

PROCES-VERBAL DE LA SEPTIEME SEANCE

(Mandarin Hall, Shanghai International Convention Centre)

Jeudi 16 septembre 2004 à 14 heures

PRESIDENT : M. Solomi NAIVALU (Fidji)

TABLE DES MATIERES

	page
1. VIH/SIDA .....	188
2. Sécurité transfusionnelle .....	193
3. Lutte antitabac .....	199
4. Tuberculose .....	207
5. Amendements des articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS .....	211

1. VIH/SIDA : Point 13 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC55/7 et WPR/RC55/INF.DOC 2) (suite)

Le Dr CABOTAJE (Philippines) partage l'opinion des orateurs précédents sur le fait qu'il ne faut pas se bercer d'illusions, même si la plupart des pays de la Région enregistrent des taux d'infection par le VIH relativement bas. Les facteurs de risques sont multiples. Elle suggère donc de ne plus utiliser les termes "bas" et "lent". Le risque de propagation de l'infection est bien réel dans les groupes les plus vulnérables mais aussi dans l'ensemble de la population. Aux Philippines, les travailleurs émigrés qui reviennent d'un pays étranger sont une source de danger. Son pays prévoit de compléter ses actions en faveur des populations les plus vulnérables et de renforcer le dépistage et les services de conseil sur les infections sexuellement transmissibles auprès des femmes enceintes et des mères de famille. Elle approuve les actions proposées. Elle suggère toutefois que l'on ajoute "engagement communautaire" au point 7 des mesures proposées.

Le Dr LEE (République de Corée) explique que le nombre de cas dans son pays est encore bas mais augmente rapidement. Elle appuie les actions proposées. Pour réduire la discrimination, son Gouvernement a entrepris de mettre en place un cadre juridique et institutionnel et de faciliter l'accès à des traitements et à des soins complets. Tous les citoyens séropositifs ou atteints du SIDA bénéficient d'un traitement antirétroviral gratuit et de contrôles réguliers de leur statut immunitaire et de leur charge virale. Les résultats des analyses épidémiologiques moléculaires sont une source précieuse d'informations pour les systèmes de surveillance et les stratégies fondées sur les données factuelles. Son Gouvernement encourage l'utilisation des préservatifs parmi les groupes à haut risque mais aussi dans l'ensemble de la population. Il soutient depuis 1993 les activités des organisations non gouvernementales auxquelles participent des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des services de conseil et d'informations sont de plus en plus largement accessibles sur Internet. Elle souhaite pouvoir partager les expériences de son pays avec d'autres Etats Membres.

Le Dr BOUPHA (République démocratique populaire lao) rappelle que son pays est frontalier avec des pays où la prévalence du VIH/SIDA a atteint des taux extrêmement élevés. Selon des informations préliminaires, la maladie se propage rapidement au sein de sa population. Le Ministère de la Santé, en étroite collaboration avec l'OMS, Family Health International, l'Union européenne et d'autres bailleurs de fonds, a réalisé en 2001 un premier cycle de surveillance de deuxième génération recouvrant des enquêtes sur les comportements sexuels, des études de séroprévalence et la surveillance des infections transmises par voie sexuelle. Les résultats ont permis de conclure que le pays présentait une faible prévalence du VIH mais une très forte prévalence des autres infections sexuellement transmissibles. Un second cycle devrait commencer sous peu, grâce à l'aide financière du Japon, par l'intermédiaire de la Banque asiatique de développement.

Le marché des préservatifs et leur utilisation sont en expansion. Toutefois, la population dans son ensemble n'a toujours qu'une connaissance limitée des maladies et de leur mode de transmission. Il convient d'étudier les facteurs comportementaux qui influent sur la propagation de l'infection. A cet effet, une recherche opérationnelle, des ressources supplémentaires, la formation du personnel et l'éducation de la collectivité devront être mises en oeuvre. La tâche qui nous attend est immense et la République démocratique populaire lao espère que l'OMS encouragera les activités de suivi nécessaires et apportera un soutien technique et financier à la lutte contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.

Le Dr KING (Nouvelle-Zélande) explique que le VIH/SIDA est toujours un problème majeur dans les Etats Membres de la Région. Fin juin 2004, dans son pays, 819 cas de SIDA étaient diagnostiqués, soit un taux global de 21,9 pour 100 000 habitants. Le groupe le plus touché (74 % du total) reste la communauté homosexuelle masculine, mais le nombre de cas augmente chez les hétérosexuels.

Une approche promotionnelle de la santé a été mise en place, en étroite collaboration avec la société civile, différents organismes ciblant différents groupes vulnérables. Ainsi, la Fondation de Nouvelle-Zélande pour le SIDA a collaboré avec des homosexuels masculins, le Collectif des prostitué(e)s a orienté ses efforts sur le milieu de la prostitution, l'Association des centres de Planification familiale s'est centrée sur les hétérosexuels des deux sexes et une organisation de soutien aux toxicomanes a centré son action sur ce groupe de population. Un programme de santé publique de longue durée doit être mis en place, centré sur la prévention primaire, la fourniture de préservatifs et la mise à disposition de seringues et d'aiguilles propres aux consommateurs de drogues par injection. Il faut inciter les gens à pratiquer une activité sexuelle plus saine. Prévention, traitements, soins et soutien ne seront efficaces que lorsqu'ils seront accessibles à ceux qui en ont besoin. Dans de nombreux pays, la discrimination décourage les malades de toute démarche pour demander des soins. Tout retard dans l'introduction des programmes de prévention augmente le risque de propagation exponentielle de l'épidémie de VIH/SIDA et, de ce fait, augmente le coût par personne de la prévention et des soins.

Son Gouvernement soutient les sept mesures proposées qu'elle juge judicieuses. Elle se déclare en faveur des traitements fondés sur des données factuelles, des thérapies antirétrovirales, du renforcement des systèmes de surveillance et de la coordination des investissements dans la prévention des maladies. Enfin, elle approuve le développement des réseaux existants de surveillance, le renforcement des moyens d'action et des capacités d'encadrement, dans des domaines qui ont permis de détecter rapidement les événements rendus prévisibles grâce aux études épidémiologiques et d'intervenir dans les meilleurs délais. Depuis 2002, la Nouvelle-Zélande a amélioré sa façon

d'aborder la surveillance du VIH, notamment en exploitant les résultats des analyses de la charge virale. Combinés aux résultats des tests de dépistage, ils peuvent donner une meilleure indication de l'amplitude et de la répartition de l'infection par le VIH.

Son Gouvernement appuie l'initiative "3 millions en 2005" mais considère qu'il faudrait l'aborder sous un angle plus large, en prévoyant notamment des campagnes d'éducation et de prévention ciblées et adaptées aux situations locales et en rendant les médicaments antirétroviraux plus facilement accessibles. De nombreuses personnes croient que les antirétroviraux permettent de guérir du SIDA et qu'ils n'ont donc pas besoin de changer leurs comportements à risque. Seule une campagne d'éducation peut changer cet état d'esprit. Son pays défend le droit de toute femme à décider de sa propre sexualité, approche indispensable si l'on veut venir à bout de l'épidémie. Elle suggère de modifier le point 5 des mesures proposées en ajoutant "et adopter des politiques et des pratiques favorisant les droits de l'homme, l'équité et l'égalité entre les sexes dans l'accès aux services de prévention, aux traitements et aux soins."

Le Dr KUARTEI (Palaos) demande que le programme de prévention intégré, national et régional, accorde une plus grande attention aux pays océaniques. De nombreux cas de VIH/SIDA dans son pays ont été diagnostiqués chez des personnes revenant de pays frontaliers plus développés et dont la maladie n'a pas été détectée lors des contrôles sanitaires d'immigration. Il demande donc que le système régional de surveillance soit développé et que les pays puissent être alertés clairement, dans le respect de la confidentialité. Il demande également à l'OMS d'aider au développement des ressources humaines dédiées à la prévention et au traitement contre le VIH/SIDA. Les stratégies de prévention doivent prendre en compte le système traditionnel d'encadrement des Palaos. Pour finir, il demande que les pères, les frères et les fils soient impliqués dans les activités de prévention du VIH/SIDA et des autres infections sexuellement transmissibles.

