

## PROCES-VERBAL DE LA TROISIEME SEANCE

Hyatt Regency Ballroom, Macao  
Mardi 14 septembre 1999 à 14h00

PRESIDENT : Dr José Alarcão TRONI (Macao)

## TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Budget programme .....	118
1.1 Projet de budget programme 2002-2003 : allocations aux pays (suite) .....	118
2. Eradication de la poliomyélite dans la Région : rapport d'activité .....	126
3. Rapport annuel sur les infections sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le SIDA .....	133

1. BUDGET PROGRAMME : Point 9 de l'ordre du jour

1.1 Projet de budget programme 2002-2003 : allocations aux pays (suite) :

Point 9.2 de l'ordre du jour (Document WPR/RC50/5)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant ce point de l'ordre du jour sur l'invitation du PRESIDENT, dit que le second document relatif au budget programme contient des propositions concernant la méthode et le processus selon lesquels l'OMS déterminera les allocations aux pays dans le budget programme pour l'exercice 2002-2003, conformément à la résolution WPR/RC49.R5.

La demande du Comité est conforme à la résolution WHA51.31 adoptée par la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1998. Il y était recommandé que les futurs budgets programmes approuvés par l'Assemblée de la Santé se fondent pour l'essentiel sur un modèle qui s'inspire de l'indicateur du développement humain du PNUD, ajusté en fonction de la couverture vaccinale et des statistiques démographiques. Pour la Région du Pacifique occidental, la conséquence en est une réduction de 18% de l'allocation de crédits échelonnée sur trois exercices à compter de 2000-2001. La question que doit examiner le Comité a trait aux critères permettant de déterminer les allocations aux pays dans la Région du Pacifique occidental compte tenu de cette réduction.

Le fait d'utiliser le modèle recommandé dans la résolution WHA51.31 pour calculer les chiffres de planification par pays dans la Région présente plusieurs avantages. Le modèle a été conçu comme un moyen objectif de répartir l'allocation de crédits et a été approuvé par l'organe directeur de l'OMS au niveau mondial. Il a cependant certains inconvénients. Premièrement, le calcul des indicateurs prendra inévitablement du retard, certains pourraient même n'être jamais disponibles. Deuxièmement, les pays ayant de meilleures statistiques verront leurs crédits diminuer. Par exemple, certains pays en développement ont une meilleure couverture vaccinale qu'une partie des pays développés. Troisièmement, pour certains pays de la Région, il faut tenir compte de facteurs spécifiques qui ne sont pas toujours quantifiables. Quatrièmement, les facteurs pris en compte dans l'indicateur du développement humain ne sont pas connus pour tous les pays. Enfin, pour certains pays, les allocations seront réduites à zéro parce que leur PNB par habitant dépasse US \$9636.

Pour éviter ces inconvénients, le Secrétariat a retenu plusieurs solutions. Il a envisagé d'utiliser un modèle fondé sur les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). Le dilemme

était le suivant : comment faire en sorte que le modèle mondial soit le plus objectif possible tout en remédiant à ses faiblesses ? On est parvenu à la conclusion que la meilleure solution consiste à appliquer le modèle à une proportion seulement de l'allocation totale pour les chiffres de planification par pays. Le reste servira alors à rectifier toute anomalie selon les besoins sanitaires de chaque pays. Cette approche est dans l'esprit de la résolution de l'Assemblée de la Santé, où il est dit que les allocations de crédit doivent se fonder, pour l'essentiel, sur le modèle.

Il propose donc d'adopter comme principe directeur pour la détermination des futures allocations budgétaires, qu'on fixe 60% des chiffres de planification par pays suivant le modèle recommandé dans la résolution WHA51.31. Les 40% restant seront répartis en fonction des critères suivants : 1) l'écart entre l'allocation pour 2000-2001 et la nouvelle allocation devra être échelonné sur trois exercices pour éviter tout changement radical ; 2) on procédera à un ajustement pour faire en sorte que l'allocation reçue par les pays les moins avancés en 2002-2003 ne soit pas inférieure à celle de 2000-2001 ; 3) on envisagera la possibilité d'une allocation minimale pour les pays et territoires qui ne recevraient aucuns crédits si le modèle recommandé dans la résolution WHA51.31 était appliqué ; 4) on prendra en considération les besoins sanitaires spécifiques de chaque pays.

L'examen de ce point par le Comité régional sera en rapport avec la politique mondiale de l'OMS concernant les allocations aux pays. Conformément au souhait qu'elle a exprimé de voir l'OMS ne faire qu'une, le Directeur général a fait savoir qu'elle souhaitait envisager une approche mondiale pour le calcul des allocations aux pays. Il soutient cette initiative et suggère que le Comité régional pour le Pacifique occidental fasse part de son point de vue sur la question au Directeur général.

Le Dr ROMUALDEZ (Philippines), soulignant la clarté du rapport intérimaire présenté sous le point 9.1 de l'ordre du jour, et se félicitant de ce que l'exécution du budget ordinaire pour 1998-1999 devrait être de 100% d'ici la fin de l'exercice, dit qu'étant donné les réductions imminentes, il est encore plus indispensable d'améliorer la gestion financière. Il est extrêmement important de faire un usage approprié des rares ressources disponibles si l'on veut appliquer les nouvelles priorités définies dans le cadre d'action. Le Bureau régional jouera un rôle essentiel en conciliant les priorités définies pour les pays et pour les différents niveaux de l'OMS, et il se félicite donc de ce que le Directeur régional envisage de mettre en place des mécanismes de coordination à cette fin. Se référant à l'Annexe 2 du document WPR/RC50/5, il constate avec inquiétude que l'allocation régionale dont est

convenue l'Assemblée de la Santé a davantage affaibli certaines régions que le Siège en termes budgétaires.

