

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA SEPTIEME SEANCE
(Salle de Conférences Jacques Iekawe,
Secrétariat de la Communauté du Pacifique)

Mercredi, 22 septembre 2005 à 14 heures
PRESIDENTE : Madame Marianne DEVAUX (Nouvelle-Calédonie)

TABLE DES MATIERES

	page
1. Salubrité de l'environnement (suite)	194
2. Elimination de la rougeole	201
3. Rapport sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	209

1. SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT : Point 14 de l'ordre du jour (Document WPR/RC56/10)

M. UNA (Iles Salomon) signale l'absolue nécessité d'une coopération dans la plupart des stratégies en faveur de la santé ; la protection contre les risques liés à l'environnement fait intervenir des facteurs externes et internes. Il se félicite du fait que l'évaluation du risque sanitaire lié à l'environnement figure désormais parmi les mesures proposées aux pays. Il ne doute pas que la coopération naissante entre l'OMS, d'autres organisations internationales, les organismes régionaux, les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds contribue à l'obtention de meilleurs résultats dans les domaines suivants : 1) renforcer les ressources humaines et les capacités institutionnelles des pays et, notamment, des pays en développement, en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement ; 2) favoriser une plus grande coopération entre le secteur de la santé, de l'environnement et d'autres encore, dans la réduction des risques sanitaires liés à l'environnement et 3) faciliter la coopération interpays afin de résoudre lesdits problèmes.

Le Dr RADFORD (Royaume Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que cette 56^e session du Comité régional aurait pu avoir pour thème « En forme pour l'avenir » puisque la plupart des points à l'ordre du jour ont trait à la préservation de la santé. Elle souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres, tout en formulant deux suggestions : 1) accorder davantage de relief à la notion de pérennité en modifiant la deuxième mesure proposée comme suit : « créer des mécanismes de coordination entre les secteurs afin d'élaborer des solutions durables aux problèmes sanitaires liés à l'environnement » et 2) sachant que tous les risques sanitaires liés à l'environnement ne sont pas encore pleinement reconnus ni compris, renforcer la troisième mesure proposée axée sur le partage des connaissances, existantes et naissantes, sur les nouveaux risques liés à l'environnement.

Le Dr SELUKA (Tuvalu) souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres. Les petits pays insulaires sont particulièrement vulnérables aux changements climatiques ; une élévation du niveau de la mer constituerait la pire des menaces ; la sécheresse poserait également de graves problèmes car c'est la pluie qui subvient aux besoins en eau du pays. Tuvalu a tenu compte de ce facteur dans ses plans de développement social et économique, et a continué à faire entendre les préoccupations environnementales des petits états insulaires et, notamment, des moins avancés d'entre eux, à l'échelle régionale et internationale. Afin de réduire sa vulnérabilité, le pays a pris des mesures pour se doter de capacités nationales de protection de l'environnement, à commencer par l'élaboration d'un plan national de sauvegarde de l'environnement et par un renforcement des ressources humaines. S'exprimant au nom des petits Etats insulaires, il sollicite l'appui de l'OMS afin de militer pour l'expression d'une volonté politique plus forte au sein de la Région. Il considère qu'un cyclone de même intensité que l'ouragan Katrina causerait des dommages plus grands au Tuvalu que ceux

déplorés à la Nouvelle-Orléans et dans le Mississippi. Son incidence sociale et économique serait désastreuse.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) se félicite de l'inscription de la salubrité de l'environnement à l'ordre du jour. La salubrité de l'environnement est un déterminant essentiel de la santé qui n'a pas reçu l'attention voulue à l'échelle régionale, sous-régionale, voire même, dans certains cas, à l'échelle nationale. La question est complexe et comporte de multiples facettes, exigeant, elle aussi, une participation multisectorielle, et n'a pas toujours été très en vue. Il est favorable, aux mesures proposées aux Etats Membres ; toutefois, il fait remarquer que tout dépend des actions spécifiques menées dans les prochaines étapes, notamment à l'échelle régionale et sous-régionale. Il estime qu'un plan d'action concret serait un nouveau pas important sur la voie du progrès, notamment au niveau sous-régional. Il cite l'exemple de la coordination assurée par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique dans l'élaboration d'un Plan d'action régional océanien pour la salubrité de l'environnement, à laquelle ont pris part les pays océaniques. Il encourage le parachèvement de ce Plan d'action qui pourrait constituer une source d'informations utiles pour la planification des prochaines étapes.

Les activités menées en matière de salubrité de l'environnement sont axées principalement sur des phénomènes dont les causes et les conséquences sont bien connues. Toutefois, les démarches de protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement mises en oeuvre jusqu'à présent pour réduire l'exposition aux facteurs de risques sont restées généralement sans effet sur les causes et les processus sous-jacents. Les concepts de développement durable et d'environnements favorables doivent être pris en compte, et de manière prépondérante, dans tout examen du rapport entre l'environnement - physique et social - et la santé humaine. Un engagement actif, aux côtés d'autres secteurs, visant à l'instauration d'environnements sains et favorables à la santé est aussi essentiel. Il souscrit aux mesures proposées et se réjouit à l'avance des discussions qui auront lieu sur les prochaines étapes concrètes au fur et à mesure de leur mise au point. Il demande qu'un rapport sur les progrès accomplis dans ce domaine soit présenté à la 57^e session du Comité régional.

Le Dr QI (Chine) déclare qu'au cours de ces dernières années, les pays en développement ont été confrontés à un nombre accru de menaces liées à l'environnement, corollaires d'un développement économique rapide. Il souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres mais suggère que les aspects suivants soient renforcés : 1) la coopération interpays en vue d'un échange accru d'informations et de moyens technologiques, et une action concertée pour faire cesser la migration des industries polluantes des pays développés vers les pays qui le sont moins ; 2) l'application de sanctions et de mesures punitives pour renforcer la mobilisation concertée des Etats Membres en faveur de la santé et 3) la création de partenariats entre les organisations internationales, venant

compléter la coopération intersectorielle et les gains issus de telles alliances qui se sont avérés cruciaux dans la lutte contre le SRAS et la grippe aviaire.

Le Dr TIBAN (Kiribati) déclare que la principale source de préoccupation de Kiribati est une difficulté à laquelle le pays se heurte quotidiennement : l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Les services publics ne peuvent plus répondre aux besoins des centres urbains surpeuplés de l'atoll de Tarawa. Des stratégies ont été mises en oeuvre dans le but d'améliorer les conditions sur place. La situation progresse lentement mais les pouvoirs publics et les partenaires dans le développement, dont l'OMS, doivent être plus actifs. L'eau salubre et l'assainissement sont deux facteurs prépondérants de santé pour les habitants de Kiribati. Elle souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres. La stratégie pour la salubrité de l'environnement offre un principe directeur pour le secteur sanitaire à qui l'on demande souvent d'accomplir des miracles. La mise en oeuvre des mesures proposées aux Etats Membres devra faire l'objet d'un examen régulier par le Comité régional.

M. LEE (République de Corée) apprécie les efforts du Bureau régional qui ont abouti l'année passée à la tenue de la réunion de haut niveau sur la santé et l'environnement dans les pays de l'ANASE et les pays d'Asie de l'Est. Cette réunion a été une nouvelle occasion de collaborer pour surmonter les problèmes et les menaces qui pèsent sur l'environnement. Il est favorable aux mesures proposées aux Etats Membres et souligne que la coordination intersectorielle est cruciale. Une étroite collaboration entre les secteurs de la santé, de l'environnement et d'autres encore, permettra de conjuguer développement économique et protection de l'environnement. Il déclare que l'un des grands obstacles à la résolution des problèmes sanitaires liés à l'environnement est l'importance accordée par les pouvoirs publics et la société, au développement économique et à l'industrialisation. C'est un fait avéré en Corée. Il estime que l'augmentation des dépenses en faveur de la protection de l'environnement ne serait que provisoire. Il exhorte le Bureau régional du Pacifique occidental à élargir son soutien technique au domaine de la salubrité de l'environnement ; la Corée appuiera cette entreprise.

