



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT VINGT ET UNIÈME SESSION

GENÈVE, 24 MAI 2007

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES

PROCÈS-VERBAUX

GENÈVE
2007



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT VINGT ET UNIÈME SESSION

GENÈVE, 24 MAI 2007

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES

PROCÈS-VERBAUX

GENÈVE
2007

ABREVIATIONS

Les abréviations suivantes sont employées dans la documentation de l’OMS :

ACDI	– Agence canadienne de Développement international
AGFUND	– Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies
AID	– Agency for International Development des Etats-Unis d’Amérique
AIEA	– Agence internationale de l’Energie atomique
ANASE	– Association des Nations de l’Asie du Sud-Est
BIRD	– Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement (Banque mondiale)
BIT	– Bureau international du Travail
BSP	– Bureau sanitaire panaméricain
CCQAB	– Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires
CCRS	– Comité consultatif de la Recherche en Santé
CCS	– Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination [précédemment Comité administratif de Coordination (CAC)]
CIOMS	– Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIRC	– Centre international de Recherche sur le Cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l’Alimentation et l’Agriculture
FIDA	– Fonds international de Développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
FNUAP	– Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	– Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
OACI	– Organisation de l’Aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de Coopération et de Développement économiques
OIE	– Office international des Epizooties
OIT	– Organisation internationale du Travail
OMC	– Organisation mondiale du Commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	– Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUCID	– Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l’Environnement
UIT	– Union internationale des Télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l’Education, la Science et la Culture
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
UNRWA	– Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n’impliquent de la part du Secrétariat de l’Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l’appellation « pays ou zone » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

AVANT-PROPOS

Le Conseil exécutif a tenu sa cent vingt et unième session au Siège de l’OMS, à Genève, le 24 mai 2007.

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ayant élu 12 Etats Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif¹ à la place de ceux dont le mandat était venu à expiration, la composition du Conseil était en conséquence la suivante :

Pays habilités à désigner un membre	Durée du mandat restant à courir²	Pays habilités à désigner un membre	Durée du mandat restant à courir²
Afghanistan	2 ans	Mexique	1 an
Azerbaïdjan	1 an	Namibie	1 an
Bahamas	3 ans	Nouvelle-Zélande	3 ans
Bhoutan	1 an	Paraguay	3 ans
Chine	2 ans	Pérou	3 ans
Danemark	2 ans	Portugal	1 an
Djibouti	2 ans	République de Corée	3 ans
El Salvador	2 ans	République de Moldova	3 ans
Emirats arabes unis	3 ans	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord	3 ans
Etats-Unis d’Amérique	2 ans	Rwanda	1 an
Indonésie	3 ans	Sao Tomé-et-Principe	3 ans
Iraq	1 an	Singapour	2 ans
Japon	1 an	Slovénie	2 ans
Lettonie	2 ans	Sri Lanka	2 ans
Libéria	1 an	Tunisie	3 ans
Madagascar	1 an	Turquie	2 ans
Malawi	3 ans		
Mali	2 ans		

On trouvera des renseignements concernant les membres du Conseil désignés par les Etats Membres ci-dessus dans la liste des membres et autres participants.

¹ Décision WHA60(8). Les membres sortants avaient été désignés par les pays suivants : Australie, Bahreïn, Bolivie, Brésil, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Kenya, Lesotho, Luxembourg, Roumanie, Thaïlande et Tonga.

² A la date de clôture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.....	iii
Ordre du jour.....	ix
Liste des documents.....	xi

PARTIE I

RESOLUTIONS ET DECISIONS

Résolutions

EB121.R1	Méthode de travail du Conseil exécutif.....	3
EB121.R2	Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité.....	4

Décisions

EB121(1)	Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif.....	5
EB121(2)	Composition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.....	5
EB121(3)	Composition du Comité de la Fondation Léon Bernard.....	5
EB121(4)	Composition du Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot.....	6
EB121(5)	Composition du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé.....	6
EB121(6)	Composition du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé.....	6
EB121(7)	Composition du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé.....	6
EB121(8)	Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.....	7

	Pages
EB121(9) Date, lieu et durée de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif	7
EB121(10) Date, lieu et durée de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé	7

ANNEXES

1. Incidences financières et administratives qu’auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif.....	9
2. Amendements au Règlement intérieur du Conseil exécutif	11

PARTIE II

PROCES-VERBAUX

Liste des membres et autres participants	15
Comités et groupes de travail	35

Première séance

1. Ouverture de la session et adoption de l’ordre du jour	37
2. Election du président, des vice-présidents et du rapporteur	37
3. Résultats de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.....	39
4. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l’Administration du Conseil exécutif.	40
5. Questions techniques et sanitaires	
Technologies sanitaires.....	41
Grippe aviaire et grippe pandémique : suivi de l’examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.....	43
Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : suivi de l’examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.....	43
6. Questions administratives, budgétaires et financières	
Directeur général et Directeur général adjoint de l’Organisation mondiale de la Santé : rapport consécutif à la résolution EB120.R19	43

Deuxième séance

1. Questions administratives, budgétaires et financières (suite)	
Méthode de travail du Conseil exécutif	48
Multilinguisme : plan d’action.....	51
Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir.....	55
Comité d’experts de la Sélection et de l’Utilisation des Médicaments essentiels : création d’un sous-comité	58
Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l’Assemblée de la Santé.....	58

	Pages
2. Questions relatives au personnel	
Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l’OMS.....	59
3. Questions soumises pour information : rapports de comités d’experts et de groupes d’étude	59
4. Clôture de la session	60

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Election du président, des vice-présidents et du rapporteur
3. Résultats de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
4. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
5. Questions techniques et sanitaires
 - 5.1 Technologies sanitaires
 - 5.2 Grippe aviaire et grippe pandémique : suivi de l'examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
 - 5.3 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : suivi de l'examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
6. Questions administratives, budgétaires et financières
 - 6.1 Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport consécutif à la résolution EB120.R19
 - 6.2 Méthode de travail du Conseil exécutif
 - 6.3 Multilinguisme : plan d'action
 - 6.4 Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir
 - 6.5 Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité
 - 6.6 Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé
 - 6.7 [supprimé]

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance.

7. Questions relatives au personnel
 - 7.1 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l’OMS
 - 7.2 [supprimé]
 8. Questions soumises pour information : rapports de comités d’experts et groupes d’étude
 9. Clôture de la session
-

LISTE DES DOCUMENTS

EB121/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB121/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB121/2	Résultats de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
EB121/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB121/4	Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport consécutif à la résolution EB120.R19
EB121/5	Méthode de travail du Conseil exécutif ²
EB121/5 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
EB121/6 et Corr.1	Multilinguisme : plan d'action
EB121/7	Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir
EB121/7 Add.1 et Add.1 Corr.1	Comités du Conseil exécutif : composition
EB121/8	Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité
EB121/8 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
EB121/9	Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé
EB121/10	Comités d'experts et groupes d'étude
EB121/11	Technologies sanitaires

¹ Voir p. ix.

² Voir annexe 2.

³ Voir annexe 1.

Document d'information

EB121/INF.DOC./1 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS

Divers

EB121/DIV/1 Liste provisoire des membres et autres participants

EB121/DIV/2 Emploi du temps quotidien préliminaire

EB121/DIV/3 Décisions et liste des résolutions

EB121/DIV/4 Liste des documents

PARTIE I
RESOLUTIONS ET DECISIONS
ANNEXES

RESOLUTIONS

EB121.R1 Méthode de travail du Conseil exécutif¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la méthode de travail du Conseil exécutif ;²

1. DECIDE :

1) de faire siens les critères relatifs aux propositions tendant à inscrire des points supplémentaires à l'ordre du jour provisoire des sessions du Conseil exécutif, à savoir les propositions portant sur une question de santé publique de portée mondiale, ou un nouveau sujet relevant de la compétence de l'OMS, ou un problème représentant une lourde charge pour la santé publique ;

2) d'examiner les projets de résolutions présentés au cours des sessions du Conseil afin de veiller à ce qu'ils prévoient une date butoir réaliste ainsi qu'un dispositif approprié pour l'examen, le suivi et les comptes rendus d'exécution, qu'ils soient concis, ciblés et concrets et que leurs incidences politiques, programmatiques et financières soient prises en compte, notamment par référence au plan stratégique à moyen terme ;

3) de modifier son Règlement intérieur comme proposé dans l'annexe 2 du rapport sur la méthode de travail du Conseil exécutif, avec effet dès la clôture de sa cent vingt et unième session ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de communiquer les critères mentionnés au paragraphe 1.1) ci-dessus aux Etats Membres au moment de les inviter à soumettre des propositions tendant à inscrire des points supplémentaires à l'ordre du jour provisoire des sessions ultérieures du Conseil exécutif ;

2) de veiller à ce que les paramètres mentionnés au paragraphe 1.2) ci-dessus soient appliqués aux projets de résolutions proposés par le Secrétariat.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

¹ Voir à l'annexe 1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat et à l'annexe 2 les amendements au Règlement intérieur du Conseil exécutif.

² Document EB121/5.

EB121.R2 Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité¹

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Secrétariat sur la création d'un sous-comité du Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels ;²

1. DECIDE de créer, à compter de juin 2007, un sous-comité temporaire du Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels, composé au maximum de 15 membres, et doté du mandat suivant :

1) établir une liste des médicaments destinés aux enfants sur la base de leurs besoins cliniques et de la charge de morbidité et la mettre à la disposition du Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels afin qu'il puisse l'utiliser pour réviser et actualiser régulièrement la liste modèle OMS des médicaments essentiels et y inclure les médicaments essentiels destinés aux enfants qui n'y figureraient pas ;

2) définir des critères d'adéquation pour les formes galéniques des médicaments destinés aux enfants, en accordant une attention particulière à la situation dans les pays en développement ;

3) étudier s'il serait possible de fabriquer les formulations voulues des médicaments prioritaires dont il n'existe actuellement pas de forme galénique destinée aux enfants, en tenant plus particulièrement compte des conditions d'utilisation là où les ressources sont limitées et des données disponibles sur l'efficacité et l'innocuité dans les groupes d'âge considérés ;

4) recenser les lacunes de la recherche clinique concernant l'innocuité et l'efficacité des médicaments essentiels destinés aux enfants afin d'améliorer les prescriptions et les posologies qui laissent à désirer et faciliter l'homologation réglementaire des formulations pédiatriques ;

5) rendre compte au Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels en 2009 ;

2. DECIDE EN OUTRE que le sous-comité temporaire cessera d'exister en 2009, après avoir remis son rapport au Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

¹ Voir à l'annexe 1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Document EB121/8.

DECISIONS

EB121(1) Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a nommé le Dr Jigmi Singay (Bhoutan) et le Dr J. Calderón Yberico (Pérou) membres, pour la durée de leur mandat au Conseil exécutif, de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales, en plus de M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), du Dr Ren Minghui (Chine) et du Dr R. R. Jean Louis (Madagascar) qui font déjà partie de ce Comité. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(2) Composition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a nommé membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le Dr S. F. Supari (Indonésie), le Dr H. Shinozaki (Japon), le Dr Z. M. Youba (Mali), M. M. Bailón (Mexique), M. P. Hodgson (Nouvelle-Zélande), le Professeur J. Pereira Miguel (Portugal) et le Dr H. Abdessalem (Tunisie) pour une période de deux ans ou jusqu'à l'expiration de leur mandat au Conseil, si celle-ci intervient plus tôt, en plus du Dr A. S. Salehi (Afghanistan), de M. J. Fisker (Danemark), du Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), du Dr W. T. Gwenigale (Libéria) et de M. N. S. de Silva (Sri Lanka) qui font déjà partie de ce Comité ; et le Dr B. Sadasivan (Singapour), Président du Conseil, et le Dr J. G. Maza Brizuela (El Salvador), Vice-Président du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité, à l'exception des deux membres de droit, n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(3) Composition du Comité de la Fondation Léon Bernard

Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation Léon Bernard, a nommé le Professeur S. Aydin (Turquie) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Comité de la Fondation Léon Bernard, en plus du Président et des Vice-Présidents du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si le Professeur Aydin n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Comité, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(4) Composition du Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot

Le Conseil exécutif, conformément au Règlement d'exécution de la Fondation Jacques Parisot, a nommé Sir Liam Donaldson (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot, en plus du Président et des Vice-Présidents du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si Sir Liam Donaldson n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(5) Composition du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts du Prix Sasakawa pour la Santé, a nommé le Professeur Sohn Myong-sei (République de Corée) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Professeur Sohn Myong-sei n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(6) Composition du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé

Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, a nommé le Dr H. Abdessalem (Tunisie) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Dr Abdessalem n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(7) Composition du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé

Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, a nommé le Dr A. A. Bin Shakar (Emirats arabes unis) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Dr Bin Shakar n'était pas en mesure d'assister aux réunions du

Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(8) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr B. Sadasivan (Singapour), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr W. T. Gwenigale (Libéria), le Dr V. Jaksons (Lettonie) et M. A. A. Miguil (Djibouti) pour représenter le Conseil à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Dr J. G. Maza Brizuela (El Salvador), et le Rapporteur, le Dr Jigmi Singay (Bhoutan), pourraient être invités à représenter le Conseil.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(9) Date, lieu et durée de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent vingt-deuxième session s'ouvrirait le lundi 21 janvier 2008 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 26 janvier 2008.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

EB121(10) Date, lieu et durée de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

Le Conseil exécutif a décidé que la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 19 mai 2008 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 24 mai 2008.