Qu'il y ait un besoin urgent de redistribuer les ressources pour répondre aux nombreux besoins de l'Afrique et de l'Europe centrale, par exemple, est compréhensible, mais la plus grande partie de la charge qui résulte de cette réaffectation semble incomber aux Régions, comparé à la réduction dépassant à peine 1 % pour le Siège. Cela semble aller à l'encontre du principe de décentralisation de la gestion de la santé, développement de la politique tant prisée des soins de santé primaires, qui consiste à apporter le plus près possible des gens la responsabilité et les moyens d'améliorer la santé. Il espère que ces considérations seront prises en compte dans les débats sur les rôles respectifs aux plus hauts niveaux de l'administration de l'OMS.

Les Philippines soutiennent vivement les propositions du Directeur régional décrites dans le document WPR/RC50/5.

M. Chan Hyung PARK (République de Corée) exprime son appréciation pour le rapport du Directeur régional sur ce point, qui attire l'attention sur un certain nombre de difficultés inhérentes au modèle recommandé par la résolution WHA51.31 pour déterminer les allocations destinés aux pays. L'ajustement proposé des allocations sur trois exercices biennaux semble raisonnable. En particulier, les allocations pour 2002-2003 doivent refléter la baisse des indices sanitaires et des conditions économiques dans les pays asiatiques touchés par la crise si l'on veut éviter les effets négatifs sur leurs efforts de redressement à long terme. La République de Corée ne fait plus partie de la catégorie des pays censés avoir un PNB par habitant supérieur à US \$9636, ce qui donne une allocation budgétaire zéro si l'on doit appliquer strictement le modèle. Le PNB par habitant en 1998 y était plus proche de US \$6800.

De plus une réduction soudaine de l'allocation à la République de Corée signifierait la fermeture du bureau de liaison dans le pays en 2002-2003 et une diminution des chiffres de planification par pays, ce qui causerait des problèmes sérieux dans le domaine de la santé.

Il soutient donc les propositions du Directeur régional, notamment celle d'une application graduelle du modèle et propose que le bureau de liaison en République de Corée ne soit pas fermé pour l'instant.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) soutient la proposition du Directeur régional d'appliquer la formule pour 60 % de l'allocation totale du pays pour les chiffres de planification par pays, conformément au modèle recommandé dans la résolution WHA51.31 et d'appliquer les critères décrits dans le document WPR/RC50/5 pour déterminer les 40 % restant, ce qui donnerait un bon équilibre entre l'objectivité et la flexibilité.

En ce qui concerne les critères (4) concernant les besoins spécifiques de chaque pays, il demande qu'au Japon le programme actuel de bourses continue à recevoir une allocation budgétaire.

M. LIU Peilong (Chine) convient qu'une approche souple est nécessaire pour l'application du modèle proposé dans la résolution WHA51.31 et il soutient la proposition du Directeur régional d'utiliser les proportions de 60 % et 40 % pour arriver à une telle souplesse, qui semble à la fois réaliste et raisonnable. Il soutient également la proposition de rapporter au directeur général les conclusions de la discussion actuelle.

Il note que le processus actuel pour déterminer les allocations des pays se déroulait principalement au sein de l'OMS, impliquant le Bureau régional, les représentants de l'OMS dans les pays et les attachés de liaison avec une faible participation des pays eux-mêmes. Il demande un processus plus ouvert impliquant les gouvernements de la Région. Finalement, la résolution WHA51.31 demande au Directeur général de contrôler et d'évaluer l'application du modèle. Il espère que sera entreprise une évaluation semblable de l'application du principe directeur proposé par le Directeur régional pour l'amélioration du processus.

Il demande si le Directeur régional peut indiquer les proportions des allocations budgétaires au niveau des pays, au niveau interpays et au niveau régional pour 2002-2003 comparés avec ceux de 2000-2001.

Le Dr YOUK SAMBATH (Cambodge) exprimant son appréciation des efforts du Directeur régional pour instaurer la réforme et améliorer la structure et la stratégie de la Région en réponse aux besoins sanitaires en évolution des Etats Membres, malgré les contraintes financières, appuie les propositions décrites dans le document WPR/RC50/5.

En ce qui concerne le Cambodge, elle demande que l'OMS prenne en compte le besoin d'investissement public dans six domaines : le développement des systèmes d'information sanitaire ; le développement des ressources humaines ; la préparation aux catastrophes ; la lutte contre la

tuberculose, contre la dengue et l'hépatite B ; le développement des services de transfusion sanguine ; les services de santé le long des frontières avec la République démocratique lao, la Thaïlande et le Viet Nam.

Mme EARP (Nouvelle-Zélande) approuve l'application de la formule des 60 % de l'allocation totale pour les chiffres de planification par pays, en tenant compte des critères décrits dans le document en cours d'examen, afin de déterminer les allocations pour chaque pays. Elle convient de la possibilité de n'appliquer une allocation minimale qu'aux pays qui en ont besoin et non à ceux qui sont membres de l'OCDE. Les pays qui ont des besoins spéciaux à cause de l'évolution de leur situation, comme ce qui a été décrit par la République de Corée, doivent être examinés au cas par cas.

Le processus doit être considéré comme une mesure transitoire qui aidera la Région à s'adapter aux modifications apportées aux allocations budgétaires. Les critères proposés devront ensuite être revus par rapport aux allocations en cours, afin de veiller à ce que les ressources soient centrées sur les pays qui en ont besoin et sur les priorités sanitaires qui ont été déterminées.

M. ROKOVADA (Fidji) convient que le modèle d'allocation recommandé par la résolution WHA51.31 présente des lacunes, ce qui empêche de l'appliquer exclusivement. Il soutient donc les propositions du Directeur régional et souligne l'importance de prendre en compte les besoins sanitaires spécifiques de chaque pays lors de la répartition de la part discrétionnaire des allocations.

Mme DAVIDSON (Australie) soutient vivement la formule proposée pour l'application de la résolution WHA51.31, qui donne un système clair et transparent pour déterminer les allocations du budget ordinaire aux régions. Elle s'inquiète néanmoins de la proposition d'appliquer la formule pour seulement 60 % de l'allocation totale pour les chiffres de planification par pays, les 40 % restants étant alloués comme l'entend le Directeur régional. Si ces fonds discrétionnaires sont suffisamment importants pour permettre un ajustement des allocations des pays, ils doivent être également soumis à un processus de répartition transparent et objectif.

