



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

# **CONSEIL EXÉCUTIF**

## **SESSION EXTRAORDINAIRE**

**GENÈVE, 23 MAI 2006**

**DÉCISIONS**

**PROCÈS-VERBAL**

## **CENT DIX-HUITIÈME SESSION**

**GENÈVE, 29-31 MAI 2006**

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS**

**ANNEXES**

**PROCÈS-VERBAUX**

**GENÈVE**

**2006**

---



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

# **CONSEIL EXÉCUTIF**

## **SESSION EXTRAORDINAIRE**

**GENÈVE, 23 MAI 2006**

**DÉCISIONS**

**PROCÈS-VERBAL**

**GENÈVE**  
**2006**

---

## 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 une session extraordinaire au Siège de l’OMS, à Genève, le 23 mai 2006. Le présent volume contient dans la partie suivante les décisions, le procès-verbal des débats du Conseil et la liste des participants.

## TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Avant-propos .....	3
Ordre du jour .....	7
Liste des documents .....	9

### PARTIE I

#### DECISIONS

##### Décisions

EBSS(1)	Directeur général par intérim.....	13
EBSS(2)	Accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général .....	13
EBSS(3)	Directeur général adjoint .....	13

### PARTIE II

#### PROCES-VERBAL

Liste des membres et autres participants .....	17
--	----

##### Session extraordinaire

1.	Hommage au Directeur général, le Dr Lee Jong-wook.....	33
2.	Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	33
3.	Directeur général de l'OMS .....	34

## **ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>**

*Numéro  
du point*

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
  2. Directeur général de l'OMS
- 

---

<sup>1</sup> Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa session extraordinaire.

## **LISTE DES DOCUMENTS**

EBSS/1	Ordre du jour <sup>1</sup>
EBSS/2	Directeur général de l’OMS : mémorandum concernant la désignation du Directeur général adjoint
<b>Divers</b>	
EBSS/DIV/1	Liste des membres et autres participants
EBSS/DIV/2	Décisions prises par le Conseil exécutif à sa session extraordinaire, le 23 mai 2006

---

---

<sup>1</sup> Voir p. 7.

**PARTIE I**

**DECISIONS**



## DECISIONS

### **EBSS(1)            Directeur général par intérim**

Le Conseil exécutif a décidé, conformément à l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, de nommer le Dr Anders Nordström Directeur général par intérim jusqu'à la nomination et l'entrée en fonctions du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Session extraordinaire, 23 mai 2006)

### **EBSS(2)            Accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général**

Le Conseil exécutif a prié le Secrétariat de soumettre à son examen, à sa cent dix-huitième session, des options concernant l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Le Conseil fixera à sa cent dix-huitième session le calendrier à suivre pour cette procédure.

(Session extraordinaire, 23 mai 2006)

### **EBSS(3)            Directeur général adjoint**

Le Conseil exécutif a prié le Secrétariat de résoudre la question du Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé.

(Session extraordinaire, 23 mai 2006)

---

## **PARTIE II**

### **PROCES-VERBAL**

## **LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS**

### **MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS**

#### **PAKISTAN**

Mr M.N. KHAN, Federal Minister of Health, Islamabad (**Président**)

*Suppléants*

Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr A. AHMED, Deputy Director-General of Health, Islamabad

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

Mr R.S. SHEIKH, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr F.N. TIRMIZI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

#### **AUSTRALIE**

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra (**Vice-Président**)

*Suppléants*

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

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

#### **AZERBAIDJAN**

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku

*Suppléants*

Mr S.A. ABDULLAYEV, Head, Department for International Affairs, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

#### **BAHREIN**

Dr N.A. HAFFADH, Minister of Health, Manama

*Suppléant*

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama

#### **BHOUTAN**

Dr JIGMI SINGAY, Minister for Health, Thimphu

*Suppléant*

Mr P. WANGCHUK, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Health,  
Thimphu

**BOLIVIE**

Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

**BRESIL**

Dr P.M. BUSS, President, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro

*Suppléants*

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Secretary of Health Care, Ministry of Health, Brasilia

Mr S. ALCÁZAR, Counsellor, Head of Department of International Affairs, Ministry of Health, Brasilia

Mr P.M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms M. NOGUIERA GUEBEL, Secretary, Division of Social Issues, Ministry of External Relations, Brasilia

**CANADA**

Mr I. SHUGART, Senior Assistant Deputy Minister of Health, Health Canada, Ottawa

*Suppléants*

Ms C. GILDERS, Director-General, International Affairs Directorate, Health Policy Branch, Health Canada, Ottawa

Ms G. WISEMAN, Director, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Mr D. MACPHEE, Senior Adviser, Global Health Issues, Human Rights, Gender Equality, Health and Population Division, Department of Foreign Affairs and International Trade, Ottawa

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr D. STRAWCZYNSKI, Senior Policy Analyst, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Ms N. KELLY, Deputy Minister, New Brunswick, Fredericton

Dr J. WEBBER, Director, Department of International Policy and Development, Canadian Nurses Association, Ottawa

**EQUATEUR**

Dr I. ZAMBRANO CEDEÑO, Ministro de Salud Pública, Quito (**suppléant du Dr J. Andrade Gaibor**)

*Suppléants*

Sr. G. LARENAS SERRANO, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

Dr. M. LOOR, Asesor del Despacho Ministerial, Ministerio de Salud Pública, Quito

Dr. J. AVILÉS, Director de Aseguramiento de la Calidad, Ministerio de Salud Pública, Quito

Sr. D. SANTOS REPETTO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**FRANCE**

Dr J.-B. BRUNET, Chef de la Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris (**suppléant du Professeur D. Houssin**)

*Suppléants*

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

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

**GUINEE-BISSAU**

Dr J.C. SÁ NOGUEIRA, Conseiller du Ministre pour la Politique institutionnelle, Ministère de la Santé publique, Bissau

**IRAQ**

Mr B. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva (**suppléant du Dr A.M. Ali Mohammed Salih**)

*Suppléant*

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

**ISLANDE**

Mr D.Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik  
*Suppléants*

Mrs R. HARALDSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

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

Dr M. HALLDÓRSSON, Deputy Medical Director, Directorate of Health, Reykjavik

Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

**JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE**

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

*Suppléants*

Dr M.B. RASHED, Secretary (Minister), General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**JAMAÏQUE**

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

*Suppléant*

Mr R.A. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

**JAPON**

Dr T. TOGUCHI, Assistant Minister for Technical Affairs, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo (**suppléant du Dr H. Shinozake**)