(Deuxième séance, 24 mai 2007)

ANNEXE 1

Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif

[EB121/5 Add.1 – 24 mai 2007]

1. Résolution EB121.R1 Méthode de travail du Conseil exécutif	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité Organes directeurs	Résultats escomptés 1. Adoption de résolutions axées sur des questions de politique générale et de stratégie donnant des orientations claires aux Etats Membres et au Secrétariat quant à leur mise en oeuvre. 3. Déroulement des réunions des organes directeurs dans toutes les langues officielles de l'OMS au niveau mondial et dans les langues officielles choisies au niveau des comités régionaux.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution a un lien avec les résultats escomptés susmentionnés et permettra d'atteindre les cibles fixées pour les indicateurs suivants :	
<ul style="list-style-type: none">• Proportion de résolutions adoptées concernant la politique générale et applicables aux niveaux mondial, régional et national• Ponctualité dans la mise à disposition de la documentation dans les langues officielles.	
3. Incidences financières	
a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
Pas de coût supplémentaire. En revanche, bien que cela soit difficile à prévoir, il serait possible de faire des économies si l'on réduisait le nombre de résolutions qui doivent être suivies et faire l'objet de rapports et si l'on améliorait la gestion de l'ordre du jour et la production de la documentation du Conseil exécutif.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
Pas de coût supplémentaire. En revanche, bien que cela soit difficile à prévoir, il serait possible de faire des économies en améliorant la gestion de l'ordre du jour et la production de la documentation pour la session du Conseil exécutif de janvier 2008.	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?	
Sans objet.	

<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions Siège.</p> <p>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) Pas de besoins en personnel supplémentaire. Un délai d'exécution plus long faciliterait la planification et l'expédition de la documentation grâce au personnel déjà en place.</p> <p>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation) La mise en oeuvre se ferait sur une base continue ; l'évaluation pourrait avoir lieu dans un délai de deux ans.</p>
--

<p>1. Résolution EB121.R2 Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité</p>
--

<p>2. Lien avec le budget programme</p> <p>Exercice 2006-2007 Domaine d'activité : Médicaments essentiels</p> <p>Exercice 2008-2009 Objectif stratégique : 11</p>	<p>Résultats escomptés</p> <p>7. Promotion de la sensibilisation et de principes directeurs sur l'usage rationnel selon un bon rapport coût/efficacité des médicaments en vue d'améliorer l'usage des médicaments par les professionnels de la santé et par les consommateurs.</p> <p>3. Au Secrétariat, ainsi que dans les programmes régionaux et nationaux, élaboration – sur la base de données factuelles – et promotion d'orientations politiques pour inciter les agents de santé et les patients à faire un usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies et produits médicaux.</p>
--	---

<p>3. Incidences financières</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$450 000</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$180 000</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? 100 %</p>
--

<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions Travaux normatifs à entreprendre au Siège. Consultation avec les Régions et les pays nécessaire.</p> <p>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) L'équivalent d'un membre du personnel à plein temps de la catégorie professionnelle sera nécessaire pour l'exercice 2008-2009.</p> <p>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation) Mise au point et diffusion d'une liste de médicaments essentiels pour les enfants durant la période 2007-2008 et consultation débouchant sur l'approbation de celle-ci en 2009 par le Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels. Il est prévu de dissoudre ce sous-comité à ce moment-là.</p>
--

ANNEXE 2

Amendements au Règlement intérieur du Conseil exécutif¹

[EB121/5, annexe 2 – 26 avril 2007]

SESSIONS

Article 5

Le Conseil tient au moins deux sessions par an. Il fixe, à chaque session, la date et le lieu de la session suivante.

Les convocations sont expédiées par le Directeur général huit semaines avant l'ouverture d'une session ordinaire aux membres du Conseil, aux Etats Membres et aux Membres associés, ainsi qu'aux organisations visées à l'article 4 invitées à se faire représenter à la session.

Les documents en vue de la session sont envoyés par le Directeur général pas moins de six semaines avant le début d'une session ordinaire du Conseil. Ils sont rendus accessibles sous forme électronique dans les langues de travail du Conseil sur le site Internet de l'Organisation.

Les documents en vue de la session doivent être conformes aux fonctions du Conseil et contenir les informations requises en vertu de l'article 18 et des recommandations claires à l'intention de celui-ci.

ORDRE DU JOUR

Article 8

Le Directeur général établit, pour chaque session du Conseil, un projet d'ordre du jour provisoire, qui est communiqué aux Etats Membres et aux Membres associés dans les quatre semaines suivant la clôture de sa session précédente.

Toute proposition tendant à inscrire à l'ordre du jour un point mentionné aux alinéas *c)*, *d)* et *e)* de l'article 9 doit parvenir au Directeur général 12 semaines au moins après la diffusion du projet d'ordre du jour provisoire ou 10 semaines au moins avant l'ouverture de la session, la première des deux dates correspondantes étant retenue.

¹ Voir la résolution EB121.R1.

L'ordre du jour provisoire de chaque session est établi par le Directeur général, après consultation des membres du bureau sur la base du projet d'ordre du jour provisoire et de toute proposition reçue conformément au deuxième paragraphe du présent article.

Lorsque le Directeur général et les membres du bureau jugent nécessaire de recommander de différer ou d'exclure des propositions reçues conformément au deuxième paragraphe du présent article, l'ordre du jour provisoire donne les raisons de cette recommandation.

Un ordre du jour provisoire annoté, accompagné de toute recommandation visée au quatrième paragraphe du présent article, est envoyé avec les convocations expédiées conformément aux dispositions de l'article 5 ou de l'article 6, selon le cas.

.....
BUREAU DU CONSEIL
.....

Article 14 bis

Le Président, ou un Vice-Président agissant en qualité de président, ne prend pas part au scrutin mais, si nécessaire, il peut désigner un suppléant de sa délégation conformément à l'article 27.

PARTIE II
PROCES-VERBAUX

LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

SINGAPOUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Foreign Affairs, Singapore (**Président**)

Suppléants

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW Suok Kai, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health Singapore

Conseillers

Dr B. KOH, Assistant Director (Surveillance), Ministry of Health Singapore

Mr C. WONG, Assistant Director (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Ms D. TEO, Health Policy Analyst (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr S.N. SYED HASSIM, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BASHA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms KOONG Pai Ching, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

AFGHANISTAN

Dr A.S. SALEHI, Director, International Relations Department, Ministry of Public Health, Kabul

Suppléants

Dr A.J. NAEEM, Head, Grants and Contracts Management Unit, Ministry of Public Health, Kabul

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr F. AMEL, Attaché (Administration), Permanent Mission, Geneva

AZERBAIDJAN

Mr O.K. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku

Suppléants

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BAHAMAS

Dr M. DAHL-REGIS, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Nassau

BHOUTAN

Dr JIGMI SINGAY, Minister for Health, Thimphu (**Rapporteur**)

Suppléants

Mr S.T. RABGYE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr D. WANGCHUK, Director General, Department of Medical Services, Ministry of Health,
Thimphu

Conseillers

Mrs K.C. NAMGYEL, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. WANGCHUK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms T. PEMO, Nursing Superintendent, Jigme Dorji Wangchuck National Memorial Hospital,
Ministry of Health, Thimphu

Mr T. DORJI, Programme Officer, Information and Communication Bureau, Ministry of
Health, Thimphu

CHINE

Dr QI Qingdong, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of
Health, Beijing (**suppléant du Dr Ren Minghui**)

Suppléants

Mr FU Cong, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr XING Jun, Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health,
Beijing

Mr WANG Chuan, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr ZHANG Ze, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms SITU Sujian, Programme Officer, Department of International Cooperation, Ministry of
Health, Beijing

DANEMARK

Mr J. FISKER, Director General, National Board of Health, Copenhagen

Suppléant

Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Conseillers

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Dr S.J. JØRGENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms H. KNUDSEN, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti (**Vice-Président**)

Suppléant

M. A.M. ABOUBAKER, Directeur des Etudes, de la Planification et de la Coopération
internationale, Ministère de la Santé, Djibouti

EL SALVADOR

Dr. J.G. MAZA BRIZUELA, Ministro de Salud, San Salvador (**Vice-Président**)

Suppléants

Sr. B.F. LARIOS LÓPEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

EMIRATS ARABES UNIS

Dr A.A. BIN SHAKAR, Undersecretary, Ministry of Health, Abu Dhabi

Suppléants

Mr A.I. AL MAHRI, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Mrs N. AL QASSIMI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Dr Y.A. AL MULLA, Director, Dental Medical Care Center, Sharjah

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr J.O. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Suppléants

Mr M. ABDOO, International Health Analyst, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC

Ms D. GIBB, Senior Technical Adviser, Bureau for Global Health, Agency for International Development, Washington, DC

Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

INDONESIE

Dr S. F. SUPARI, Minister of Health, Jakarta

Suppléants

Dr I.N. KANDUN, Director-General, Disease Control and Health Management, Ministry of Health, Jakarta

Dr M. WIBISONO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms L.S.W. SULISTYOWATI, Head, Centre of Public Communication, Ministry of Health, Jakarta

Ms M. UTAMI, Head, Section for Administration and Protocol, Ministry of Health, Jakarta

Conseillers

Dr W. LUKITO, Assistant to the Minister of Health, Jakarta

Mr I.G.A.W. PUJA, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr A. SOMANTRI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRAQ

Dr A. AL-KHUZAIEE, Undersecretary for Technical Affairs, Ministry of Health, Baghdad
(**suppléant du Dr A.H.I. Al-Shammari**)

Suppléants

Mr B.H. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr R.R. MANSOOR, Deputy Director General and Head, International Health Department,
Office of the Minister of Health, Baghdad

Dr M.J. HUWAIL, Deputy Director General for Primary Health and Public Health, Ministry of
Health, Baghdad

Ms M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A.L. RASHID, Attaché, Permanent Mission, Geneva

JAPON

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Suppléants

Dr H. INOUE, Director, International Cooperation Office, Ministry of Health, Labour and
Welfare, Tokyo

Dr S. KOIKE, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and
Welfare, Tokyo

Ms M. IMAI, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and
Welfare, Tokyo

Mr K. NATSUME, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LETTONIE

Dr V. JAKSONS, Adviser to the State Secretary on International Affairs, Ministry of Health, Riga
(**Vice-Président**)

Suppléants

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia (**Vice-Président**)

Suppléant

Dr B. DAHN, Ministry of Health, Monrovia

MADAGASCAR

Dr M.P.O. RAHANTANIRINA, Vice-Ministre de la Santé, du Planning familial et de la Protection
sociale, Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, Antananarivo
(**suppléant du Dr R.R. Jean Louis**)

Suppléants

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. ANDRIANJAKA, Conseiller, Mission permanente, Genève
Dr M.O. ADRIANARIVONY, Maternité de Béfelatanana
Mme N.H.N. HARIZANDRY, Chef, Service des Relations publiques et internationales,
Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale, Antananarivo

MALAWI

Dr F. SALANIPONI, Director, National TB Control Programme, Ministry of Health, Lilongwe
Suppléants
Ms M.E. NGAUNJE, Minister of Health, Lilongwe
Mr C.V. KANG'OMBE, Secretary for Health, Ministry of Health, Lilongwe
Dr K. KAMOTO, Ministry of Health, Lilongwe
Dr D. LIU, Technical Adviser, Ministry of Health, Lilongwe
Conseiller
Mrs M.S. KAGONEGONE, Office of the Minister of Health, Lilongwe

MALI

Mme Z.M. YOUBA, Ministre de la Santé, Bamako
Suppléants
M. S.L. SOW, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako
Professeur T. SIDIBE, Directeur national de la Santé, Ministère de la Santé, Bamako
M. I. SANGHO, Chargé de mission à la Communication, Ministère de la Santé, Bamako
M. S. KASSE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève
M. A. MAÏGA, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

MEXIQUE

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF
Suppléants
Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra
Sra. A. VELÁZQUEZ BERUMEN, Directora General, Centro Nacional de Excelencia
Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, México, DF
Dr. E. JARAMILLO, Director Ejecutivo, Operación Internacional, Comisión Federal para la
Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud, México, DF
Sra. D.M. VALLE ÁLVAREZ, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

NAMIBIE

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Suppléant
Ms D.J. TJIPURA, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

NOUVELLE-ZELANDE

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General of Health, Ministry of Health, Wellington (**suppléant de M. P. Hodgson**)

Suppléant

Dr A. BLOOMFIELD, Chief Adviser Public Health, Ministry of Health, Wellington

PARAGUAY

Dr. R. DULLAK, Director General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción (**suppléant du Dr O. Martínez Doldan**)

Suppléants

Dra. N. DURÉ DE BORDÓN, Viceministra de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

Sr. R. GAUTO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Srta. P. FRUTOS, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

PEROU

Dr. J. CALDERÓN YBERICO, Viceministro de Salud, Lima (**suppléant de M. C. Vallejos**)

Suppléants

Sr. C.A. CHOCANO BURGA, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Dra. D. SUÁREZ, Asesora del Viceministro de Salud, Lima

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Président, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

Suppléants

M. F. XAVIER ESTEVES, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme M. ABRANTES, Expert, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

REPUBLIQUE DE COREE

Professor SOHN Myong-sei, Vice-President, Korean Academy of Medical Science, Seoul

Suppléants

Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms KIM Sun-young, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Dr I. ABABII, Minister of Health, Chisinau

Suppléants

Mr V. MORARU, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva

Mr V. PALII, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Conseiller

Mrs N. URSU-MORARU, Adviser to the Minister of Health, Chisinau

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London

Suppléants

Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms P. SCOTT, Programme Officer, Department for International Development, London

Ms S. HENDRY, Department of Health, London

Ms T. AKINFOLAJIMI, Department of Health, London

Mr W. NIBLETT, Department of Health, London

Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr T. GOODWIN, Permanent Mission, Geneva

Conseillers

Ms H. THOMAS, Permanent Mission, Geneva

Ms S. CHUBBS, Permanent Mission, Geneva

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKURIRYAYO, Minister of Health, Kigali