Elle ne soutient pas la proposition d'envisager une allocation minimale pour les pays qui ne recevraient pas de ressources en appliquant le modèle décrit dans la résolution WHA51.31. Si, en appliquant un modèle juste et objectif, un pays ne reçoit pas de fonds, c'est que la conclusion est raisonnable en se basant sur les besoins relatifs. Il n'y a pas besoin d'allocation minimale et, de fait, conformément à ce principe, son pays a abandonné l'intégralité de son allocation.

Notant que la formule mondiale établie par la résolution WHA51.31 sera examinée par le Conseil exécutif lors de sa cent-cinquième session en janvier 2000, elle propose que la décision finale sur le modèle à utiliser dans la Région du Pacifique occidental soit ajournée, jusqu'à ce que les conclusions aient été examinées.

Dato' CHUA Jui Meng (Malaisie) approuve les principes directeurs proposés pour les allocations des pays à l'avenir. Il s'accorde avec les intervenants précédents pour dire que l'allocation discrétionnaire, qui impliquerait des sommes considérables, devrait être également soumise à un processus transparent et objectif. Les besoins spécifiques de chaque pays peuvent être pris en considération et doivent être débattus en profondeur par le Directeur régional et les pays concernés, en fonction de leurs priorités variables. Les allocations contribueront beaucoup à une application efficace des activités prioritaires dans les pays. L'OMS doit également disposer des ressources nécessaires pour réagir aux catastrophes se produisant dans la Région, y compris des flambées épidémiques de maladies.

M. MOOA (Kiribati), notant que l'application de la résolution WHA51.31 a eu pour résultat une diminution importante des allocations budgétaires générales pour la Région en 2000-2001 et qu'il n'y existe pas de méthode facile pour déterminer les allocations des pays, approuve les propositions pour 2002-2003 décrites dans le document WPR/RC50/5.

M. MANUOHALALO (France) souligne l'importance de la transparence dans l'utilisation des fonds et du maintien d'un certain appui pour les PMA. Il soutient la proposition de la Chine demandant une consultation rapprochée entre le Bureau régional et les Etats Membres afin de déterminer les priorités pour les allocations budgétaires destinées aux pays.

Le Dr ALTANKHUYAG (Mongolie) souligne que l'application complète du modèle recommandé par la résolution WHA51.31 pourrait avoir un effet important sur un pays comme le sien ayant une population dispersée et répartie sur une large superficie. Il approuve donc les propositions du Directeur régional, soulignant le besoin de prendre en considération la situation sanitaire spécifique de chaque pays.

M. UEDA (Palaos) approuve la méthode proposée pour déterminer les allocations destinées aux pays. La méthode proposée est celle qui est la moins douloureuse pour répartir des ressources réduites tout en répondant à des besoins croissants.

M. WARAKOHIA (Iles Salomon) a également approuvé les méthodes proposées pour l'allocation budgétaire des pays, notant que divers facteurs devaient être pris en considération en plus de l'indice de développement humain du PNUD.

Le Dr DALALOY (République démocratique populaire lao), soutient à son tour l'application de la formule proposée, compte tenu des considérations exposées dans le document à l'examen.

M. TRING BANG HOP (Viet Nam) adhère lui aussi à la proposition du Directeur régional.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) fait remarquer qu'il existe d'autres ressources dont il faut tenir compte. En mai 1999, par exemple, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé qu'un montant de US \$15 millions de recettes occasionnelles sera réparti entre les régions à l'intention des pays les plus démunis, ce dont la Région du Pacifique occidental profitera. Pour ce qui concerne les ressources extrabudgétaires, la liste des donateurs qui ont coopéré avec la Région figure à l'Annexe 4 du document WPR/RC50/4. A cela il faut ajouter les ressources que les donateurs multilatéraux envoient *directement* aux pays pour leurs programmes sanitaires.

S'il approuve, lui aussi, les propositions du Directeur régional pour les allocations aux pays, il est d'accord avec l'Australie et la Malaisie sur le fait que la décision finale ne doit pas précéder l'examen global de la situation par le Directeur général.

Mme ALATOLO (Tuvalu) soutient également la méthode proposée pour déterminer les crédits alloués aux pays.

En ce qui concerne le déblocage de crédits, suite à des demandes d'avances pour couvrir les frais locaux, elle fait remarquer que, bien que les budgets soient établis en dollars des Etats-Unis; les crédits sont débloqués en monnaie locale. Elle craint que des pertes dues aux taux de change ne réduisent encore davantage un budget déjà limité ; elle demande donc que les fonds soient alloués en dollars des Etats-Unis.

Le Dr TAMARUA (Iles Cook), se référant au commentaire du représentant des Philippines à propos des 52% du budget alloués au Siège, comme indiqué à l'Annexe 2 du document à l'examen, estime que davantage de ressources devraient être allouées aux régions, elles-mêmes plus proches des pays. Il appuie sans réserve les propositions exprimées dans le document et convient, comme les



orateurs précédents, que les procédures devraient être transparentes et orientées vers les pays les plus démunis.

Le DIRECTEUR REGIONAL apprécie le soutien exprimé en faveur de ses propositions. Il fait remarquer que les chiffres n'ont pas été choisis arbitrairement. Différentes combinaisons ont été envisagées, mais on est arrivé à la conclusion qu'une répartition 60%-40% offrait le meilleur équilibre entre les besoins d'objectivité et la satisfaction des besoins réels des pays. Les 60 % seront répartis selon une formule mathématique ne permettant aucun ajustement. La question est de savoir quoi faire des 40 % restants. Le document WPR/RC50/5 présente quatre critères permettant de déterminer comment les allouer.