*Suppléants*

Dr H. INOUE, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

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

**KENYA**

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

*Suppléant*

Dr T. GAKURUH, Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

**LESOTHO**

Dr M. PHOOKO, Minister of Health and Social Welfare, Maseru

*Suppléants*

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mrs M. PHEKO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**LIBERIA**

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health, Monrovia

**LUXEMBOURG**

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

**(Vice-Président)**

*Suppléants*

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

Mme E. COLOTTE, Secrétaire de Légation, Direction de la Coopération et de l'Action humanitaire, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

**MADAGASCAR**

Dr R.R. JEAN LOUIS, Ministre de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

*Suppléants*

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

Dr N. RAMANANDRAIBE, Directeur, Office national de la Lutte Anti-Tabac, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

**MEXIQUE**

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

**(Rapporteur)**

*Suppléants*

Dr. J. FRENK, Secretario de Salud, México, DF

Sr. L.A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. R. TAPIA CONYER, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Dr J. SEPÚLVEDA AMOR, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Sr. G. GARCIA PÉREZ, Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Secretaría de Salud, México, DF

Sr. C. RUÍZ MATUS, Coordinador de Asesores del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF  
Sra. D.M. VALLE ÁLVAREZ, Consejera, Misión Permanente, Ginebra  
Sra. A. GONZÁLEZ MOREL, Directora de Asuntos Multilaterales, Secretaría de Salud, México, DF

## NAMIBIE

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek  
**(Vice-Président)**  
*Suppléant*  
Dr R.N. KAMWI, Minister of Health and Social Services, Windhoek

## NEPAL

Mr R.M. SINGH, Secretary, Ministry of Health and Population, Kathmandu **(suppléant du Dr H.N Acharya, Vice-Président)**  
*Suppléants*  
Mr A.B. SINGH, Chief, Policy Planning and International Cooperation Division, Ministry of Health and Population, Kathmandu  
Mr G.B. THAPA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

## PORTUGAL

Professor J. PEREIRA MIGUEL, High Commissioner for Health, Lisbon  
*Suppléants*  
Mr J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Professor P. FERRINHO, Deputy Director-General of Health, Lisbon  
Mr J. SOUSA FIALHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms M.J. LARANJEIRO, Adviser to the Minister of Health, Lisbon

## REPUBLIQUE TCHEQUE

Dr M. VÍT, Deputy Minister of Health, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Prague **(suppléant du Professeur B. Fišer)**  
*Suppléants*  
Mr O. VESELSKÝ, Director, International Relations Department, Ministry of Health, Prague  
Mrs H. SEVDÍKOVÁ, Director, Development Cooperation and Humanitarian Aid Department, Ministry of Foreign Affairs, Prague

## ROUMANIE

Mr L. MIHAI, Director-General, General Directorate for European Integration and International Relations, Ministry of Health, Bucharest **(suppléant de M. E. Nicolaescu)**  
*Suppléant*  
Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**RWANDA**

Dr G. TWAHIRWA, Directeur de l'Hôpital de la Région sanitaire de Kabutare (**suppléant du**

**Dr J. D. Ntawukuriryayo**)

*Suppléant*

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

**SOUDAN**

Dr T. BOTROS SHOKAI, Federal Minister of Health, Khartoum

*Suppléants*

Dr I.E.M. ABDULLA, Director, Department of International Cooperation, Federal Ministry of Health, Khartoum

Mrs I. ELAMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**THAÏLANDE**

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi

*Suppléants*

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms WARANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

**TONGA**

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

**VIET NAM**

Mrs LE THI THU HA, Deputy Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Hanoi



---

**ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF<sup>1</sup>****AFRIQUE DU SUD**

Dr M.E. TSHABALALA-MSIMANG, Minister of Health, Pretoria  
Mr T. MSELEKU, Director-General, Ministry of Health, Pretoria  
Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

**ALLEMAGNE**

Mr U. SCHOLTEN, Deputy Director General, European and International Health, Federal Ministry of Health, Bonn  
Dr A. BRANDRUP-LUKANOW, Director, Division for Health, Education and Social Protection, German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Eschborn

**ANGOLA**

Dr S. NETO DE MIRANDA, Assistant for Health, Permanent Mission, Geneva

**ARGENTINE**

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

**AUTRICHE**

Dr C. LASSMANN, Deputy Head, Health and Social Affairs Division, Federal Ministry for Foreign Affairs, Vienna  
Dr V. GREGORICH-SCHEGA, Director, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Dr D. ZIMPER, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

**BAHAMAS**

Dr B.J. NOTTAGE, Minister of Health and National Insurance, Nassau  
Dr M. DAHL-REGIS, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Nassau  
Dr B. CAREY, Director of Public Health, Ministry of Health, Nassau

---

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

**BANGLADESH**

Dr K.M. HOSSAIN, Minister of Health and Family Welfare, Dhaka  
Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Professor M.S. HOSSAIN, Director General, Directorate of Health Services, Dhaka  
Mr M.S. ISLAM, Joint Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka  
Mr M. ZAMAN, Minister (Political), Permanent Mission, Geneva  
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**BELGIQUE**

Dr D. CUYPERS, Président du Comité de Direction, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles  
Mme F. GUSTIN, Ministre conseiller, Représentant permanent adjoint, Genève  
Mme L. MEULENBERGS, Service des Relations internationales, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles  
Dr J. LARUELLE, Conseiller, Direction générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

**BELIZE**

Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

**BULGARIE**

Mr P. DRAGANOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr I. KRASTELNIKOV, State Expert, Ministry of Foreign Affairs, Sofia

**CAMEROUN**

M. U. OLANGUENA AWONO, Ministre de la Santé publique, Yaoundé  
M. F. NGANTCHA, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève

**CHILI**

Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Dr. O. SALGADO, Jefe de la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud Pública, Santiago  
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**CHINE**

Dr REN Minghui, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing  
Dr DING Baoguo, Deputy Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

**COTE D'IVOIRE**

M. R. ALLAH KOUADIO, Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan  
Mme C. ADJOBI NEBOUT, Ministre de la Lutte contre le SIDA, Abidjan  
M. M. KOFFI N'GUESSAN, Directeur général de la Santé, Abidjan  
M. J. BAMBA LANCINE, Chef du Protocole, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan  
M. B.N. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève  
M. F. KACOU, Chargé de mission, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Abidjan

**DANEMARK**

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen  
Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

**DJIBOUTI**

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti  
Mme B.M. AHMED, Chef, Service de Formation, Ministère de la Santé, Djibouti