Suppléants

Mrs V. SEBUDANDI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr A. KAYITAYIRE, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr A. KAJANGWE, Officer on Multilateral Services (Health Issues), Permanent Mission, Geneva

SAO TOME-ET-PRINCIPE

Dr J.M. DE CARVALHO, Coordinateur des Soins de Santé, Ministère de Santé, Sao Tomé

Suppléant

Dr J. AFONSO NOBRE DOS RAMOS, Directeur, Cabinet du Ministre de la Santé, Sao Tomé

SLOVENIE

Dr B. VOLJ , Adviser, The Blood Transfusion Centre of Slovenia, Ljubljana

Suppléants

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms V.-K. PETRI , Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Mr B. JERMAN, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms G. KORŽE, Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Ms N. KRTELJ, Adviser, Ministry for Health, Ljubljana

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suppléants

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr H.A.P. KAHANDALIYANAGE, Secretary, Ministry of Healthcare and Nutrition, Colombo

Dr Y.D.N. JAYATHILAKA, Additional Secretary, Ministry of Healthcare and Nutrition,
Colombo

Dr P. ABEYKOON, Consultant, Ministry of Healthcare and Nutrition, Colombo

Dr S. SAMARAKOON, Consultant Venereologist, National STD/AIDS Control Programmer,
Ministry of Healthcare and Nutrition, Colombo

Mr O.L. AMEERAJWAD, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. DISSANAYAKE, Deputy Director, Ministry of Foreign Affairs, Colombo

Ms A. RAJAPAKSE, Consultant

TUNISIE

Dr H. ABDESSALEM, Directeur général, Unité de la Coopération technique, Ministère de la Santé
publique, Tunis

Suppléants

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

TURQUIE

Professor S. AYDIN, Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Ankara

Suppléants

Dr F. AYDINLI, Deputy Director-General, Directorate General for Primary Health Care,
Ministry of Health, Ankara

Mr V.E. ETENSEL, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr E. YÜKSEL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF¹**AFRIQUE DU SUD**

Mrs G. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms N. DLADLA, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

ALGERIE

M. El-H. EL BEY, Conseiller, Mission permanente, Genève

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

ALLEMAGNE

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms D. REITENBACH, Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr G. HOUTTUIN, Head, Geneva Liaison Office, General Secretariat of the Council of the European Union, Geneva
Mr T. HOFMAN, Desk Officer, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr L. SELWIG, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr J. ECKENDORF, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Mr C. SHREINER, Federal Ministry of Health, Bonn
Dr A. GRIMAUD, Adviser, Geneva Liaison Office, General Secretariat of the Council of the European Union, Geneva
Ms M. BREDEHORST, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn
Ms K. HÜPER, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ANGOLA

Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr S. NETO DE MIRANDA, Assistant, Permanent Mission, Geneva

ARGENTINE

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

AUSTRALIE

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr G. ADLIDE, Counsellor, AusAID, Permanent Mission, Geneva
Mr S. THOM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Dr T. POLETTI, Aid Adviser, AusAID, Permanent Mission, Geneva
Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer, AusAID, Permanent Mission, Geneva

AUTRICHE

Ms C. KOKKINAKIS, Minister Plenipotentiary, Permanent Mission, Geneva
Dr H. FRIZA, Minister Plenipotentiary (Public Health), Permanent Mission, Geneva

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.E. MOWLA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELGIQUE

M. A. VAN MEEUWEN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme B. MINART, Représentant permanent adjoint, Genève
M. J. DE PRETER, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

BELIZE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

BOSNIE-HERZEGOVINE

Ms J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVI , First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BULGARIE

Mrs D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CANADA

Ms G. WISEMAN, Director, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa
Mr D.R. MACPHEE, Special Adviser, WHO/Global Health Issues, Human Rights and Human
Security Bureau, Foreign Affairs and International Trade, Ottawa
Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr P. BLAIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

COSTA RICA

Srta. A. SEGURA, Ministro Consejero, Encargada de negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra
Sr. C.F. GARBANZO BLANCO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COTE D'IVOIRE

M. R. ALLAH KOUADIO, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan
M. G.A. GAUZE, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Dr I.M. COULIBALY, Inspecteur des Services médicaux, Ministère de la Santé et de l'Hygiène
publique, Abidjan
Dr K. MAMADOU, Conseiller technique, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan
Dr M.-L. TCHERE YAVO, Directeur Coordonnateur, Programme national de Promotion de la Santé
bucco-dentaire, Abidjan
Dr M. SAN KOFFI, Directeur, Programme national de Lutte contre le Paludisme, Abidjan
Dr OUATTARA SIGUIFOTA, Directeur Coordonnateur, Programme élargi de Vaccination, Abidjan

Dr J. KOUAKOU KOUAKOU, Directeur, Programme national de Lutte contre la Tuberculose, Abidjan

Dr D. EKRA KOUADIO, Sous-Directeur chargé de la Surveillance épidémiologique, l'Hygiène générale, Etude et Recherche, Institut national de l'Hygiène publique, Abidjan

M. A.F. KACOU, Chargé de mission, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan

EQUATEUR

Sra. L. BAQUERIZO GUZMÁN, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Dr. E. RODRÍGUEZ, Asesor, Ministerio de Salud Pública, Quito

ESPAGNE

Sra. M. LIMARQUEZ, Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sr. O. GÓNZALEZ GUTIERREZ-SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTONIE

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

EX-REPUBLIQUE YUGOSLAVE DE MACEDOINE

Mr G. AVRAMCHEV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs K. SALMANI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERATION DE RUSSIE

Mr V. NEBENZIA, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr N. SIKACHEV, Senior Adviser, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr M. TSESHKOVSKIY, Senior Researcher, Central Research Institute of Health Management and Information Systems, Moscow

Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BERDYEV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

FINLANDE

Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCE

M. C. GUILHOU, Représentant permanent adjoint, Mission permanente, Genève

Mme E. JEAN, Chef, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme J. TOR-DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. D. MYARD, Mission permanente, Genève

Mme G. BONNIN, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

GABON

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GRECE

Mr F. VERROS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. RAMIRO MARTÍNEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

HAITI

M. J.B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

HONDURAS

Sr. J.D. URBIZO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sra. G. BU FIGUEROA, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

HONGRIE

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr G. SOMOGYI, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms O.R. TÓTH, Permanent Mission, Geneva

IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')

Dr B. SADRIZADEH, Adviser for Health and International Affairs to the Minister of Health and Medical Education, Tehran

IRLANDE

Mr P. KAVANAGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M. GALLAGHER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms F. FLETCHER, Assistant Principal Officer, Department of Health and Children, Dublin

ISLANDE

Mrs V. INGOLFSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr Y. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms D. NICOLAU-NORRIS, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIE

Mme L. FIORI, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
Mme M.P. RIZZO, Expert, Ministère des Affaires étrangères, Rome
Mme E. BIANCHINI, Attaché, Mission permanente, Genève

KAZAKHSTAN

Dr Z. KARAGULOVA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

KENYA

Dr T. MBOYA OKEYO, Counsellor (Medical), Permanent Mission, Geneva

LUXEMBOURG

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

NORVEGE

Mrs T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr T.E. LINDGREN, Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo

PAYS-BAS

Mr B.J. VAN EENENNAAM, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr F. LAFEVER, Head, International Affairs Department, Ministry of Health, Welfare and Sport,
The Hague
Ms M.S. KAPPEYNE VAN DE COPELLO, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms G. VRIELINK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms N. JAGESSAR, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms L. VAN TONGEREN, Adviser, Permanent Mission, Geneva

REPUBLIQUE DOMINICAINE

Sr. H.L. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. SEGURA, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

REPUBLIQUE TCHEQUE

Mr T. HUSÁK, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. BELADOVÁ, International Relations and European Union Department, Ministry of Health,
Prague
Mr P. HRNÍČEK, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms B. SOUŠKOVÁ, Permanent Mission, Geneva

ROUMANIE

Mr D.R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SENEGAL

M. M. SECK, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

SUEDE

Ms A. HALÉN, Deputy Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

SUISSE

M. G. KESSLER, Chef, Section Organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. A. VON KESSEL, Chef suppléant, Section Organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève

Mme B. SCHAER BOURBEAU, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. P. BEYER, Conseiller juridique, Service juridique, Division Droit et Affaires internationales, Institut fédéral de la Santé publique, Berne

THAILANDE

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Director, Bureau of International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Director, Bureau of International Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)

Sr. O. CARVALLO VALENCIA, Embajador, Encargado de negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sr. J. ARIAS PALACIO, Embajador, Representante Permanente Adjunto, Ginebra

Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

VIET NAM

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

OBSERVATEUR D'UN ETAT NON MEMBRE**SAINT-SIEGE**

Mgr S.M. TOMASI, Nonce apostolique, Observateur permanent, Genève

Mgr F. CHICA ARELLANO, Conseiller

Père R. VITILLO, Expert

**REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES
ET DES INSTITUTIONS APPARENTEES**

Organisation des Nations Unies

Dr D. NABARRO, United Nations System
Senior Coordinator for Avian and Human
Influenza

**Conférence des Nations Unies sur le
Commerce et le Développement**

Ms E. TUERK, Economic Affairs Officer,
Division of International Trade in Goods
and Services, and Commodities

**Programme des Nations Unies pour
l'Environnement**

Mr W.K. ASNAKE, Programme Officer-Civil
Society Partnerships, UNEP Regional
Office for Europe, Geneva

Programme alimentaire mondial

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in
Geneva
Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP
Office in Geneva

**Office de Secours et de Travaux des Nations
Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le
Proche-Orient**

Dr G. SABATINELLI, Director of Health
Mr M. BURCHARD, Head, UNRWA
Representative Office, Geneva

**Haut Commissariat des Nations Unies pour
les Réfugiés**

Ms C. ARAMBURU, Senior Public Health
Officer, Technical Support Section
Mr R. VIVARIE, Senior Policy Officer,
Emergency Preparedness and Response
Section

**Organe international de Contrôle des
Stupéfiants**

Dr P.O. EMAFO, President
Mr K. KOUAME, Secretary

INSTITUTIONS SPECIALISEES

**Agence internationale de l'Energie
atomique**

Ms R. MAZZANTI, Head, IAEA Liaison
Office, Geneva

**Organisation des Nations Unies pour
l'Alimentation et l'Agriculture**

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison
Office with the United Nations in Geneva

REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Ligue des Etats arabes

Mr S. ALFARARGI, Ambassador, Permanent
Observer, Geneva
Mr T. HAFEDH, Permanent Delegation,
Geneva

Organisation de la Conférence islamique

Mr B. BA, Ambassador, Permanent Observer,
Geneva
Mrs A. KANE, First Secretary, Permanent
Observer Mission, Geneva

Organisation internationale de la Francophonie

M. L. BARARUNYERETSE, Ambassadeur,
Représentant permanent, Genève
Mme S. COULIBALY-LEROY, Représentant
permanent adjoint, Genève

Union africaine

Ms B. NAIDOO, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva

**REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS**

Alliance internationale des Femmes

Mrs G. HAUPTER
Mrs M. PAL
Mrs H. SACKSTEIN

Association internationale des Femmes Médecins

Dr S. ROSHAN
Dr L. TOSCANI
Dr C. BRETSCHER-DUTOIT

Association internationale pour la Santé de la Mère et du Nouveau-Né

Dr R. KULIER

Association mondiale des Sociétés de Pathologie et Biologie médicale

Dr R. BACCHUS
Dr U. MERTEN

CMC – L'Action des Eglises pour la Santé

Mr T. BALASUBRAMANIAN
Dr M. KURIAN
Ms Y. MILLER
Mr R. TAYOB

Collège international des Chirurgiens

Professor P. HAHNLOSER

Commission internationale de la Santé au Travail

Professor J. RANTANEN

Professor S. IAVICOLI
Professor M. GUILLEMIN

Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement

Professor C. IJSSELMUIDEN
Ms S. DE HAAN
Mr M. DEVLIN
Dr A. KENNEDY
Dr M. BERGER
Dr G. MONTORZI
Ms S. REALPE

Conseil international des Infirmières

Mrs L. CARRIER-WALKER
Ms P. CALDWELL

Consumers international

Mr B. PEDERSEN
Mrs P. BALA-MILLER
Ms J. WITT
Ms S. DAVIES
Ms M. WATSON
Ms Y. MILLER BERLIE
Ms A. ALLAIN
Ms A. LINNECAR
Dr L. LHOTSKA
Ms N. EL RASSI
Mr K. IQBAL
Mr A. NIKIEMA
Ms E. STERKEN
Mr T. REED
Ms T. LEONARDO ALVES
Mr R. LOPEZ
Dr M. SHIVA
Dr C. WAGNER

Dr P. MUBANGIZI
Mr J. MACMULLAN
Mrs E. ROBINSON

Fédération dentaire internationale

Dr J.T. BARNARD
Dr H. BENZIAN
Dr A. VITALI
Ms C. THORSEN

Fédération internationale de l'Industrie du Médicament

Dr H. BALE
Dr E. NOEHRENBERG
Mr T. KOIZUMI
Dr S. MEREDITH
Ms M. ERIKSSON
Mr G. CINTRA
Ms S. CROWLEY
Ms P. CARLEVARO
Dr R. HYER

Fédération internationale des Collèges de Chirurgie

Professor S.W.A. GUNN

Fédération internationale des Etudiants en Pharmacie

Ms A. CLARISSA

Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales

Ms M. GERGER
Dr I. ANDRESEN
Ms G. GONZEBACH

Fédération internationale du Génie médical et biologique

Professor J. NAGEL
Dr M. NAGEL

Fédération internationale pour la Planification familiale

Dr K. ASIF

Fédération mondiale pour la Santé mentale

Mrs M. LACHENAL
Dr S. FLACHE
Ms A. YAMADA-VETSCH

Global Forum for Health Research

Professor S.A. MATLIN
Ms K. BENDIXEN
Mrs M.A. BURKE
Dr A. DE FRANCISCO
Dr A. GHAFFAR
Mr D. HAYWARD
Mrs S. JUPP
Ms S. OLIFSON
Ms L. SUNDARAM

Organisation internationale de Normalisation

Mr T.J. HANCOX

Organisation mondiale contre la Cécité

Mr C. GARMS
Mr R. PORTER

Société internationale contre l'Accident vasculaire cérébral

Mrs I. BOURZEIX

The World Medical Association, Inc.