Tout comme les représentants de la Chine et de l'Australie, il reconnaît que la transparence sera primordiale dans l'application des critères. Les trois premiers sont tout à fait transparents et ouverts, mais le quatrième - les besoins sanitaires spécifiques de chaque pays - pourrait s'avérer plus difficile à quantifier. La majeure partie des 40 % discrétionnaires sera absorbée par les trois premiers critères, ce qui laissera néanmoins quelque US \$1 million pour les ajustements selon le quatrième critère. Le Directeur régional assure le Comité que ces fonds seront décaissés d'une façon aussi transparente et responsable que possible.

En réponse aux questions des représentants de la République de Corée et du Japon, il confirme que les besoins spécifiques des pays seront pris en compte et que ses propositions seront introduites progressivement de sorte qu'aucun pays n'ait à souffrir d'un changement brutal.

Pour répondre à la Chine qui voulait connaître la répartition des allocations budgétaires aux trois niveaux de l'Organisation, il indique que, pour la période biennale suivante, 83 % du budget régional total seront alloués aux activités de pays et interpays et 17 % seulement au Bureau régional. En ce qui concerne l'exercice 2002-2003, l'allocation aux pays sera décidée en octobre par le Directeur général et les Directeurs régionaux. Bien qu'il ne puisse pas donner d'engagement ferme pour le moment, il pense que pour 2002-2003 les niveaux des allocations devraient être analogues à ceux de l'exercice précédent.

Le DIRECTEUR PAR INTERIM, ADMINISTRATION ET FINANCES, répondant au représentant de Tuvalu sur la possibilité de faire des paiements en dollars des Etats-Unis signale que les avances octroyées pour couvrir des dépenses locales sont calculées en monnaie locale. On révisé

régulièrement les éléments utilisés pour de telles allocations de sorte que les pertes éventuelles seront minimales.

Le **PRESIDENT** demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié.

2. **ERADICATION DE LA POLIOMYELITE DANS LA REGION : RAPPORT D'ACTIVITE**  
Point 10 de l'ordre du jour (Document WPR/RC50/6)

Le **DIRECTEUR REGIONAL** dit que le fait qu'il n'y ait eu aucun cas de poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental depuis plus de deux ans est à mettre au crédit de tous les Etats Membres et en particulier de ceux qui étaient encore récemment touchés par la maladie. Le nombre de cas est passé de 6000 par an en 1990 à zéro en 1998.

Il remercie l'**UNICEF** ; les gouvernements de l'Australie, des Etats-Unis d'Amérique, du Japon et de la République de Corée ; l'*Agency for Cooperation in International Health* ; Rotary International ; et les districts rotariens 2640 et 2650 pour leur appui. Il remercie également les Gouvernements du Canada, de la Finlande, de la France, de l'Italie, de la Malaisie et de la Suède, qui ont soutenu l'initiative par le passé.

La qualité de la surveillance a été maintenue au plus haut niveau dans toute la Région. Plus de 12 000 cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ont été notifiés et étudiés depuis la survenue du dernier cas en mars 1997, et pour 85% de ces cas, des échantillons de selles ont été analysés par des laboratoires fiables. Bien qu'on ait recherché des cas de PFA même dans les zones inaccessibles et faiblement peuplées de la Région, pas un seul poliovirus sauvage n'a été décelé. Il est par conséquent convaincu que la transmission du poliovirus sauvage a enfin cessé.

D'ici l'an 2000, aucun nouveau cas de poliomyélite n'aura été diagnostiqué dans la Région pendant trois années consécutives. Sous réserve de l'approbation de la Commission régionale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite après examen de la documentation fournie par chaque pays, la Région peut être déclarée exempte de poliomyélite. Mais les choses ne s'arrêtent pas là, car il faudra continuer à surveiller la PFA jusqu'à la certification mondiale, notamment dans les zones qui jouxtent d'autres Régions de l'OMS. Une vaccination supplémentaire restera nécessaire à une échelle réduite pour les populations qu'on juge tout particulièrement exposées à une éventuelle réintroduction, notamment les personnes qui vivent dans des zones frontalières et certaines populations mobiles.

Les Etats Membres ne doivent pas oublier la nécessité de confiner les stocks de poliovirus sauvage conservés en laboratoire qui seront la seule source de virus après l'éradication.

Il a conclu en appelant l'attention sur les avantages à long terme de l'éradication de la poliomyélite. Dans beaucoup de pays, l'investissement consenti dans les ressources humaines dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite a permis d'élargir la couverture du programme de vaccination et de renforcer les systèmes de surveillance des maladies transmissibles. Ces pays sont aujourd'hui mieux équipés du point de vue technique et gestionnaire pour lutter contre les maladies transmissibles. La poliomyélite est une maladie du XX<sup>e</sup> siècle, mais son éradication laissera un précieux héritage.

Mme EARP (Nouvelle-Zélande) se félicite des efforts et de l'attention que les Etats Membres ont consacrés à l'éradication de la poliomyélite. Il importera de continuer à appuyer les programmes de vaccination et de maintenir la surveillance au plus haut niveau. Elle demande au Directeur régional de donner aux pays des conseils clairs concernant le confinement des stocks de poliovirus sauvage conservés en laboratoire. Son pays est en train de répertorier tous les stocks de laboratoire afin d'en dresser l'inventaire et de s'assurer que tous les isolats sont confinés de manière sûre et efficace.

Le Dr KUN (Nauru) demande au Directeur régional si l'on peut garantir le confinement du poliovirus sauvage dans de bonnes conditions de sécurité et si la poliomyélite pourrait être réintroduite si le virus venait s'échapper.

Le Dr TEMU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) remercie les Gouvernements de l'Australie et du Japon, l'UNICEF, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la Population d'avoir aidé son pays à atteindre les objectifs de ses programmes nationaux et locaux d'éradication de la poliomyélite. Une journée locale de vaccination sera très prochainement organisée sur l'île de Bougainville. Son pays est foncièrement attaché à l'objectif d'éradication de la poliomyélite.