**EGYPTE**

Dr A.R. SHAHEEN, Adviser to the Minister of Health and Population, Cairo  
Dr M. GAD, Adviser to the Minister of Health and Population for International Cooperation, Cairo  
Mr T. KHALLAF, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**ERYTHREE**

Mr E. ANDOM, Director, Monitoring and Evaluation Division, Ministry of Health, Asmara

**ESPAGNE**

Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Sra. M.L. GARCIA TUÑÓN, Consejera Técnica, Subdirección General de Relaciones Internacionales,  
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

**ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, 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 M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC  
Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

**ETHIOPIE**

Mr T.A. GHEBREYESUS, Minister of Health, Addis Ababa  
Ms S. AMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**FEDERATION DE RUSSIE**

Mr V.V. LOSHCHININ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr O.P. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public  
Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**FINLANDE**

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

**GABON**

M. M.E. NDOUTOUMOU, Directeur général des Ressources humaines et des Moyens généraux,  
Ministère de la Santé publique, Libreville

**GRECE**

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

**GUINEE**

Dr M. CAMARA, Secrétaire général, Ministère de la Santé publique, Conakry  
Dr M'B. DIAKHABY, Conseiller, Département de la Coopération, Ministère de la Santé publique,  
Conakry  
Dr M.M. BARRY, Directeur national, Santé publique, Conakry

**HONGRIE**

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**INDE**

Mr R. BHUSHAN, Director, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi

**IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')**

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

**IRLANDE**

Dr J. KIELY, Chief Medical Officer, Department of Health and Children, Dublin

**ITALIE**

Dr F. CICOGNA, Direction générale des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome

Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève

Dr G. MAJORI, Directeur, Laboratoire de Parasitologie, Institut supérieur de la Santé, Rome

Mme M.P. RIZZO, Direction générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome

Dr L. PECORARO, Institut d'Hygiène et de Santé publique, Rome

**JORDANIE**

Dr S. KHARABSEH, Secretary-General, Ministry of Health, Amman

Dr M. BURAYZAT, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M. QASEM, Director, International and Public Relations, Ministry of Health, Amman

Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LITUANIE**

Ms R. BARANAUSKIENĖ, State Secretary of the Ministry of Health, Vilnius

Dr V. GRABAUSKAS, Chancellor, Kaunas University of Medicine, Kaunas

Ms R. KAZRAGIENĖ, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr V. MEIŽIS, Head, International Relations and European Integration Division, Ministry of Health, Vilnius

**MALAWI**

Dr H. NTABA, Minister of Health, Lilongwe

**MALI**

Dr M. TRAORE, Directeur national de la Santé, Bamako

**MONACO**

Mlle C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève

**MOZAMBIQUE**

Professor P.I. GARRIDO, Minister of Health, Maputo

Dr G.J. MACHATINE, National Director for Planning and Cooperation, Ministry of Health, Maputo

**NIGERIA**

Professor E. LAMBO, Minister of Health, Abuja

Mr B.B. OLOWODOLA, Special Assistant to the Minister of Health, Abuja

**NORVEGE**

Ms R. AASRUD, State Secretary, Ministry of Health and Care Services, Oslo

Mr W.Chr. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr B.I. LARSEN, Director General, Norwegian Directorate of Health and Social Welfare, Oslo

Ms T. ROSCHER NIELSEN, Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo

Mr S.-I. NESVÅG, Adviser, Ministry of Foreign Affairs, Oslo

Mr T. URFJELL, Political Adviser, Ministry of Foreign Affairs, Oslo

Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**NOUVELLE-ZELANDE**

Mr P. HODGSON, Minister of Health, Wellington

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General, Public Health, Ministry of Health, Wellington

Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

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

**OMAN**

Dr A.J. MOHAMMAD, Ministry of Health, Muscat

**PAYS-BAS**

Mr H. VAN DER HOEVEN, Desk Officer, United Nations and International Financial Institutions  
Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Public Health, International Affairs Directorate,  
Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

**PEROU**

Dra. P. MAZZETTI SOLER, Ministra de Salud, Lima

Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

Sr. A. NEYRA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**REPUBLIQUE DE COREE**

Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul  
Mr HUR Young-joo, Director, Epidemic Intelligence Service Team, Korea Centre for Disease Control and Prevention, Seoul  
Ms KIM Sun-young, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Dr CHO Do-yeon, Director, Korea International Foundation for Health and Development, Seoul

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE LAO**

Dr PONMEK DALALOY, Minister of Public Health, Vientiane  
Dr N. BOUTTA, Deputy Director of Cabinet, Ministry of Public Health, Vientiane  
Dr C. PHOXAY, Deputy Chief of Secretariat Division, Ministry of Public Health, Vientiane

**REPUBLIQUE DOMINICAINE**

Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

**REPUBLIQUE POPULAIRE DEMOCRATIQUE DE COREE**

Mr RI TCHEUL, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr KIM YUN HUM, National Coordinator for WHO, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Pyongyang  
Mr PAK JONG MIN, Director, Department of External Affairs, Ministry of Public Health, Pyongyang  
Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE**

Professor D.H. MWAKYUSA, Minister of Health and Social Welfare, Dar es Salaam  
Mr M.Y. LUMBANGA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London  
Dr D. HARPER, Director of Health Protection and International Health, Department of Health, London  
Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London  
Mr S. TYSON, Head of Profession Health, Department for International Development, London  
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva,  
Mr N. BOYD, Head of International Affairs, Department of Health, London  
Professor C. BEASLEY, Chief Nursing Officer, Department of Health, London  
Professor A. MASLIN, International Officer for Nursing and Midwifery, Department of Health, London  
Ms L. DEMMING, Global Business Manager, Department of Health, London  
Miss A. AKINFOLAJIMI, Deputy International Business Manager, Department of Health, London

Mr A. JENNER, Senior Policy Adviser, Intellectual Property and Innovation Directorate, UK Patent Office, London  
Ms S. BALDWIN, Deputy Head, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London  
Ms C. JOLLY, Assistant Programme Officer, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London  
Mrs L. KIDD, Head of International Workforce, Department of Health, London  
Sir Nigel CRISP, Special Government Adviser, London  
Mr S. ROBBINS, Health Consultant, Department of Health, London  
Mr J. WORLEY, Team Leader, Reproductive and Child Health, Department for International Development, London  
Mrs P. TARIF, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr J. METCALFE, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr R. DIXON, Press Officer, Permanent Mission, Geneva  
Miss H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Miss S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Mr B. GREEN, Institutional Manager, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

#### **SINGAPOUR**

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State (Health), Singapore  
Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health, Singapore  
Mrs J. TAN, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health, Singapore  
Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