Le Dr RADFORD (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que son pays appuie chaleureusement ce document. Les Etats Membres ont dépeint de différentes façons la situation de la Région face au VIH/SIDA. Un cas, fût-il unique, peut avoir un effet dévastateur sur une communauté, comme l'a si bien expliqué le représentant des Iles Salomon. La prévention est la seule solution, puisqu'il n'y a pas de guérison possible. Il est indispensable de sensibiliser l'ensemble de la population et de choisir des interventions fondées sur des données factuelles, ciblant des groupes de population spécifiques. Il est important de reconnaître qu'il existe des comportements à risque et d'identifier les mesures qui permettront d'en diminuer les effets. Réduire l'exposition au VIH a d'autres avantages pour la santé, puisque cela contribue à réduire l'exposition à d'autres virus à transmission hématogène comme les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Elle propose que des précisions soient apportées sur plusieurs points du document. Ainsi, il conviendrait de mentionner la discrimination à l'égard des populations migrantes et mobiles, y compris des touristes. Ces groupes sont particulièrement vulnérables et il faut trouver le moyen de les cibler. Elle partage l'opinion des représentants de la Nouvelle-Zélande et des Philippines sur la nécessité de garantir le respect des droits de l'homme et l'égalité entre hommes et femmes. Elle considère que dans les mesures proposées, il faudrait mentionner l'accès plus facile aux structures de conseil et de dépistage volontaire et le renforcement de la collaboration entre les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est.

Le Dr CUTTER (Singapour) déclare que, dans les efforts déployés pour améliorer l'accès au traitement, il ne faut pas négliger les programmes de prévention, ni en diminuer les ressources. Il adhère à la partie du document qui stipule que tant que l'incidence du VIH n'aura pas diminué de façon significative, on ne pourra pas traiter toutes les personnes qui en ont besoin. Il considère également qu'il faudrait aider certaines communautés à discuter plus ouvertement des risques de VIH/SIDA car cela concerne les populations et pas seulement les gouvernements. Les gens doivent comprendre que chaque individu est vulnérable.

Mme ABEL (Vanuatu) déclare que son pays soutient les mesures proposées. Elle demande un appui technique supplémentaire pour la promotion et la mise en œuvre de l'initiative "3 millions en 2005" car il faudra peut-être modifier le système de santé de son pays devra être pour qu'une mise en œuvre satisfaisante soit possible. Indépendamment des efforts déployés dans les pays pour élaborer des plans stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA, l'aide apportée par l'ONUSIDA, l'OMS et le Secrétariat de la Communauté du Pacifique devrait être mieux coordonnée à l'échelle de la Région. Cette coopération permettrait à des petits pays comme le sien d'appliquer leur plan avec le peu de ressources dont ils disposent.

M. EDWARDS (Iles Marshall) appuie le rapport et déclare que, malgré la faible prévalence de l'infection à VIH dans son pays, bon nombre des mesures recommandées par l'OMS et d'autres partenaires ont été prises pour éviter la propagation du virus à l'ensemble du pays et à d'autres îles. Les Iles Marshall disposent de moyens limités pour assurer traitement et services de conseil, ou offrir des soins curatifs dans les cas d'infections opportunistes. Les activités de surveillance et de dépistage sont rudimentaires mais grâce aux programmes de promotion de la santé, des efforts sont faits pour diffuser à l'ensemble de la population les informations sur le VIH/SIDA et sur d'autres infections sexuellement transmissibles. Malgré des moyens limités, le pays continue de renforcer la surveillance, de collecter des données et de garantir la fourniture et la disponibilité des préservatifs. Des antirétroviraux pourraient être mis à la disposition des personnes vivant avec le VIH/SIDA grâce à

d'autres sources de financement. Il demande au Bureau régional de créer un groupe d'experts qui pourrait être consulté pour donner un avis.

M. NETH (Etats Fédérés de Micronésie) dit que des petits pays océaniques comme le sien peuvent facilement être oubliés dans la distribution de fournitures nécessaires comme les antirétroviraux. C'est donc avec plaisir qu'il a pris note de l'engagement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme de financer la fourniture de ces médicaments aux pays insulaires.

Le Dr SEKI (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) note que le rapport du Directeur régional décrit en détail le projet financé par le Fonds mondial et remercie les Etats Membres de leurs remarques concernant leur collaboration avec le Fonds. Il remercie les gouvernements des pays de la Région, à savoir l'Australie, la Chine, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée et Singapour, pour leur généreuse contribution au Fonds. Les Etats-Unis d'Amérique ont également apporté leur contribution, à la fois par leur aide financière et par l'élan impulsé, tout comme le Canada, la France et le Royaume Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, qui sont eux aussi des pays donateurs de première importance. L'aide de l'OMS au Fonds mondial, tout au long de la procédure d'attribution, a été inestimable, qu'il s'agisse de l'appui technique ou du renforcement des moyens d'action. Le Bureau régional a contribué de façon exemplaire à favoriser la collaboration entre les partenaires techniques pour garantir la meilleure exploitation possible du Fonds mondial.

Eu égard aux projets concernant ces trois maladies dans la Région, 31 programmes ont été approuvés et 22 sont signés. Pour les projets relatifs au VIH/SIDA, 12 programmes ont été acceptés et 8 sont signés. Les projets bénéficiant d'un financement progressent de façon satisfaisante. Les approches choisies sont innovantes et permettent de réels partenariats entre les secteurs public et privé.

Un certain nombre de problèmes subsistent. Pour la Région du Pacifique occidental et l'Asie en général, où persistent des épidémies localisées, empêcher qu'elles ne se généralisent constitue un véritable défi. Le Fonds mondial a distribué des ressources substantielles pour soutenir les efforts des pays. Des offres sont en cours de préparation en prévision du second cycle d'appel d'offres, avec l'aide du Conseil du Fonds dont la prochaine réunion est prévue en novembre 2004. L'assistance technique apportée dans des domaines divers requiert une collaboration plus étroite et une coopération renforcée. Il remarque que des offres d'excellente qualité augmentent le taux de réussite auprès du groupe d'examen technique, ce qui facilite l'acceptation des programmes et le déblocage des fonds. Autre difficulté à surmonter, rationaliser et adapter de façon stratégique les moyens d'achat, de suivi,

d'évaluation et de gestion financière. A cette fin, la coopération avec les partenaires techniques devra être plus étroite mais sa portée sera élargie. Le principal enjeu dans les programmes contre le VIH/SIDA est l'application concrète des trois principes, avec une meilleure coordination entre les différents acteurs. L'harmonisation entre les bailleurs de fonds fait également partie des défis à relever.

Le Fonds mondial reste décidé à œuvrer en étroite collaboration avec les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental.

A l'invitation du Président, le représentant du Conseil international des Infirmières fait une déclaration au Comité.

Le DIRECTEUR REGIONAL, se référant à la demande d'un appui technique émanant de plusieurs Etats Membres, leur promet que des efforts seront faits pour mobiliser des ressources et permettre ainsi l'affectation d'un membre du personnel permanent au bureau de l'OMS à Fidji. Les suggestions des Etats Membres sur une approche exhaustive, à plus long terme, qui permette de traiter des questions telles que la migration, les populations mobiles, les problèmes de sexospécificité, les services de conseil et de dépistage volontaire et la collaboration birégionale, seront prises en considération.

Le CONSEILLER REGIONAL POUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES, Y COMPRIS LE VIH/SIDA, se référant à l'initiative "3 millions en 2005", dit que, en collaboration avec l'ONUSIDA, le projet proposé avec la Banque asiatique de développement et le Ministère de la Santé fera l'objet d'une prochaine étude d'évaluation en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Se référant à la collaboration entre la Région du Pacifique occidental et celle de l'Asie du Sud-Est, il fait remarquer qu'elle est déjà effective depuis plusieurs années dans les domaines de l'épidémiologie et de la promotion du préservatif, dans les mesures de prévention appliquées aux toxicomanes et dans l'échange d'informations.

## 2. SECURITE TRANSFUSIONNELLE : Point 14 de l'ordre du jour (Document WPR/RC55/8)

Le DIRECTEUR REGIONAL explique que le VIH/SIDA place les questions de sécurité transfusionnelle au premier rang des priorités mondiales de santé publique. Toutefois, il existe bon nombre d'autres infections à transmission hématogène, notamment les hépatites B et C ainsi que de nouveaux agents pathogènes qui risquent de représenter une menace pour l'approvisionnement en sang.

La complexité des transfusions sanguines du point de vue éthique, social, juridique, gestionnaire et technique nécessite une stratégie intégrée. Le seul dépistage en laboratoire ne suffit pas.