Dr N. ARUMUGAM
Dr J. SNAEDAL
Dr K. LETLAPE
Dr M.R. CAPELLA
Dr E. DE OLIVEIRA ANDRADE
Dr J.L. GOMES DO AMARAL
Dr M. HAIKERWAL
Dr J.E. HILL
Dr C.C. MAKATA
Mr A. OROZCO
Mrs PARK Yoonsun
Dr R.W. PARSAPARSI
Dr WU Young-Tung
Dr WU Shuh-Min
Mrs R.M. ELVORD
Dr G.Z. MARTINS

**Union internationale des Sciences de la
Nutrition**

Professor W.P.T. JAMES
Mr N. RIGBY

Vision mondiale internationale

Mr T. GETMAN

COMITES ET GROUPE DE TRAVAIL¹

1. Comité du Programme, du Budget et de l'administration

Dr B. Sadasivan (Singapour), Président du Conseil exécutif, membre de droit, Dr J. Maza Brizuela (El Salvador), Vice-Président du Conseil exécutif, membre de droit, Dr A. S. Salehi (Afghanistan), M. J. Fisker (Danemark), Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), Dr S. F. Supari (Indonésie), Dr H. Shinozaki (Japon), Dr W. T. Gwenigale (Libéria), Dr Z. M. Youba (Mali), M. M. Bailón (Mexique), M. P. Hodgson (Nouvelle-Zélande), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), M. N. S. de Silva (Sri Lanka), Dr H. Abdessalem (Tunisie).

Sixième réunion, 10 et 11 mai 2007 : Mme J. Halton (Australie, Président), Dr A. S. Salehi (Afghanistan), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), Mme M. Kristensen (Danemark, suppléant de M. J. Fisker), Mme A. Blackwood (Etats-Unis d'Amérique, suppléant du Dr J. Agwunobi), Dr R. R. Mansoor (Iraq, suppléant du Dr A. H. I. Al-Shammari), Dr S. Campbell Forrester (Jamaïque, suppléant de M. H. Dalley), Dr W. T. Gwenigale (Libéria), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), M. A. Kajangwe (Rwanda, suppléant du Dr J. D. Ntawukuriryayo), Dr Y. D. N. Jayathilaka (Sri Lanka, suppléant de M. N. S. de Silva), Dr V. Tangi (Tonga).

2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), Dr Ren Minghui (Chine), Dr R. R. Jean Louis (Madagascar), Dr J. Calderón Yberico (Pérou).

3. Comité de la Fondation Léon Bernard

Le Professeur S. Aydin (Turquie) et le Président et les Vice-Présidents du Conseil, membres de droit.

4. Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot

Sir Liam Donaldson (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) et le Président et les Vice-Présidents du Conseil, membres de droit.

5. Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Professeur Sohn Myong-sei (République de Corée) et le Président du Conseil et un représentant du fondateur, membres de droit.

¹ Composition et noms des membres du Conseil exécutif ayant participé aux réunions tenues depuis la précédente session du Conseil.

6. Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé

Le Dr H. Abdessalem (Tunisie), le Président du Conseil et un représentant du fondateur, membres de droit.

7. Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé

Le Dr A. A. Bin Shakar (Emirats arabes unis), le Président du Conseil et un représentant du fondateur, membres de droit.

PROCES-VERBAUX

PREMIERE SEANCE

Jeudi 24 mai 2007, 9 h 35

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)
puis : Dr B. SADASIVAN (Singapour)

1. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (documents EB121/1 et EB121/1(annoté))

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent vingt et unième session du Conseil exécutif et souhaite la bienvenue aux participants. Il propose de supprimer de l'ordre du jour provisoire le point 6.7 « Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière » et le point 7.2 « Confirmation d'amendements au Statut et au Règlement du Personnel », puisqu'aucune question n'est prévue au titre de ces deux points de l'ordre du jour. S'il n'y a pas d'objection, il considérera que le Conseil accepte sa proposition.

L'ordre du jour, ainsi amendé, est adopté.¹

2. ELECTION DU PRESIDENT, DES VICE-PRESIDENTS ET DU RAPPORTEUR : Point 2 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à présenter des candidatures au poste de président.

Le Dr QI Qingdong (Chine) propose la candidature du Dr B. Sadasivan (Singapour), qui est appuyée par le Dr SHINOZAKI (Japon).

Le Dr Sadasivan est élu Président.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie le Dr Antezana Aranibar, Président sortant, pour son excellent travail et pour la façon magistrale dont il a dirigé les activités du Conseil durant l'année écoulée. La pondération dont il a fait preuve a permis de guider l'Organisation dans une période de deuil et d'incertitude. Ayant été élue au poste de Directeur général alors qu'il présidait le Conseil exécutif, elle se dit honorée d'avoir eu le privilège de travailler à ses côtés.

Le Directeur général remet au Dr Antezana Aranibar un marteau de Président.

¹ Voir p. ix.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR dit qu'il a été honoré d'avoir eu le privilège de présider le Conseil exécutif et se félicite du travail d'équipe de ses collègues. Bien qu'il ait pris les rênes du Conseil en des temps difficiles pour l'OMS, il estime que le dévouement de ses membres a contribué à assurer une bonne passation de pouvoirs. Il insiste sur le fait que le Conseil exécutif assume, avec le Secrétariat, la coresponsabilité de la prise de décision et qu'il doit conférer à ce dernier les pouvoirs nécessaires pour mettre en oeuvre ses orientations. A cet égard, il souligne aussi le rôle que jouent à la fois les Etats Membres par l'intermédiaire des comités régionaux et les Directeurs régionaux pour représenter l'Organisation sur le terrain.

Il demande instamment aux membres du Conseil de faire tout leur possible pour valoriser l'image de l'OMS dans le monde. Il constate que la santé est un élément capital pour l'être humain et doit rester la priorité sous-jacente à toute question traitée par l'Organisation.

Vu l'accroissement spectaculaire du nombre de résolutions qui, au fil des ans, sont proposées aux organes directeurs, il faudrait que tous les projets de textes fassent l'objet d'un examen plus rigoureux concernant la teneur, la pertinence, le calendrier, la faisabilité et les coûts, afin de simplifier les travaux de ces deux organes.

Le Dr Sadasivan prend place au fauteuil présidentiel.

Le PRESIDENT rend hommage au Dr Antezana Aranibar pour la précieuse contribution qu'il a apportée aux travaux du Conseil exécutif à travers les années, en particulier en qualité de Président. Il remercie aussi le Directeur général pour son aptitude à diriger avec talent l'Organisation, et le Conseil exécutif pour lui avoir donné l'occasion de le présider, mission dont il s'acquittera au mieux de ses capacités. Il invite les membres à présenter des candidatures aux quatre postes de vice-présidents.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) présente la candidature du Dr W. T. Gwenigale (Libéria).

M. BAILÓN (Mexique) présente la candidature du Dr J. G. Maza Brizuela (El Salvador).

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) propose la candidature du Dr V. Jaksons (Lettonie).

Le Dr SALEHI (Afghanistan) propose la candidature de M. A. A. Miguil (Djibouti).

Le Dr SHANGULA (Namibie), le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) et le Dr BIN SHAKAR (Emirats arabes unis) respectivement appuient les quatre candidatures.

Le Dr Gwenigale (Libéria), le Dr Maza Brizuela (El Salvador), le Dr Jaksons (Lettonie) et M. Miguil (Djibouti) sont élus Vice-Présidents.

Le PRESIDENT fait observer qu'en vertu de l'article 15 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, si le Président n'est pas en mesure de remplir ses fonctions entre deux sessions, l'un des Vice-Présidents les exerce à sa place et que l'ordre dans lequel il sera fait appel aux Vice-Présidents est fixé par tirage au sort à la session où l'élection a eu lieu.

Il est décidé, par tirage au sort, que les Vice-Présidents sont appelés à exercer les fonctions présidentielles dans l'ordre suivant : le Dr Gwenigale (Libéria), le Dr Jaksons (Lettonie), M. Miguil (Djibouti) et le Dr Maza Brizuela (El Salvador).

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à présenter des candidatures au poste de rapporteur.

Le Dr JAYATHILAKA (suppléant de M. de Silva, Sri Lanka) propose la candidature du Dr Jigmi Singay (Bhoutan). Le Dr SUPARI (Indonésie) appuie cette candidature.

Le Dr Jigmi Singay (Bhoutan) est élu Rapporteur.

3. RESULTATS DE LA SOIXANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE :
Point 3 de l'ordre du jour (document EB121/2)

Le PRESIDENT dit que l'Assemblée de la Santé a été saisie d'un ordre du jour extrêmement chargé et a adopté 30 résolutions. Trois points appelant l'attention du Conseil se sont dégagés : les technologies sanitaires ; la grippe aviaire et la grippe pandémique ; et la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Le Dr SHANGULA (Namibie) se félicite du rapport. Il est, toutefois, sérieusement préoccupé par le fait qu'une fois encore l'Assemblée de la Santé s'est trouvée contrainte d'examiner longuement la question de Taïwan, perdant ainsi un temps précieux. Tout Etat Membre a le droit de soumettre une question à l'examen de l'Assemblée de la Santé, mais il ne s'agit pas d'un droit absolu ; il cesse là où commence celui des autres Etats Membres. L'Assemblée de la Santé a déjà fait l'objet d'un vote superflu et les événements qui se sont produits à cette occasion s'apparenteraient dans son pays à une fraude électorale, ce qui est une infraction très grave. L'explication donnée en plénière, tendant à rejeter la responsabilité sur les interprètes, n'est tout bonnement pas plausible : le nom des pays est à peu de chose près le même dans toutes les langues. Même si les interprètes ont fait une erreur, cela n'explique pas comment un Etat Membre a voté deux fois.

L'Assemblée de la Santé doit arrêter de se livrer à un exercice puéril, dont le résultat a été probant 11 fois de suite. Cette question devrait être examinée au titre d'un point de l'ordre du jour lors des sessions futures du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Une question aussi conflictuelle a mis en péril ce que l'on avait coutume de considérer comme l'« esprit de Genève ». Il prie instamment le Directeur général de trouver une solution pour qu'à l'avenir la première journée des futures sessions de l'Assemblée de la Santé soit utilisée à bon escient, et non perdue en vaines polémiques. La participation de sa délégation à l'Assemblée de la Santé est payée par les contribuables namibiens qui souhaiteraient que le temps imparti à cet événement soit employé plus judicieusement.

Le Dr OKEYO (Kenya),¹ appuyé par le Dr GWENIGALE (Libéria), s'engage à oeuvrer aux côtés du Directeur général pour assurer la mise en oeuvre effective du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. La décision de l'Assemblée de la Santé de revoir le plan stratégique tous les deux ans, en même temps que le projet de budget programme, donne suffisamment de latitude au Directeur général pour répondre aux préoccupations exprimées lors de l'Assemblée de la Santé par les Etats Membres de la Région africaine. Tous les Etats Membres devraient la soutenir. Il lui demande par ailleurs de tirer parti de la mise en oeuvre du système mondial de gestion et de l'introduction des normes comptables internationales du secteur public pour résoudre les problèmes de capacité mis en évidence par le Commissaire aux Comptes au Bureau régional de l'Afrique. Conformément à la résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2008-2009, près du tiers des ressources sont consacrées à conforter la position dominante de l'OMS dans le monde et dans les pays. Par conséquent, il exhorte le Conseil à élaborer une stratégie permettant à l'Organisation d'engager les dirigeants de la planète, y

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

compris ceux des pays du G8 et les chefs d'Etat africains, à tenir leurs promesses à l'égard de la santé et du développement en Afrique.

4. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION DU CONSEIL EXECUTIF : Point 4 de l'ordre du jour (document EB121/3)

Le PRESIDENT dit que la sixième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif s'est tenue à Genève les 10 et 11 mai 2007 sous la présidence de Mme Halton (Australie). Comme Mme Halton ne fait plus partie du Conseil, le Professeur Pereira Miguel, membre du Comité, a été prié de mettre le Conseil au courant des travaux du Comité dans son ensemble.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que le Comité a été mis au courant des réformes gestionnaires, l'accent étant mis sur le système mondial de gestion qui reposera sur une prestation de services renforcée. Le Comité a insisté sur le respect du calendrier prévu pour la mise en oeuvre du système et sur la création d'un centre mondial de services. Il a félicité le Secrétariat de s'être tenu au budget imparti et souscrit à la proposition d'assurer l'intégralité du financement budgété au départ. Le Comité a aussi été informé des critères de sélection de l'emplacement du nouveau centre de services et des quatre lieux retenus à cet effet. De plus, il a pris note de l'importance de la formation de l'ensemble du personnel et de l'engagement pris par le Directeur général de réduire au maximum les répercussions du projet sur le personnel.

