Salomon) déclare que la tuberculose représente encore une menace pour la santé publique dans son pays. Le fait que plus de 70 % des cas surviennent dans le groupe d'âge économiquement actif, les 15-45 ans, est particulièrement inquiétant. Le recours à la stratégie DOTS a fait passer les taux de guérison et d'observance à plus de 95 %. En partenariat avec l'OMS et l'Association japonaise contre la tuberculose, les Iles Salomon concentrent désormais leurs efforts sur le renforcement des services de laboratoire dans les zones rurales. Il est crucial d'assurer un approvisionnement cohérent en médicaments pour les traitements et en réactifs pour les diagnostics. L'utilisation d'emballages sous plaquettes thermoformées pour l'auto-administration des médicaments s'est avérée efficace, notamment pour ce qui est de l'observance et pour éviter les pharmacorésistances. Il se félicite du lancement du projet "Halte à la tuberculose" et approuve le plan régional d'action.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) déclare que, malgré la faible incidence de la tuberculose dans son pays, elle est récemment passée à plus de 12 cas pour 100 000 habitants. Cette augmentation est due en particulier aux Maoris et aux autres peuples des îles pacifiques vivant en Nouvelle-Zélande, et l'on a reconnu que les causes sous-jacentes en étaient l'entassement dans les habitations et la pauvreté. Bien que son pays applique une version modifiée du DOTS, il estime que, pour être efficaces, les stratégies de lutte antituberculeuse devraient s'occuper également des problèmes socio-économiques fondamentaux.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant à la question du Représentant du Japon sur la manière dont il convient d'assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux dans les pays où l'incidence est élevée, explique que le Bureau régional entretient des liens étroits avec les Etats Membres et communique les chiffres correspondant à leurs besoins au Comité interinstitutions de coordination, informations qu'il trouve également au Siège de l'OMS. Ce mécanisme sera renforcé. Les Etats Membres se répartissent en deux catégories : ceux qui sont plus ou moins capables de subvenir à leurs propres besoins en médicaments antituberculeux (la majorité) et ceux qui ont besoin d'un appui extérieur. Parmi ces derniers, on peut distinguer ceux où il n'y aura pas de pénurie pendant l'année en cours et ceux (deux pays) qui ne pourront pas répondre aux besoins de leur population. Les efforts déployés au niveau des pays et l'appui de la communauté internationale permettront de disposer de médicaments en quantité suffisante dans l'ensemble de la Région pendant la période 2001-2002. Les choses sont moins claires à partir de 2003, mais on continuera d'avoir des contacts fréquents avec le Comité interinstitutions de coordination afin d'éviter les pénuries de médicaments. Le rôle de l'OMS consiste, de toute évidence, à coordonner les activités des divers partenaires.

Le Représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée a demandé si l'objectif qu'on s'est fixé de réduire de moitié les taux de prévalence de la tuberculose et de mortalité associée d'ici à 2010 était trop ambitieux. Il a été établi lors de discussions avec les Membres du Groupe consultatif technique et avec les représentants des pays qui ont fait des progrès rapides que la tâche serait difficile, mais pas impossible.

Le DIRECTEUR REGIONAL laisse le soin à ses collègues de répondre à la question du Représentant des Etats-Unis d'Amérique concernant les mesures que l'OMS compte prendre pour éviter la sous-notification des cas de tuberculose, mais tient à préciser qu'il s'agit d'un problème inhérent à la lutte contre toutes les maladies transmissibles. L'une des composantes de la stratégie DOTS consiste toutefois à réduire la sous-notification.

Le Représentant de la Chine a demandé comment on avait estimé le nombre de cas de tuberculose pulmonaire confirmés par frottis. La lutte contre toute maladie transmissible passe aussi bien par la surveillance que par le traitement car il faut être sûr que tous les cas ont été dépistés. On peut estimer la prévalence de la tuberculose en faisant des enquêtes et c'est ce que l'on fait dans les pays où le taux de prévalence est élevé. Le Bureau régional est disposé à aider tous les pays qui souhaitent faire une étude de ce type.