Premièrement, les gouvernements doivent s'attacher à assurer un approvisionnement sans risque en sang. Il faut confier à un organisme national la responsabilité d'élaborer un programme national de transfusion sanguine. Cet organisme aura l'autorité nécessaire et bénéficiera de l'appui technique et financier dont il a besoin.

Deuxièmement, une réserve de donneurs de sang bénévoles doit être constituée. Ils seront sélectionnés parmi les groupes à faible risque et ils bénéficieront de formations, de conseils et de suivis réguliers.

Troisièmement, le sang provenant de dons doit être considéré comme une ressource nationale, offerte bénévolement par des individus en bonne santé et socialement engagés. Certains dispositifs doivent être mis en place pour que cette ressource rare soit utilisée de façon judicieuse et rationnelle et qu'elle soit accessible à tous les patients qui en ont besoin. Dans la Région du Pacifique occidental, l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les Etats Membres pour élaborer les services nationaux de transfusion sanguine et les intégrer dans les systèmes nationaux de santé. Le programme OMS d'apprentissage à distance sur la sécurité transfusionnelle a été implanté en Chine et dans neuf pays océaniques. Le programme OMS de gestion de la qualité a été introduit à l'occasion d'un atelier et de deux cours de formation régionaux.

L'OMS a étroitement collaboré avec les organismes bailleurs de fonds et les autorités sanitaires nationales pour réorganiser les services de transfusion sanguine dans plusieurs pays en développement de la Région. Les résultats obtenus sont encourageants. La Chine et le Viet Nam par exemple ont augmenté les ressources allouées aux services de transfusion sanguine et les deux pays ont coopéré avec l'OMS pour les réorganiser. Il ne faut pourtant pas relâcher les efforts. La Région se trouve toujours face à des enjeux considérables, qu'il s'agisse de la pénurie de donneurs de sang, de la couverture insuffisante du dépistage sanguin, du contrôle de la qualité quasi inexistant, de l'usage inadapté du sang ou de la désorganisation des services. Parallèlement, les demandes de transfusion de sang ou de produits sanguins ne cessent d'augmenter, tout comme l'attente du public à recevoir un sang "à risque zéro". Il reste donc encore beaucoup à faire.

La sécurité transfusionnelle est un sujet important et le Directeur régional sait que de nombreux Etats Membres devront apporter leur contribution aux efforts déployés.



M. HWANG (République de Corée) suggère que l'on porte à l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional un point sur l'appui apporté à l'instauration de systèmes nationaux de contrôle et d'homologation des services de transfusion sanguine et à la création d'un centre collaborateur de l'OMS régional chargé de fournir des informations sur le recrutement, la sélection et la fidélisation des donneurs de sang et sur le prélèvement sanguin.

La République de Corée a institué des services nationaux de transfusion sanguine il y a plus de 20 ans et la rémunération des dons est interdite depuis 8 ans. Les quantités de sang collecté permettent quasiment de répondre aux besoins. Elle offre son aide aux autres pays qui souhaitent créer des services nationaux de transfusion sanguine.

A la suite d'un incident survenu récemment en République de Corée, au cours duquel une femme ayant un groupe sanguin rare a pu être sauvée grâce à un don de sang compatible de la Croix-Rouge japonaise, les autorités ont pris conscience qu'une coopération internationale plus étroite était indispensable pour réagir efficacement à ce type d'urgence. Il propose donc la création d'un réseau régional qui permettra aux pays d'échanger des informations sur les groupes sanguins rares. Ce réseau ne permettra pas seulement d'améliorer les services de transfusion sanguine dans la Région mais facilitera également la coopération notamment dans les enquêtes sur la fréquence des demandes pour chaque groupe sanguin, la création de registres de groupes sanguins rares ou la constitution de réserves de sang rare.

Le Dr YOSHIDA (Japon) soutient les actions proposées, notamment la création de services nationaux de transfusion sanguine fondés sur le principe du bénévolat et la promotion de l'usage rationnel du sang et des produits sanguins.

Une nouvelle législation sur les programmes de transfusion sanguine a été votée au Japon en juillet 2002. Des directives sur la sécurité des services de transfusion sanguine viennent d'être publiées et la collaboration a été renforcée entre les différents départements du Ministère de la Santé et du Ministère du Travail et du bien-être social, intervenant sous une forme ou sous une autre dans le don de sang ou dans l'usage du sang. L'introduction de ce point dans l'ordre du jour de la cinquante-cinquième session du Comité régional a donné aux Etats Membres l'occasion de promouvoir l'instauration d'un approvisionnement régulier et sans risque de sang en l'inscrivant dans les priorités nationales.

Le Dr HUI (Macao, Chine) approuve les actions soumises à l'examen des Etats Membres. A Macao, les autorités sanitaires garantissent la sécurité transfusionnelle. Une politique de dons bénévoles de sang est en place depuis dix ans et Macao dispose de réserves suffisantes de sang et de produits sanguins qui ont été collectées gratuitement. Le dépistage des dons et le contrôle de la qualité

sont rigoureux. En outre, des campagnes d'éducation de l'opinion publique sont en cours pour améliorer la prise en charge des donneurs et pour les fidéliser. Les autorités ont entrepris de former le personnel des centres de santé au bon usage du sang et des produits sanguins et à cet égard, elle demande à l'OMS d'organiser des formations et des séminaires sur la sécurité transfusionnelle.

Le Dr RAHMAH (Brunéi Darussalam) appuie résolument les efforts de l'OMS pour promouvoir la sécurité transfusionnelle dans la Région et approuve les mesures proposées dans le document actuellement à l'étude. Au Brunéi Darussalam, les services de transfusion sanguine financés par l'Etat sont assurés par l'intermédiaire des banques de sang des hôpitaux. Les dons de sang sont bénévoles et soigneusement dépistés. Le Brunéi Darussalam souhaite participer aux cours de l'OMS sur la gestion de la qualité pour améliorer la gestion de ses services et de la qualité. Compte tenu de l'expérience positive des pays océaniques, l'OMS pourra souhaiter instaurer des réseaux d'animateurs de cours et de participants pour d'autres Etats Membres. Elle accueillera favorablement l'implantation du programme OMS d'apprentissage à distance sur la sécurité transfusionnelle dans son pays et dans d'autres pays de la Région.

Mme WARD (Australie) appuie les efforts de l'OMS pour améliorer la qualité, la sécurité et l'approvisionnement des produits sanguins fabriqués à partir du sang collecté dans le cadre de dons bénévoles et pour promouvoir le bon usage du sang. L'Australie a récemment institué une autorité nationale de transfusion sanguine pour garantir un approvisionnement satisfaisant et sûr de sang. Alors que son pays s'appuie depuis 75 ans sur les dons de sang bénévoles, les méthodes de sélection et de dépistage mises en place récemment ont contribué à réduire le nombre des volontaires. Il est donc crucial de porter attention aux donneurs et de leur assurer une reconnaissance de la communauté pour conserver l'appui du public. Il faut veiller tout particulièrement à éviter les transfusions inutiles si l'on veut réduire les risques pour les patients et empêcher le gaspillage d'une précieuse ressource.

L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont adopté les normes du Conseil de l'Europe pour évaluer leurs programmes de sécurité transfusionnelle. Les deux pays sont convenus de créer une seule autorité de réglementation qui sera chargée de veiller à ce que la fabrication des produits sanguins soit couverte par une licence.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) fait remarquer que les problèmes exposés dans le document considéré reflètent parfaitement la situation de son pays. Il soutient les mesures proposées et demande à l'OMS d'accorder une attention particulière à la sécurité transfusionnelle dans son pays, essentiellement dans l'optique de l'augmentation des cas de VIH/SIDA.

Dans son pays, les transfusions sont essentiellement pratiquées dans les cas d'urgences obstétriques, où elles peuvent sauver des vies. Les Iles Salomon attendent de l'OMS qu'elle les aide à améliorer les services nationaux de transfusion sanguine.

Le Dr TENG (Malaisie) soutient les efforts de l'OMS pour améliorer les services nationaux de transfusion sanguine sur la base de dons bénévoles, la gestion saine de la qualité et l'usage rationnel du sang et des produits dérivés. La promotion des dons et la prise en charge des donneurs sont essentielles pour la bonne marche de ces services. En Malaisie, la meilleure source de recrutement se situe dans les instituts d'études supérieures. Il reste toutefois beaucoup à faire pour fidéliser les nouvelles recrues.