Lors de sa cinquième réunion, en janvier 2007, le Comité avait demandé une description plus exhaustive de la politique de l'OMS en matière de publications. A la sixième réunion, le Directeur général a présenté un document tout en demandant un délai supplémentaire pour permettre un examen plus poussé en vue de présenter, en 2008, une nouvelle politique au Comité et au Conseil exécutif. Le Comité a approuvé cette proposition ; pour maintenir la réputation d'excellence de l'Organisation, il faut une politique solide. Il conviendrait de recourir davantage aux technologies nouvelles pour pouvoir rentabiliser les publications. Le Comité a reconnu que le Directeur général était responsable, en dernier ressort, de la teneur des publications de l'OMS et qu'à ce titre, il y avait lieu de la protéger des pressions excessives exercées par certains groupes d'intérêt.

Le Comité s'est félicité de l'appréciation intérimaire de l'exécution du budget programme 2006-2007 comme une étape supplémentaire franchie pour améliorer la transparence et la responsabilité. Son principal objectif est d'appeler l'attention des gestionnaires sur les domaines qui, à la mi-parcours de l'exercice, nécessitent qu'on s'y attarde. Des membres se sont dits préoccupés par les nombreux résultats escomptés dans la Région africaine qui semblent sérieusement compromis. Le Directeur régional pour l'Afrique a expliqué que les difficultés rencontrées en matière de ressources humaines expliquent en partie la faiblesse des résultats. Le Comité a examiné divers scénarios qui pourraient expliquer une sous-exécution dans plusieurs domaines, et a prié le Secrétariat de rechercher l'origine de ces défaillances et de lui en rendre compte à sa prochaine réunion.

Le PRESIDENT propose que les sujets restant à examiner et figurant dans le rapport du Comité soient débattus ultérieurement lors de l'examen des points pertinents de l'ordre du jour du Conseil.

Il en est ainsi convenu.

5. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 5 de l'ordre du jour

Technologies sanitaires : Point 5.1 de l'ordre du jour (document EB121/11)

Le PRESIDENT rappelle qu'à sa cent vingtième session le Conseil a adopté la résolution EB120.R21 et que, comme l'a demandé le Directeur général au Conseil,¹ un groupe d'experts et d'Etats Membres intéressés s'est réuni pour chercher à régler les problèmes en suspens. Le rapport présente les résultats et les recommandations de cette consultation sur le champ des technologies sanitaires.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit qu'il n'a pas bien compris pourquoi les points 5.1, 5.2 et 5.3 ont été inscrits à l'ordre du jour du Conseil alors qu'ils avaient été amplement débattus à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) demande que le texte de la résolution pertinente de l'Assemblée de la Santé sur les technologies sanitaires soit mis à la disposition du Conseil afin d'en faciliter l'examen.

En réponse au membre désigné par le Libéria, M. BURCI (Conseiller juridique) explique que le Conseil a décidé, à sa cent vingtième session, de confier en partie l'examen du point 5.1 à l'Assemblée de la Santé, mais de réexaminer à sa cent vingt et unième session deux sujets de préoccupation confiés à un groupe d'experts aux fins d'un complément d'évaluation. Les points 5.2 et 5.3 ont été inscrits à l'ordre du jour du Conseil sur proposition du Président sortant pour permettre au Conseil de s'acquitter de son rôle constitutionnel, de faire le point des délibérations qui ont eu lieu lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et soit de formuler des recommandations à l'intention de la prochaine Assemblée de la Santé, soit de poursuivre l'examen de cette question.

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi), souscrivant au point de vue du membre désigné par le Libéria, dit que, s'il doit y avoir un nouvel examen de ces questions, il serait opportun d'avoir des indications sur les points précis à discuter plutôt que de rouvrir le débat.

Le DIRECTEUR GENERAL explique que l'établissement de l'ordre du jour est la prérogative du Président du Conseil exécutif et que le présent ordre du jour a été rédigé bien avant la tenue de l'Assemblée de la Santé. Prévoyant l'importance de ces points, le Président les a inscrits à l'ordre du jour provisoire. Si les membres du Conseil estiment que ces questions ont été suffisamment débattues et s'ils n'ont aucune observation à formuler, les travaux pourraient se poursuivre alors avec le point suivant.

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) convient qu'il ne serait pas utile de revenir sur ce qui a déjà été débattu à l'Assemblée de la Santé ; toutefois, comme il semble y avoir une certaine confusion sur ce qui a ou n'a pas été résolu en matière de technologies sanitaires, on pourrait procéder à des sondages informels sur toute question en suspens, puis inscrire la question à l'ordre du jour de la prochaine session du Conseil exécutif.

Le Dr SHANGULA (Namibie) souscrit au point de vue de l'orateur précédent, faisant observer qu'il ne serait ni utile ni souhaitable de rouvrir le débat.

¹ Documents EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 3.

Le DIRECTEUR GENERAL rappelle que, lors de la cent vingtième session, l'examen des technologies sanitaires a fait apparaître trois sujets de préoccupation : l'inclusion dans le titre du mot « essentielles » ; la portée de ces technologies ; et la nécessité d'établir une liste de technologies sanitaires pour chaque pays. Toutes ces questions ont été confiées à un groupe d'experts, puis traitées de façon satisfaisante à l'Assemblée de la Santé bien que le Conseil ait demandé, à sa cent vingtième session, que les conclusions du groupe d'experts lui soient notifiées à sa cent vingt et unième session.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) dit qu'il est ressorti des deux réunions auxquelles ont assisté les représentants des Etats Membres intéressés qu'une seule et même solution ne conviendrait pas à tous les pays. L'OMS a été chargée de participer à la recherche de solutions en ligne et autres, comme l'indique le rapport, qui soient adaptées aux besoins des Etats Membres à mesure qu'ils affinent leurs technologies. Les recommandations du groupe ont été incorporées dans la résolution adoptée par l'Assemblée de la Santé.¹

M. BAILÓN (Mexique), évoquant le paragraphe 2 de cette résolution, demande ce qui est prévu pour donner suite aux actions demandées au Directeur général concernant la mise au point de directives, outils, mécanismes et bases de données en ligne.

Le Dr CALDERÓN YBERICO (Pérou) dit que la question des technologies sanitaires a été abordée d'une manière générale ; il serait intéressant que le Secrétariat puisse produire une information et des outils plus spécifiques à examiner à la prochaine session du Conseil.

Le Dr KANDUN (suppléant du Dr Supari, Indonésie) demande pourquoi le mot « essentielles » a été supprimé du titre de la résolution et l'expression « fonction médicinale » de la définition des technologies sanitaires.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général), répondant au membre désigné par le Mexique, dit que, la semaine prochaine, l'OMS commencera à examiner les mesures à prendre afin de donner suite aux demandes formulées dans la résolution WHA60.29.

Le mot « essentielles » a été enlevé, car on a estimé qu'il était impossible d'établir une seule liste « essentielle » pouvant répondre de façon adéquate aux besoins de tous les Etats Membres.

Le Dr NAEEM (suppléant du Dr Salehi, Afghanistan), évoquant le paragraphe 1.2) de la résolution EB120.R21 qui mentionne les systèmes d'évaluation et de planification, déplore l'absence de référence à la formation, car elle serait essentielle dans des pays qui, comme le sien, sont tributaires des donateurs.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) recommande que l'on prenne soin de ne pas réviser, voire modifier, ce qui a été entériné par l'Assemblée de la Santé, qui est l'organe suprême.

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi), se référant aux observations concernant la formation, dit que la résolution mentionne explicitement l'assistance technique.

Le Conseil prend note du rapport.

¹ Résolution WHA60.9.

Grippe aviaire et grippe pandémique : suivi de l'examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé : Point 5.2 de l'ordre du jour

Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : suivi de l'examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé : Point 5.3 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT indique que, comme ces deux points de l'ordre du jour ont été longuement examinés à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, un grand nombre de membres ne jugent pas nécessaire de rouvrir le débat.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de la Présidence allemande et pour le compte de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, se félicite du consensus auquel l'Assemblée de la Santé est parvenue au sujet de la grippe aviaire et de la grippe pandémique. Compte tenu de l'entrée en vigueur, le 15 juin 2007, du Règlement sanitaire international (2005) et de la mise en application rapide de la disposition relative à la surveillance de la grippe, la résolution WHA60.28 montre l'engagement des Etats Membres à empêcher une pandémie mondiale. Cette résolution appelle un suivi solide et prompt, dans un climat d'ouverture et de transparence, avec le concours de tous les Etats Membres et des organisations d'intégration économique régionale. L'Union européenne appuiera les efforts déployés par l'OMS pour revoir et améliorer les mécanismes d'échange de virus et de partage des avantages pertinents via le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe. L'Union européenne reste attachée aux initiatives existantes comme le plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique, mais le Professeur Pereira Miguel souligne la nécessité d'aborder de manière intégrée les activités de préparation aux pandémies, qui vont au-delà de la mise au point de vaccins, et de coordonner l'action menée par les organisations internationales et les autres partenaires. Le Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour les gripes aviaire et humaine jouera à cet égard un rôle de premier plan.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) souscrit aux observations formulées par l'orateur précédent et affirme que le point 5.2 n'appelle pas de débat approfondi.

Comme personne d'autre ne souhaite intervenir, le PRESIDENT met un terme à l'examen de ces points de l'ordre du jour.

6. QUESTIONS ADMINISTRATIVES, BUDGETAIRES ET FINANCIERES : Point 6 de l'ordre du jour

Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : rapport consécutif à la résolution EB120.R19 : Point 6.1 de l'ordre du jour (document EB121/4)

Le Dr GWENIGALE (Libéria) rappelle qu'à sa cent vingtième session, le Conseil a décidé de laisser ouverte la question du roulement géographique pour le poste de Directeur général et a adopté la résolution EB120.R19. Cette question a été confiée au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, lequel a estimé qu'il était plus opportun de laisser au Conseil le soin de l'examiner. Le Dr Gwenigale y attache une grande importance et considère que cette question devrait être soumise à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) fait observer que cette question a déjà été amplement débattue par le Conseil. Le rapport n'a pas apporté de solutions concrètes, d'où la nécessité d'approfondir le sujet de préférence pendant la présente session ou lors de la cent vingt-deuxième session, plutôt que pendant l'Assemblée de la Santé. De plus, l'article 35 de la Constitution de l'OMS ne dispose pas

explicitement si le principe de la représentation régionale équitable s'applique à tous les Etats Membres de l'Organisation. D'autres questions sont toujours en suspens, notamment le nombre de mandats auxquels peut prétendre un Directeur général.

M. DE SILVA (Sri Lanka) dit que le rapport expose clairement les effets constitutionnels de l'introduction d'un système de roulement entre les Régions et indique que c'est l'Assemblée de la Santé qui serait l'organe compétent pour mettre en place un tel système, sur proposition du Conseil exécutif. Le Conseil doit donc se prononcer à ce sujet.

Le Dr SALEHI (Afghanistan) appuie l'idée qui consiste à choisir le candidat le plus qualifié, tout en étant préoccupé par ce débat qui perdure depuis la cent dix-huitième session du Conseil. Pour trouver une solution, le Conseil devrait soumettre une proposition à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti) partage l'avis du membre désigné par le Libéria. Le rapport traite de deux questions importantes pour le fonctionnement de notre Organisation. Vu leur complexité, il serait judicieux de les dissocier. Le roulement géographique pour le poste de Directeur général n'est pas incompatible avec une sélection des candidats basée sur leur aptitude à diriger. En 60 ans, il n'y a pas eu de Directeur général originaire de la Région africaine, de la Région de la Méditerranée orientale ou de la Région de l'Asie du Sud-Est, alors que ces Régions totalisent plus de la moitié de la population mondiale.

Le Dr SHANGULA (Namibie) propose que le Conseil prenne une décision de principe sur le roulement géographique. A supposer que le Conseil accepte ce principe, le Secrétariat serait alors à même de définir les modalités de son application, lesquelles pourraient, après examen par le Conseil à sa cent vingt-deuxième session, être soumises à l'Assemblée de la Santé. L'important est de dégager un consensus.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) reconnaît que le consensus serait extrêmement souhaitable, faute de quoi on pourrait toujours saisir l'Assemblée de la Santé. A la troisième réunion de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine (Johannesburg, Afrique du Sud, 9-13 avril 2007), les participants sont convenus de prendre des mesures afin que la question du roulement géographique soit inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr AL-KHUZAIEE (Iraq) estime que le principe du roulement géographique doit s'appliquer au poste de Directeur général et aux autres postes à pourvoir dans l'Organisation.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande), souscrivant aux vues du membre désigné par l'Afghanistan, fait valoir qu'il convient de dissocier les aspects constitutionnels et personnels. L'Organisation doit se flatter d'avoir à sa tête un Directeur général ayant les compétences et les qualités de chef du Dr Chan. Il est essentiel de choisir le candidat le mieux qualifié en raison de la technicité de la fonction. La représentation régionale est un aspect qui ne doit pas primer sur la nécessité d'avoir un responsable ayant compétence pour diriger une organisation internationale. Le défi consiste à trouver le juste milieu entre une représentation géographique équitable et le meilleur candidat au poste.

Le Dr YOUBA (Mali) déclare que l'on a suffisamment évoqué la question de la nomination du Directeur général et qu'il est temps d'évoluer. L'intégrité et les compétences d'un candidat sont certes essentielles, mais l'accomplissement de sa mission est tout aussi important. L'OMS doit être un modèle d'équité et de justice en offrant aux candidats de toutes les Régions une chance identique.