Le Dr ISMAIL (Brunéi Darussalam) exprime sa préoccupation à l'égard de la double charge que représentent les risques environnementaux liés aux pratiques traditionnelles et ceux, nouveaux, qui découlent de l'urbanisation et de l'industrialisation. Le Brunéi Darussalam poursuivra son action pour améliorer la situation sanitaire de sa population et reconnaît pleinement la nécessité de protéger l'environnement. L'inclusion d'une stratégie nationale pour l'environnement dans les septième et huitième plans nationaux de développement reflète l'engagement des pouvoirs publics à cet égard. Parmi les objectifs fixés par le plan national pour la santé, 2000-2010, figure le renforcement des politiques et des programmes consacrés à la salubrité de l'environnement au travers de programmes spécifiques conformes aux normes et aux critères internationaux, en collaboration avec les organismes

publics compétents. La promotion des Services de salubrité de l'environnement au rang de bureau spécialisé au sein du Département des services de santé en 2004 a marqué un tournant. Il reste encore à améliorer la formulation de textes de loi consacrés à la salubrité de l'environnement et à renforcer les ressources humaines et les capacités institutionnelles en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement.

Bien que le Brunéi Darussalam satisfasse déjà aux exigences des 10 indicateurs mondiaux de l'OMS en matière de santé et qu'il ait atteint les objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire, il ne doit pas se reposer sur ses lauriers car le développement économique, l'industrialisation et d'autres facteurs font apparaître de nouveaux risques, enjeux et menaces pour l'environnement. Il salue les efforts déployés par l'OMS pour réduire les risques liés à l'environnement et le soutien technique apporté au Brunéi Darussalam sous différentes formes. Il approuve les mesures proposées aux Etats Membres afin de limiter les risques sanitaires liés à l'environnement et l'incidence des changements affectant le climat et les écosystèmes sur la santé.

Le Dr ENKHBAT (Mongolie) souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres et remercie l'OMS et d'autres organismes du soutien technique apporté dans le cadre des efforts actuellement déployés en Mongolie. Les trois domaines d'action prioritaires en Mongolie sont : 1) la pollution de l'air en milieu urbain ; 2) la qualité de l'eau et l'assainissement et 3) les périls induits par les déchets dangereux. Il compte sur l'OMS pour entamer l'élaboration d'une stratégie régionale de gestion des déchets et, notamment, des déchets médicaux, qui servirait de fil directeur à l'élaboration de stratégies nationales et fournirait une aide technique en la matière. La Mongolie a pris des mesures pour renforcer ses capacités et compétences en matière de gestion des déchets médicaux.

Le Dr RAHMAT (Malaisie) approuve les mesures proposées aux Etats Membres. En Malaisie, le programme de salubrité de l'environnement porte principalement sur la salubrité de l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les déchets industriels dangereux et la pollution de l'air transfrontalière. Il remercie l'OMS de l'aide apportée sous la forme d'une formation et d'un programme d'enseignement sur l'évaluation de l'impact des risques sanitaires liés à l'environnement destiné aux niveaux élémentaire, intermédiaire et supérieur. La formation a été dispensée aux agents chargés de la salubrité de l'environnement. L'élaboration du programme destiné aux niveaux intermédiaire et supérieur se poursuit. La Malaisie s'est trouvée prise dans le brouillard de fumées dû aux feux de forêt et cela a entraîné une recrudescence des infections des voies respiratoires supérieures, de l'asthme et de la conjonctivite. Ces maladies font l'objet d'une surveillance dans 51 stations sentinelles. Il évoque les avancées en matière de coopération intersectorielle telles que la création du Comité national d'action face à la fumée des feux de forêt, du Comité d'évaluation de l'impact sur l'environnement et du Conseil sur les polluants organiques persistants et les pesticides, qui a été chargé d'orienter,

d'examiner et d'évaluer les politiques des pouvoirs publics et la mise en oeuvre des programmes liés à la salubrité de l'environnement.

La Malaisie a lancé ses premières initiatives « environnements sains » en 1997. Elle compte actuellement 176 environnements sains parmi lesquels des villes, petites et grandes, des villages, des hôpitaux, des dispensaires, des parcs, des bureaux, des marchés, des fermes, des complexes touristiques et des lotissements. La Malaisie est membre du Comité de l'Alliance des villes-santés. Le Dr Rahmat exhorte les Etats Membres à se joindre à l'Alliance pour contribuer à la promotion de la santé publique dans les villes.

Mme HALBERT (Australie) fait remarquer que la charge de morbidité attribuable aux risques sanitaires liés à l'environnement dans la Région est lourde et qu'elle continue de croître, alors même qu'elle pourrait être évitée. Les accords internationaux ne peuvent servir que de cadre général et c'est au niveau national que les problèmes doivent être réglés. Elle fait également observer que la coopération intersectorielle est un élément clé dans l'évaluation et la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement. L'Australie prendra part à la coopération inter pays ; le partage d'informations et des enseignements tirés améliorera la capacité de riposte des pays. Dans le cadre de cet engagement, Le Conseil national australien pour la santé et la recherche médicale (NHMRC) a accueilli, conjointement avec l'OMS, une réunion internationale à Alice Springs afin d'étudier la faisabilité d'une initiative plus vaste sur la gestion de l'approvisionnement en eau dans les petites communautés comme outil de réalisation des objectifs du millénaire pour le développement et de la décennie internationale d'action « l'Eau, source de vie », 2005-2015 proclamés par les Nations Unies. Un programme de partenariat biennal (2004-2005) sur la qualité de l'eau a bénéficié du soutien de l'OMS. Le NHMRC a conçu ses Directives australiennes sur l'eau de boisson en s'appuyant sur l'analyse et la gestion des risques à l'usage des gestionnaires des réseaux d'adduction d'eau potable. Le NHMRC met actuellement au point un logiciel d'appui à la gestion de l'adduction d'eau pour les communautés rurales et isolées. Ce logiciel devrait être achevé en fin d'année. Le Ministère de la Santé a préparé un manuel intitulé *Environmental Health Risk Assessment: Guidelines for Assessing Human Health Risks from Environmental Hazards* (« Evaluation des risques sanitaires liés à l'environnement : guide d'évaluation des risques pour la santé humaine liés à l'environnement ») ; un document complémentaire sur l'évaluation de l'exposition aux risques suivra. Ces supports sont disponibles sur Internet.

Le Dr PULU (Nioué) fait observer que le développement durable et la réduction des risques sanitaires liés à l'environnement requièrent un engagement fort de la part des pouvoirs publics. La mise en place des infrastructures et la mobilisation des ressources nécessaires exigera l'instauration de mécanismes de coordination intersectorielle entre les ministères chargés de la santé, de l'environnement, des affaires communautaires, des travaux publics, etc. Le cyclone qui s'est abattu

sur Nioué en janvier à mis en lumière un autre domaine méritant notre attention : l'élimination d'éléments endommagés de toiture en fibrolite contenant de l'amiante, une question demeurée sans solution. Leurs préoccupations au sujet de la pollution de l'eau ont conduit les pouvoirs publics à envisager la suppression progressive des désherbants et des engrais d'ici à 2010. La mauvaise structure du sol pourrait entraîner un ruissellement de produits chimiques dangereux dans la nappe phréatique, ce qui aurait des conséquences désastreuses. Les récents forages prospectifs, à la recherche d'uranium, ont dû faire l'objet d'un réexamen, en l'absence de toute information sur leurs répercussions écologiques. Des progrès ont été accomplis en matière d'assainissement. Les habitations doivent désormais être équipées de fosses septiques pour les effluents humains. Le recyclage des canettes vides de sodas et de bière en aluminium a débuté. Il souscrit aux mesures proposées aux Etats Membres.

Le Dr DUQUE (Philippines) souligne que les risques sanitaires liés à l'environnement contribuent à la fois aux maladies aiguës et aux maladies chroniques. Une évaluation et une gestion efficaces des risques sanitaires nécessiteront la mobilisation de moyens considérables dans le renforcement des capacités, la formulation de politiques et de réglementations et la création de partenariats. Et même lorsque ces politiques, réglementations et législations existent, leur mise en application et leur suivi restent à améliorer.

Les Philippines trouvent dans le Comité inter-institutions pour la salubrité de l'environnement un modèle de coopération réussie entre organismes publics, organisations non gouvernementales, société civile et membres des milieux universitaires. Ce Comité s'intéresse à la salubrité de l'eau, à l'assainissement, aux produits chimiques toxiques, à la pollution de l'air en milieu urbain, aux biotoxines marines et à la gestion des déchets solides et dangereux. Des comités semblables sont actuellement formés dans les différentes régions du pays. Le Comité a été chargé de rédiger le Plan national pour la salubrité de l'environnement et la santé au travail. Le Ministère de la Santé a récemment signé une résolution conjointe avec le Ministère de la salubrité de l'environnement et des ressources naturelles pour veiller à l'élimination sans danger des déchets médicaux. Des partenariats au niveau national pourraient aboutir à de meilleurs résultats. Les difficultés et problèmes communs à plusieurs pays seraient abordés plus efficacement s'il existait une coopération interpays. Il confirme que les Philippines participeront au Forum régional sur l'environnement et la santé dans les pays de l'ANASE et les pays de l'Asie de l'Est prévu pour 2006.