Un centre national de transfusion sanguine a récemment été créé avec l'appui de la Banque mondiale. Ce centre a grandement contribué à améliorer le service national de transfusion sanguine, en particulier grâce à une meilleure gestion de la qualité et au bon usage du sang et des produits dérivés.

La Malaisie approuve les mesures proposées et demande que l'on accorde une attention particulière à la formation du personnel sanitaire, en vue de garantir la pérennité et la qualité des services de transfusion sanguine.

Mme ELVANDER (Etats-Unis d'Amérique) fait remarquer que l'approvisionnement de sang est important pour la santé dans le monde, compte tenu de l'augmentation des maladies à transmission hémotogène comme le VIH/SIDA. Il est important également d'obtenir un engagement politique et social aux plus hauts niveaux pour instaurer des services nationaux de transfusion sanguine sur le principe des dons bénévoles. Par ailleurs, il convient de mobiliser un volume suffisant de ressources financières et humaines pour assurer un système sûr et efficace. A cet égard, elle suggère que les Etats Membres puissent rechercher de l'aide auprès d'organismes bénévoles et de sociétés du secteur privé.

Les Etats-Unis d'Amérique approuvent l'instauration de systèmes nationaux de contrôle de la qualité et rappellent qu'une combinaison de réglementations des secteurs public et privé peut efficacement garantir un approvisionnement sûr et suffisant de sang. Il importe de former les médecins pour éviter le gaspillage du sang et des produits sanguins. Son pays a eu le plaisir de pouvoir apporter son appui technique sur des problèmes liés à la sécurité transfusionnelle dans la Région, au travers de son programme mondial sur le SIDA.

Mme ARTHUR (France) indique que la sécurité transfusionnelle a toujours été un souci majeur des responsables de la santé publique dans les pays français du Pacifique, dans le cadre des dons

bénévoles organisés par les pouvoirs publics. Les centres de transfusion sanguine de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie Française répondent à l'ensemble des critères de qualité et respectent strictement les procédures édictées par le Ministère français de la Santé en matière de transfusion sanguine.

La délégation française soutient les mesures proposées par l'OMS, qui répondent parfaitement à la situation des pays de la Région. Elles nécessitent cependant la réalisation de programmes de communication à destination des donneurs comme des prescripteurs pour faciliter une bonne utilisation des produits. Elle suppose aussi la mobilisation de ressources importantes et, pour les pays à faibles revenus, la recherche de partenariats avec des pays plus riches. Il est possible que les services de transfusion sanguine de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie Française participent à la sécurité transfusionnelle de la Région en déléguant des techniciens pour aider à structurer ces services dans d'autres Etats Membres.

Le Dr YI (Chine) déclare que la Chine s'attache à améliorer les critères de sécurité transfusionnelle. Une loi réglementant le don du sang a été votée en 1998 et la totalité des dons de sang est soumise aux contrôles de dépistage. Sur le total du sang collecté, les dons bénévoles représentaient 22 % en 1998 et ce chiffre est passé à 85 % en 2003. Une aide supplémentaire est nécessaire pour l'instauration d'un programme d'évaluation externe de la qualité. Planification institutionnelle, formation à la gestion de la qualité et accréditation nationale des centres de prélèvement sanguin ont été mis en place en 2001, avec l'appui de l'OMS. La Chine a besoin d'une aide pour actualiser les techniques de dépistage et de contrôle du sang et pour élaborer des directives sur le bon usage du sang et des produits dérivés dans les régions les plus reculées. Elle demande à l'OMS de faciliter l'échange d'informations au sein de la Région sur la formulation de politiques nationales en matière de sécurité transfusionnelle et d'assurer le suivi de l'aide apportée au programme d'évaluation externe de la qualité lancé par le Siège de l'OMS en 2002.

Le DIRECTEUR REGIONAL, revenant sur la nécessité d'un registre des groupes sanguins rares, explique qu'il n'existe aucun centre collaborateur de l'OMS affecté à cette tâche. Il promet que cette question sera examinée.

Le DIRECTEUR, DEVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE, rappelle que promouvoir la gestion de la qualité dans les services régionaux et nationaux de transfusion sanguine a bien été au centre du programme de transfusion sanguine. Depuis deux ans déjà, des ateliers régionaux de formation à la gestion de la qualité ont été organisés et un troisième est prévu. Il apprécie l'aide technique et financière apportée par Singapour et la mise à disposition de services d'experts par l'Australie, Hong Kong (Chine) et la Malaisie. Il promet à la représentante du

Brunéi Darussalam que son pays sera invité à l'atelier de formation et qu'il envisagera la possibilité de mettre le programme d'apprentissage à distance sur la sécurité transfusionnelle à la disposition du Brunéi Darussalam. Le premier cours d'apprentissage à distance a été transmis à huit pays océaniques, par l'intermédiaire du Réseau sanitaire d'apprentissage à distance. Un second cours est prévu. Un programme sous-régional interpays d'évaluation externe de la qualité dans le cadre des services de transfusion sanguine a été mis en place pour les pays océaniques. Il invite la Chine et le Viet Nam à mettre en place leur programme national d'évaluation externe de la qualité et il promet à la représentante de la Chine que l'OMS apportera l'appui technique nécessaire.

Le Dr TANGI (Tonga) pense que, sur le thème de la sécurité transfusionnelle qui a fait l'objet des débats, le moment est peut-être bien choisi pour que les membres du Comité se soucient d'améliorer la circulation de leur propre sang. Il dirige alors quelques exercices simples de Tai Chi.

### 3. LUTTE ANTITABAC : Point 16 de l'ordre du jour (Document WPR/RC55/10)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que les ravages causés par l'épidémie de tabagisme – la première cause évitable dans le monde de décès prématurés et d'incapacités – sont malheureusement trop familiers. Le tabac est à l'origine de 3000 décès par jour dans la Région et de près de 5 millions de décès chaque année dans le monde et ce chiffre aura doublé en 2030 si rien n'est fait d'ici là.

L'année passée, le Comité régional a encouragé les Etats Membres à signer et à ratifier dès que possible la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac et à en intégrer les dispositions dans les efforts nationaux de lutte antitabac. Aujourd'hui, la Région se trouve vivre un moment extraordinaire dans l'histoire de la santé publique. Grâce aux Etats Membres qui ont entendu le message et ont répondu à l'appel, la Convention est sur le point de devenir une loi internationale et la riposte à l'épidémie mondiale de tabagisme en sera changée à tout jamais.

Le Pacifique occidental est la seule Région de l'OMS dont l'ensemble des Etats Membres ont signé la Convention. La Région arrive également en tête dans la course à la ratification : 10 Etats Membres du Pacifique occidental ont ratifié la Convention, ce qui représente 34 % des 29 pays qui l'ont ratifiée.

L'année passée, la force du processus même de la Convention a aussi contribué à faire progresser la lutte antitabac : de nombreux pays ont renforcé les contrôles sur la publicité et la promotion du tabac, instauré des politiques interdisant de fumer, amélioré les avertissements sur les dangers du tabac pour la santé et augmenté les prix des produits du tabac.

Et ce n'est qu'un début. La Convention n'est que le fondement ; une tâche difficile nous attend maintenant.

Pour notre Région, les prochaines étapes sont présentées dans le plan d'action régional 2005-2009 de l'Initiative Pour un monde sans tabac. Ce plan d'action s'appuie sur des plans précédents et prévoit un programme ambitieux de lutte antitabac qui va bien au-delà de la Convention. Aujourd'hui, nous soumettons ce plan à la cinquante-cinquième session du Comité régional qui en débatera en vue de son adoption. Il promet au Comité que l'OMS apportera aux Etats Membres tout l'appui dont ils auront besoin pour appliquer la Convention et le plan d'action régional.

Le Dr FUKUDA (Japon) félicite le Bureau régional de l'OMS pour les progrès accomplis dans la lutte antitabac. Le Japon a signé la Convention-cadre pour la lutte antitabac en mars 2004 et l'a ratifiée en juin 2004. Dès son entrée en vigueur, le Japon sera prêt à coordonner l'action de tous les Ministères concernés par la lutte antitabac. Le Japon n'approuve pas le nouveau dispositif de financement spécifique. Il prie instamment l'OMS de poursuivre ses efforts pour favoriser la compréhension des principes sous-jacents à la Convention, pour en permettre l'entrée en vigueur.