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que, si le rapport fournit des informations actualisées sur l'état des questions de procédure, il ne donne pas matière à recommandation à l'intention de l'Assemblée de la Santé. Son Gouvernement serait préoccupé par tout changement de procédure aux termes duquel la nomination du Directeur général cesserait de dépendre du mérite ; il demande toutefois que soient réalisés une évaluation des différentes options et un examen plus poussé des divers points de vue. Les deux questions évoquées dans le rapport devraient faire l'objet de documents distincts, dont l'un analyserait d'autres modèles de nomination du Directeur général, avec ses avantages et ses inconvénients. A l'issue d'un nouvel examen lors de sa cent vingt-deuxième session, le Conseil serait alors à même de formuler une recommandation à l'attention de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr VOLJ (Slovénie) dit que l'aptitude et l'intégrité l'emportent sur le roulement géographique, même si ce dernier ne doit pas être sous-estimé. L'article 31 de la Constitution de l'OMS pourrait être modifié de façon à ce qu'il reflète la nécessité de prendre en compte différents principes, dont celui du roulement géographique. Quant à la nomination obligatoire d'un Directeur général adjoint, elle devrait relever directement du Directeur général, habilité à désigner son collaborateur le plus proche selon des critères non politiques.

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti) insiste sur le fait que le roulement géographique est un critère de sélection parmi beaucoup d'autres, mais qu'il ne doit pas être ignoré. C'est un élément important qui s'inscrit dans le cadre des efforts déployés pour rendre l'Organisation plus performante.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) appuie la proposition du membre désigné par le Royaume-Uni concernant l'établissement de documents distincts pour la nomination du Directeur général et du Directeur général adjoint. Les textes devraient tenir compte des observations du membre désigné par la Nouvelle-Zélande. Il préconise de choisir le candidat le plus qualifié pour occuper le poste de Directeur général.

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi) dit que toutes les Régions sont à même de proposer des candidats ayant qualité pour accéder au poste de Directeur général. Le roulement régional doit entrer en ligne de compte, mais l'aptitude à diriger, les compétences, l'expérience et les qualifications sont des critères fondamentaux. Il faut, à l'évidence, maintenir le poste de Directeur général adjoint, puisque la fonction directoriale est trop lourde à assumer pour une seule personne. Le Conseil devrait examiner la méthode de sélection à retenir pour le poste de Directeur général adjoint, y compris la question de savoir s'il doit être soumis ou non au roulement géographique.

M. FISKER (Danemark) souscrit à la proposition formulée par le membre désigné par le Royaume-Uni. Dans l'intérêt de l'Organisation, c'est toujours le candidat le mieux qualifié pour exercer cette fonction qui devrait être nommé Directeur général. Il s'agit d'un dirigeant à l'échelle mondiale, et non régionale ou nationale.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas) appuie la proposition du membre désigné par le Royaume-Uni. Le candidat présentant les meilleures compétences techniques doit être nommé Directeur général et toutes les Régions de l'OMS sont en mesure de proposer un candidat ayant le même bagage technique.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) dit que, contrairement aux autres postes de l'Organisation, celui de Directeur général ne doit pas être tributaire d'un système de roulement régional. Les compétences de chaque candidat doivent être le facteur décisif absolu. En revanche, le roulement régional pourrait servir de critère pour nommer le Directeur général adjoint. Vu le temps que le

Conseil a déjà consacré à l'examen de ce point, il suggère que, faute de parvenir à un consensus, la question soit mise aux voix à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) fait valoir que, si le roulement régional doit figurer parmi les critères de sélection retenus pour nommer le Directeur général, il ne doit pas être l'élément majeur. Les titres et qualités requis, la compétence, l'intégrité et la transparence sont autant de qualités fondamentales. Les candidats doivent être bien connus au plan mondial, sachant que la renommée internationale commence généralement dans le pays et la Région d'origine.

Le Dr SHANGULA (Namibie) tient à insister sur le fait que les discussions relatives au roulement régional n'ont aucun rapport avec l'actuel Directeur général et doivent être considérées dans le cadre de la réforme actuelle du système des Nations Unies. Appliquer le critère de roulement régional n'est pas l'antithèse de la compétence ni des autres qualités requises d'un Directeur général. La meilleure solution serait que le Conseil parvienne à dégager un consensus, puis charge le Secrétariat de donner suite à la proposition du membre désigné par le Royaume-Uni.

Le Dr CALDERÓN YBERICO (Pérou) dit que, comme le rôle de Directeur général consiste à représenter l'ensemble des Etats Membres, il serait dangereux d'assortir impérativement de considérations régionales la nomination à ce poste. Il existe dans l'Organisation un problème fondamental de représentation, qui n'a rien à voir avec la nomination du Directeur général. A sa cent vingt-deuxième session, le Conseil pourrait examiner la question des pays qui estiment que leurs observations ne sont pas dûment prises en compte. Le Dr Calderón Yberico appuie la proposition du membre désigné par le Royaume-Uni tendant à avoir deux documents distincts.

Le Dr YOUBA (Mali) convient que compétence et qualifications sont les critères les plus importants pour sélectionner le Directeur général. Roulement régional et qualifications ne s'excluent pas mutuellement ; on peut assurément trouver des candidats valables dans toutes les Régions. Il faudrait s'attacher à assurer l'équité entre toutes les Régions de l'Organisation.

Le Dr OKEYO (Kenya)¹ dit que les Etats Membres de la Région africaine appuient le point de vue du membre désigné par le Libéria. La nomination du Directeur général adjoint doit être automatique et laissée à la discrétion du Directeur général. Les deux personnalités devraient être originaires de différentes Régions de l'OMS et les deux postes examinés séparément, comme l'a préconisé le membre désigné par le Royaume-Uni. Il ne saurait y avoir aucun lien entre le débat en cours et le Directeur général actuellement en poste et son éventuelle désignation pour un second mandat.

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi) dit que, bien que le roulement régional ne soit pas nécessairement une priorité, il a son importance. La nomination du Directeur général adjoint devrait être la prérogative du Directeur général. Elle réaffirme son soutien à l'actuel Directeur général en ajoutant que sa nomination est une source d'inspiration pour toutes les femmes.

Le DIRECTEUR GENERAL dit avoir pris note des orientations données par les membres du Conseil. Elle est favorable à un examen distinct de la nomination du Directeur général et de celle du Directeur général adjoint. D'après son expérience, aucun futur Directeur général ne pourra diriger l'Organisation sans nommer au moins un adjoint. Les observations à l'appui de la nomination du Directeur général adjoint vont dans le sens des dispositions constitutionnelles sur la délégation de pouvoirs conférée au Directeur général.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Se fondant sur les observations des membres du Conseil à la présente session et aux précédentes, le Directeur général établira un document récapitulatif ce qui serait mis en jeu si le roulement régional était intégré dans la procédure de nomination du Directeur général. A sa session de janvier 2008, le Conseil pourra approfondir la question, puis faire part de sa décision à l'Assemblée de la Santé, en mai 2008.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite agir dans le sens proposé par le Directeur général.

Il en est ainsi convenu.

Le Conseil prend note du rapport.

La séance est levée à 12 h 35.

DEUXIEME SEANCE

Jeudi 24 mai 2007, 14 h 20

Président : Dr B. SADASIVAN (Singapour)

1. QUESTIONS ADMINISTRATIVES, BUDGETAIRES ET FINANCIERES : Point 6 de l'ordre du jour (suite)

Méthode de travail du Conseil exécutif : Point 6.2 de l'ordre du jour (documents EB121/5 et EB121/5 Add.1)

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant en qualité de membre du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, dit que le Comité a soutenu les propositions du Secrétariat concernant les critères relatifs aux points à inscrire à l'ordre du jour provisoire du Conseil. Toutefois, s'agissant du nombre et de la qualité des résolutions, il a estimé qu'il n'était pas souhaitable de créer un échelon supplémentaire d'examen des résolutions présentées au cours des sessions du Conseil, étant donné que le processus d'examen incombait au Conseil dans son ensemble. Le Comité a donc proposé de remplacer le paragraphe 1.2) du projet de résolution contenu au paragraphe 22 du document EB121/5 par le texte figurant au paragraphe 15 de son rapport.¹

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à une demande d'éclaircissement du Dr SHANGULA (Namibie), explique que l'examen des projets de résolutions par les membres du bureau du Conseil ou le Conseil dans son ensemble a pour but d'en contrôler la qualité avant que la résolution soit adoptée, de façon à vérifier que les propositions sont assorties de délais réalistes et de mécanismes de suivi et d'établissement de rapports à intervalles appropriés. Le processus ne porte en rien atteinte au pouvoir dont dispose le Conseil de prendre des décisions quant à l'acceptabilité des projets de résolutions à soumettre à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) soutient le projet de résolution, et en particulier les critères énumérés au paragraphe 1.1). Toutefois, il serait utile de se mettre d'accord sur ce que l'on entend par « question de santé publique de portée mondiale ». On peut considérer qu'il s'agit d'une question dont la solution aura un impact positif sur la santé publique dans le monde. Il faudrait également mieux préciser ce qui constitue une « charge pour la santé publique », même si la récente publication de l'OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2007*, aide à établir une description commune des principales charges et de la manière dont elles doivent être traitées. Il faudrait par ailleurs que les projets de résolutions comportent à la fois une description technique des mesures à prendre et une dimension politique pour les modalités d'application. Il faut tenir compte de l'impact qu'une résolution aura sur l'équité à l'intérieur des pays et entre eux. Le programme d'action mondial en matière de santé publique est chargé, aussi serait-il utile de définir plus clairement les rôles des parties concernées de façon à mieux déterminer quelle pourrait être la contribution de l'OMS. En fournissant des orientations claires, le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le budget programme 2008-2009 constituent une étape importante vers une meilleure gestion organisationnelle. Les projets

¹ Document EB121/3.

de résolutions devraient être examinés en tenant compte de leurs répercussions possibles sur ces instruments ; lorsqu'ils ne vont pas dans le même sens, le Conseil devrait expliquer pourquoi ils sont proposés.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que le nombre de résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé est préoccupant, notamment en raison du coût de la mise en oeuvre. Les efforts déployés pour limiter le nombre de résolutions à un stade précoce du processus d'examen risquent cependant de se traduire par un nombre plus élevé de projets soumis directement à l'Assemblée de la Santé, ce que l'on ne souhaite pas. Il est préférable que ce soit le Conseil dans son ensemble qui examine les projets de résolutions. Un autre critère à prendre en considération pourrait être le parrainage par plusieurs Etats Membres afin de traduire le vif intérêt porté à une question. L'examen par le Conseil aurait pour avantage supplémentaire de protéger le Secrétariat de problèmes comme ceux qu'il a connus lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé à propos de la demande d'adhésion de Taïwan.

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) salue les efforts déployés pour accroître l'efficacité du traitement des résolutions. Il faudrait également que soit indiquée la procédure à suivre pour supprimer les résolutions devenues obsolètes.

Le Dr QI Qingdong (Chine) propose de modifier le paragraphe 1.1) du projet de résolution en insérant les termes « relevant de la compétence de l'OMS » après « nouveau sujet » afin de clarifier le type de problème nouveau qui pourrait être présenté. Le membre de phrase « à ses sessions les plus récentes » est trop vague et il vaudrait mieux indiquer un nombre précis de sessions, par exemple « cinq ». Les projets de résolutions soumis par le Conseil exécutif devraient faire l'objet d'une plus grande attention de toutes les parties et devraient au moins constituer la base de l'examen à l'Assemblée de la Santé. La présentation de nouveaux projets de résolutions sur des sujets déjà traités devrait être découragée. Les délais pour la soumission des projets de résolutions devraient par ailleurs être plus stricts et les mécanismes d'examen plus rigoureux. Par exemple, il pourrait être stipulé que les nouveaux projets de résolutions ne pourraient être soumis que le premier jour de l'Assemblée de la Santé et qu'ils ne devraient être distribués qu'après avoir été examinés avec soin par les membres du bureau.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à une question du Dr SHANGULA (Namibie) concernant l'annexe 2 du document EB121/5, qui énonce les propositions d'amendements au Règlement intérieur du Conseil exécutif, déclare que le projet d'*article 14 bis* constitue un nouvel article. L'*article 14* existant, qui porte sur un autre sujet, est maintenu.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie les membres de leurs observations et sait gré au Président sortant du Conseil exécutif d'avoir appelé à mettre en place un meilleur mécanisme de sélection. Même si la suggestion tendant à ce que les membres du bureau étudient les projets de résolutions avant leur examen par le Conseil n'a pas été acceptée, les membres du Conseil se sont déclarés favorables aux critères proposés pour l'inscription de points supplémentaires à l'ordre du jour, ce qui sera extrêmement utile au Secrétariat. Il est particulièrement important que le coût de la mise en oeuvre des résolutions soit pris en compte. Toutefois, le Secrétariat n'a aucune intention d'usurper l'autorité du Conseil à cet égard.

Elle approuve la suggestion faite par le membre désigné par la Nouvelle-Zélande, en vertu de laquelle l'examen des projets de résolutions devrait tenir compte de leur impact potentiel sur le plan stratégique à moyen terme, car cela renforcerait la cohérence de l'action. L'action du Secrétariat est guidée par les décisions des Etats Membres ; ces décisions devraient permettre à l'OMS d'atteindre ses objectifs et d'obtenir les résultats dont il a été convenu dans le plan. En outre, les résolutions devraient se traduire par une amélioration de la santé. L'OMS devrait faire un travail d'équipe et les Etats Membres devraient donc s'opposer à toute tentative individuelle de membres du personnel de l'OMS d'obtenir un soutien en faveur de certaines résolutions. Les Etats Membres devraient savoir

que l'adoption d'une résolution n'équivaut pas nécessairement à une augmentation de l'allocation budgétaire dans un domaine particulier, car il n'y a tout simplement pas assez de ressources pour tout faire.

Le Directeur général approuve la proposition du membre désigné par le Royaume-Uni. Le Conseil pourrait jouer un rôle crucial en passant en revue les résolutions dépassées ou qui font double emploi.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) propose que, pour clarifier l'application des critères définis au paragraphe 1.1) du projet de résolution, le mot « ou » soit inséré avant « un nouveau sujet » et que le « et » de l'expression « et n'ayant pas déjà fait l'objet » soit remplacé par un « ou ». Il propose en outre qu'au paragraphe 1.2), le membre de phrase « qu'ils fassent référence à l'impact sur la réalisation des objectifs du plan stratégique à moyen terme » soit inséré après « exécution ».