Il adhère totalement au point de vue du Représentant de Hong Kong, Chine, selon lequel le secteur privé devrait être associé à la stratégie DOTS dans le cadre de la réforme du secteur de la santé. Les ministères des finances et de l'éducation pourraient également y apporter une contribution utile.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR L'INITIATIVE "HALTE A LA TUBERCULOSE" ET L'ELIMINATION DE LA LEPRE, répondant à la question de savoir s'il est possible de réduire de moitié l'incidence de la tuberculose d'ici à 2010, présente un graphique récapitulant les résultats d'une étude réalisée en République de Corée entre 1965 et 1995 et qui montre que le nombre de cas confirmés par frottis a diminué de moitié en moins de 10 ans. Répondant à la remarque faite par le Représentant des Etats-Unis d'Amérique sur la sous-notification, il constate que, dans la Région, seulement 42 % environ du nombre estimatif de cas nouveaux confirmés par frottis sont notifiés. Pour faire en sorte que ce pourcentage atteigne 70 % d'ici à 2005, on envisage trois types d'approche : développement des composantes information et laboratoire de la stratégie DOTS ; participation du secteur privé et des organisations non gouvernementales afin d'améliorer le système d'orientation-recours entre les secteurs privé et public ; déclaration trimestrielle au lieu d'annuelle, du moins pour les pays où la tuberculose pose un problème important.

Il indique qu'on surveille la polypharmacorésistance dans six pays et deux zones, en collaboration avec des laboratoires de référence situés en Australie, au Japon et en République de Corée. En Chine, la surveillance a été étendue à quatre provinces. Une fois qu'elle est apparue, il est difficile de vaincre la polypharmacorésistance à l'aide des médicaments de première intention ; on a donc lancé une initiative de recherche opérationnelle "DOTS-plus" dans certains pays pour savoir s'il serait rentable d'utiliser des médicaments de deuxième intention et pour faire des recommandations aux Etats Membres à ce sujet.

Le DIRECTEUR, LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES, répondant à la question du Représentant de Singapour sur la revaccination par le BCG, dit que l'OMS préconise la

vaccination BCG à la naissance, qui est très efficace contre les formes graves de la tuberculose chez le jeune enfant. En 1995, l'OMS a publié une déclaration de politique générale fondée sur les résultats de nombreuses études faites dans le monde entier, dans laquelle elle déconseillait la revaccination. Une étude réalisée récemment à Hong Kong a fourni d'autres éléments contre la revaccination BCG dans le cadre des programmes de vaccination.

### 3. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTION

Le Comité examine le projet de résolution suivant :

#### 3.1 Infections sexuellement transmissibles, infection à VIH et SIDA

(Document WPR/RC51/Conf. Paper no. 3)

M. MOND (Papouasie-Nouvelle-Guinée) propose d'insérer le mot "négatives" avant "potentielles" dans le paragraphe 2 du préambule; d'ajouter un nouveau paragraphe 4 du préambule qui se lirait "Notant les enseignements qui peuvent être tirés de ces programmes et d'autres programmes couronnés de succès dans la Région"; d'insérer les mots "de la transmission" avant "du VIH" au paragraphe 1.1) du dispositif; de remplacer les mots "increase in" par "increasing" dans le paragraphe 1.4) du dispositif (ne concerne que l'anglais); de supprimer le membre de phrase "et de réduire la discrimination à l'égard de ces malades" au paragraphe 1.4) du dispositif; d'ajouter au dispositif un nouvel alinéa 1.5) qui se lirait "de renforcer la mise en œuvre de programmes visant à réduire la discrimination à l'égard des malades du SIDA", et de renuméroter en conséquence les autres alinéas; d'ajouter au dispositif un nouvel alinéa 1.10) qui se lirait "de renforcer la collaboration multisectorielle et de mobiliser des ressources supplémentaires"; et d'insérer les mots "de renforcer la collaboration multisectorielle et" avant "d'accroître" au paragraphe 2.3) du dispositif.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) propose d'ajouter "avec une vive inquiétude" après "constatant" au paragraphe 2 du préambule; d'ajouter dans le préambule un nouveau paragraphe 3, qui se lirait "reconnaissant que la prévention de nouvelles infections à VIH est cruciale si l'on veut limiter l'épidémie dans la Région"; de supprimer les mots "avec satisfaction" au paragraphe 3 du préambule (devenu le paragraphe 4); d'insérer les mots "en particulier" avant "chez" au paragraphe 1.1) du dispositif; d'insérer les mots "et de renforcer" après les mots "de maintenir" au paragraphe 1.8) du dispositif (devenu le paragraphe 1.9); et d'insérer les mots "de politiques et" avant "programmes"

dans le nouveau paragraphe 1.5) du dispositif proposé par le Représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Le Dr OTTO (République des Palaos) fait observer que si les nouveaux amendements sont adoptés, la mobilisation des ressources sera mentionnée dans les deux derniers alinéas. Il suggère donc de supprimer les mots "et de mobiliser des ressources supplémentaires" dans le nouveau paragraphe 1.10) du dispositif.