Mme NGUYEN THI MINH CHAU (Viet Nam) déclare que le Viet Nam est aussi concerné par la salubrité de l'environnement. Les secteurs nationaux de la santé et de l'environnement ont participé avec assiduité aux forums régionaux pour évaluer la salubrité de l'environnement et sensibiliser les esprits sur ce sujet. L'élaboration du plan d'action national pour la salubrité de l'environnement est en cours. Avec le concours de l'OMS, un atelier de consultation des parties prenantes a eu lieu en

juillet 2005 afin de recueillir des avis sur l'ébauche de plan d'action national. Un groupe de travail interinstitutions a été constitué, sur recommandation de l'OMS. Un forum national sur l'environnement et la santé a été programmé pour novembre 2005. L'élaboration d'un site Internet sur le thème Santé et environnement est en cours. Ce site permettra aux organismes et aux partenaires concernés d'échanger leurs informations sur le sujet. Elle approuve la proposition de mettre en oeuvre les initiatives pour la salubrité de l'environnement aux échelons régional et national. Elle demande une aide pour renforcer ses capacités nationales et consolider la collaboration intersectorielle. Bien qu'elle existe déjà, celle-ci doit être renforcée pour alléger la tension due à une lourde charge de travail et à la concurrence entre les priorités des différents secteurs concernés. Elle demande le renforcement de la coopération interpays pour lutter contre la pollution frontalière.

M. SAMO (Etats fédérés de Micronésie) approuve les mesures proposées. Les Etats fédérés de Micronésie sont un tout petit pays insulaire qui dépend beaucoup des importations, où la gestion des déchets solides et la dégradation de l'environnement en général constituent de graves problèmes. Pour évacuer les déchets industriels, et plus particulièrement les déchets médicaux, le pays aura besoin de l'assistance de l'OMS. Il remercie les Etats-Unis d'Amérique de leur soutien permanent, grâce auquel un conteneur de pesticides endommagé a pu être évacué dernièrement. Il sait gré également à l'Australie des initiatives qu'elle prend pour faire face aux risques environnementaux dans la Région.

Le DIRECTEUR REGIONAL fait observer que le réchauffement de la planète, comme l'a indiqué le représentant du Tuvalu, est un problème si grave pour les pays océaniques de faible altitude qu'ils ont déjà entamé des négociations en vue de reloger leurs habitants. Des phénomènes climatiques inhabituels se produisent. Bien qu'on ne dispose d'aucune donnée incontestable, nombre de scientifiques de renom estiment que le réchauffement de la planète est à l'origine de ces phénomènes. Il espère que l'Accord de Tokyo sera respecté. En 2006, l'OMS organisera à l'intention des Etats Membres un forum birégional sur la salubrité de l'environnement, avec la Banque asiatique de Développement, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Programme des Nations Unies pour le développement, la Banque mondiale et l'« ANASE Plus Trois » (Chine, République de Corée et Japon).

Le CONSEILLER REGIONAL, ENVIRONNEMENTS SAINS constate que presque tous les représentants approuvent le train de mesures proposées. Il sait gré de leur soutien à l'Australie, au Japon, à la Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis d'Amérique, un soutien supplémentaire étant attendu de la République de Corée. En ce qui concerne l'aspect durable de l'environnement, il admet qu'il aurait fallu insister davantage sur ce point dans le document, vu que c'est un élément constant du programme. L'objectif du Millénaire pour le développement qui s'y rattache est d'ailleurs lui-même intitulé « Assurer un environnement durable ». Les plans d'action nationaux et locaux de protection

de l'environnement sont un bon moyen de permettre aux secteurs de la santé et de l'environnement de collaborer au niveau régional avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement.

2. ELIMINATION DE LA ROUGEOLE : Point 15 de l'ordre du jour (Document WPR/RC56/11)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant le point de l'ordre du jour, rappelle qu'à sa cinquante-quatrième session, en 2003, le Comité régional a décidé de faire de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre l'hépatite B les nouveaux axes prioritaires du Programme élargi de vaccination. Il a également confirmé la nécessité de fixer une échéance pour l'élimination de la rougeole.

Après avoir dressé le bilan des progrès accomplis dans la Région, le groupe consultatif technique sur le PEV, qui a tenu sa quinzième réunion à Beijing en juin 2005, a recommandé de poursuivre un double objectif régional à l'horizon 2012 : éliminer la rougeole et ramener la séroprévalence de l'hépatite B, actuellement de 8 à 10 %, à moins de 2 %, cible intermédiaire vers l'objectif final fixé à moins de 1 %.

La rougeole reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité que la vaccination permettrait d'éviter, chez les enfants de la Région du Pacifique occidental, bien que le nombre de décès aient diminué de 95 % depuis que le vaccin est administré. La Région a fait des progrès remarquables mais recense toujours 30 000 décès par an imputables à la rougeole.

La Région du Pacifique occidental enregistre également une lourde charge de morbidité et de mortalité dues à l'hépatite B. Alors que la Région abrite 28 % de la population mondiale, elle déplore plus de la moitié des décès dus à l'hépatite B et près de 900 personnes meurent chaque jour de cette maladie dans la Région.

Sur l'ensemble des districts de la Région du Pacifique occidental, 84 % font état d'un taux de couverture vaccinale supérieur à 90 % pour la première dose de vaccin antirougeoleux, et sur les 37 Etats et Territoires qu'elle compte, 24 prévoient une deuxième dose de vaccin antirougeoleux dans leur calendrier de vaccination systématique. Cependant, les Etats et les Territoires qui sont parvenus à interrompre la transmission indigène de la rougeole ne sont pas à l'abri d'une flambée causée par l'importation d'un virus en provenance d'un pays d'endémie voisin, comme l'ont montré les flambées survenues en Mongolie (2000-2002) et aux Iles Marshall (2003).

On observe une situation semblable en ce qui concerne la lutte contre l'hépatite B dans les Etats Membres. Tous les Etats et Territoires – à l'exception de cinq d'entre eux qui ont mis en place ou développé leur programme vaccinal après 2001 – vaccinent depuis plus de cinq ans contre l'hépatite B dans le cadre de leur programme national de vaccination. Vingt-deux Etats et Territoires font état depuis plus de cinq ans d'un taux de couverture vaccinale supérieur à 80 % par trois doses de vaccin,

et 10 Etats et Territoires enregistrent un taux de portage inférieur à 1 % chez les enfants nés après le début des programmes de vaccination.

Les excellentes ressources techniques et humaines mobilisées dans le cadre du programme d'éradication de la poliomyélite sont toujours en place, sous la forme de réseaux de surveillance et de laboratoires qui peuvent être mis à contribution dans les programmes d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B pour un coût marginal minime. En outre, l'échéance fixée pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B contribuera à maintenir la dynamique qui caractérise les activités d'éradication de la poliomyélite.

L'émergence de nouvelles maladies telles que le SRAS et la grippe aviaire ne doit pas occulter les risques d'importation de maladies qui ont été éliminées. On constate par exemple que le risque d'importation de poliovirus sauvages s'accroît et la flambée de poliomyélite survenue récemment en Indonésie a ramené la maladie aux portes de la Région du Pacifique occidental. L'OMS continuera de seconder les Etats Membres qui s'appliquent à renforcer leurs programmes de surveillance et de vaccination et à mettre à jour leurs plans d'intervention en cas de flambée de poliomyélite, afin d'éviter ou de limiter d'éventuelles importations.

L'OMS demande au Comité régional de débattre des cibles fixées pour la rougeole et l'hépatite B et de les approuver au cours de la session, de façon que la Région du Pacifique occidental soit la première Région de l'OMS à se fixer des échéances en matière de lutte contre l'hépatite B et pour éliminer la rougeole.