Le Dr ARIF (Malaisie) indique que son pays continue de soutenir l'initiative mondiale de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite et veille à maintenir la qualité de la surveillance de la PFA et du poliovirus au niveau requis pour la certification. La couverture vaccinale par trois doses de vaccin antipoliomyélitique oral dépasse 90% et l'on fera en sorte qu'elle soit supérieure encore pour protéger les populations des effets éventuels de l'importation de poliovirus sauvages en provenance de régions d'endémie. Dans certaines zones, on passe en revue toutes les archives pour détecter

rétrospectivement les cas de PFA dans le but d'évaluer la sensibilité du système de surveillance de la PFA. Il incite vivement les Etats Membres à collaborer avec l'OMS pour dresser l'inventaire des laboratoires qui détiennent le poliovirus sauvage, et à veiller à ce que les laboratoires qui manipulent et conservent le virus prennent les mesures de sécurité qui s'imposent.

Le Dr KOI (Macao) signale que, bien qu'aucun cas de poliomyélite n'ait été découvert à Macao depuis 1975, le Programme élargi de Vaccination s'est poursuivi, administrant gratuitement cinq doses de vaccin oral à tous les habitants de moins de 18 ans. La couverture par trois doses de vaccin anti-poliomyélique oral chez les nourrissons de moins de 12 mois était de 92% en 1998. Une commission pour la certification a été mise en place en 1996 et un programme complet a été élaboré pour répondre aux exigences de l'OMS. La surveillance active de la paralysie flasque aiguë a été mise en place depuis 1997, avec des investigations poussées exigeant deux échantillons de qualité suffisante pour permettre l'analyse virologique. Aucun poliovirus n'a été découvert dans les échantillons de selles analysées au cours des trois dernières années. Un atelier sur l'éradication de la poliomyélite a été organisé en mars 1999. Il est sûr que Macao remplira les conditions de certification pour l'éradication en l'an 2000.

M. MOOA (Kiribati) commente la collaboration entre les Etats Membres, l'UNICEF et l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite en disant qu'il s'agit d'un excellent exemple de partenariat dans le domaine de la santé. Son pays a travaillé en étroite collaboration avec l'UNICEF et un laboratoire de référence en Australie pour le contrôle et la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë, ce qui, avec la vaccination, est une condition préalable à l'éradication de la poliomyélite. La conservation dans les laboratoires, le confinement et éventuellement la destruction sans danger des poliovirus sauvages sont des questions importantes demandant des éclaircissements. Le Directeur régional s'est consacré depuis de nombreuses années à l'éradication de la poliomyélite et, grâce aux collaborations, au financement externe et à l'appui technique, la Région devrait être en bonne position pour pouvoir être officiellement déclarée exempte de la poliomyélite en l'an 2000.

Le Dr TUFA (Etats-Unis d'Amérique) déclare qu'aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été notifié dans les Samoa américaines depuis le début de la surveillance active. La campagne internationale pour éradiquer la poliomyélite d'ici l'an 2000 entre dans sa phase finale. Bien qu'il soit presque certain que l'absence de la poliomyélite sera certifiée dans la Région, une surveillance de grande qualité des activités et des vaccinations supplémentaires par le vaccin oral dans les régions à

haut risque doivent se poursuivre ; même après la certification, la Région doit rester sur le qui-vive jusqu'à ce que l'éradication mondiale ait été obtenue. Il faudra concevoir une stratégie de vaccination après l'éradication et cette stratégie devra établir s'il faut poursuivre la vaccination, qui doit être vacciné, quel vaccin utiliser et pendant combien de temps. Il faut examiner le rôle de la recherche dans l'éradication à long terme. A moins de réussir l'éradication mondiale, la poliomyélite réapparaîtra comme un problème important, comme on l'a vu pour la tuberculose et le paludisme. On a estimé les économies pouvant être réalisées à l'échelle mondiale après l'éradication de la poliomyélite à US\$1,5 milliard par an ; une partie de cette somme pourrait être utilisée pour couvrir d'autres besoins sanitaires et prélever d'autres défis mondiaux. L'éradication de ce fléau est proche. Les pays doivent travailler ensemble pour en faire une réalité que tous partageront.

Le Dr THORNE (Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord) rend hommage au Directeur régional et à son personnel, ainsi qu'aux Etats Membres pour leurs succès dans l'éradication de la poliomyélite. La surveillance des maladies transmissibles dans son ensemble a beaucoup bénéficié de cette entreprise. Elle joint sa voix à celle des autres représentants pour souligner l'importance du maintien de cette surveillance.

Le Dr ROSS (Iles Salomon) déclare qu'aucun cas de poliomyélite n'a été notifié dans son pays au cours des dix dernières années, mais que la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë n'est pas complète à cause des insuffisances du système de notification. Le programme de vaccination continue d'être renforcé par la formation et la mobilisation des communautés afin de mettre à jour les carnets de vaccination des enfants. Bien que la couverture vaccinale annuelle dépasse 85 %, les fonds pour la vaccination s'évanouissent à cause de la récession économique. Il demande au Directeur régional une aide pour l'achat des vaccins. La manipulation et la conservation sans danger des stocks existants de poliovirus sauvage doivent être assurées et il convient de dresser des plans pour la destruction de ces stocks quand l'éradication mondiale aura été certifiée.