Le Dr SHAPIE (Malaisie) félicite les Etats Membres qui ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Malaisie arrive au terme de sa procédure interne de ratification. La réussite de la lutte antitabac est un facteur clé qui permettra d'atteindre les objectifs de santé publique. Il soutient le plan d'action régional dans le cadre de l'initiative Pour un monde sans tabac, 2005-2009. Le Ministère de la Santé a pris des mesures pour renforcer la capacité du pays à mettre en œuvre une stratégie exhaustive de lutte antitabac, en association avec d'autres organismes d'Etat, des universités, des organisations non gouvernementales et le secteur privé. Pour en assurer la pérennité, un Secrétariat national de la Convention a été constitué au sein du Ministère de la Santé. En août 2004, la Malaisie a accueilli la première consultation sur l'impact de la zone de libre échange de l'ANASE sur le commerce du tabac et le bien-être des populations de cette région. Des fonctionnaires représentant la santé publique, le commerce, les secteurs fiscaux et financiers dans 10 pays membres de l'ANASE y ont participé. Il assure que le bien-être public sera prioritaire sur les bénéfices tirés du commerce du tabac en Malaisie.

Le Dr RAHMAH (Brunei Darussalam) soutient le plan d'action régional dans le cadre de l'initiative pour un monde sans tabac, 2005-2009. Elle affirme l'engagement politique résolu de son pays en faveur de la lutte antitabac, pour protéger le bien-être de la population. Le Brunei Darussalam a ratifié la Convention en juin 2004. Une règle religieuse ("fatwa") interdisant le tabac aux musulmans ("haram") a été publiée en juillet 2004 par le Mufti de l'Etat. Cette décision a constitué un prodigieux pas en avant dans la lutte antitabac, le pays comptant 80 % de musulmans. Le comité interministériel chargé de faire appliquer l'interdiction de la consommation de tabac a été créé en janvier 2004. Il est présidé par le Secrétaire permanent du Cabinet du Premier Ministre. Pour coordonner la coopération entre les différents secteurs, le gouvernement a entrepris d'élaborer une politique et une législation

nationales, dans l'esprit de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Des mesures de taxation et des programmes de sevrage tabagique sont à l'étude. Pour résoudre les problèmes soulevés par l'application des dispositions de la Convention aux échelons national et régional, l'aide de l'OMS sera nécessaire, particulièrement lorsqu'il s'agira de campagnes de sensibilisation, de renforcement des moyens d'action, de pérennité des programmes de lutte antitabac et de contrôles frontaliers.

Mme HALBERT (Australie) soutient le projet de budget et le plan d'action régional en faveur de l'initiative pour un monde sans tabac, 2005-2009. Elle reconnaît les enjeux soulevés par le nombre élevé de fumeurs masculins et l'augmentation du nombre de femmes qui fument en Australie. Elle convient qu'il est important de prendre des mesures pour inciter les générations futures à ne pas fumer et de protéger les enfants du tabagisme passif. Elle félicite tous les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental qui ont signé la Convention et déclare qu'elle espère participer à la conférence des parties. L'Australie fait partie des 10 Etats Membres qui ont ratifié la Convention et est pleinement engagée dans la lutte antitabac. Une nouvelle stratégie nationale de lutte antitabac est en cours d'élaboration. Un ensemble de directives cliniques applicables au sevrage tabagique a été élaboré et distribué, en coopération avec la "Division des médecins généralistes".

Elle accueille favorablement les occasions offertes de collaborer avec d'autres Etats Membres à l'élaboration d'initiatives en faveur du renforcement des capacités régionales. La création d'un site interactif de formation et la préparation d'un CD-ROM font partie des projets à l'étude tout comme l'organisation d'une réunion avec des représentants de la Région et des personnalités en vue pour promouvoir la lutte antitabac auprès des populations autochtones. Pour persuader les gens d'arrêter de fumer, le gouvernement a exigé que l'on appose sur les paquets de cigarettes des avertissements sur les dangers du tabac et a ordonné la suppression des taxes sur les ventes des produits thérapeutiques de substitution de la nicotine. Elle fait remarquer que la réunion du groupe de travail intergouvernemental sur la Convention, prévue à Genève en janvier 2005, offrira une bonne occasion de discuter d'initiatives régionales.

Le Dr LI (Chine) déclare appuyer le projet de plan d'action régional en faveur de l'initiative pour un monde sans tabac, 2005-2009. Le fait que tous les Etats Membres de la Région aient signé la Convention-cadre sur la lutte antitabac et que 10 Etats Membres l'aient déjà ratifiée montre les progrès considérables réalisés par la Région dans la lutte antitabac et constitue un fondement solide pour les actions futures. La Chine s'est engagée dans la lutte antitabac et a instauré un certain nombre de mesures pratiques, notamment la création d'un organisme de coordination intersectorielle, la préparation de la ratification de la Convention, l'action à mener pour que les Jeux olympiques de 2008 soient sans tabac et enfin la réforme des réglementations et législations concernées, dans l'esprit des objectifs de lutte antitabac. Une taxe a été imposée aux fermiers cultivant le tabac. Puis, la fabrication

des produits du tabac a été strictement réglementée. Le nombre des fabricants est passé de 184 à 84 et l'Etat décourage l'implantation de nouvelles entreprises. Toutefois, un tiers de la production et de la consommation des produits du tabac se situe en Chine. La lutte antitabac ne sera pas facile et devra évoluer graduellement. Il exprime son appréciation pour l'aide reçue de l'OMS et des Etats Membres dans ce domaine et espère qu'elle se poursuivra.

M. KIRIBATA (Kiribati) approuve le plan d'action régional. Kiribati compte un nombre élevé de fumeurs et le taux des jeunes fumeurs est en expansion. Cette habitude remonte à une centaine d'années, lorsque les commerçants européens ont importé du tabac dans leur pays et que la consommation de tabac est devenue un motif de rassemblements et de rituels traditionnels. La Convention, signée par Kiribati en avril 2004 constitue une étape importante dans l'histoire de la lutte antitabac nationale et mondiale et servira de guide aux pays dans l'application des mesures antitabac. Actuellement, Kiribati rédige une législation visant à appuyer l'application de la Convention, étape nécessaire avant sa ratification. Le premier projet a été approuvé et sera soumis au Parlement en novembre 2004.

Mme LEE (République de Corée) approuve le projet de plan d'action régional qui, selon elle, permettra de réduire de manière significative la consommation de tabac dans la Région. La République de Corée a déjà augmenté à sept reprises le prix des cigarettes depuis 1994, mais par petits paliers. Il est prévu d'imposer d'autres augmentations plus conséquentes en 2004 et 2005, qui représenteront une hausse globale de 55 %. Si ce plan a soulevé au début une forte résistance politique sur des critères d'économie et d'électorat, il emporte désormais une adhésion de plus en plus large. Les revenus fiscaux supplémentaires qui seront dégagés alimenteront le fonds de promotion de la santé, un fonds national destiné à la promotion de la santé publique et à offrir aux familles à faibles revenus un meilleur accès aux soins. L'expérience a montré qu'il faut une forte volonté politique et une étroite collaboration entre les différents organes de l'Etat pour soutenir dans la durée les efforts de lutte antitabac. La République de Corée espère ratifier la Convention au cours de l'année 2005.

Le Dr TSANG (Hong Kong, Chine) déclare que la Convention est une avancée majeure. En tant que signataire de la Convention, Hong Kong s'est fortement impliquée dans la lutte antitabac et a déjà réussi à faire baisser le taux de tabagisme de 23 % en 1982 à 14 % en 2003. Il réaffirme sa volonté d'instaurer des mesures strictes antitabac, en s'appuyant sur les dispositions de la Convention. Il s'agira entre autres d'imposer de lourdes taxes sur les produits du tabac et d'interdire la publicité pour le tabac, la consommation de tabac dans les lieux publics et la vente de produits du tabac dans des distributeurs automatiques.