Mme DAM (Bureau des Organes directeurs) suggère que l'amendement au paragraphe 1.2) proposé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration au paragraphe 15 du document EB121/3, suivi d'une référence au plan stratégique à moyen terme, pourrait répondre aux préoccupations du membre désigné par la Nouvelle-Zélande.

Il en est ainsi convenu.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), se référant au deuxième amendement proposé par le membre désigné par la Chine, demande pourquoi le nombre de sessions récentes à prendre en compte serait de cinq. Le fait de préciser un nombre de sessions pourrait sans doute contribuer à réduire le nombre de projets de résolutions soumis au Conseil, mais pourrait aussi se traduire par la présentation d'un plus grand nombre de projets de résolutions directement à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr QI Qingdong (Chine) précise que ce chiffre n'était qu'une suggestion ; le critère est trop vague tel qu'il est énoncé.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) propose de supprimer le membre de phrase « et n'ayant pas déjà fait l'objet d'un examen du Conseil à ses sessions les plus récentes ».

Il en est ainsi convenu.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution avec les amendements proposés. Le paragraphe 1.1) se lirait : « de faire siens les critères relatifs aux propositions tendant à inscrire des points supplémentaires à l'ordre du jour provisoire des sessions du Conseil exécutif, à savoir les propositions portant sur une question de santé publique de portée mondiale, ou un nouveau sujet relevant de la compétence de l'OMS, ou un problème représentant une lourde charge pour la santé publique ». Le paragraphe 1.2) se lirait comme suit : « d'examiner les projets de résolutions présentés au cours des sessions du Conseil afin de veiller à ce qu'ils prévoient une date butoir réaliste ainsi qu'un dispositif approprié pour l'examen, le suivi et les comptes rendus d'exécution, qu'ils soient concis, ciblés et concrets et que leurs incidences politiques, programmatiques et financières soient prises en compte, notamment par référence au plan stratégique à moyen terme ».

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

¹ Résolution EB121.R1.

Multilinguisme : plan d'action : Point 6.3 de l'ordre du jour (documents EB121/6 et EB121/6 Corr.1)

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant en qualité de membre du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité a souligné à sa sixième réunion l'importance du multilinguisme à l'OMS, qui est une organisation internationale, et a demandé à l'Organisation de développer l'usage des six langues officielles des Nations Unies aux réunions et lors de la publication de lignes directrices techniques.¹ Le Comité s'est prononcé en faveur d'un investissement accru dans le multilinguisme, pour autant qu'il ne se fasse pas au détriment des programmes techniques. Tout en reconnaissant que les six langues officielles des Nations Unies doivent recevoir la priorité, le Comité a estimé qu'il fallait veiller à ne pas négliger les besoins des pays qui n'utilisent aucune des langues officielles des Nations Unies.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que le plan d'action arrive à point nommé ; la semaine dernière, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 61/266 sur le multilinguisme. Il est temps que l'OMS utilise les six langues officielles dans toute la gamme de ses activités d'information, afin d'éliminer les disparités entre l'anglais et les cinq autres langues. Le multilinguisme aura pour effet de rendre des informations fiables plus accessibles aux pays, ce qui les aidera dans leur prise de décision et permettra donc d'améliorer la santé des gens. La diffusion d'informations multilingues au moyen des nouvelles technologies facilitera la collaboration et l'échange d'informations et devrait contribuer à améliorer la surveillance. Les mesures proposées au titre de ce plan aideront les pays qui s'efforcent d'investir dans des technologies de l'information, très rentables, notamment pour les pays en développement.

Mme VALLE ÁLVAREZ (suppléant de M. Bailón, Mexique) dit que le Mexique a pris clairement position sur le multilinguisme dans une déclaration faite au nom du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes à la sixième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Elle apprécie les efforts faits par le Secrétariat pour préparer la documentation dans les six langues officielles pour les organes directeurs et pour le site Web, mais il reste encore beaucoup à faire. Bien qu'en théorie l'OMS travaille dans ses six langues officielles, dans la pratique, l'anglais est la langue de travail. La recherche d'une plus grande efficacité et d'une diminution des dépenses de fonctionnement freine l'application des principes du multilinguisme, de plus en plus au profit de l'anglais. La fixation de priorités en matière de traduction, mentionnée au paragraphe 5 du rapport, ne devrait pas impliquer que certains produits d'information ne seront pas traduits dans les six langues ou que la traduction peut être retardée. Les dépenses estimées à US \$20 millions pour la mise en oeuvre des mesures proposées ne devraient pas être faites au détriment des programmes de santé des Régions. Elle demande instamment à l'OMS de prendre en compte la dernière résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le multilinguisme, et notamment le deuxième alinéa du préambule concernant l'importance de pouvoir dialoguer selon des modalités ouvertes aux personnes handicapées.²

Le Dr QI Qingdong (Chine) fait observer que le Conseil a examiné la question du multilinguisme à de nombreuses reprises. La Chine a fait connaître clairement son point de vue à la réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, mais deux points n'ont pas été reflétés dans le rapport : premièrement, il faudrait favoriser une culture multilingue dans toute l'Organisation. Le multilinguisme devrait faire l'objet de la même attention au Siège qu'aux niveaux régional et national. Il devrait être mis en oeuvre au moyen de plans et d'indicateurs spécifiques.

¹ Document EB121/3.

² Résolution 61/266.

Deuxièmement, il faudrait s'attaquer à l'inégalité dans l'utilisation des six langues, notamment lors de la rédaction de documents de politique générale, de l'organisation de conférences techniques et du recrutement du personnel pour le Secrétariat. Des services d'interprétation simultanée devraient être assurés lors des réunions techniques de l'OMS. Le multilinguisme est une entreprise de longue haleine et il souhaite que des progrès substantiels soient faits à cet égard.

Le Dr YOUNG (Mali) dit que l'OMS devrait aligner son plan d'action sur la résolution concernant le multilinguisme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 mai 2007, qui énonce des principes importants, tels que la formation du personnel dans les six langues officielles et l'égalité entre les langues de travail.

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, félicite le Directeur général de son engagement à soutenir le multilinguisme et la diversité culturelle. Il rend hommage aux efforts du Directeur régional pour la Méditerranée orientale qui a publié un dictionnaire médical unifié multilingue, dispensé une formation aux niveaux régional et des pays, fait en sorte que 70 % de l'information figurant sur le site Web soit disponible en anglais et en arabe et soutenu la traduction des documents essentiels dans les langues nationales de la Région.

Le multilinguisme couvre les six langues officielles de l'OMS et les moyens nécessaires pour produire, mettre en commun et appliquer les connaissances en matière de santé dans les langues nationales et locales. Le multilinguisme doit être considéré non pas comme un outil destiné à satisfaire les besoins des organes directeurs, mais comme un moyen d'accroître l'égalité d'accès à l'information sanitaire et de soutenir le développement des ressources humaines et le renforcement des systèmes de santé. Grâce à l'utilisation des langues nationales, les agents de santé locaux peuvent être formés, les messages sanitaires communiqués et des systèmes d'information sanitaire mis sur pied. De plus, en dehors de la publication électronique et de l'accès aux fichiers électroniques des documents et des rapports de l'OMS, le multilinguisme exige le choix de la meilleure forme de publication pour parvenir à une équité d'accès à l'information sanitaire. On trouve sur le Web beaucoup d'informations sanitaires dans les six langues, mais peu de choses dans de nombreuses autres langues. En outre, des millions de personnes n'ont pas accès au Web et ont toujours besoin de documents imprimés dans leur langue locale.

L'utilisation des langues doit aller au-delà de la traduction et de la publication dans les six langues. La publication à l'OMS se fait principalement en anglais, or l'Organisation devrait encourager la création de savoir dans les autres langues. En dehors de la traduction, l'OMS devrait soutenir de nombreux autres aspects relatifs au multilinguisme, notamment la normalisation et la gestion de la terminologie et de la nomenclature, la traduction automatique sur le site Web, la recherche sur la terminologie médicale, les banques de données terminologiques et les moteurs de recherche multilingues. L'OMS devrait faire davantage d'efforts pour soutenir la recherche dans ces domaines et éventuellement parrainer certaines applications, notamment pour favoriser les langues qui utilisent un autre alphabet que l'alphabet latin. L'OMS devrait garantir l'équité entre les langues en aidant à rendre disponibles les normes et les classifications aux niveaux national et local. L'écart entre l'anglais, l'espagnol et le français, d'une part, et l'arabe, le chinois et le russe, d'autre part, devrait être comblé. L'engagement de l'OMS en faveur du multilinguisme devrait se traduire par des plans d'action et des budgets aux niveaux régional et des pays.

Il demande plusieurs choses : l'allocation de ressources plus importantes au niveau régional pour soutenir l'élaboration et la normalisation de la terminologie ; un rôle central plus actif de l'OMS dans la normalisation de la terminologie, dans le droit-fil des efforts menés au niveau mondial en matière de cybersanté ; un appui plus important en faveur de la normalisation de la terminologie au niveau mondial afin de garantir l'équité entre les groupes linguistiques ; et la mise en place de systèmes informatisés pour soutenir une meilleure gestion de la terminologie, y compris la traduction automatique et un accès plus large aux bases de données terminologiques.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) estime que la diversité linguistique est essentielle pour que l'OMS puisse s'acquitter convenablement de son mandat et se félicite donc du plan d'action proposé. Il rappelle au Conseil que les langues de travail officielles de l'OMS comprennent les langues officielles des bureaux régionaux, dont le portugais, avec plus de 220 millions de lusophones dans le monde. Trop peu de documents sont traduits dans ces langues, qui ne sont même pas mentionnées dans le rapport. Il demande une clarification du terme « langues locales » utilisé dans le rapport et également une explication de la façon dont les priorités de traduction seront fixées entre les différentes langues. Des critères précis seront nécessaires pour garantir que la traduction dans des langues locales ne se fait pas au détriment des langues officielles de l'Organisation.

L'initiative ePORTUGUÊSe pourrait servir d'exemple de bonne pratique et gagnerait à être renforcée. Le plan d'action de l'OMS devrait tenir compte de la résolution 61/266 de l'Assemblée générale des Nations Unies, notamment en ce qui concerne la formation du personnel dans toutes les langues officielles des Nations Unies et la parité entre les langues de travail.

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi) se félicite du multilinguisme, car il facilite la communication et améliore l'accès à l'information, ce qui permet de faire progresser la cause de la santé dans le monde.

Mme TOR-DE TARLÉ (France)¹ accueille avec satisfaction le projet de plan d'action sur le multilinguisme. Il devrait permettre d'accroître le nombre de lignes directrices de l'OMS traduites dans toutes les langues officielles qui ont un impact direct sur la santé pour tous. Comme l'ont suggéré d'autres orateurs, le plan d'action devrait tenir compte de la résolution 61/266 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui énonce un certain nombre de principes directeurs utiles pour l'instauration du multilinguisme. Le projet de plan d'action ne couvre pas la question de la formation linguistique du personnel de l'OMS. En ce qui concerne la traduction, il est important de concilier la nécessité de publier les documents dans les six langues officielles et les demandes de traduction dans des « langues locales » de certains Etats Membres. Le plan d'action devrait bien préciser que la traduction dans des langues locales ne doit pas se faire au détriment de la traduction des documents dans les six langues officielles ou dans les langues de travail des bureaux régionaux.

Le plan d'action fait également référence aux activités du coordonnateur spécial nommé en 2000 pour promouvoir le multilinguisme à l'OMS. Elle aimerait avoir davantage d'informations sur ses activités : quelles sont celles qui ont été menées à bien et celles qui ne l'ont pas été ? Les Etats Membres ont besoin de le savoir pour pouvoir décider de modifier ou non le rôle du coordonnateur spécial et de quelle manière.

D'après le paragraphe 12 du rapport, le budget proposé pour le plan d'action n'est que de US \$20 millions alors que, dans le plan stratégique à moyen terme adopté par l'Assemblée de la Santé, l'objectif stratégique 12 sur la promotion des partenariats et de la collaboration avec les pays prévoit un budget total de plus de US \$117 millions pour la même période, à savoir 2008-2013. Pourquoi cette disparité ? Il faut que des crédits suffisants soient prévus au budget pour la promotion du multilinguisme. Trop souvent, le Secrétariat demande aux Etats Membres, et en particulier aux Etats francophones, de payer la traduction des documents rédigés en anglais, ce qui est contraire aux règles des Nations Unies aux termes desquelles la traduction de ces documents dans toutes les langues officielles est une obligation.

Mme GOY (Luxembourg)¹ estime que le multilinguisme est l'un des éléments qui permet au système des Nations Unies de fonctionner de manière harmonieuse. L'expression « langues locales » devrait être précisée. La traduction des documents dans les langues officielles et la formation linguistique du personnel devraient figurer parmi les priorités de l'Organisation à financer au titre du

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

budget ordinaire. Elle soutient l'appel formulé dans la résolution 61/266 de l'Assemblée générale des Nations Unies en faveur de la parité de toutes les langues officielles ainsi que la proposition d'inclure dans le plan d'action une référence à cette résolution.