Le Dr DUQUE (Philippines) note que les objectifs régionaux sont ambitieux. Les Philippines ont commencé par élargir la tranche d'âge visée par les campagnes de vaccination de masse, assurer le suivi de la vaccination et renforcer le système de surveillance. Il est utile de se fixer une date butoir et malgré la structure décentralisée du système de santé, le Ministère de la Santé est parvenu, en 2003, à vacciner 95 % de la population visée, mais il reste difficile de maintenir la couverture par la vaccination systématique au niveau local. Le vaccin anti-hépatite B n'a été adopté qu'en 1992 et le pays ne peut fournir que 40 % des quantités de vaccin nécessaires à la vaccination systématique. Etant donné que la plupart des femmes accouchent encore à domicile, il est difficile de vacciner les nouveau-nés. Toutefois, le vaccin est bien accepté. Une loi instaurant la vaccination à la naissance, assortie d'un budget, devrait être promulguée dans le courant de l'année. Les ressources proviennent du programme national d'assurance-maladie et de plusieurs organisations partenaires. Grâce à une stratégie permettant de n'omettre aucune localité, tous les enfants devraient pouvoir être vaccinés tous les ans. Il approuve l'échéance et les deux objectifs fixés éliminer la rougeole et lutter contre l'hépatite B.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) souscrit lui aussi au double objectif. Aux Iles Salomon, la couverture vaccinale contre les maladies évitables par la vaccination est très élevée, le seul obstacle étant le coût des vaccins anti-hépatite B, que le pays a commencé à administrer dans les années 80. Les Iles Salomon s'efforceront d'atteindre la cible en organisant des programmes de rattrapage. Il remercie l'OMS, l'UNICEF, l'Australie et le Japon de leur soutien.

Le Dr TIBAN (Kiribati) approuve le double objectif et remercie l'OMS et l'UNICEF d'étendre la couverture du PEV, avec le concours de l'Australie et du Japon.

Le Dr TUIKETEI (Iles Fidji) apprécie le travail effectué par l'OMS et l'UNICEF, surtout en ce qui concerne la rougeole. Dotées d'un système décentralisé de trois régions, les Fidji ont achevé l'année dernière une enquête sur la vaccination et ont redéfini leur stratégie. Le pays a adopté des politiques en matière de vaccination et de chaîne du froid ainsi qu'un plan stratégique national pour le PEV qui comprend cinq domaines prioritaires, dont l'élimination de la rougeole, et qui fixe l'échéance à 2008, date qui sera revue compte tenu de l'ajout de la vaccination contre l'hépatite B dans le programme. Le vaccin tétravalent sera remplacé par un vaccin pentavalent au début de 2006. On continuera d'administrer une dose unique de vaccin anti-hépatite B à la naissance. Le Dr Tuiketeti remercie le Japon du soutien qu'il apporte au renforcement des programmes de vaccination dans le Pacifique. Elle remercie également le Secrétariat de la Communauté du Pacifique, l'Australie et d'autres partenaires de leur appui au laboratoire de santé publique de niveau 2 et sollicite de l'OMS un soutien supplémentaire dans ce domaine.

Le Dr TONG (Macao, Chine) approuve le double objectif et la date butoir. Le programme de Macao prévoit au moins deux doses de vaccin antirougeoleux pour tous les enfants et, depuis 1994, seuls quelques cas sporadiques ont été signalés. L'échéance pour l'élimination de la maladie a été fixée à 2008. La surveillance a été renforcée par la confirmation en laboratoire des cas signalés. Depuis 1990, le Gouvernement administre gratuitement le vaccin contre l'hépatite B. La couverture est très élevée. En 2003, la séroprévalence de l'Ag HBs chez les enfants de 6 à 15 ans était de 0,7 %.

Le Dr LIAN (Chine) approuve les deux objectifs fixés dans le document. Depuis 1997, la prévalence de la rougeole est faible dans la plupart des provinces chinoises, même si les flambées survenues dans certaines zones ont exigé l'administration de doses supplémentaires. Une deuxième dose est désormais administrée non pas aux enfants de 7 ans mais à ceux se situant dans la tranche 18 à 24 mois. La Chine a étendu ses travaux de recherche sur l'élimination de la rougeole et a collaboré avec l'OMS pour déterminer le coût de cette activité. La réunion du groupe consultatif technique au Bureau régional, a permis de conclure que la Chine pouvait atteindre les cibles fixées pour la Région du Pacifique occidental. Il est demandé aux organisations partenaires d'apporter un appui technique et financier plus important aux pays en développement, car il est difficile et coûteux de maintenir la couverture vaccinale antirougeoleuse. Depuis les années 90, la Chine administre une dose de vaccin

anti-hépatite B à la naissance et l'a incorporée dans son programme national de vaccination en 2002. Les progrès ont été tels que la couverture par la première dose atteint 89 % et la couverture par la deuxième dose, 75,8 %. La Chine a entrepris l'élaboration d'un programme de lutte contre l'hépatite B. Il est à espérer que l'OMS prêtera davantage attention à la technologie et au financement des opérations, compte tenu des problèmes liés au manque de moyens dans les hôpitaux. Il remercie l'OMS et les organisations partenaires de leur appui.

Le Dr RAHMAT (Malaisie) approuve les cibles recommandées par le Groupe consultatif technique, qui figurent parmi les priorités de la Malaisie. Le programme de vaccination contre la rougeole a été mis en place dans le pays en 1982 et l'année butoir fixée pour l'élimination de cette maladie est 2010. Le programme de lutte contre l'hépatite B a démarré en 1989 et une enquête de séroprévalence est prévue pour en mesurer le succès.

Le Dr TANGI (Tonga) signale que les responsables nationaux du Programme élargi de vaccination aux Tonga ont fixé 2007 comme date butoir pour l'élimination de la rougeole et que le dernier cas de rougeole a été signalé en 1997. Le vaccin antirubéoleux et antirougeoleux est désormais administré en deux doses. Il souligne qu'il est important d'administrer la première dose du vaccin anti-hépatite B au cours des premières 24 heures de vie.

Le Dr TSANG (Hong Kong, Chine) informe le Comité que Hong Kong est en bonne voie pour parvenir à l'élimination de la rougeole d'ici à 2012. Il appuie la proposition de fixer la date butoir à 2012 pour parvenir à éliminer la rougeole et lutter contre l'hépatite B.

Mme NGUYEN THI MINH CHAU (Viet Nam) indique que le Viet Nam a réussi à maintenir une couverture de plus de 90 % pour la première dose de vaccin antirougeoleux chez les enfants âgés de un an. La deuxième dose a pu être administrée à 99 % des enfants de moins de 10 ans. Des projets pilotes sont en cours pour administrer de façon systématique la deuxième dose dans le cadre du Programme élargi de vaccination qui sera étendu à l'ensemble du pays d'ici à 2006. La production locale devrait couvrir les besoins en vaccins jusqu'à fin 2008. Son pays s'est fixé 2010 comme objectif d'élimination de la rougeole. Il approuve donc l'objectif régional d'élimination fixé à 2012.

La couverture par les trois doses de vaccin contre l'hépatite B chez les enfants âgés de un an atteint près de 95 %. La couverture par la première dose administrée dans les 72 heures suivant la naissance est de 60 %. L'administration de la première dose dans les 24 heures suivant la naissance soulève des difficultés, en particulier dans les régions montagneuses ou difficiles d'accès et un certain nombre de mesures sont actuellement mises en place pour les surmonter. Réduire d'ici à 2012 la séroprévalence de l'Ag HBs à moins de 2 % chez les enfants de cinq ans est un pari difficile et pour le gagner, le soutien continu de l'OMS, de GAVI et des autres partenaires sera nécessaire.

Le maintien d'une couverture vaccinale universelle élevée est un objectif hautement prioritaire à long terme. Son pays a établi un plan de pérennité financière prévoyant une augmentation annuelle de 10 % du budget actuel du PEV.

Le Dr MOHSIN (Brunei Darrussalam) dit que dans son pays les deux doses de vaccin antirougeoleux sont administrées systématiquement aux enfants de un an, puis à ceux âgés de 10 à 12 ans. Bien que la couverture soit élevée, on étudie la possibilité d'abaisser l'âge auquel la deuxième dose est donnée (la plupart des cas de rougeole survenant entre 5 et 9 ans), de renforcer la surveillance et la capacité des laboratoires assurant le diagnostic.

La couverture par les trois doses du vaccin contre l'hépatite B chez les enfants de un an dépasse 95 %. Toutefois une enquête de séroprévalence est nécessaire pour vérifier la prévalence et déterminer les progrès réalisés dans la lutte contre l'hépatite B. Il faudrait également pouvoir contrôler que la dose de vaccin anti-hépatite B est bien administrée en temps voulu à la naissance.

Le Brunei Darrussalam se consacre pleinement à la réalisation des objectifs d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B fixés à 2012 et sollicite l'appui technique de l'OMS dans le domaine de la surveillance et des moyens de laboratoires.