Le Dr TANGUI (Tonga) déclare que les Tonga, qui ont toujours fermement soutenu les initiatives de lutte contre le tabagisme, approuvent le projet de plan d'action régional. Son pays a signé la Convention et espère procéder à sa ratification dans le courant du mois prochain. L'approche choisie par les Tonga consiste à intégrer les mesures de lutte antitabac aux activités de lutte contre les maladies non transmissibles. Le comité national consultatif sur les maladies non transmissibles est constitué de quatre comités, chacun traitant respectivement les questions d'alimentation, d'activités physiques, de tabagisme et d'alcoolisme. Il espère tirer parti des leçons apprises lors de sa visite à VicHealth, à Melbourne, Australie et dégager des fonds grâce à l'augmentation prévue des taxes sur les produits du tabac pour encourager les membres de ces comités, qui sont pour la plupart des bénévoles d'organisations non gouvernementales oeuvrant dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs connexes.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) se déclare fermement en faveur du projet de plan d'action régional. L'instrument de ratification de la Convention-cadre a été transmis pour approbation au Cabinet de la Présidente des Philippines et au Comité des Relations étrangères. Le comité interinstitutions assurera le suivi de la procédure de ratification. Avec l'appui technique de l'OMS, une nouvelle loi sur le tabac a été votée en 2003. D'autres initiatives sont en cours comme les écoles "sans tabac", la participation à la campagne menée pour que les Jeux de l'Asie du Sud-Est de 2005 soient "sans tabac" et les efforts pour combler la pénurie de traitements de substitution à la nicotine en vue d'aider ceux qui veulent arrêter de fumer.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que le Viet Nam a signé la Convention en septembre 2003. Il vient de soumettre l'instrument de ratification au Cabinet du Président pour approbation et espère compter parmi les 40 premiers pays qui ratifieront la Convention. Son pays a également réussi à imposer une politique "sans tabac" lors des vingt-deuxième Jeux de l'Asie du Sud-Est et des deuxièmes "Para Games" de l'ANASE qu'il a accueillis en décembre 2003. Deux projets à grande échelle sont en cours sur la prévention du tabagisme passif. Le Viet Nam approuve le projet de plan d'action régional et collaborera étroitement avec l'OMS et d'autres partenaires pour en assurer l'application.

Le Dr SELUKA (Tuvalu) rend hommage aux Etats Membres qui ont permis la signature de la Convention dans l'ensemble de la Région. Tuvalu continuera d'élaborer des politiques et des législations adaptées par l'intermédiaire d'un groupe de travail national constitué de divers partenaires d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. Les communautés de Tuvalu ont exprimé leur volonté d'appliquer la Convention, ayant reconnu ses bienfaits à long terme pour la santé, en particulier pour les générations futures. Il soutient le projet de plan d'action régional.

Le Dr BINGWOR (Fidji) remercie le Directeur régional pour sa présentation enrichissante et approuve le projet de plan d'action régional. Sur les cinq objectifs du plan, Fidji a atteint le premier et est en mesure d'atteindre le deuxième. Deux postes ont été affectés aux activités de lutte antitabac et de mise en oeuvre. Ils appuieront leur travail sur la législation nationale et sur la Convention. Un budget spécifique a été alloué à la lutte antitabac. Le plan d'action et les politiques nationales antitabac sont en cours d'amendement. Les objectifs 3 à 5 restent toutefois difficiles à atteindre et pour y parvenir, une collaboration régionale sera nécessaire. Elle se déclare satisfaite de l'atelier organisé, avec l'appui de l'OMS, pour aider les pays insulaires dans la procédure de signature et de ratification de la Convention et a appris avec plaisir que tous les pays de la Région l'ont signée. Fidji a réussi à obtenir que les Jeux du Pacifique Sud de 2003 soient sans tabac et a saisi l'occasion offerte par ces Jeux pour mener des campagnes en faveur de la santé sur la lutte antitabac et pour sensibiliser l'opinion publique sur le VIH/SIDA et sur d'autres infections sexuellement transmissibles. Une recherche a été réalisée récemment sur la charge de morbidité liée à la consommation de tabac à Fidji, en partenariat avec l'OMS et le Secrétariat de la Communauté du Pacifique ; les conclusions seront rendues publiques à la fin de l'année. Elle remercie l'OMS de proposer Fidji comme lauréat du Prix de la Journée mondiale sans tabac 2004, car cela incitera son pays à poursuivre ses efforts de lutte antitabac.

Mme ARTHUR (France) rappelle que la France est résolument engagée dans la lutte antitabac depuis la Loi de 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Elle a signé la Convention en juin 2003 et doit la ratifier prochainement. La France se félicite des progrès enregistrés par les Etats Membres de la Région en matière de ratification et d'application de la Convention et approuve la volonté de l'OMS d'appuyer la lutte antitabac sur une base financière saine pour en garantir la pérennité à long terme.

Chaque année, la consommation de tabac cause 11 % des décès dans la population de la Nouvelle-Calédonie. Parmi les mesures prises pour réduire ce fléau, une réglementation interdisant de fumer dans les établissements d'enseignement a été votée. D'autres mesures suivront, visant à interdire la publicité en faveur du tabac, à augmenter significativement les taxes sur les produits du tabac, à aider les fumeurs à s'arrêter de fumer et enfin à mettre en place des campagnes d'information. Les programmes proposés sont en parfaite harmonie avec les activités prévues dans le projet de plan d'action régional.

M. EDWARDS (Iles Marshall) approuvant le projet de plan d'action régional, explique que les Iles Marshall ont signé la Convention en 2003 et qu'une résolution a été présentée au Parlement en vue de sa ratification. La loi interdisant de fumer dans les lieux publics a été votée en 1986 et celle interdisant la vente de tabac aux mineurs a été amendée en 1993 pour faire obligation de soumettre

annuellement au Ministère de la Santé des rapports de conformité et de contrôle. Malgré ces efforts, la consommation de tabac reste un problème majeur et un nombre croissant de femmes et d'écoliers commencent à fumer sous la pression de leur entourage, parce que les produits du tabac sont facilement disponibles et qu'ils en méconnaissent les méfaits. De plus, les taux de morbidité et de mortalité liés à la consommation du tabac continuent de monter, particulièrement parmi les personnes âgées et les groupes les plus défavorisés. Le Ministère de la Santé collabore avec le Ministère de l'Education pour intégrer dans les programmes scolaires des campagnes d'information sur le tabac. Il demande à l'OMS de créer dans le Pacifique un centre d'échange d'informations sur la lutte antitabac, comme celui qui existe à Penang, Malaisie.

Le Dr KUARTEI (Palaos) exprime son soutien au projet de plan d'action régional. Il prie instamment l'OMS d'accorder une plus grande attention à la recherche sur la chique du tabac qui, avec la mastication de la noix de bétel, représente le principal moyen de consommation du tabac aux Palaos. Il rejoint le représentant des Tonga dans sa demande pour que les activités de lutte antitabac soient intégrées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment le cancer, la santé bucco-dentaire et la santé maternelle et infantile.

Le Dr POIMATAGI (Nioué) rend hommage aux Etats Membres de la Région qui ont signé et ratifié la Convention. Nioué l'a signée en juin 2004 et envisage de la ratifier en temps voulu. Une étude a été réalisée en deux étapes sur la consommation du tabac à Nioué, avec l'appui de l'OMS. La seconde étape, en octobre 2003, a débouché sur l'élaboration d'une politique antitabac. L'adoption de cette politique par le gouvernement et l'élaboration de la législation appropriée ont malheureusement été retardées par les conséquences du cyclone Heta. Il approuve le projet de plan d'action régional.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) explique que la Convention constitue un modèle qui offre au monde les normes minimales de bonnes pratiques en matière de lutte antitabac. Assurer sa ratification et son entrée en vigueur est le premier pas décisif que les Etats Membres doivent franchir. La Nouvelle-Zélande a signé la Convention en juin 2003 et a procédé à sa ratification en janvier 2004. Elle se consacre actuellement à la révision de sa réglementation pour la rendre conforme aux dispositions de la Convention sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac. Il soutient le projet de plan d'action régional qui apportera une aide cruciale aux Etats Membres lorsqu'il s'agira d'appliquer concrètement la Convention à l'échelon des pays et de la Région.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) fait remarquer que le Secrétaire des Services de santé et de solidarité humaine de son pays a signé la Convention en mai 2004, au nom des Etats-Unis d'Amérique parce qu'elle offrait un cadre d'action rigoureux pour la lutte antitabac. Les Etats-Unis

d'Amérique restent attachés à une collaboration avec des partenaires sur la prévention antitabac. Leur participation avec 164 autres pays à l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac en est un exemple.

Tout en adhérant au plan d'action régional, la représentante des Etats-Unis d'Amérique propose deux modifications au texte afin de protéger le droit souverain des pays en matière de ratification.

Au paragraphe 1er de l'introduction du plan d'action régional 2005-2009 (p. 8 de la version française), remplacer "veillant à la ratification, dans les délais voulus..." par "obtenant la ratification, dans les délais voulus...".

Reformuler l'objectif 1 (p. 11 de la version française) comme suit : "D'ici à 2009, obtenir la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans tous les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental".