Décision: Le projet de résolution tel qu'amendé est adopté (voir résolution WPR/RC51.R3).

4. LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : Point 14 de l'ordre du jour (Document WPR/RC51/8)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant le rapport, rappelle que par le passé, les maladies non transmissibles étaient considérées comme des "maladies de l'abondance" se limitant aux pays développés. L'OMS ne peut plus défendre ce point de vue maintenant que ces maladies posent un problème majeur dans les pays en développement. De nombreux pays en développement, parce qu'ils manquent de ressources, n'ont pas inscrit les maladies non transmissibles au nombre de leurs priorités et méconnaissent les facteurs de risque, n'ont pas pu riposter efficacement à l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles.

Il est notoire que les maladies non transmissibles ont souvent pour origine une mauvaise hygiène de vie, elle-même liée à l'environnement social, économique, culturel et au niveau d'instruction. Le problème dans la Région du Pacifique occidental est que, du fait de l'urbanisation, de l'industrialisation et de la mondialisation, beaucoup de gens adoptent un mode de vie et des comportements qui nuisent à la santé.

Pour l'OMS, la principale stratégie pour combattre les maladies non transmissibles doit consister à changer les modes de vie qui sont à leur origine. Les principales maladies non transmissibles dans la Région (maladies cardio-vasculaires, cancer et diabète) ont en commun des facteurs de risque liés au mode de vie tels qu'un mauvais régime alimentaire, le tabagisme et la sédentarité.

Ainsi que le Secrétariat l'a souligné dans le document d'orientation régionale intitulé *La santé : nouvelles perspectives*, il est indispensable de modifier les comportements individuels pour réduire les facteurs de risque. Cependant, l'OMS ne peut attendre des individus qu'ils changent d'eux-

mêmes de comportement; il faut modifier le contexte dans lequel ils vivent moyennant une politique efficace, la promotion de la santé, l'adoption et l'application d'une législation. Si, par exemple, les individus peuvent acheter partout et à bon prix du poisson, des fruits et des légumes, il leur sera plus facile d'avoir un régime alimentaire équilibré. La création de parcs et de trottoirs encouragerait la marche, les loisirs et les jeux. Des programmes efficaces d'information, d'éducation et de communication apprendraient aux gens tout ce qu'ils ont besoin de savoir pour adopter un mode de vie sain. A chaque fois qu'un choix se présente, l'OMS se doit d'aider les gens à prendre la bonne décision et de veiller à ce qu'il existe des politiques propices.

Il ne fait aucun doute pour lui que l'OMS doit continuer à privilégier la prévention. Les interventions médicales au stade clinique des maladies non transmissibles, en particulier les interventions de haute technologie, n'ont qu'un impact limité sur la santé de la population en général et sont coûteuses, même dans les pays riches.

L'expérience ayant montré que les programmes axés sur une seule maladie étaient moins rentables et inapplicables dans nombre de pays en développement, l'OMS préconise une approche intégrée des maladies non transmissibles. Cette approche permettra d'intégrer la prévention primaire, secondaire et tertiaire et la promotion de la santé, et garantira une collaboration étroite entre les programmes de différents secteurs et disciplines.

Le rôle primordial de l'OMS est d'être la figure de proue de la campagne contre les maladies non transmissibles. En 1999, les maladies non transmissibles ont été inscrites au nombre des 17 domaines d'action de l'OMS dans le document d'orientation régionale *Un cadre d'action* qui a été approuvé par le Comité régional. Le fait que les maladies non transmissibles aient été inscrites à l'ordre du jour de la présente session du Comité régional est révélateur de l'importance que les Etats Membres attachent à cette question. Le Comité n'avait pas abordé le sujet depuis 1985. En l'intervalle de 15 ans, la situation épidémiologique a énormément changé, à tel point que l'épidémie de maladies non transmissibles a pris une ampleur mondiale.