Mme BU FIGUEROA (Honduras),¹ prenant la parole au nom des Etats Membres du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, fait siennes les observations du membre désigné par le Mexique. Pour permettre à l'Organisation de travailler efficacement et faciliter l'échange d'informations entre les Etats Membres, le Secrétariat doit assurer la traduction de la documentation dans toutes les langues officielles et l'interprétation à toutes les réunions techniques, groupes de rédaction et groupes de travail, ainsi qu'aux réunions régionales qui ont lieu à la faveur des conférences et des Assemblées de la Santé. A la première réunion mondiale des partenaires sur les maladies tropicales négligées, les 19 et 20 avril 2007, il n'y a eu ni documentation ni interprétation en espagnol, ce qui a défavorisé certains participants. Les réunions techniques, en particulier, devraient bénéficier d'une interprétation vers l'espagnol. Les communications adressées aux missions permanentes devraient l'être dans la langue officielle de l'Etat Membre concerné. Elle apprécie les efforts du Secrétariat pour fournir la documentation des organes directeurs dans les langues officielles, mais il y a encore beaucoup à faire en matière de traduction.

Les Etats Membres du Groupe sont sous-représentés aux postes à responsabilité au Siège de l'OMS. Le fait d'être hispanophone devrait être considéré comme un atout lors du processus de recrutement. En théorie, l'OMS travaille dans les six langues officielles mais, dans la pratique, elle travaille principalement en anglais.

Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a reconnu les efforts déployés pour promouvoir le multilinguisme et souligné la nécessité d'utiliser plusieurs langues lors de toutes les réunions internationales de l'OMS.² Les priorités en matière de traduction évoquées dans le document EB121/6 ne devraient pas nuire au principe de base selon lequel les documents doivent être traduits dans les six langues officielles. L'équipe des rédacteurs du Web (paragraphe 6) devrait comprendre des professionnels des Etats Membres de la Région des Amériques. Le budget estimé de US \$20 millions pour le plan d'action sur le multilinguisme ne doit pas être alloué aux dépens des programmes de santé.

M. MARTIN (Suisse)¹ s'associe aux déclarations des représentants de la France et du Luxembourg. L'OMS devrait agir dans l'esprit de la résolution 61/266 de l'Assemblée générale des Nations Unies, dont la Suisse était coauteur. Le coût de la traduction de documents opérationnels dans des langues autres que les langues officielles de l'Organisation des Nations Unies, par exemple le portugais, devrait être financé au titre du budget du programme concerné. Cela permettrait de protéger les six langues officielles tout en mettant en évidence le coût réel de la traduction dans d'autres langues, qui doit être couvert d'une manière ou d'une autre. Les statistiques établies par le Secrétariat pour le compte des organes directeurs devraient indiquer la langue maternelle de chaque membre du personnel et sa langue de travail préférée.

M. BARARUNYERETSE (Organisation internationale de la Francophonie), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que le projet de plan d'action répond à certaines des préoccupations exprimées par les Etats Membres. Toutefois, le concept nouveau de « langues locales » peut être défini différemment selon les situations ; il pourrait par ailleurs compromettre la situation des langues officielles de l'Organisation si des fonds supplémentaires ne sont pas prévus pour ces langues. L'orateur émet également des réserves au sujet des références au coordonnateur contenues dans le rapport du Secrétariat (paragraphe 11). Avant de redéfinir le rôle du coordonnateur spécial, il faudrait

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

² Document EB121/3.

pouvoir examiner ce qui a été fait jusqu'ici et établir une description de poste qui tienne compte des compétences linguistiques du titulaire du poste. D'autre part, les ressources allouées au multilinguisme risquent d'être revues à la baisse lors de la mise en oeuvre du plan d'action.

Dans sa résolution 61/266, l'Assemblée générale des Nations Unies a souligné l'importance de la parité des six langues officielles et prié le Secrétaire général de veiller à traiter tous les services linguistiques sur un pied d'égalité et à leur fournir également les moyens et conditions de travail qui leur permettent d'optimiser la qualité de leurs prestations. La résolution demande à nouveau le chargement sur le site Web de l'Organisation des Nations Unies de tous les anciens documents importants dans les six langues officielles et rappelle qu'il faudrait continuer à s'efforcer de faire traduire dans toutes les langues officielles tous les documents et bases de données affichés en anglais. Ces services sont nécessaires pour assurer un dialogue véritablement multilingue entre les représentants des Etats Membres sur un pied d'égalité. Toutes les langues officielles devraient être utilisées dans toutes les activités du Département de l'Information des Nations Unies, et l'écart entre l'usage de l'anglais et celui des cinq autres langues officielles devrait être éliminé.

Le projet de plan d'action devrait être révisé en tenant compte de la résolution 61/266, et un projet de résolution sur la question devrait être préparé et soumis au Conseil exécutif à sa prochaine session en janvier 2008.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), prenant la parole en français, remercie les participants de leurs observations très utiles. Le multilinguisme représente autant une chance qu'une menace. Le Secrétariat tiendra compte de la résolution 61/266. Les progrès faits sur le multilinguisme seront examinés.

Poursuivant en anglais, il précise que le budget de US \$20 millions proposé dans le rapport ne couvre que les activités recommandées par le Corps commun d'inspection des Nations Unies et ne représente qu'une petite proportion des activités de l'OMS liées au multilinguisme. La formation linguistique du personnel est assurée gratuitement dans les langues officielles. La traduction de la documentation dans les langues locales n'est pas financée au titre du budget ordinaire ; elle est souvent confiée à des sociétés privées sous contrat ou payée par les Etats Membres.

Le Conseil prend note du rapport.

Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir : Point 6.4 de l'ordre du jour (documents EB121/7, EB121/7 Add.1 et EB121/7 Add.1 Corr.1)

Le PRESIDENT appelle l'attention du Conseil sur la composition des Comités du Conseil (document EB121/7) et propose des candidats pour les postes vacants (documents EB121/7 Add.1 et EB121/7 Add.1 Corr.1).

Comité permanent des Organisations non gouvernementales

Décision : Le Conseil exécutif a nommé le Dr Jigmi Singay (Bhoutan) et le Dr J. Calderón Yberico (Pérou) membres, pour la durée de leur mandat au Conseil exécutif, de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales, en plus de M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), du Dr Ren Minghui (Chine) et du Dr R. R. Jean Louis (Madagascar) qui font déjà partie de ce Comité. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par

le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.¹

Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

Décision : Le Conseil exécutif a nommé membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le Dr S. Fadilah Supari (Indonésie), le Dr H. Shinozaki (Japon), le Dr Z. M. Youba (Mali), M. M. Bailón (Mexique), M. P. Hodgson (Nouvelle-Zélande), le Professeur J. Pereira Miguel (Portugal) et le Dr H. Abdessalem (Tunisie) pour une période de deux ans ou jusqu'à l'expiration de leur mandat au Conseil, si celle-ci intervient plus tôt, en plus du Dr A. S. Salehi (Afghanistan), de M. J. Fisker (Danemark), du Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), du Dr W. T. Gwenigale (Libéria) et de M. N. S. de Silva (Sri Lanka) qui font déjà partie de ce Comité ; et le Dr B. Sadasivan (Singapour), Président du Conseil, et le Dr J. G. Maza Brizuela (El Salvador), Vice-Président du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité, à l'exception des deux membres de droit, n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.²

Comités des fondations

Comité de la Fondation Léon Bernard

Décision : Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation Léon Bernard, a nommé le Professeur S. Aydin (Turquie) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Comité de la Fondation Léon Bernard, en plus du Président et des Vice-Présidents du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si le Professeur Aydin n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Comité, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.³

Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot

Décision : Le Conseil exécutif, conformément au Règlement d'exécution de la Fondation Jacques Parisot, a nommé Sir Liam Donaldson (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot, en plus du Président et des Vice-Présidents du Conseil, membres de droit. Il a été entendu que, si Sir Liam Donaldson n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.⁴

¹ Décision EB121(1).

² Décision EB121(2).

³ Décision EB121(3).

⁴ Décision EB121(4).

Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts du Prix Sasakawa pour la Santé, a nommé le Professeur Sohn Myong-sei (République de Corée) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Professeur Sohn Myong-sei n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.¹

Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, a nommé le Dr H. Abdessalem (Tunisie) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Dr Abdessalem n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.²

Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, conformément aux Statuts de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, a nommé le Dr A. A. Bin Shakar (Emirats arabes unis) membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, en plus du Président du Conseil et d'un représentant du fondateur, membres de droit. Il a été entendu que, si le Dr Bin Shakar n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Groupe.³

Représentants du Conseil exécutif à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

Décision : Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr B. Sadasivan (Singapour), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr W. T. Gwenigale (Libéria), le Dr V. Jaksons (Lettonie) et M. A. A. Miguil (Djibouti) pour représenter le Conseil à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Dr J. G. Maza Brizuela (El Salvador), et le Rapporteur, le Dr Jigmi Singay (Bhoutan), pourraient être invités à représenter le Conseil.⁴

¹ Décision EB121(5).

² Décision EB121(6).

³ Décision EB121(7).

⁴ Décision EB121(8).

Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels : création d'un sous-comité : Point 6.5 de l'ordre du jour (documents EB121/8 et EB121/8 Add.1)

Le PRESIDENT rappelle qu'en mars 2007, le Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels avait recommandé qu'un sous-comité soit créé afin de répertorier les médicaments essentiels qui manquent pour les enfants en vue de les inclure dans la liste modèle des médicaments essentiels. Le Secrétariat a établi un rapport où figure un projet de résolution.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) suggère que, par souci de cohérence, le paragraphe 1.1) du projet de résolution soit remanié comme suit : « établir une liste des médicaments destinés aux enfants sur la base de leurs besoins cliniques et de la charge de morbidité et la mettre à la disposition du Comité OMS d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels afin qu'il puisse l'utiliser pour réviser et actualiser régulièrement la liste modèle OMS des médicaments essentiels et y inclure les médicaments essentiels destinés aux enfants qui n'y figuraient pas ».

Mme NGAUNJE (suppléant du Dr Salaniponi, Malawi) dit que le sous-comité proposé se penchera, ce qui aurait dû être fait depuis longtemps, sur l'absence de normes pour les médicaments essentiels destinés aux enfants et que le Directeur général, qui s'est engagée à considérer la santé des enfants comme prioritaire, pourra s'appuyer sur ses travaux. C'est pourquoi elle est favorable à cette création.

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) est tout à fait favorable à la création du sous-comité, mais craint qu'un délai de deux ans pour l'établissement d'un rapport soit trop long. Le sous-comité devrait peut-être être prié de soumettre un rapport intérimaire au groupe d'experts dans environ un an en se concentrant sur les problèmes révélés par ses travaux au cours des 12 mois précédents et en avançant des propositions pour les résoudre.

M. BAILÓN (Mexique) soutient également la création d'un sous-comité temporaire. Il encourage le Secrétariat à garantir une représentation régionale équilibrée de ses membres, et notamment la participation d'experts de pays en développement.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) dit que le Secrétariat veillera certainement à garantir une représentation géographique équilibrée des membres du sous-comité et demandera également au sous-comité de présenter un rapport intérimaire en 2008.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé : Point 6.6 de l'ordre du jour (document EB121/9)

Le PRESIDENT considère, s'il n'y a pas d'objection, que le Conseil souhaite adopter les deux projets de décisions contenus dans le document EB121/9.

Décision : Le Conseil exécutif a décidé que sa cent vingt-deuxième session s'ouvrirait le lundi 21 janvier 2008 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 26 janvier 2008.²

¹ Résolution EB121.R2.

² Décision EB121(9).

Décision : Le Conseil exécutif a décidé que la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 19 mai 2008 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 24 mai 2008.¹

2. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 7 de l'ordre du jour

Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS : Point 7.1 de l'ordre du jour (document EB121/INF.DOC./1)

M. BELGHARBI (représentant des Associations du Personnel de l'OMS) donne lecture d'une déclaration mettant en lumière les préoccupations des Associations du Personnel de l'OMS concernant la lenteur du processus de réforme au sein du système des Nations Unies dans son ensemble et de l'OMS en particulier. Les Associations du Personnel sont favorables à ces réformes, en particulier si elles doivent conduire à l'adoption d'une approche fondée sur l'apprentissage dans toute l'Organisation, mais demandent instamment que l'attention voulue soit accordée aux questions relatives aux ressources humaines dans la mise en oeuvre des réformes futures afin de réduire au maximum l'impact négatif de celles-ci sur le personnel ou sur la capacité de l'OMS à fournir des services essentiels. Les Associations du Personnel se déclarent satisfaites des efforts déployés par le Directeur général pour mettre en place un processus de consultation des Associations du Personnel mondial plus solide et plus dynamique et se déclarent encouragées par les progrès accomplis vers une atmosphère plus franche et plus ouverte pour l'examen des questions relatives à la politique du personnel et aux conditions d'emploi.

Le Conseil prend note de la déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.

3. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : RAPPORTS DE COMITES D'EXPERTS ET DE GROUPES D'ETUDE : Point 8 de l'ordre du jour (document EB121/10)

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), se référant au rapport du Comité d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool, fait observer que le paragraphe 43 du rapport du Secrétariat mentionne des accords commerciaux. Il soulèvera à nouveau cette question au cours de la session du Conseil de janvier 2008 lorsque le Conseil examinera également la question des méfaits de l'alcool.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) rappelle que la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé n'est pas parvenue à un consensus sur le projet de résolution portant sur l'usage nocif de l'alcool. La principale question à résoudre est de savoir si l'approche du problème doit être mondiale, ou bien régionale et nationale. Il encourage le Secrétariat à accorder une attention particulière à cette question lorsqu'il établira le document à soumettre au Conseil à sa cent vingt-deuxième session.

¹ Décision EB121(10).

Le DIRECTEUR GENERAL dit que ces observations, au même titre que le débat à l'Assemblée de la Santé sur l'usage nocif de l'alcool, seront prises en compte dans l'établissement du document.

Le Conseil prend note du rapport.

4. CLOTURE DE LA SESSION : Point 9 de l'ordre du jour

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare close la cent vingt et unième session.

La séance est levée à 16 h 45.