#### **SUEDE**

Mr M. JOHANSSON, Minister for Public Health and Social Services, Stockholm  
Ms E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms H. PEDERSEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

#### **SUISSE**

M. T. ZELTNER, Directeur, Office fédéral de la Santé publique, Département fédéral de l'Intérieur, Berne  
M. G. SILBERSCHMIDT, Vice-Directeur, Chef de la Division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Département fédéral de l'Intérieur, Berne

#### **TUNISIE**

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



**TURQUIE**

Professor S. AYDIN, Deputy Undersecretary, Ministry of Health, Ankara  
Mr H. KIVANÇ, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr V.E. ETENSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr E.E. BOR, General Directorate of Health Education, Ministry of Health, Ankara

**VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)**

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Encargada de Negocios a.i., Ginebra  
Sra. R. MATA, Directora General (E), Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas  
Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra  
Dr. L.A. LIRA OCHOA, Coordinador General de Proyecto Salud, Ministerio de Salud, Caracas  
Dr. R. PADILLA, Coordinador Nacional del Plan Influencia Aviar, Ministerio de Salud, Caracas  
Sr. O. LUCES BRICEÑO, Politólogo de la Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Asesor Técnico, Ministerio de Salud, Caracas  
Sr. J. ARIAS, Asesor del Sector Político, Misión Permanente, Ginebra

**ZAMBIE**

Mr C.S. KAZENENE, Deputy Minister of Health, Lusaka  
Dr B.U. CHIRWA, Director-General, National AIDS Council, Lusaka  
Mrs M.N.B. KAPIHYA, Director, Human Resources and Administration, Ministry of Health, Lusaka  
Mrs D.S. MWEWA, Chief Policy Analyst (Nursing), Ministry of Health, Lusaka  
Ms F. KONDOLO, Human Resources and Development Officer, Ministry of Health, Lusaka  
Mr A.K. ZULU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**ZIMBABWE**

Dr P.D. PARIRENYATWA, Minister of Health and Child Welfare, Harare  
Dr E.T. MABIZA, Secretary for Health and Child Welfare, Harare  
Mr R. CHIBUWE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Dr G. RIZZARDINI, Expert

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

**Fonds des Nations Unies pour la Population**

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office in  
Geneva

Ms S. HAMID, External Relations Officer,  
UNFPA Office in Geneva

**REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**

**Commission européenne**

Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit,  
Directorate-General for Health and  
Consumer Protection, Brussels

**Ligue des Etats arabes**

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur,  
Observateur permanent, Genève  
M. Y. TILIOUANT, Premier Attaché,  
Délégation permanente, Genève  
Dr O. EL HAJJE, Délégation permanente,  
Genève  
M. S. AEID, Délégation permanente, Genève

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

**Conseil international des Infirmières**

Dr J.A. OULTON

**Fédération internationale des Femmes de  
Carrières libérales et commerciales**

Ms M. GERBER  
Ms G. GONZENBACH

**Fédération internationale pharmaceutique**

Mr T. HOEK  
Mr CHAN XUAN HAO

**Global Forum for Health Research**

Professor S.A. MATLIN  
Dr A. DE FRANCISCO

**Organisation mondiale contre la Cécité**

Dr N. ALAMUDDIN

---

# **PROCES-VERBAL**

## **SESSION EXTRAORDINAIRE**

**Mardi 23 mai 2006, 18 h 15**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

### **1. HOMMAGE AU DIRECTEUR GENERAL, LE Dr LEE JONG-WOOK**

Le PRESIDENT, évoquant la mémoire du Directeur général, déclare que le Dr Lee Jong-wook a apporté une contribution dynamique et considérable non seulement à l'OMS, mais aussi à la cause des pauvres en Afrique, en Amérique latine, en Asie et en Asie du Sud-Est. Personnalité hors du commun, d'une grande humanité, le Dr Lee s'inquiétait toujours du sort des plus défavorisés ; avec simplicité et dignité, il cherchait toujours à faire triompher ce qui était juste. Au nom du Conseil exécutif, le Président exprime les condoléances de tous les membres à ceux qui ont été les plus proches du Dr Lee, en espérant que Dieu leur donnera la force de supporter cette perte irréparable.

Le Président invite les membres du Conseil et le reste de l'assistance à honorer la mémoire du Dr Lee en observant une minute de silence.

**Toutes les personnes présentes dans la salle du Conseil se lèvent pour observer une minute de silence.**

### **2. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (document EBSS/1)**

Le PRESIDENT dit que le seul point à l'ordre du jour concerne la situation découlant de la disparition tragique du Dr Lee, à savoir la désignation d'un Directeur général par intérim et sa confirmation par le Conseil qui est tenu d'assurer une transition harmonieuse et la continuité dans la transparence, la justice et la légalité et dans le respect de la Constitution. En tant que Président, il fera preuve d'impartialité et se laissera guider par la sagesse du Conseil et par les exigences constitutionnelles et légales.

**L'ordre du jour est adopté.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Voir p. 7.

### 3. DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS : Point 2 de l'ordre du jour (document EBSS/2)

Le PRESIDENT, appelant l'attention des membres du Conseil sur l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé qui prévoit que, dans la situation actuelle, « le plus haut fonctionnaire du Secrétariat fera fonction de Directeur général par intérim, sous réserve de toute décision du Conseil », prie le Secrétariat de présenter un compte rendu complet des communications récentes et des procédures adoptées à cet égard.

M. BURCI (Conseiller juridique) déclare que le 14 novembre 2003, le Directeur général avait, en consultation avec le précédent Conseiller juridique, signé un mémorandum adressé au Directeur administratif des Ressources humaines. Le Dr Lee suivait ainsi la pratique adoptée par son prédécesseur. Dans ce mémorandum, le Directeur général nommait le Dr Nordström Directeur général adjoint avec effet immédiat, tout en précisant qu'il n'en exercerait les fonctions que si lui-même n'était pas en mesure d'exercer les fonctions de sa charge ou si son poste venait à devenir vacant pour d'autres raisons avant l'expiration de son mandat ; le Dr Nordström exercerait alors les fonctions de Directeur général adjoint. Conformément à l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, il exercerait aussi les fonctions de Directeur général par intérim jusqu'à ce que le Dr Lee soit à nouveau en mesure d'exercer ses fonctions de Directeur général, ou que le Conseil exécutif désigne une autre personne comme Directeur général par intérim, ou que son successeur entre en fonction après avoir été nommé par l'Assemblée de la Santé, selon le cas.