M. PALU (Australie) convient que les efforts pour atteindre les objectifs d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B doivent être centrés sur le renforcement des campagnes de vaccination systématique à l'échelon national. La Région reste vulnérable aux maladies pouvant être évitées par la vaccination. Un soutien continu est nécessaire pour maintenir les améliorations obtenues et renforcer les systèmes de suivi et de surveillance, jugés essentiels pour la sécurité sanitaire de la Région. L'OMS devrait par conséquent maintenir le niveau de financement du programme élargi de vaccination.

Son pays a adopté le principe de l'administration en deux doses du vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux, à 12 mois et 4 ans. Le nombre de cas de rougeole signalés en 10 ans a chuté de près de 5000 à 45. Il approuve les années butoirs proposées pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B et s'engage à s'y conformer sur le plan national et régional.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) indique que le nombre de cas de rougeole notifiés a rapidement diminué depuis l'augmentation récente de la couverture vaccinale à l'âge de un an. Cependant, cette maladie reste un problème de santé publique. Le Japon poursuivra ses efforts pour éliminer cette maladie dans le pays et dans la Région.

Dans le cadre d'un programme national, toutes les femmes enceintes subissent un dépistage de l'Ag HBs sérique ; tous les nouveau-nés de mères porteuses de cet antigène se voient administrer des

immunoglobulines et le vaccin anti-hépatite B. Cela a permis de faire chuter la prévalence de la maladie.

Son Gouvernement soutient pleinement les années butoirs fixées pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B.

Le Dr PARK (République de Corée) décrit les mesures prises dans son pays pour éliminer la rougeole, à savoir une campagne de ratissage, un certificat de vaccination antirougeoleuse obligatoire pour l'entrée à l'école et le renforcement du système de surveillance.

La couverture par le vaccin anti-hépatite B reste supérieure à 80 % et un programme national de prévention de la transmission verticale du virus a été introduit récemment. Les immunoglobulines et les vaccins sont administrés gratuitement aux femmes enceintes porteuses de l'Ag HBs.

Son Gouvernement appuie pleinement l'année butoir de 2012 fixée pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B et continuera à mettre son expérience et ses moyens d'action à la disposition des autres Etats Membres afin d'atteindre cet objectif.

M. UNTALAN (Etats-Unis d'Amérique) fait observer que le fait de parvenir à maintenir une large couverture vaccinale dans l'ensemble des communautés, et en particulier dans celles les plus vulnérables, constitue non seulement une pratique saine de santé publique, mais aussi une mesure en faveur de la sécurité sanitaire nationale et mondiale. L'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B nécessiteront des ressources techniques et humaines considérables. M. Untalan appuie pleinement les efforts déployés pour que tous les pays de la Région soient desservis par des laboratoires de la rougeole fiables, agréés conformément aux normes de l'OMS, et pour que les ressources mobilisées au cours de la campagne d'éradication de la poliomyélite soient exploitées pour éliminer la rougeole et lutter contre l'hépatite B.

Si les Etats Membres sont instamment priés d'administrer une dose de vaccin anti-hépatite B à la naissance, il reconnaît qu'une telle administration dans les premières 24 heures sera difficile dans les pays où la plupart des naissances ont lieu à domicile, sans l'aide d'un agent de santé qualifié. C est pourquoi il soutient la proposition de relier le programme élargi de vaccination aux programmes de soins de santé maternelle.

Son Gouvernement a fourni un appui technique et financier considérable aux programmes de vaccination partout dans le monde et soutient sans réserve l'année butoir de 2012 fixée pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B dans la Région.

Le Dr PULU (Nioué) indique que son pays a bien progressé dans l'élimination de la rougeole et dans la lutte contre l'hépatite B et que le taux de couverture du vaccin antirougeoleux dépasse 90 %.

Le calendrier actuellement appliqué pour la rougeole est une dose de vaccin associé antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux à 15 mois, suivi d'une deuxième dose à 4 ans. Moins de cinq cas présumés de rougeole ont été signalés depuis l'an 2000, mais ils n'ont pas été confirmés par un laboratoire.

La première dose de vaccin anti-hépatite B est administrée dans les 24 heures suivant la naissance depuis bientôt près de 20 ans. La deuxième dose suit entre 4 et 6 semaines et la troisième entre 5 et 6 mois. Ce calendrier est actuellement interrompu du fait que tous les accouchements ont été transférés en Nouvelle-Zélande depuis qu'un cyclone a détruit l'hôpital de Niue.

Son gouvernement accepte 2012 comme année butoir pour la réalisation des objectifs d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B.

M. SAMO (Etats Fédérés de Micronésie) s'associe au sentiment exprimé par le représentant des Tonga concernant l'administration à la naissance de la dose de vaccin contre l'hépatite B. Comme l'a fait remarquer le représentant des Etats-Unis d'Amérique, des enfants continuent de naître dans des régions isolées, non desservies par un personnel obstétricien qualifié. Il sera difficile d'accroître le nombre de doses administrées à la naissance. Son pays est toujours confronté à ce problème en raison de l'éparpillement des îlots qui le constituent. A cet égard, il continuera de solliciter l'appui de l'OMS et des autres partenaires, notamment de l'UNICEF, ainsi qu'une assistance bilatérale.

Il est favorable à l'échéance fixée pour éliminer la rougeole et lutter contre l'hépatite B.

M. EDWARDS (Iles Marshall) exprime sa pleine et entière satisfaction devant la date fixée pour éliminer la rougeole, but que son pays devrait atteindre s'il maintient le niveau actuel de vaccination. Confronté à une flambée de rougeole en 2003, son pays a redoublé d'efforts afin de vacciner le plus possible d'enfants de deux ans. La promotion sanitaire a fait partie intégrante de cette action. Un certain nombre d'organisations de la société civile ont été invitées à participer à la campagne de sensibilisation du public à l'importance de la vaccination infantile, et des séminaires et des ateliers ont été organisés pour informer les parents.

Il exprime sa gratitude pour l'aide apportée aux Iles Marshall par l'OMS, au travers de l'assistance bilatérale, au cours de la récente flambée de rougeole, notamment dans le maintien de la chaîne du froid.

Le Dr NELESONE (Tuvalu) confirme que son pays est résolu à maintenir une couverture vaccinale élevée contre la rougeole et l'hépatite B, en insistant sur l'administration d'une première dose de vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance. Il demande pourquoi différents Etats Membres utilisent différents calendriers de vaccination contre la rougeole et la

rubéole. Il a été recommandé au Tuvalu d'administrer un vaccin combiné anti-rougeole-oreillons-rubéole à 4 et à 18 mois.

Il approuve le choix de 2012 comme année butoir pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B et sollicite à nouveau le soutien de l'OMS dans le renforcement des stratégies opérationnelles du Programme élargi de vaccination dans son pays.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie les Etats Membres d'avoir approuvé les cibles ambitieuses qui ont été fixées. S'agissant de l'hépatite B, après avoir rappelé que sa thèse de doctorat portait sur le séquençage génomique des virus de l'hépatite B, il précise que la raison pour laquelle la première dose de vaccin est administrée dans les 24 heures qui suivent la naissance est le fait que les enfants nés de mères porteuses de l'antigène HBs ne sont pas immunisés et risquent de devenir porteurs du virus. Malgré une absence possible de symptômes au cours des 10 ou 20 premières années de la vie, le virus poursuit sa réplication et endommage le foie, provoquant des maladies chroniques du foie, voire même des carcinomes hépatocellulaires. Ainsi la vaccination précoce contre l'hépatite B est-elle aussi un moyen de prévenir le cancer. La vaccination des nouveau-nés est très importante dans des pays tels que les Philippines où les taux de prévalence de l'Ag HBs s'établissent à environ 10 %.

Malgré les préoccupations suscitées par la baisse de la part du budget ordinaire allouée au développement de la vaccination et à la mise au point de vaccins, le Bureau régional sera en mesure de mener à bien les activités prévues. Par contre, s'il se trouve confronté à une situation d'urgence, comme l'importation éventuelle de poliovirus sauvages, il lui faudra réaffecter des fonds, faire appel aux donateurs et prendre d'autres mesures d'urgence. A titre d'exemple, pour faire face à la flambée de poliomyélite en Indonésie, il a immédiatement sollicité l'aide du gouvernement japonais. Le crédit consenti de 1,8 million de dollars a été consacré à l'achat de vaccins.

Le CONSEILLER REGIONAL, PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION déclare que les observations formulées indiquent que les objectifs régionaux d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B à l'horizon 2012 sont réalisables mais qu'ils nécessiteront des efforts accrus, particulièrement de la part des pays présentant de forts taux d'incidence et manquant de ressources. L'OMS oeuvrera aux côtés des pays pour formuler ou renforcer des plans nationaux concernés qui s'inscriront dans les plans nationaux du PEV sur plusieurs années afin de veiller à ce que les réponses soient adaptées aux contextes propres à chaque pays. Il est également prévu d'établir un partenariat vaccinal Asie-Pacifique pour mobiliser et coordonner le soutien apporté à un ensemble d'activités et pour renforcer la vaccination systématique.