M. SAMO (Etats Fédérés de Micronésie) exprime le soutien de son pays au plan d'action régional. La Micronésie a signé la Convention et prévoit de la ratifier. Le Gouvernement est bien conscient de la charge que représente le tabac et la preuve de ses effets nocifs n'est plus à faire. Bien qu'il n'en produise pas, son pays consomme du tabac, à fumer ou à chiquer. Tout comme le représentant des Palaos, il demande que des recherches soient effectuées sur les effets du tabac à chiquer.

Le Dr TANGI (Tonga) demande à la représentante des Etats-Unis d'Amérique de bien vouloir répéter ses propositions de modification du texte. A l'issue d'une brève discussion au cours de laquelle intervient le Directeur régional, il est convenu qu'étant donné que le document est produit par et pour la Région du Pacifique occidental, l'insertion de l'expression "Région du Pacifique occidental" est inutile. L'objectif 1 se lit donc comme suit : "D'ici à 2009, obtenir la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans tous les Etats Membres".

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie les Etats Membres de leur engagement dans la lutte antitabac ; il évoque la manière dont les pays insulaires du Pacifique ont su unir leurs forces au cours des négociations. Parmi les exemples de pays de la Région ayant joué un rôle moteur figurent la Malaisie, qui a conduit les discussions sur le tabac et le commerce et la Nouvelle-Zélande, devenue l'un des rares pays « sans tabac » dans le monde ; il est très fier de ces réussites et de celles d'autres Etats Membres de la Région.

Le COORDONATEUR, INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC, répond aux questions des Tonga, de Samoa et de Fidji sur les fondations pour la promotion de la santé. Il fait observer qu'une lutte antitabac efficace doit être intégrée à d'autres programmes de santé et jouir

d'une autonomie financière. Cette dernière peut être assurée dans le cadre des budgets ordinaires ou au travers de fondations pour la promotion de la santé, grâce à une hausse des taxes. Ce type de fondation, financé par les taxes prélevées sur les produits du tabac, peut aussi être utilisé pour financer d'autres mesures de santé publique.

Le concours financier des Centres de lutte contre les maladies (Etats-Unis d'Amérique), du Japon et de la Nouvelle-Zélande a été fortement apprécié. Il remercie la Chine, Fidji, les Philippines et le Viet Nam pour leur action en faveur des sports sans tabac, une activité qui a modifié la manière de percevoir le tabac et en a dégradé l'image sociale. En réponse à la demande des Iles Marshall concernant la création d'un centre d'échange d'informations, un système d'information mondial sur la lutte antitabac doit être placé en ligne prochainement et une tentative sera faite pour établir un dispositif s'adressant spécialement aux pays océaniques. En réponse aux Palaos, il fait valoir que le plan d'action régional prévoit notamment des recherches sur le tabac à chiquer et qu'elles seront menées à bien.

#### 4. TUBERCULOSE : Point 18 de l'ordre du jour (Document WPR/RC55/12)

Le DIRECTEUR REGIONAL explique que, lorsqu'il a pris ses fonctions de Directeur régional en 1999, il a procédé à de larges consultations avec les ministres de tous les pays de la Région du Pacifique occidental. Quasiment tous sans exception ont demandé à l'OMS de faire de la tuberculose une priorité, compte tenu des ravages qu'elle provoque dans la Région. Le Comité régional a confirmé ce sentiment d'urgence lorsqu'en 1999, il a déclaré "critique" la situation de la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental. Immédiatement, il a fait de l'initiative Halte à la tuberculose un "projet spécial" du Bureau régional et a engagé des ressources humaines et financières pour soulager la Région de l'écrasant fardeau de cette maladie. Au cours des cinq années écoulées depuis la déclaration du Comité régional, la Région a progressé à grands pas vers la réalisation de ses objectifs, à savoir une couverture de 100 % du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), un taux de dépistage de 70 % des cas et un taux de guérison de 85 %, avant fin 2005. En réalité, le Pacifique occidental a été la première Région de l'OMS à atteindre un taux de guérison de 85 % et, compte tenu de la couverture actuelle du DOTS, d'environ 80 %, il est sûr que la Région sera en mesure d'offrir une couverture de 100 % avant fin 2005.

Les faibles taux de dépistage demeurent source de grande préoccupation, malgré certaines indications suggérant que les efforts déployés par les Etats Membres pour remédier au problème commencent à porter leurs fruits. Le document indique qu'en 2002, le taux de dépistage des cas dans la Région s'élevait à 40 %. Le Directeur régional est également heureux de pouvoir informer le Comité que, depuis la préparation du document, l'OMS a compilé les données préliminaires de 2003. Elles révèlent que l'année dernière, le taux de dépistage s'est accru pour atteindre environ 50 %, en

grande partie grâce aux efforts soutenus de la Chine. Toutefois, la Région est encore loin des 70 % à atteindre en 2005. La condition préalable essentielle pour y parvenir est la disponibilité de services DOTS de grande qualité. Il est essentiel que l'OMS et ses Etats Membres agissent prestement afin d'intensifier leurs efforts pour dépister et traiter plus de patients, non seulement en élargissant l'application du DOTS mais aussi en renforçant la participation du secteur privé et en intensifiant le dépistage de la tuberculose chez les personnes séropositives. Faute de quoi, ils risquent de manquer la cible fixée pour 2005 mais aussi celle des objectifs du Millénaire pour le développement, qui consiste, d'ici à 2015, à maîtriser l'incidence de la tuberculose et à commencer à inverser la tendance actuelle. La tuberculose associée au VIH demeure une lourde menace qui pourrait compromettre l'action menée par l'OMS pour réduire la charge de la tuberculose dans la Région. Environ 30 % des décès de patients atteints du SIDA sont dus à la tuberculose et le taux de mortalité chez les patients atteints de tuberculose et porteurs du VIH est approximativement dix fois supérieur à celui des tuberculeux non infectés par le VIH. Il encourage vivement tous les Etats membres à renforcer la surveillance de la co-infection tuberculose-VIH et à resserrer la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH pour garantir un dépistage rapide et un traitement adapté des patients atteints de tuberculose et porteurs du VIH.

Quinze mois seulement nous séparent de la fin de l'année 2005. Il exhorte tous les pays, particulièrement ceux dont les taux de couverture du DOTS et de dépistage des cas sont faibles, à déployer tous les efforts possibles au cours des 15 prochains mois, afin que la Région puisse atteindre sa cible et dépister 70 % des cas en 2005. Si les Etats Membres parviennent à atteindre les buts qu'ils se sont fixés, ils sauveront chaque année des milliers de vies dans la Région.

Le CONSEILLER REGIONAL, HALTE A LA TUBERCULOSE ET ELIMINATION DE LA LEPRE, déclare que le nombre de pays proposant le DOTS est passé de 17 seulement, en 1999 à 34, en 2003. Le pourcentage de la population bénéficiant d'un traitement DOTS est passé à 87 % en 2003. Cependant, même en se rapportant aux chiffres de 2003, le taux de dépistage pour l'ensemble de la Région reste de 51 %, bien en deçà des 70 % à atteindre. Certains pays sont sur la bonne voie mais la Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam devront sans doute redoubler d'efforts. La prévalence du VIH parmi les patients atteints de tuberculose a rapidement augmenté et est particulièrement inquiétante au Cambodge, en Malaisie et au Viet Nam.

Le déficit de financement par rapport aux besoins de la Région s'est atténué, passant de 40 % en 2001 à 5 % en 2004. Quelques US\$ 650 millions étaient nécessaires, sur une période de cinq ans, pour étendre le DOTS dans les sept pays supportant la charge de tuberculose la plus élevée. Des remerciements sont dus aux Etats Membres pour leur action et, pour leur concours financier, à la Banque mondiale et au Fonds mondial, au Département pour le développement international,

Royaume Uni (DFID), au Gouvernement du Japon, à l'Agence australienne pour le développement international (AusAID) et à l'agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID).

Si en 2005 la Région parvient à assurer une couverture du DOTS de 100 % et un taux de dépistage de 70 % des cas, la prévalence de la tuberculose pourra être réduite de moitié en 2010 et l'objectif du Millénaire pour le développement sera atteint en 2015. Mais pour y parvenir, encore faut-il atteindre l'objectif de 2005.