A la demande du Dr Lee, le mémorandum est resté confidentiel, étant assorti d'instructions concernant l'ouverture de l'enveloppe uniquement au cas où l'une des situations prévues à l'article 113 se présenterait. Le Dr Lee est tombé malade le samedi 20 mai et le lundi 22 mai, aux premières heures, le Directeur du Service médical de l'OMS envoyait un mémorandum au Directeur exécutif du Bureau du Directeur général, le Dr Kean, l'informant que le Dr Lee restait hospitalisé dans un état grave et qu'il ne serait pas en mesure d'exercer ses fonctions pendant une période indéterminée. Le Dr Kean a donné lecture de ce mémorandum lors d'une réunion des hauts responsables de l'OMS à 8 heures le lundi 22 mai. A cette réunion, le Conseiller juridique a expliqué que la situation envisagée à l'article 113 s'était malheureusement présentée. Il a ensuite expliqué que le Directeur général avait pris des dispositions pour le cas où cette éventualité se produirait et a donné lecture du mémorandum en date du 14 novembre 2003. La nouvelle du décès du Dr Lee a alors été connue et a été annoncée à l'ouverture de l'Assemblée de la Santé.

En ce qui concerne le cadre juridique, l'article 113 constitue le point de départ, car il met en place un dispositif automatique permettant au plus haut fonctionnaire du Secrétariat d'exercer immédiatement les fonctions de Directeur général par intérim en cas de décès ou d'incapacité du Directeur général, évitant ainsi toute situation de vacance de pouvoir et d'incertitude, sans préjudice de l'autorité du Conseil exécutif de prendre une décision différente. En vertu de la Constitution, et en particulier des articles 31 et 35, le Directeur général est le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation. En outre, l'article 4.1 du Statut du Personnel donne au Directeur général une large autorité concernant la nomination des membres du personnel suivant les besoins du service dans l'intérêt de l'Organisation.

C'est sur cette association des dispositions de la Constitution et de l'article 4.1 du Statut du Personnel que repose, pour le Conseiller juridique, l'autorité du Directeur général de nommer les membres du personnel, y compris un Directeur général adjoint. S'il est vrai que, depuis le mandat du Dr Nakajima, aucun poste de Directeur général adjoint n'a figuré dans le tableau des effectifs, cela n'entrave en rien l'autorité du Directeur général, qui a donc le pouvoir de nommer un adjoint sans que l'approbation ou la confirmation des organes directeurs ne soit nécessaire.

Le terme de « plus haut fonctionnaire du Secrétariat » est intentionnellement générique, désignant la personne ayant le rang le plus élevé, d'après la classe et l'ancienneté dans la fonction. Le Directeur général adjoint a toujours été mentionné directement après le Directeur général dans toute énumération des hauts responsables de l'Organisation dans le Règlement et le Statut du Personnel, qui ne prévoient par ailleurs qu'un poste de Directeur général adjoint alors que les Sous-Directeurs

généraux et les Directeurs régionaux sont plusieurs. En outre, à l'époque du Dr Nakajima et des Directeurs généraux qui l'ont précédé, le Directeur général adjoint avait le même rang qu'un Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies. Ce sont ces considérations qui ont permis d'aboutir à la conclusion que le Directeur général adjoint était le plus haut fonctionnaire du Secrétariat.

Pour ce qui est de la procédure de nomination éventuelle du prochain Directeur général, le Conseiller juridique fait observer qu'il faut se référer à l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, lequel doit être rapproché de l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif. Ces deux dispositions ne sont toutefois pas faciles à concilier dans des situations exceptionnelles. L'article 109, rédigé longtemps avant l'article 52, n'envisage pas de délai pour la présentation des candidatures, alors que l'article 52 prévoit plusieurs délais avant que le Conseil se réunisse pour désigner le Directeur général. Il serait peut-être possible de lire les deux dispositions ensemble, en faisant preuve d'une certaine souplesse. Le Conseil peut aussi décider de suspendre l'article 52 et prendre une décision ad hoc permettant de tenir compte de la situation actuelle et d'accélérer la procédure de désignation et de nomination d'un Directeur général. Le Conseil pourrait avoir à faire des recommandations appropriées sur la question à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) confirme que le Dr Lee lui a demandé, en novembre 2003, s'il serait prêt à assumer la fonction visée. Il n'a jamais vu le mémorandum, ayant simplement été informé de son contenu. Cette demande du Dr Lee l'a honoré et il l'a acceptée. Telle était la volonté du Dr Lee et il ne peut que la respecter. Naturellement, il appartient au Conseil d'examiner la question et de prendre une décision en application de l'article 113. Le Dr Nordström se déclare prêt à gérer la période de transition qui devrait être brève et harmonieuse, mais précise qu'il n'a aucune intention de briguer le poste de Directeur général.

Le Dr WINT (Jamaïque) est d'avis que, dans un esprit de transition harmonieuse et de continuité, il serait préférable d'accélérer la procédure et de ne pas attendre une année avant l'entrée en fonction du nouveau Directeur général.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que sa principale préoccupation est de savoir comment combler le vide laissé par le décès inopiné du très regretté Dr Lee à moyen et à long terme. S'il a des réticences concernant certaines imperfections des textes de référence et ne voit pas bien s'il y avait eu en fait un « effet immédiat », comme stipulé dans le mémorandum du Dr Lee de novembre 2003, il estime qu'il faut aller de l'avant et faire en sorte que la période intérimaire soit aussi brève que possible. Se félicitant de l'annonce faite par le Dr Nordström selon laquelle il ne sera pas lui-même candidat, le Dr Antezana Aranibar invite le Conseil à réfléchir à la question fondamentale de la nomination du prochain Directeur général. La question de la période intérimaire doit être résolue sur la base de l'article 113 qui sera au coeur du débat du Conseil sur ce point à sa cent dix-huitième session la semaine prochaine.

M. GUNNARSSON (Islande) dit que l'OMS doit agir comme il convient et faire preuve d'unité et de détermination. Il faut en particulier suivre scrupuleusement les dispositions établies. Le Conseiller juridique et les autres orateurs ont évoqué la possibilité de réduire dans toute la mesure possible la période intérimaire. Quelles sont les mesures qui peuvent être prises immédiatement, au cours de la session extraordinaire à cette fin, si l'on considère que, dans une situation normale, la procédure d'élection prend environ une année ?

Le Dr GWENIGALE (Libéria) demande si les Directeurs régionaux sont considérés comme faisant partie du Secrétariat, et, dans ce cas, si le choix du plus haut fonctionnaire du Secrétariat par le Dr Lee est conforme à l'esprit de l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la

Santé. Les explications apportées par le Secrétariat ne précisent pas si l'enveloppe a été ouverte avant ou après le décès du Dr Lee, et le Dr Gwenigale souhaiterait avoir des éclaircissements sur ce point.