Le Dr LEE (République de Corée) déclare que, bien qu'aucun cas de poliomyélite imputable à des virus sauvages n'ait été notifié dans son pays depuis 1983, le système national de surveillance des paralysies flasques aiguës, comprenant plus de 70 hôpitaux, est en cours de renforcement avec l'appui de l'OMS. On a découvert seulement onze cas de paralysie flasque aiguë depuis septembre 1998. Un atelier national doit se tenir fin 1999 et une participation au Congrès annuel de l'Association des

Pédiatres coréens est prévue. L'OMS doit jouer un rôle central dans le confinement des stocks de poliovirus sauvages et dans l'élaboration d'un plan stratégique pour leur destruction.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) déclare attribuer au travail du Directeur régional et de son prédécesseur le fait qu'aucun cas de poliomyélite imputable au poliovirus sauvage n'ait été découvert dans la Région depuis 1997. Son gouvernement considère l'éradication de la poliomyélite comme une priorité de la coopération sanitaire internationale et, à cet égard, il a fourni aux Etats Membres de la Région du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est des vaccins oraux, une assistance au renforcement de la surveillance et au diagnostic dans les laboratoires. L'Institut national des Maladies infectieuses a servi de laboratoire régional de référence et il est l'un des six laboratoires de référence spécialisés. Les systèmes de surveillance gagnent de l'importance au cours de la dernière phase de l'initiative d'éradication de la poliomyélite et le niveau élevé de surveillance de la paralysie flasque aiguë, ainsi que le réseau de soutien des laboratoires de diagnostic, doivent être maintenus ou même améliorés. L'autre tâche a trait à une prise en charge convenable des stocks de poliovirus sauvage, comprenant un inventaire et des plans pour la manipulation et le confinement sans danger. Bien qu'aucun cas de poliomyélite n'ait été observé dans la Région depuis quelque temps, un certain nombre de cas ont été notifiés dans des régions voisines, ce qui indique le besoin de renforcer la surveillance et de procéder à des vaccinations supplémentaires. Son pays continuera d'appuyer l'objectif de l'OMS pour l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Le Dr BOLADUADUA (Fidji), se félicitant des progrès importants réalisés dans l'éradication de la poliomyélite dans la Région, déclare que les îles du Pacifique font le maximum pour maintenir la couverture vaccinale et les activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Elle reconnaît que le soutien reçu de la part de l'UNICEF, des gouvernements de l'Australie, du Japon, de la Malaisie, de la République de Corée, des Etats Unis d'Amérique et d'autres partenaires internationaux comme le Rotary International et les districts 2640 et 2650 du Rotary international au Japon. Il est important de ne pas relâcher l'effort de façon à ce que la certification régionale de l'éradication soit obtenue.

Fidji est en train de dresser un inventaire des laboratoires et de procéder à des examens d'homologation afin de garantir un confinement efficace des stocks de poliovirus sauvage.

M. MANOUHALALO (France) souligne le besoin de poursuivre les activités de surveillance et les campagnes de vaccination dans les régions à haut risque. La Nouvelle-Calédonie n'a eu aucun cas

de poliomyélite depuis 1979. Avec le système de surveillance recommandé par l'OMS, son Gouvernement a notifié deux cas de paralysie flasque aiguë en 1998.

Le Dr SUN Xinhua (Chine) félicite toutes les parties concernées pour les réalisations extraordinaires de l'année passée qui rendent possible l'éradication de la poliomyélite en l'an 2000. Si l'on veut assurer l'éradication, il est important de veiller au respect de la résolution WHA52.22 qui prie instamment les Etats Membres de mettre en place un confinement suffisant des poliovirus sauvages en laboratoire. Son Gouvernement a pris les mesures de confinement dans les laboratoires provinciaux et va dresser un inventaire des laboratoires détenant des stocks de poliovirus sauvage et élaborer un dispositif pour leur destruction. Les autres Etats Membres doivent être incités à en faire autant. De plus, bien que le poliovirus sauvage ait disparu de la Région, sa présence dans des pays voisins doit être prise en compte. Il est nécessaire de renforcer la vigilance et d'établir des contacts plus rapprochés avec les pays dans les régions voisines. Enfin, il est important d'élaborer un plan régional pour maintenir une forte couverture vaccinale et la surveillance après la certification éventuelle de l'éradication.

Le Dr CHAR MENG CHOUR (Cambodge) remercie l'OMS et les pays partenaires d'avoir apporté au Cambodge un appui financier et technique pour l'aider à mener sa campagne de vaccination, grâce à laquelle les cas déclarés de poliomyélite étaient au nombre de zéro en 1998. Une vaccination supplémentaire visant 30% de la population du pays, sera organisée dans les zones à haut risque en novembre et décembre 1999.

Il informe le Comité que, lors d'une récente réunion, le Cambodge et la Thaïlande ont décidé d'adopter un cadre stratégique pour lutter contre les problèmes de santé transfrontières, et que ce cadre comprend notamment la surveillance de la poliomyélite. Il sollicite à ce sujet, l'appui de l'OMS et d'autres partenaires.

Le Dr MAK (Hong Kong, Chine) souhaite s'associer aux éloges faits par d'autres délégations ; la certification régionale de l'éradication sera le fruit des efforts concertés des Etats Membres et des organismes internationaux.

Le Dr PRETRICK (Etats fédérés de Micronésie) indique que son pays est demeuré exempt de poliomyélite. Il déclare que son pays est déterminé à participer à la surveillance de grande qualité et à maintenir une couverture vaccinale élevée.

Le Dr DALALOY (République démocratique populaire lao) déclare que sa délégation apprécie les efforts faits par tous les intéressés pour parvenir à l'éradication. Dans son pays, le dernier cas attribuable au poliovirus sauvage a été signalé en juillet 1996. La surveillance des cas de PFA a été mise en place en 1995 et s'est progressivement améliorée. La plupart des indicateurs de surveillance sont désormais conformes aux normes de l'OMS. Lors d'une réunion, le comité national de certification a réexaminé les cas de PFA à forte suspicion de poliomyélite et aucun cas de poliomyélite n'a été décelé. Des journées nationales de vaccination ont été organisées avec succès entre 1994 et 1998, et des journées locales de vaccination ont également eu lieu en janvier et février 1999 dans les zones où il y avait un risque d'importation de poliovirus sauvages et où la surveillance était faible. Le taux de couverture des enfants de moins de cinq ans atteint 88%. Toutefois, la couverture par la vaccination systématique n'était que de 68% en 1998. La notification des cas de PFA sur lesquels des échantillons de selles ont été prélevés demeure insuffisante. En outre, la géographie du pays pose des problèmes de transport.