Une surveillance étroite et la confirmation en laboratoire sont les deux stratégies principales d'élimination de la rougeole. La nouvelle technique de diagnostic de la rougeole dite « de la goutte de sang séché » a été présentée lors d'un atelier organisé récemment en Australie à l'intention des pays

océaniens. L'accréditation de nouveaux membres du Réseau de laboratoires pour la rougeole est en cours.

L'administration de la première dose de vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance est vitale et doit s'effectuer en étroite collaboration avec les services de santé maternelle, dans le cadre de la Stratégie pour la survie de l'enfant.

La PRESIDENTE prie les rapporteurs de rédiger un projet de résolution dans ce sens.

3. RAPPORT SUR LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC :
Point 16 de l'ordre du jour (Document WPR/RC56/12)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant ce point de l'ordre du jour, rappelle que la résolution WPR/RC55.R7 exhorte les Etats Membres à ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et à mettre en oeuvre des mesures conformes à ladite Convention. Lors de sa cinquante-cinquième session, le Comité régional a également approuvé le Plan d'action régional – Initiative pour un monde sans tabac - 2005-2009, et a invité l'OMS à poursuivre son rôle de catalyseur, à continuer à prôner l'action et à cibler les ressources sur le renforcement des moyens d'action et sur l'assistance technique. Début 2005, la Convention est devenue instrument de droit international contraignant. La plupart des Etats Membres du Pacifique occidental (23 sur 27) ont ratifié le texte et sont devenus Parties contractantes à la Convention. A ce titre, ils participeront à la première session de la Conférence des Parties, en février 2006. Il félicite les pays suivants de leur ratification : l'Australie, le Brunéi Darussalam, la Chine, les Iles Cook, les Fidji, le Japon, Kiribati, la Malaisie, les Iles Marshall, les Etats fédérés de Micronésie, la Mongolie, Nauru, Nioué, la Nouvelle-Zélande, les Palaos, les Philippines, la République de Corée, les Iles Salomon, Singapour, les Tonga, Tuvalu, le Vanuatu et le Viet Nam.

De nombreux Etats Membres procèdent déjà à la mise en application des dispositions clés de la Convention avant même l'échéance des délais prescrits tandis que les Parties Contractantes établissent des normes plus spécifiques. Leurs efforts de lutte antitabac commencent à porter leurs fruits. En République de Corée, par exemple, les hausses des taxes sur le tabac, conjuguées à des campagnes énergiques contre le tabagisme et à d'autres mesures, ont abouti à une réduction marquée de la consommation du tabac en moins d'un an. La Nouvelle-Zélande est devenue l'un des rares pays « sans tabac ». Singapour a étendu sa législation antitabac à la quasi-totalité des lieux publics, dont les restaurants, les bars et les lieux de travail. Hong Kong (Chine) a limité davantage la publicité et la promotion du tabac, et a étendu les interdictions portant sur sa consommation. Des publicités illustrées contre le tabac et de strictes interdictions ont contribué à réduire le taux de tabagisme en Australie, désormais le plus faible du monde industrialisé. Il félicite également la Nouvelle-Calédonie

pour sa nouvelle loi contre le tabac, votée en juin 2005 après l'excellent travail de sensibilisation mené par la Présidente de la présente session..

Il ne s'agit là que de quelques exemples d'investissements réalisés dans la lutte contre le tabac et dont les premiers rendements sont considérables, tant en matière de santé publique que de gains économiques. Des progrès rapides et encourageants ont été accomplis mais il reste encore beaucoup à faire et de nombreux défis demeurent. Lorsqu'il s'adressera à nouveau aux représentants des Etats Membres, lors de la cinquante-septième session du Comité régional, il espère que tous seront devenus Parties à la Convention, et qu'il pourra faire état de baisses significatives de la consommation de tabac dans de nombreux autres pays du Pacifique occidental. L'OMS est incontestablement sur la bonne voie et fait preuve du dynamisme voulu.

M. LEE Kang-hee (République de Corée) fait observer que son pays a ratifié la Convention en mai 2005. Décidé à réduire de moitié le taux de prévalence du tabagisme d'ici à 2010, pour le ramener à 30 %, les pouvoirs publics ont mis en oeuvre des mesures de lutte antitabac conformes voire plus strictes encore que celles prescrites par la Convention. Après une hausse de 25 % du prix des cigarettes fin 2004, le tabagisme chez les hommes adultes a baissé et une nouvelle augmentation est prévue en fin d'année, malgré une certaine opposition. Depuis l'adoption de la Loi sur la promotion de la santé en 1995, de nouvelles mesures de lutte ont été menées à bien et les recettes issues d'une nouvelle taxe sur les produits du tabac destinée à financer la promotion sanitaire depuis 1997 sont également mises à profit pour soutenir différents programmes de lutte antitabac, ciblant les jeunes, les femmes, le personnel militaire et d'autres groupes encore. En 2005, des centres antitabac ont été ouverts dans des dispensaires de tout le pays. D'autres stratégies et plans d'action ont également permis de progresser. Son gouvernement remercie l'OMS de son soutien et de ses contributions et espère qu'elle continuera à étendre son assistance technique.

Le Dr TAO (Chine) exprime sa satisfaction devant les progrès rapides réalisés dans la lutte antitabac, dans la Région. Son gouvernement félicite l'OMS de ses victoires face au tabac et la remercie du soutien apporté aux programmes de lutte en Chine. Elle se félicite du Plan d'action régional – Initiative pour un monde sans tabac - 2005-2009. Ce dernier tient compte de l'incidence du tabac sur la pauvreté, en reconnaissant que les personnes pauvres et peu instruites, telles que les habitants des zones rurales et les migrants des zones urbaines, sont les plus enclines à fumer et à dilapider les maigres subsides de leurs familles. La Chine, qui compte en son sein des millions de personnes dans cette situation, accorde la priorité absolue à la lutte contre le tabac dans les zones rurales et soutient donc le travail de l'OMS sur la pauvreté, l'inégalité et la lutte antitabac.

Elle suggère plusieurs démarches. Continuer à favoriser les programmes de lutte antitabac et le renforcement des capacités à l'échelle nationale, au travers d'un appui technique, de formations et d'ateliers. Renforcer la recherche et la surveillance stratégiques au niveau régional, en vue d'enrichir

les données disponibles notamment. Concevoir des outils pratiques pour pouvoir effectuer une surveillance normalisée. Prendre des mesures homogènes dans le cadre de projets internationaux, tels que les Jeux Olympiques 2008, par la diffusion coordonnée de publicités antitabac dans toute la Région, par exemple. Intensifier la mise en commun des informations sur les expériences et les enseignements tirés. Instaurer des mesures incitatives régionales pour encourager une plus grande participation de la population et des organisations à la lutte antitabac.

La Chine a ratifié la Convention le 28 août 2005 mais sait que la route sera encore longue. Elle rappelle le proverbe chinois selon lequel les engagements pris doivent être honorés et l'action produit des résultats : la Convention servira de point de départ aux efforts envisagés à l'appui du Plan d'action.

Elle suggère que chaque année, le 27 février, soit célébrée l'entrée en vigueur de la Convention.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) déclare que son pays a été l'un des premiers à ratifier la Convention qui, espère-t-il, finira par faire disparaître le tabagisme, avec encore quelques efforts de la part de l'OMS. Il déplore les stratégies de promotion offensives des compagnies de tabac et de leurs complices et se dit préoccupé par le nombre croissant de nouveaux fumeurs, particulièrement chez les jeunes femmes, et par le fait qu'environ un tiers de la population urbaine des Iles Salomon fume. La journée mondiale sans tabac, célébrée récemment dans son pays, a voulu montrer que le tabagisme était la conséquence de la stupidité du fumeur, de l'ignorance des pouvoirs publics, convaincus que les taxes prélevées sur la vente du tabac en compensaient les effets sanitaires, et de l'indifférence des compagnies de tabac qui fabriquent et commercialisent une substance potentiellement toxique. Il exhorte les Etats Membres de la Région qui ne l'ont pas encore fait à ratifier la Convention avant le 1^{er} novembre 2005.