Le Dr RASHED (Jamahiriya arabe libyenne) dit que sa délégation exprime des réserves au sujet du mémorandum et souhaite savoir pourquoi, alors qu'il concernait le poste de Directeur général adjoint, le Conseil en a ignoré l'existence pendant si longtemps. La période intérimaire a commencé au moment du décès du Dr Lee et, vu le contenu du mémorandum, le Conseil doit assumer ses responsabilités et prendre une décision appropriée, en agissant sans retard.

Le Dr HAFFADH (Bahreïn) déclare être surprise et troublée par le degré de confidentialité entourant la nomination du Directeur général adjoint. Le Conseiller juridique a certes expliqué que le Directeur général avait le droit de nommer les membres du personnel, mais elle estime qu'il devait y avoir une raison pour prendre cette décision et pour la garder secrète. Le Conseil aurait dû se réunir la veille pour examiner la question, d'autant plus que tous ses membres se trouvaient à Genève. La différence entre fonctionnaires et membres du personnel n'apparaît pas clairement à la lecture des différentes dispositions ; en fait, la situation révèle des imperfections dans certains des textes fondamentaux, règles, règlements et procédures, qui doivent être réexaminés et rectifiés.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) dit que le Conseil est tenu de faire la part de ses sentiments et de ses devoirs et d'assumer sa responsabilité envers l'OMS qui est de garantir une transition harmonieuse. Le Conseil doit rester uni et agir rapidement, faute de quoi l'activité de l'Organisation s'en ressentira. Cela dit, toute mesure prise par le Conseil doit être conforme à la Constitution.

Le Dr Botros Shokai souhaite une définition de la notion de « plus haut fonctionnaire », et demande où le mémorandum a été conservé depuis novembre 2003, qui était au courant et s'il y avait des indications sur les personnes qui devraient être présentes au moment de l'ouverture de l'enveloppe.

Le Dr BRUNET (France) est persuadé que le Directeur général a agi dans l'intérêt de l'Organisation et dans le respect de ses règles et règlements comme il se devait de le faire et comme doit le faire le Conseil. Les membres doivent donc respecter la décision qu'il a prise pour assurer qu'il n'y ait pas de vacance de pouvoir au sein de l'Organisation et pour préserver sa stabilité. Le devoir prioritaire du Conseil est d'assurer la continuité au sein de l'Organisation en procédant de manière rapide et efficace à l'élection d'un nouveau Directeur général dans les meilleures conditions possibles. Le Conseil doit aussi modifier son Règlement intérieur pour être mieux préparé à l'avenir. Le Dr Brunet souscrit entièrement à la proposition du membre désigné par l'Islande tendant à ce que le Conseil progresse autant que possible au cours de la présente séance dans l'examen de la procédure en vue d'une élection rapide. Comme le Conseil aura une nouvelle occasion à sa cent dix-huitième session, la semaine prochaine, de rechercher la meilleure solution, il devrait être possible de prendre rapidement une décision.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que les explications du Conseiller juridique ont mis en lumière les imperfections de la réglementation et des procédures, ainsi que du mémorandum lui-même. Le terme de « Directeur général adjoint » n'est mentionné que trois fois dans le Statut du Personnel : en ce qui concerne la prestation de serment, le traitement et les indemnités connexes, ainsi que la durée du mandat, mais la méthode ou la procédure de nomination n'est pas évoquée, une situation à laquelle il aurait fallu remédier plus tôt. Le Directeur général a sans aucun doute signé le mémorandum soumis au Conseil, en pensant qu'il était dans l'intérêt de l'Organisation de le faire. On pourrait donc le considérer comme la dernière volonté d'une personne hautement respectée. Malgré les contradictions et les imperfections du document, le Dr Tangi serait en mesure et heureux de respecter cette volonté en hommage au disparu, si le Conseil décide d'approuver le document.

Le Dr Tangi ne voit pas pourquoi on ne pourrait pas appliquer aussi bien l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé que l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, la première disposition conférant au Conseil le mandat de désigner le Directeur général et la seconde indiquant comment il doit procéder. Le Conseil pourrait mettre la procédure en branle à sa cent dix-huitième session pour qu'elle soit menée à bien en six mois, en convoquant une session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé en janvier 2007 pour élire un nouveau Directeur général, comme l'article 13 de la Constitution lui en donne pouvoir.

M. AL-SHIBIB (Iraq) dit que le Conseil, s'il reste uni, peut certainement trouver une solution rapide et transparente. Il a été surpris par le mémorandum qui, à son sens, ne constitue pas une nomination, et le secret qui a entouré ce document depuis novembre 2003 le laisse perplexe.

Le Dr JEAN LOUIS (Madagascar) préconise d'accepter le mémorandum en suivant le souhait du Directeur général disparu. La déclaration du Dr Nordström était objective. Après la session extraordinaire, il doit donc y avoir une période intérimaire pour l'élection d'un nouveau Directeur général.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que nul ne devrait interpréter une remise en cause du choix du Directeur général adjoint par le Dr Lee comme un manque de respect. Il s'agit exclusivement de veiller à ce que la procédure soit suivie de manière transparente et dans le respect des règles. L'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé prévoyant explicitement que le plus haut fonctionnaire du Secrétariat exerce la fonction de Directeur général par intérim, il faut établir clairement qu'au moment de la désignation du Dr Nordström, aucune autre personne ne remplissait ce critère. Il serait judicieux dorénavant de nommer un Directeur général adjoint pour éviter qu'une situation analogue ne se représente.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) estime lui aussi qu'une transition harmonieuse s'impose pour ne pas nuire à l'image, à la stabilité ou à l'unité de l'Organisation. Il préconise donc d'accepter la décision du Dr Lee de nommer le Dr Nordström, d'autant plus que le Conseil montrerait ainsi le respect qu'il porte à la mémoire et à l'autorité du Directeur général disparu. Afin d'accélérer la procédure de nomination d'un nouveau Directeur général, le Conseil pourrait décider de lancer la procédure à sa cent dix-huitième session. Il serait toutefois malvenu d'agir de manière trop précipitée.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) dit que, par sa désignation du Dr Nordström comme Directeur général adjoint, le Dr Lee a manifestement considéré celui-ci comme le plus haut fonctionnaire du Secrétariat au sens de l'article 113. Il n'en souscrit pas moins à l'avis exprimé par les orateurs qui l'ont précédé selon lequel il serait judicieux qu'à l'avenir la nomination du plus haut fonctionnaire du Secrétariat soit annoncée ouvertement, afin que cette personne puisse, le cas échéant, exercer immédiatement les fonctions prévues. A son avis, ce serait manquer de respect à la mémoire du Directeur général que de procéder à l'élection d'un successeur de manière trop précipitée. La procédure doit se dérouler normalement conformément aux règles applicables.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) est d'accord sur la nécessité d'assurer une transition harmonieuse et rapide et sur l'acceptabilité du Dr Nordström comme Directeur général par intérim. Toutefois, il est important de ne pas perdre de vue que l'OMS traverse une période d'intense transformation institutionnelle, avec le onzième programme général de travail, le plan stratégique à moyen terme et le projet de budget programme. Le Dr Lee aurait été déçu que les différents éléments de la réforme qu'il a lancée ne soient pas menés à terme. Aussi le Conseil et le Directeur général par intérim sont-ils tenus de collaborer pour que les nombreux projets aboutissent.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) souscrit elle aussi à la nécessité d'une période de transition harmonieuse qui évite de désorganiser le bon fonctionnement de l'Organisation. Elle n'a aucune réserve concernant la personne choisie par le Dr Lee comme successeur, décision qu'il a certainement considérée comme étant dans l'intérêt de l'Organisation. Elle estime, comme le membre désigné par l'Islande, que l'élection doit se dérouler rapidement et dans le respect total des procédures nécessaires. Toutefois, s'il apparaît que les dispositions pertinentes manquent de clarté, il faudrait envisager de les réviser.