D'autres journées locales de vaccination seront organisées en janvier et février 2000 dans les zones où le risque d'importation est élevé.

Le Dr TRINH QUAN HUAN (Viet Nam) fait l'éloge du rapport et exprime l'engagement de son pays en faveur de l'objectif d'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Au cours des cinq dernières années, le Viet Nam a maintenu une couverture vaccinale supérieure à 90% chez les enfants de moins d'un an. Entre 1993 et 1997, le pays a organisé des journées nationales de vaccination, administrant deux doses de vaccin antipoliomyélitique oral à plus de 99% des enfants de moins de cinq ans. Des campagnes de vaccination ponctuelles ont été organisées dans les zones à haut risque en 1997 et 1998 et se poursuivront en 1999, couvrant plus de 60 districts du sud et du centre du Viet Nam. Une action de vaccination supplémentaire a également été menée en 1998, et plus de 99% des enfants de moins de cinq ans ont reçu deux doses de vaccin antipoliomyélitique oral.

En dépit de contraintes budgétaires, le Viet Nam a investi les mêmes sommes qu'auparavant dans les programmes de vaccination et d'éradication et continuera de s'efforcer à développer la production locale de vaccins dans le but de parvenir à l'autosuffisance. Son pays poursuivra ses campagnes de vaccination ponctuelles, de vaccination supplémentaire et ses activités de surveillance de grande qualité de la PFA et du virus. Le comité national de certification de l'éradication de la polio a été créé en décembre 1997 et s'est réuni régulièrement depuis. Le comité a certifié la destruction des



stocks de laboratoire de poliovirus sauvage et a conclu, en août 1999, que le Viet Nam présentait toutes les conditions requises pour être déclaré exempt de poliomyélite en l'an 2000.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie tous les intéressés de leurs commentaires positifs et de leurs suggestions. Il convient qu'on aurait tort de se croire à l'abri du danger : les efforts pour parvenir à l'éradication mondiale comptent plus que jamais. Pour atteindre cet objectif, il sera indispensable de maintenir la couverture par la vaccination systématique, de prendre des mesures pour garantir la qualité de la surveillance, d'élaborer des plans pour les activités de vaccination supplémentaire dans les pays à haut risque et de rester vigilant en cas d'importation de poliovirus sauvages en provenance de régions voisines. Il appelle l'attention sur les efforts déployés par la Commission régionale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental pour renforcer la surveillance afin de s'assurer que le poliovirus sauvage ne circule plus.

Le DIRECTEUR, LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES, dit que, lors d'une réunion tenue en août 1999, la Commission régionale de Certification a souligné l'importance du confinement des stocks de poliovirus sauvage conservés en laboratoire. Les matériels sont actuellement stockés dans un grand nombre de services gouvernementaux, d'universités et d'instituts de recherche. La coordination entre ces institutions sera essentielle pour garantir le confinement. L'OMS a mis au point un plan d'action régional pour le confinement qu'elle est en train de distribuer à tous les Etats Membres. Pour la certification régionale, tous les Etats Membres devront avoir dressé la liste des installations qui conservent des poliovirus sauvages ou des matériels infectieux et avoir établi un plan national clair sur la base des principes directeurs de l'OMS concernant le processus de confinement.

Le PRESIDENT demande aux rapporteurs de préparer un projet de résolution sur la question.

### 3. RAPPORT ANNUEL SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, L'INFECTION A VIH ET LE SIDA : Point 11 de l'ordre du jour (Document WPR/RC50/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le nombre des cas d'infections à VIH et de SIDA notifiés dans la Région continue d'augmenter chaque année. Fin 1998, le total cumulé des cas notifiés était de 94 167 pour les infections à VIH et de 17 596 pour les cas de SIDA. Néanmoins, un nombre important de cas n'ont pas été diagnostiqués ni notifiés. L'OMS estime que, en 1998, 700 000 personnes étaient infectées par le VIH et le total cumulé des cas de SIDA dans la Région dépassait 70 000. La transmission de l'infection à VIH par les rapports sexuels augmente dans la plupart des

pays, bien que certains aient aussi connu des épidémies chez les consommateurs de drogues par injection.

En l'an 2000, on s'attend à ce que le nombre total de personnes infectées par le VIH dans la Région atteigne un million et à ce que le nombre annuel de nouveaux cas de SIDA soit le double de celui de 1998.

Dans certains pays, le nombre d'infections à VIH semble se stabiliser, voire diminuer. Pourtant, si l'on tient compte de la forte incidence et de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) dans la Région, il existe un risque d'accroissement de la transmission du VIH dans de nombreux pays. Il est donc essentiel de continuer à prendre et à renforcer les mesures de prévention destinées à ceux qui sont le plus exposés à ce risque : les travailleurs du sexe et leurs clients.

L'OMS a un programme actif de lutte contre les IST et le VIH/SIDA dans la Région pour relever ce défi. La surveillance épidémiologique des IST et du VIH/SIDA se renforce en collaboration avec les épidémiologistes nationaux. De gros efforts sont orientés sur les travailleurs du sexe et leurs clients : promotion de l'utilisation systématique des préservatifs et appui à certains programmes, comme les cliniques modèles et les programmes périphériques. Le soutien à la prévention et à la lutte contre les IST par le renforcement des services de santé comprend la formation à l'administration des programmes de lutte contre les IST, la promotion de la prise en charge syndromique des cas et le développement des aptitudes au conseil pour les agents de santé. L'OMS poursuit son travail avec les Etats Membres pour améliorer la sécurité des transfusions sanguines et des dérivés du sang. Enfin, elle s'implique de plus en plus dans le soutien aux activités de soins du SIDA.

Au cours des trois dernières années, dans les pays qui pouvaient se le permettre, le recours aux antirétroviraux a réduit de manière importante la morbidité et la mortalité imputables au VIH. Néanmoins, à environ US \$1000 par mois et par patient, le coût reste élevé et le traitement demande une surveillance clinique et biologique étroite. De surcroît, les malades ont souvent des difficultés à respecter les schémas thérapeutiques à cause des nombreux effets secondaires et des contraintes imposées par le traitement. L'apparition de pharmacorésistances donne matière à de vives inquiétudes.