Mme NGUYEN THI MINH CHAU (Viet Nam) déclare que son pays a ratifié la Convention en novembre 2004 et qu'il a ensuite élargi et intensifié sensiblement son action de lutte antitabac. Parmi les vastes activités d'information, d'éducation et de communication qui ont été menées à bien, elle cite les réunions de sensibilisation, organisées avec le concours de l'OMS et d'autres partenaires, et une semaine nationale de lutte antitabac, en mai 2005. Le Comité directeur national de lutte antitabac examine et modifie les politiques en place afin de réduire l'offre et la demande grâce à un large train de mesures allant de la hausse des taxes à la lutte contre la vente illicite des produits du tabac. Le comité dresse également une feuille de route devant présider à la mise en oeuvre de la Convention. Parallèlement, des interventions communautaires nombreuses et variées ont été lancées ou étendues.

Pour étayer l'engagement, les efforts et les ressources mobilisés par les pays, la mise en oeuvre de la Convention devra s'appuyer sur une coopération internationale, à la fois pour résoudre les

questions transnationales et pour compléter les activités nationales. Son pays est disposé à s'impliquer dans ce type de coopération et sollicite le maintien du soutien technique et financier de l'OMS.

Mme HALBERT (Australie), se félicitant de l'entrée en vigueur de la Convention-cadre, déclare que son pays reconnaît la nécessité d'une action internationale concertée et a ratifié la Convention. Elle aussi invite instamment les rares Etats Membres de la Région qui ne l'ont pas encore fait à procéder à la ratification de la Convention. Les politiques actuelles et la législation en vigueur en Australie suffisent pour faire appliquer la Convention mais le gouvernement reste déterminé à renforcer les activités nationales de lutte contre le tabac. Il prépare de nouvelles initiatives et met actuellement au point un nouveau programme pour aider les femmes, et notamment les femmes autochtones, à arrêter de fumer pendant et après la grossesse. Son pays souscrit également au Plan d'action régional.

L'Australie est désireuse de mettre en commun ses informations et son expertise et elle est bien placée pour le faire. Elle soutient le projet d'action pour la santé dans le Pacifique, mis en oeuvre par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique à Kiribati, aux Tonga et au Vanuatu, qui vise à aider les jeunes à éviter les comportements à risques et à aider les pouvoirs publics à formuler des politiques favorisant des modes de vie plus sains. Des consultations sont en cours afin de recenser les compétences et l'expertise disponibles dans différents secteurs de la lutte antitabac.

M. COURSE (France) soutient pleinement le travail de l'OMS en matière de lutte antitabac. Lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional, la Nouvelle-Calédonie s'était engagée à rédiger un texte de loi sur la lutte antitabac. Début 2005, le gouvernement a approuvé le texte découlant de cet engagement et le Congrès l'a ensuite adopté. Parmi les actions menées depuis, on retiendra une hausse marquée du prix des produits du tabac, dont une partie des recettes ira financer des mesures préventives de santé publique. On citera également une interdiction de la publicité et de la consommation de tabac dans les lieux publics (qui vient compléter une interdiction antérieure de fumer dans les établissements scolaires), des messages de mise en garde sur les paquets de cigarettes et des programmes de sevrage tabagique. La Nouvelle-Calédonie a rejoint les rangs des pays mobilisés dans la lutte antitabac.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande), confirmant l'importance du travail accompli par l'OMS dans la lutte antitabac, rappelle que la Nouvelle-Zélande a ratifié la Convention en janvier 2004. Le soutien octroyé à plusieurs Etats Membres de la Région est reconduit au cours du présent exercice. Les efforts à l'intérieur du pays se sont également poursuivis : l'adoption et la mise en oeuvre de la Loi d'application des amendements relatifs aux environnements sans tabac (2003) a, entre autres choses, étendu l'interdiction de fumer dans les lieux publics, renforçant ainsi la mise en oeuvre de l'Article 8 de la Convention (Protection contre l'exposition à la fumée du tabac). La Nouvelle-Zélande s'attache actuellement à la mise en oeuvre des dispositions de l'Article 11 (Conditionnement

et étiquetage des produits du tabac). La Convention est un instrument important de réduction des méfaits du tabac dans la Région mais ne doit pas être considérée comme une fin en soi. Il compte sur des rapports réguliers du Bureau régional sur l'avancement des travaux et sur des informations concrètes indiquant une régression marquée de la consommation et de la prévalence du tabac.

Le Dr CUTTER (Singapour) déclare que son pays, qui a ratifié la Convention en mai 2004, poursuit le renforcement de ses mesures antitabac. Grâce à cela, une enquête réalisée par le ministère de la santé a montré que la prévalence du tabagisme ne cesse de décroître, et qu'elle représente désormais 12 % chez les adultes. Les écarts importants de prix des cigarettes entre les pays nuit parfois au succès de la taxation dans la lutte contre le tabac. Il suggère que l'OMS envisage de fixer un prix cible pour la Région de sorte qu'il ne soit plus possible d'obtenir des cigarettes bon marché dans la Région.

Le Dr TIBAN (Kiribati) applaudit le travail de l'OMS, qui a abouti à tant de ratifications, et annonce que son pays est devenu, il y a 7 jours, Partie à la Convention. Cette victoire n'a pas été chose facile pour le gouvernement car la consommation de tabac est enracinée dans la culture du pays. Son gouvernement se félicite du soutien octroyé dans le cadre du Projet Action pour la santé dans le Pacifique, qui a aidé à préparer le terrain, mais, conscient des difficultés à venir, il sollicite de l'OMS et des autres Etats Membres leur soutien et une mise en commun des expériences.

Le Dr TUIKETEI (Iles Fidji) salue les progrès considérables accomplis sur la voie de la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Depuis l'adoption de la Loi sur le tabac, aux Fidji, en 1998, des avancées très importantes ont été réalisées, dont l'établissement d'une Unité spéciale chargée de la lutte antitabac au sein du ministère de la santé. En outre, les activités de lutte contre le tabagisme ont été intégrées comme élément d'action prioritaire au sein du plan national stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles. L'adoption de la Loi sur le tabac a abouti, entre autres, à l'interdiction du parrainage d'événements sportifs par les marques de tabac, à l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, à l'interdiction de toute publicité pour le tabac, à l'instauration de zones réservées aux fumeurs, à la réduction de la teneur en nicotine des cigarettes vendues par l'industrie du tabac, à l'augmentation de la taille des mises en garde sur les paquets de cigarettes, à la certification du premier hôpital et du premier village sans tabac des Fidji, à l'ouverture de négociations avec les responsables du secteur des transports terrestres afin d'interdire la consommation de tabac dans les véhicules terrestres.

A l'heure actuelle, la Loi sur le tabac est en cours de révision. A l'occasion de la journée mondiale sans tabac, l'OMS a décerné une récompense aux Fidji, présentée en octobre 2004. Le gouvernement est résolument en faveur du programme d'interdiction totale du tabac. Il a prévu pour 2006 une augmentation des crédits de 100 %, par rapport à 2003. Des programmes de sevrage tabagique sont en cours de mise en oeuvre. Il salue le soutien apporté par le Secrétariat général de la

Communauté du Pacifique. L'efficacité de ces campagnes devrait se traduire par une amélioration des indicateurs nationaux en matière de maladies non transmissibles. Pourtant, la tâche reste ardue car l'industrie du tabac a toujours une foulée d'avance. Les Fidji souscrivent aux mesures de suivi proposées aux Etats Membres.

Le Dr MOHSIN (Brunéi Darussalam) déclare que la ratification de la Convention-cadre par son pays illustre l'engagement de son gouvernement dans la lutte antitabac. Le Brunéi Darussalam parachève l'Ordonnance sur le tabac (2005) qui reprend les dispositions de la Convention-cadre. Les taxes sur le tabac ont augmenté de 200 % depuis décembre 1994. Le gouvernement a imposé des mises en garde sanitaires sur tous les paquets de cigarettes importés. Parmi les difficultés rencontrées figure l'augmentation du tabagisme chez les enfants et les adolescents. Le phénomène doit être jugulé au travers de programmes de sensibilisation s'adressant aux groupes d'âge vulnérables et s'appuyant sur des campagnes d'information sur les effets nocifs du tabac dans les écoles primaires et secondaires, en collaboration avec le ministère de l'éducation, dans le cadre du programme de promotion sanitaire en milieu scolaire. Le ministère de la santé a ouvert des centres de sevrage tabagique en juin 2005. Lors de la journée mondiale sans tabac, il a présenté ses « directives de pratique clinique : un guide pour aider les fumeurs à s'arrêter » à l'usage des professionnels de la santé. Le renforcement des moyens de mise en oeuvre intégrale du programme de lutte antitabac est le domaine nécessitant le plus la mise en place de mesures. La représentante est pleinement consciente de l'importance de la coopération régionale et du soutien de l'OMS dans la conduite d'activités dans les domaines prioritaires.