Au sujet du diabète, il dit que, malgré la progression de la maladie dans la Région, la prévention et les soins ne sont pas considérés comme des priorités dans la plupart des plans de santé nationaux et par la communauté internationale. Pour susciter une prise de conscience, l'OMS, la Fédération internationale du Diabète, Région du Pacifique occidental, et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique ont forgé une alliance stratégique dans la Région. Lors d'une réunion en juin 2000, l'alliance a adopté une Déclaration du Pacifique occidental sur le Diabète qui figure à



l'annexe 2 du rapport, et un plan d'action régional pour 2000-2005. Il invite instamment le Comité à faire sienne la Déclaration, qui marque une étape importante dans la campagne de sensibilisation menée par l'OMS pour faire prendre conscience de l'ampleur de ce problème dans la Région.

Engagement et volonté politiques sont indispensables si l'OMS et ses Etats Membres veulent enrayer la progression des maladies non transmissibles dans la Région. La route est longue et il faut se mettre en marche le plus vite possible.

Le PRESIDENT dit que, lors de discussions informelles avec le Directeur régional et l'Attaché de Liaison de l'OMS aux Tonga, il avait suggéré l'idée de sensibiliser d'une manière concrète les représentants assistant à la session du Comité régional à l'importance de l'exercice physique, en particulier ceux qui font un travail sédentaire. Il a donc prié le Secrétariat d'inviter un représentant du College of Human Kinetics de l'Université des Philippines à faire une brève démonstration au Comité.

Le RECTEUR, COLLEGE OF HUMAN KINETICS, UNIVERSITE DES PHILIPPINES, assisté de trois collègues, montre une série de mouvements d'étirement et d'assouplissement que l'on peut faire assis ou debout devant un bureau. Tous les participants se sont joints à l'exercice.

La séance est levée à 12 heures.

## ANNEXE

## TABLE RONDE MINISTERIELLE SUR LA SANTE ET LA PAUVRETE

Résumé par le Dr Phua Kai Hong, Animateur

La table ronde ministérielle a porté sur la santé et la pauvreté. Trente-deux Etats Membres y ont participé et 22 ministres ou leurs représentants ont formulé des observations et fait part de l'expérience de leur pays, exprimant leurs préoccupations et leur engagement en faveur de la santé et de la lutte contre la pauvreté. Cette réunion a atteint son premier objectif, à savoir faire prendre conscience du lien qui existe entre la santé et la pauvreté, et débouché sur la mise en commun des données d'expérience et sur des recommandations concernant le rôle de l'OMS.

Plusieurs déclarations ont reflété d'importantes préoccupations d'ordre général. Les responsables de la santé savent depuis longtemps que la pauvreté est à l'origine d'une part importante de la charge de morbidité et qu'une amélioration de la santé peut être favorable à l'économie. Le fait de l'admettre est appréciable et oblige à reconnaître que les responsables des politiques de santé doivent faire davantage pour obtenir l'appui nécessaire auprès des dirigeants politiques. Dans le même temps, il a été proposé que ce soit le secteur de la santé qui s'occupe avant tout de mettre la santé au centre des efforts de développement et de lutte contre la pauvreté dans les pays.

Les différences de culture et de développement économique font qu'il est plus difficile encore de définir et de mesurer la pauvreté dans la Région. Il est important de prendre en compte la manière dont les communautés perçoivent leur pauvreté ou leur bien-être. Des perspectives encourageantes et des structures sociales solides, malgré un manque évident de moyens matériels, comme dans les Iles du Pacifique sud, sont en elles-mêmes propices au développement.

On trouvera ci-après un résumé des observations concernant les options politiques. Il a été noté tout d'abord que même les pays relativement riches avaient besoin d'une politique nationale de développement social et économique prévoyant des systèmes de protection adaptés. Un des objectifs de cette politique pourrait consister à donner aux pauvres les moyens d'agir au lieu de se contenter de les aider.

Il convient d'adopter une approche positive et d'éviter les connotations négatives et le rejet social des pauvres, ce que l'on peut faire en s'attaquant aux inégalités. Les expériences des pays montrent que face à l'augmentation des activités du secteur privé de la santé, les gouvernements

doivent anticiper davantage et réglementer ce secteur afin de protéger les pauvres. On a fait remarquer que d'importantes dépenses de santé pouvaient appauvrir les familles.