Des progrès ont été accomplis pour diminuer la transmission du VIH de la mère à l'enfant, principalement grâce à l'introduction des schémas thérapeutiques de courte durée qui sont à la fois moins onéreux et plus faciles à administrer. Toutefois, pour être efficaces, ces traitements demandent

toujours des tests poussés et des conseils ainsi que l'achat de substituts du lait maternel pour les enfants nés de mères séropositives.

Il conclut en assurant que l'OMS continuera à axer ses efforts sur les interventions en santé publique, en étroite collaboration avec les Etats Membres, l'ONUSIDA et tous les partenaires impliqués.

Le Dr KOI (Macao) déclare qu'il y a eu à Macao, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 juillet 1999, cinq cas d'infection à VIH, chez des femmes uniquement, et deux cas mortels de SIDA. Le total cumulé des cas d'infection à VIH de 1986 au 15 juillet 1999 est de 198, 136 femmes, 61 hommes et un de sexe inconnu ; 27 d'entre eux étaient des résidents permanents de Macao et 153 des résidents temporaires. Au total, 17 ont développé le SIDA et neuf en sont déjà morts. Il existe un programme stable de lutte contre le SIDA, tandis que l'intensification de l'éducation sanitaire et de la surveillance du VIH se poursuit. L'obligation du test de dépistage pour les travailleurs étrangers dans les établissements de plaisir, instaurée en 1992, est maintenue. L'éducation sanitaire et l'échange d'informations ont été renforcés, tandis que le public a été beaucoup plus sensibilisé à la lutte contre le VIH et le SIDA.

Le Dr ENDO (Japon) attire l'attention sur le fait que, même si dans la Région le nombre de cas d'infection à VIH et de SIDA reste peu élevé, l'extension de l'infection à VIH parmi les usagers de drogues injectables et les personnes vivant dans des régions où la population est très mobile, telles que la région du Mékong, est alarmante. Il faudrait déployer davantage d'efforts pour promouvoir l'adoption de mesures de prévention du VIH/SIDA, notamment la lutte contre les IST, l'expérience ayant montré que ces mesures sont efficaces. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement japonais coopère avec les pays de la Région dans lesquels la prévalence du VIH est élevée en organisant des séminaires et des ateliers en étroite collaboration avec l'OMS et l'ONUSIDA. Le Japon a également contribué financièrement à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST par le biais de l'ONUSIDA.

Le moment est venu d'accorder davantage d'attention à la présence d'orphelins du SIDA dans la Région, bien que cette question concerne plutôt le secteur du développement social et celui de la santé. A cet effet, le Bureau régional devrait renforcer les partenariats avec divers organismes de la Région, notamment des organisations non gouvernementales et le secteur privé.

Le Dr KUN (Nauru) déclare que l'absence d'infection à VIH dans son pays tient à son isolement géographique. Le Centre pour le Programme îles-santé, créé en 1997, gère un programme de

prévention en collaboration avec l'OMS et la Communauté du Pacifique afin de sensibiliser davantage le public aux IST, au VIH et au SIDA. Les autorités sont toutefois préoccupées par la possibilité de transmission de l'infection à partir des îles voisines. Afin de prévenir ce risque le Gouvernement envisage de voter une loi aux termes de laquelle les travailleurs qui arrivent dans l'île et les personnes qui y travaillent depuis plus de trois mois devront prouver qu'ils n'ont pas d'infection à VIH.

Il demande des précisions concernant l'aide financière accordée aux programmes de pays, en particulier par le biais de l'ONUSIDA.

Le Dr MALAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que le VIH/SIDA est un problème qui prend de l'ampleur dans son pays et que son Gouvernement s'est engagé à apporter une réponse multisectorielle globale à l'épidémie. Un Conseil national de lutte contre le SIDA, doté d'un secrétariat et dont les membres viennent des secteurs public et privé, a été mis en place en décembre 1997. Au cours de ses quatre mois et demi d'existence, des ateliers nationaux et régionaux ont été organisés en vue d'assurer une réponse multisectorielle à tous les niveaux politiques et d'identifier ainsi que de traiter les situations à risque. Il prend note du soutien de l'Australie et de tous les organismes coparrainants de l'ONUSIDA, y compris l'OMS. Toutefois, la coordination et la collaboration s'avèrent difficiles, et il demande qu'on lui fournisse des indications claires sur le rôle de l'ONUSIDA et des divers partenaires de l'ONUSIDA.

Le Dr LEE (République de Corée) dit que, outre une loi sur le VIH/SIDA qui a été votée en Corée en 1987, on a prévu des activités promotionnelles et des examens de santé gratuits à l'intention de la population, ainsi qu'un traitement à l'AZT pour les personnes atteintes de l'infection à VIH. En août 1999, un projet spécial a été lancé pour améliorer la surveillance des IST et du VIH dans le pays. En outre, la résistance aux médicaments contre les gonococcies fait l'objet d'une surveillance. Une base de données sur la pharmacorésistance, mise en place en 1998, est désormais disponible sur Internet. Un séminaire international doit être organisé à Séoul, en mars 2000, par le Gouvernement coréen. Celui-ci a maintenant abordé le problème de la sous-notification des cas d'IST. L'intervenant pense, comme l'OMS, que l'incidence et la prévalence élevées doivent être surveillées attentivement, car cela pourrait indiquer qu'il existe des possibilités d'augmentation des niveaux d'infection à VIH. Il propose que l'OMS mène une étude sur les systèmes de soins de santé dans les Etats Membres afin d'apporter la preuve de l'existence d'une sous-notification des cas. Selon la gravité du problème, un

protocole standard devrait être mis au point par l'OMS pour guider chaque Etat Membre dans l'élaboration de données sur la pharmacorésistance.

La séance est levée à 16h55.