Le Dr AKIZUKI (Japon) rappelle que le Japon a ratifié la Convention en juin 2004. Des progrès ont été accomplis dans la réduction de la consommation de tabac, dans la baisse du taux de tabagisme, dans la promotion des lieux publics non-fumeurs et dans la réduction de la taille de l'industrie du tabac. Une nouvelle section chargée des questions liées au tabac va être créée au sein du ministère de la santé. Une conférence nationale de haut niveau a donné à la stratégie intégrée de lutte antitabac un nouveau relief. La représentante confirme que le Japon est disposé à apporter son soutien dans la lutte antitabac et invite l'OMS à diriger la promotion d'une politique mondiale de lutte antitabac.

Le Dr RAHMAT (Malaisie) déclare que la lutte antitabac est l'une des priorités du ministère malaisien de la santé. L'adoption de la Loi amendée sur le contrôle des produits du tabac en 2004 va dans le sens des dispositions de la Convention. Le gouvernement va continuer à amender la législation en vigueur et à imposer des restrictions strictes pour endiguer le tabagisme. La loi globale sur la lutte antitabac visant à appuyer les efforts entrepris dans ce sens est à l'ébauche. Le gouvernement a déposé ses instruments de ratification de la Convention, la semaine dernière et un secrétariat a été constitué au sein du ministère de la santé pour superviser la mise en application des dispositions de la Convention.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) déclare que les Philippines ont signé la Convention en septembre 2003, avant de la ratifier en juin 2005. Le gouvernement a envisagé des moyens plus efficaces pour mettre en oeuvre le plan d'action régional de l'Initiative pour un monde sans tabac. Une solide coalition inter-organisations visant à encourager le renoncement au tabac a été formée. La sensibilisation du public est désormais inscrite à l'ordre du jour de la campagne pour des modes de vie sains et des programmes de santé maternelle, de santé des adolescents et de prévention du cancer. Les autorités locales ont adopté des résolutions et des arrêtés municipaux limitant la consommation de tabac dans les lieux publics et dans les transports en commun. La dernière Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes aux Philippines a montré que de moins en moins de jeunes se mettaient à fumer, ce qui a entraîné un manque à gagner pour les cultivateurs de tabac et leur main d'oeuvre. D'autres types de cultures sont à l'étude. De nouvelles lois fiscales prévoyant une hausse des taxes ont été adoptées. Une partie des recettes ainsi collectées sera consacrée aux campagnes en faveur de la santé et au financement de l'assurance sociale. L'appel lancé à l'occasion de la journée mondiale sans tabac a invité les professionnels de la santé, les mieux à même de donner le bon exemple auprès de leur patients, à renoncer au tabac.

Le Dr CHAN (Macao, Chine) félicite les Etats Membres qui ont ratifié la Convention. A l'échelle mondiale, la consommation de tabac constitue la première cause de décès évitables. A Macao, la dernière tendance est à l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes et les adolescents. La stratégie de lutte antitabac envisagée pour l'avenir comprendra des mesures plus radicales et plus complètes. Parmi celles-ci, on retiendra 1) l'intensification des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur les effets sanitaires du tabac dans tous les environnements tels que les écoles, les villages et les lieux de travail, 2) la réduction de l'exposition des adolescents à la publicité trompeuse et mensongère par l'interdiction de la promotion du tabac, 3) une réduction de l'exposition à la fumée ambiante par l'adoption d'une législation antitabac plus ferme et l'élargissement de l'interdiction de fumer aux lieux publics, 4) la limitation de l'accès des adolescents aux produits du tabac grâce à une réelle application de l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs, par une législation prévoyant une hausse des taxes et l'interdiction des distributeurs de cigarettes, 5) l'établissement de programmes de sevrage tabagique accessibles dans les écoles et enfin 6) le suivi permanent de la consommation de tabac et d'autres comportements à risque chez les jeunes et le reste de la population.

M. SAMO (Etats fédérés de Micronésie) évoque une étude réalisée à Harvard associant la consommation modérée d'alcool, de vin rouge notamment, à une amélioration de la santé cardiovasculaire et rappelle que les conclusions de cette étude avaient entraîné une augmentation de la consommation de vin. Il ne souhaite pas qu'une corrélation semblable soit établie avec le tabagisme ni que cette conclusion ne soit transposée, d'une quelconque manière, à la consommation de tabac. Il souscrit aux mesures de suivi proposées dans le cadre de l'Initiative pour un monde sans tabac. Il

salue l'action de l'OMS dans la lutte antitabac, ainsi que celle du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique et d'autres partenaires. Il attire l'attention des représentants sur la 7^e note de bas de page située en page 5 du document examiné, qui cite six pays participant à l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et fait remarquer que la Micronésie n'y figure pas alors qu'elle aussi y participe. Il demande donc qu'une éventuelle correction soit apportée. Il renvoie à une recommandation formulée par la Micronésie sur le tabac à mâcher lors de la précédente session, compte tenu de la prévalence croissante du phénomène dans les pays océaniques. S'agissant de la remarque faite plus tôt par le représentant de Singapour sur la nécessité d'augmenter le prix des produits du tabac, il renvoie à l'accord commercial conclu entre les îles du Pacifique qui permet aux pays de taxer le tabac à leur guise. Les mesures prises en la matière pourraient être alignées sur les dispositions de cet accord.

M. EDWARDS (Iles Marshall) annonce que les Iles Marshall ont franchi le pas important de la ratification de la Convention. Le ministère de la santé a lancé des initiatives pour éduquer le public aux risques sanitaires du tabagisme, 1) en imprimant des mises en garde dans la langue des Iles Marshall sur les paquets de cigarettes, afin d'en dissuader la consommation, 2) en placardant des affiches comportant des messages sanitaires antitabac dans certains lieux publics, 3) en établissant un comité de coalition pour engager le dialogue avec le public, 4) en interdisant de fumer dans les lieux publics, 5) en taxant les produits du tabac et 6) en établissant un registre du cancer. Le Comité chargé de l'alcoolisme et de la toxicomanie, créé en 2001, est actuellement relancé par le ministère de la santé, qui en renouvelle les membres.

Le Dr TANGI (Tonga) déclare que la ratification de la Convention par son gouvernement sera suivie d'effets. Il a veillé à ce que les principes de la Convention soient pris en compte dans le décret-loi qui a été adopté. Il met l'accent sur l'importance de la mise en application de la Convention. Aux Tonga, les recettes supplémentaires issues de la taxation du tabac seront allouées à la mise en oeuvre de la Convention et à l'application de la réglementation antitabac.

Le Dr PULU (Nioué) demande que tous ceux qui ne fument pas ou qui ont renoncé au tabac lèvent la main. Le résultat semble indiquer que la campagne n'a atteint que la moitié de son objectif. Il est résolu à montrer le bon exemple et entend bien annoncer, lors de la cinquante-septième session du Comité régional, que Nioué est devenu le premier pays « sans tabac ».

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il compte étudier la proposition de Singapour de fixer un prix cible pour le tabac dans la Région. Il entrevoit une difficulté liée au 2^e alinéa de l'article 6 de la Convention qui précise : « Sans préjudice du droit souverain des Parties de déterminer et de fixer leur politique fiscale, chaque Partie doit tenir compte de ses objectifs nationaux de santé en ce qui concerne la lutte antitabac... »

Il convient avec le représentant des Tonga que la ratification n'est qu'une première étape, qui doit être suivie par la mise en oeuvre de la Convention. La première session de la Conférence des Parties doit avoir lieu en février 2006 ; les pays qui n'auront pas ratifié la Convention au 15 novembre 2005 ne pourront pas y participer. La Conférence des Parties offrira un forum de discussion sur l'application de la Convention et de décisions sur la nature et le financement du Secrétariat.

Le COORDINATEUR REGIONAL, INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC remercie les représentants de leurs encouragements et de leurs recommandations, et remercie les gouvernements du Japon, des Etats-Unis et de Nouvelle-Zélande du soutien financier fourni l'an passé. Il a pris bonne note des voeux exprimés en matière de surveillance et de recherche, de rapports réguliers sur la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac, et de renforcement des partenariats dans la lutte antitabac. La plupart des pays de la Région ont ratifié la Convention et de nombreux textes de loi sont entrés en vigueur mais l'heure est à l'action, et le Bureau régional est prêt à y apporter son concours.

La séance est levée à 17 heures 40.