M. YOSHIDA (Japon) déclare que la tuberculose reste un grave problème de santé publique dans la Région et il souscrit au caractère prioritaire qui lui a été conféré par le Bureau régional. Son pays est en faveur de l'approche progressive qui a permis d'améliorer les taux de dépistage des cas dans des régions où le DOTS a été introduit avec succès. Son Gouvernement comprend que l'on souhaite atteindre la cible de 2005 mais le taux de dépistage des cas de la Région n'était que de 40 % en 2002, c'est-à-dire bien en deçà des 70 % visés. Il demande au Directeur régional s'il pense que la cible sera atteinte.

La surveillance de la tuberculose multirésistante et de la co-infection tuberculose-VIH est essentielle si l'on veut suivre de près les tendances évolutives de cette nouvelle menace. Des mesures promptes et adaptées doivent être prises face à de tels phénomènes.

Le Japon a aidé à renforcer les capacités des ressources humaines dans les pays en développement en organisant des cours de formation internationaux à l'Institut de recherche sur la tuberculose, dans son pays, au cours des 40 dernières années. Le Japon continuera à développer les ressources humaines avec l'OMS et d'autres Etats Membres.

Le Japon accorde une haute priorité aux mesures de lutte contre la tuberculose. La législation en vigueur a été modifiée en juin 2004 et de nouvelles lignes directrices sur la lutte contre la tuberculose sont en cours de préparation. Elles couvriront notamment la promotion de la version japonaise du DOTS, qui prévoit un large soutien téléphonique des patients et des consultations. En matière de financement, le Japon a apporté son concours aux activités du Bureau régional et continuera de combattre la tuberculose en coopération avec l'OMS.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) déclare que son Gouvernement accorde une grande priorité à la lutte contre la tuberculose. Il collabore avec le secteur public et le secteur privé afin de mener une politique de lutte unifiée. Son pays pense atteindre la cible des 70 % de cas dépistés grâce à la coopération entre les secteurs public et privé et à l'extension du DOTS aux groupes vulnérables et aux populations à haut risque. Des systèmes ont été mis en place pour veiller à la qualité du DOTS et le taux de succès thérapeutique de 88 % a été maintenu.

Grâce à un mécanisme de coordination au sein du Ministère de la Santé, un certain nombre de partenaires ont pu façonner leur forme d'assistance pour compléter ou renforcer les efforts déployés à l'échelle nationale. Les activités d'extension du DOTS ont été financées grâce à un ensemble de prestations octroyées aux patients atteints de tuberculose par une société d'assurance. Son Gouvernement se félicite du soutien technique fourni par ses partenaires dans un certain nombre de domaines liés à la lutte antituberculeuse.

Le Dr YU (Chine) exprime sa satisfaction devant les informations détaillées fournies par le Secrétariat aux Etats Membres et souscrit aux mesures proposées en matière de lutte contre la tuberculose. Il explique qu'au cours d'une réunion spéciale sur la tuberculose, le Vice Premier Ministre, Mme Wu Yi, a énuméré les mesures prévues dans le plan national qui vont dans le sens des objectifs mondiaux à atteindre. Le Gouvernement a adopté un ensemble de politiques et de mesures de lutte : investissements accrus dans la coopération entre hôpitaux, dépistage dans les dispensaires de village et localisation des malades de la tuberculose. Il a intensifié la surveillance des patients, en portant une attention particulière aux régions à haut risque. Une méthode de formation à plusieurs niveaux a été appliquée pour redonner confiance au personnel. Fin 2003, la couverture du DOTS était de 85 % et en juin 2004, elle avait atteint 93 %. Le taux de dépistage, de 45 % in 2003, devrait être de 60 % à la fin de l'année 2004.

Durant ces dernières années, la Chine a collaboré avec l'OMS dans la lutte contre la tuberculose et s'est engagée à atteindre l'objectif du Programme national de prévention de la tuberculose et celui fixé par l'OMS en 2005. Toutefois, il lui reste un long chemin à parcourir et elle aura besoin de la coopération et du soutien de ses partenaires. Il propose, dans un premier temps, d'agir dans le domaine du dépistage, du traitement et de la prise en charge de la tuberculose multirésistante, une activité qui requiert un soutien accru de la part des Etats Membres. L'étape suivante consistera à travailler sur la co-infection tuberculose-VIH.

La surveillance et le traitement de la tuberculose chez les patients porteurs du VIH sont d'une grande complexité, tout comme le traitement des patients atteints du SIDA qui présentent des symptômes de la tuberculose. Il demande donc à l'OMS d'offrir au personnel un plus grand nombre de sessions de formation et la possibilité d'échanges plus nombreux entre les pays.

Le Dr PARK (République de Corée) déclare que, dans le secteur public, les cinq composantes essentielles du DOTS, telles que recommandées par l'OMS, ont été mises en application par la République de Corée. Dans le secteur public, 40,5 % des patients atteints de tuberculose bénéficient d'un programme DOTS et la cible des 85 % fixée en matière de taux de guérison est atteinte.



Le dépistage des nouveaux cas à frottis positif représente toujours 62,3 % de l'incidence estimée en raison du faible taux relevé dans le secteur privé. La prévalence de la tuberculose évolutive, mesurée par radiographie pulmonaire, était de 0,38 % et le risque annuel d'infection s'élevait à 0,25 % en 2004. L'incidence des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif s'élève à 22,9 pour 100 000 habitants et devrait passer en dessous du seuil des 10 pour 100 000 d'ici à 2010. La mortalité est actuellement de 6,6 pour 100 000 habitants mais l'objectif est de l'abaisser à moins de 3 pour 100 000 habitants.

Le taux de dépistage des cas doit être amélioré par un renforcement de la coopération des pouvoirs publics avec les organismes du secteur privé tels que l'Institut coréen de lutte contre la tuberculose, un centre collaborateur de l'OMS pour les laboratoires de référence, qui analyse plus de la moitié des échantillons microbiologiques du pays. Le Gouvernement collabore également avec l'OMS dans le cadre de programmes internationaux de formation. Selon une étude réalisée en l'an 2000, la tuberculose multirésistante représente 2,2 % des cas. Des données plus récentes seront présentées avant fin 2004. De nouveaux médicaments antituberculeux sont à l'étude.

Le Dr CHOU (Macao, Chine) déclare que prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose sont gratuits à Macao. Le DOTS est disponible dans tous les établissements publics de santé depuis 1997 et la couverture y est de 100 %. Tous les cas de tuberculose sont traités conformément aux schémas normalisés préconisés par l'OMS, qui peuvent être modifiés en fonction de la sensibilité aux médicaments, pour éviter la polypharmacorésistance. Le Gouvernement assure un approvisionnement ininterrompu de médicaments dont la qualité a été contrôlée.

Une équipe multidisciplinaire de médecins et de travailleurs sociaux a été constituée pour prodiguer une éducation en matière de santé, surveiller le traitement, localiser les patients ayant abandonné leur traitement et obtenir des prestations sociales pour permettre à certains patients d'aller au bout de leur traitement. Le taux d'abandon a chuté de 10 % à 2 %-3 % au cours des dernières années.

#### 5. AMENDEMENTS DES ARTICLES 24 ET 25 DE LA CONSTITUTION DE L'OMS (Document WPR/RC55/INF.DOC.3)

Le DIRECTEUR REGIONAL attire l'attention sur le document WPR/RC55/INF.DOC.3 et explique qu'au terme de la réunion consultative informelle des représentants qui s'est tenue la veille, un fort consensus s'est dégagé sur la nécessité d'accorder à la Région du Pacifique occidental un siège supplémentaire au sein du Conseil exécutif de l'OMS. Toutefois, étant donné que la composition du Conseil exécutif relève de la Constitution, les Etats Membres doivent ratifier l'amendement. Il y a quelques années, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé l'attribution de cinq sièges

supplémentaires à la Région du Pacifique occidental ; toutefois, le nombre de ratifications obtenues n'a pas suffi pour que les amendements prennent effet. Tous les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental les ont ratifié mais 18 pays des autres Régions ne l'ont pas encore fait. Le document d'information énumère, par Région, les pays qui n'ont pas encore procédé à la ratification. Le Directeur régional demande à chaque Etat Membre d'examiner la liste et d'y rechercher les pays sur lesquels il pourrait être en mesure d'exercer une influence. Il convient de ne pas perdre de vue que l'autorité compétente en la matière n'est pas le Ministère de la Santé mais le Ministère des Affaires étrangères, voire même le cabinet du Premier ministre. Il demande aux Pays Membres de s'impliquer activement dans cet effort collectif.

La séance est levée a 17h28.