M. SHUGART (Canada) dit que la conception qu'avait le Dr Lee du monde et des besoins de l'Organisation n'était nullement fondée sur ses sentiments. Il s'est donc attaché à assumer les obligations associées à la fonction de Directeur général et à faire face aux risques et aux défis qui se présentaient à l'OMS. Le lourd bilan des maladies qui peuvent être vaincues mais qui sévissent encore et les risques inhérents aux maladies infectieuses émergentes, et en particulier à la grippe aviaire, ont retenu toute son attention et presque certainement sapé son énergie. Dans le mémorandum visé, on ne saurait mettre en doute son respect de l'autorité suprême du Conseil exécutif et du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Conseil devrait essayer d'adopter à son tour la ligne de conduite dépassionnée suivie par le Dr Lee et reconnaître que sa première tâche est de désigner un successeur de manière rapide et appropriée tout en veillant à ce que la stabilité et l'unité soient maintenues pendant la période intérimaire.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit que le Directeur général par intérim doit être désigné conformément à l'article 113 et compte tenu de la position hiérarchique des membres du Secrétariat. L'article 109 décrit clairement la procédure et le calendrier à suivre pour l'élection du prochain Directeur général.

Le Dr NYIKAL (Kenya) exprime des doutes quant à la signification précise du mémorandum du Dr Lee. En nommant le Dr Nordström Directeur général adjoint, il semble que le Dr Lee l'a aussi élevé au rang de plus haut fonctionnaire censé exercer le cas échéant les fonctions de Directeur général par intérim, bien qu'il soit implicitement admis que la décision appartient en fin de compte au Conseil exécutif.

Plusieurs orateurs ont dit qu'il était souhaitable de respecter la dernière volonté du Dr Lee ; or il n'est pas du tout certain que le Dr Lee ait eu l'intention de faire du mémorandum sa dernière volonté. Il semble plus probable que le document contienne ce qui constitue un arrangement purement pratique couvrant une période où il ne pourrait pas être en mesure d'exercer ses fonctions à un moment où aucune réunion du Conseil n'était prévue. Le mémorandum témoigne de son jugement et de son sens de la direction et visait presque certainement à permettre une période de transition harmonieuse. Toutefois, si le Conseil devait s'en remettre au voeu du Dr Lee et nommer le Dr Nordström Directeur général par intérim, on ne sait pas très bien s'il deviendrait également Directeur général adjoint et, compte tenu du fait que le Dr Nordström a indiqué qu'il ne serait pas candidat au poste de Directeur général, s'il continuerait à exercer ce rôle après la nomination du prochain Directeur général. Les règles concernant la nomination du Directeur général adjoint sont loin d'être claires et devraient être réexaminées. Comme les orateurs précédents, le Dr Nyikal souhaite une procédure de transition harmonieuse et rapide.

M. MIHAI (Roumanie), acceptant l'explication fournie par le Conseiller juridique, est disposé à souscrire à la procédure contenue dans le mémorandum. Il ne fait aucun doute que le Dr Lee a toujours agi dans l'intérêt de l'Organisation. Pour maintenir la continuité à l'intérieur de l'OMS, la procédure de nomination d'un nouveau Directeur général doit se dérouler aussi rapidement que possible dans le plein respect des règles établies.



Le Dr BUSS (Brésil) dit que son pays est également en faveur de la transition la plus harmonieuse possible qui désorganiserait le moins l'activité de l'Organisation compte tenu des nombreux problèmes de santé auxquels elle se trouve confrontée. Il souscrit par conséquent à la nomination d'un Directeur général par intérim qui exercerait les fonctions de Directeur général pendant une brève période de transition au cours de laquelle des candidatures au poste de Directeur général seraient recherchées et évaluées. A son sens, il existe deux stratégies bien claires pour la nomination du prochain Directeur général. Le Conseil, à sa cent dix-huitième session, voudra peut-être lancer la procédure de présentation de candidatures et d'élection afin d'être en mesure, à sa cent dix-neuvième session en janvier 2007, de désigner le nouveau Directeur général, qui prendrait ses fonctions à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Le Conseil pourrait aussi préférer, à sa cent dix-huitième session, lancer un appel à candidatures et décider de convoquer une session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé d'une journée.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) exprime ses remerciements au Dr Nordström qui a accepté d'assumer le rôle de Directeur général par intérim, convoqué la session extraordinaire du Conseil exécutif et décidé de ne pas poser sa candidature au poste de Directeur général. Il semble qu'il y ait un consensus sur la nécessité d'une procédure rapide et harmonieuse et le Dr Suwit Wibulpolprasert espère que le Secrétariat pourra apporter des indications sur la durée probable de la procédure. Soucieux de préserver l'unité au sein de l'Organisation, il demande instamment aux membres du Conseil d'éviter de présenter davantage d'observations sur le contenu du mémorandum du Dr Lee et de décider plutôt de réviser le Règlement intérieur pour éviter que des problèmes analogues ne surviennent à l'avenir.