Plusieurs pays ont souligné l'importance d'une approche plurisectorielle. Le secteur de la santé peut jouer un rôle primordial dans la définition des problèmes et dans le recrutement de nouveaux partenaires aux fins d'une collaboration intersectorielle. Les instances gouvernementales de tout niveau, qu'il s'agisse des autorités nationales, provinciales ou locales, doivent lutter de manière cohérente contre la pauvreté, depuis le stade de l'élaboration des politiques jusqu'à leur mise en oeuvre. Tous les échelons et secteurs concernés par la santé et la pauvreté devraient veiller à une plus grande intégration.

Le partenariat entre les organismes est également indispensable au niveau international. Parallèlement, les efforts déployés par la communauté internationale pour promouvoir la santé et vaincre la pauvreté doivent être guidés avant tout par les priorités de chaque pays. Il convient de planifier et de mettre en oeuvre les programmes de développement de manière qu'ils soient conduits par les pays plutôt que par les donateurs.

L'importance du rôle des organisations non gouvernementales (ONG) a été reconnue, ces organisations étant souvent plus proches des pauvres que les gouvernements. Il importe d'associer la population aux programmes de santé et de lutte contre la pauvreté et de lui confier des responsabilités. Les projets qui prévoient l'allocation de crédits avec l'appui d'autres services sociaux se sont révélés efficaces en tant que stratégies de lutte contre la pauvreté fondées sur la communauté.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, certains pays de la Région ont atteint l'objectif de la couverture universelle. Il est clair que, dans ces pays, une série de mécanismes financiers, comprenant notamment des systèmes de taxes et d'assurance sociale a supprimé les obstacles financiers et conféré la protection nécessaire à tous les groupes de population, y compris aux pauvres. Il a été rappelé que les dépenses de santé assumées par les usagers quand ils sont malades peuvent les dissuader de chercher à se faire soigner. Dans ce genre de situation, l'assistance sociale doit viser les individus et groupes vulnérables. C'est aux autorités qu'en revient la responsabilité.

Il a été reconnu que le niveau des dépenses publiques de santé était très faible dans de nombreux pays de la Région. Il a été demandé à l'OMS de fixer des normes concernant le niveau souhaitable de dépenses. Toutefois, certaines observations faites par les pays insulaires du Pacifique, qui allouent une part relativement importante de leur budget national à la santé, ont fait ressortir le

**Annexe**

besoin d'une approche particulière à chaque pays. Dans cette analyse, il faut tenir compte des coûts réels des soins de santé dans le pays et veiller à ce que les ressources soient affectées de façon plus équitable et plus efficace, ce qui suppose d'affecter davantage de fonds à des actions renforcées contre les maladies qui touchent les pauvres de manière disproportionnée.

Plusieurs propositions ont été faites concernant l'action de l'OMS à l'avenir dans le domaine de la santé et de la pauvreté, après approbation de l'initiative prise par l'OMS dans le choix du sujet de la table ronde. Il a été suggéré que le Bureau régional élabore un cadre d'action contre la pauvreté qui tienne compte des éléments autres que sanitaires et des services sociaux essentiels. Ce cadre devrait aussi permettre de définir des critères concernant l'application des stratégies dans le contexte propre aux pays et prévoir le suivi de la mise en oeuvre. Il a également été proposé que les ONG et d'autres partenaires participent à ce cadre. Plusieurs pays ont sollicité l'appui de l'OMS pour mettre en place d'autres mécanismes de financement des soins de santé.

Le rôle de plaidoyer de l'OMS a été jugé essentiel, à la fois pour aider les ministères de la santé à obtenir l'appui politique nécessaire et pour instaurer la coopération intersectorielle requise en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires dans tous les groupes de la population. L'action de sensibilisation de l'OMS pourrait porter sur les inégalités. Avec l'initiative de l'OMS, l'approche intégrée contre la pauvreté, qui englobe la santé, l'éducation et les activités génératrices de revenus, pourrait être un modèle utile et pratique impliquant de nouveaux partenaires et de nouvelles stratégies.

En conclusion de la réunion, les participants ont reconnu que les habitants de la Région sont sa ressource la plus précieuse et que la santé est un élément crucial pour atteindre les objectifs du développement.