Le Dr VÍT (République tchèque) se joint aux autres orateurs pour lancer un appel en faveur d'une transition harmonieuse à la tête de l'Organisation. Il faut que les candidatures au poste de Directeur général soient recherchées au cours de la période la plus brève possible, mais la procédure doit néanmoins se dérouler dans le respect du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier des articles 16, 109 et 113.

M. MSELEKU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> dit qu'il est important de veiller à ce que la réglementation et les principes soient respectés et précise que ses observations devant le Conseil n'affectent en rien la haute estime qu'il portait au Directeur général disparu. Les avis juridiques peuvent varier, mais il est clair qu'en signant le mémorandum en 2003 le Dr Lee n'a pas simplement exercé sa fonction exécutive en nommant un membre du personnel, car l'intéressé aurait alors été au courant des conditions de la nomination et les autres membres du Bureau du Directeur général au courant de la hiérarchie mise en place aux fins de la gestion des fonctions exécutives, ce qui ne semble pas avoir été le cas. De plus, les fonctions de la personne désignée n'ont apparemment jamais été exercées au cours de la période qui s'est écoulée depuis 2003, alors même que le Directeur général disparu n'a peut-être pas toujours été en mesure d'exercer ses fonctions officielles, par exemple lorsqu'il était en congé ou malade. On peut donc en conclure que le mémorandum a été établi sur la base de conseils juridiques uniquement aux fins de déterminer un ordre hiérarchique qui n'était pas fondé sur la durée de service afin de faire face à une situation telle que celle qui se présente aujourd'hui. Le Directeur général a donc cherché à offrir un dispositif pour l'application de l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé en désignant un successeur tout en respectant le droit du Conseil exécutif de prendre la décision finale. Or l'article 113 établit une procédure automatique qui doit entrer en vigueur sous certaines conditions plutôt qu'un dispositif auquel peut avoir recours un Directeur général en fonction ; il aurait été appliqué même en l'absence d'un mémorandum. Pour aller de l'avant dans un esprit d'harmonie, le Conseil doit appliquer les principes de l'article 113 et se

---

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

prononcer après un examen minutieux sur la question de la hiérarchie et sur la question de savoir s'il est judicieux d'approuver les dispositions prises. Une telle démarche ne devrait pas empêcher une transition harmonieuse dans la direction de l'Organisation.

Mme HALTON (Australie) remercie elle aussi le Président d'avoir demandé la tenue de la session extraordinaire du Conseil. Le Directeur général s'était efforcé de mettre en place des dispositions pour que l'OMS puisse continuer à s'efforcer d'améliorer la santé dans le monde. Le mémorandum montre qu'il avait compris le rôle constitutionnel du Conseil exécutif à qui il incombe de choisir la meilleure façon de procéder. Une transition harmonieuse est indispensable. Le Conseil doit s'acquitter de deux tâches immédiates. La première consiste à trouver un nouveau Directeur général. S'il est important de le faire le plus rapidement possible, il est indispensable de trouver la personne la plus qualifiée et de prendre pour cela le temps nécessaire. Le Conseiller juridique pourrait donner son avis quant à la meilleure façon d'y parvenir. Au lieu de prendre une décision hâtive sur la procédure à suivre au cours de la session extraordinaire, il serait peut-être préférable que le Conseil décide immédiatement que toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour accélérer le processus et demande que la documentation précisant les options disponibles soit établie pour qu'il puisse l'examiner attentivement à sa prochaine session ordinaire.

La deuxième tâche du Conseil consiste à se prononcer sur les dispositions intérimaires. Mme Halton se félicite de l'indication donnée par le Dr Nordström selon laquelle il n'envisage pas que sa propre candidature soit présentée au poste de Directeur général, car il est important de mettre l'accent sur le moyen et le long terme et non sur des considérations politiques à court terme. Elle est persuadée que le Conseil parviendra à des solutions appropriées en examinant ce qui est préférable pour l'OMS, pour la transition et, par conséquent, pour la santé dans le monde, conformément au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Si les dispositions prises par le Directeur général disparu ont pu constituer une surprise, elle y souscrit néanmoins ; le Directeur général ne se laissait pas guider par ses sentiments, mais il était certainement prudent et avait manifestement réfléchi à la question.

Les événements ont montré que, le moment venu, il serait bon de réexaminer le Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé et celui du Conseil exécutif.

M. R. M. SINGH (Népal) souligne qu'il est important que le Conseil fasse preuve de sagesse et de circonspection ; il doit prendre une décision juste, rationnelle et acceptable, assurant une transition harmonieuse et la continuité des activités de l'OMS. Il estime lui aussi qu'en temps utile, le Règlement intérieur devra être révisé pour éviter les problèmes que pourrait poser à l'avenir une situation analogue.

Le PRÉSIDENT dit qu'un certain nombre d'orateurs ont évoqué le mémorandum signé par le Directeur général disparu comme constituant sa dernière volonté. Il ne doit toutefois pas être considéré comme tel, puisque les conditions fixées envisageaient la possibilité qu'il aurait pu être en mesure d'exercer à nouveau ses fonctions. Il incombe au Conseil de prendre une décision rationnelle conformément à l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé et de tenir compte du mémorandum.

Après avoir appris le décès du Directeur général, le Président a demandé une réunion avec le Président sortant de l'Assemblée mondiale de la Santé pour examiner l'article 113 et demander la convocation immédiate d'une session extraordinaire du Conseil exécutif. L'idée de convoquer une session extraordinaire a suscité certaines réticences en raison de considérations d'ordre logistique, de la proximité de la cent dix-huitième session du Conseil, qui devait commencer le 29 mai 2006, et à laquelle la composition du Conseil devait être modifiée, ainsi que de la position selon laquelle le Conseil devait se borner à prendre acte des dispositions mises en place par le mémorandum. Le Président a souligné qu'il incombait au Conseil de prendre la décision et de le faire le plus rapidement possible et il a insisté pour que, l'ensemble des membres actuels du Conseil étant disponibles, une session soit immédiatement convoquée.

Le Dr SHANGULA (Namibie) dit qu'il serait utile d'écouter les réponses aux différentes questions posées par les membres du Conseil afin de clarifier la situation actuelle et d'aider le Conseil à atteindre le seul but de sa session extraordinaire, à savoir trouver des solutions concernant le poste de Directeur général. Le Conseil doit tenir compte de tous les faits pertinents et sa première tâche consiste à examiner les dispositions transitoires mises en place par le Directeur général ce qui, selon le Conseiller juridique, relevait bien de sa compétence. Disposant d'un temps limité, le Conseil doit donc procéder de façon systématique pour déterminer si ces dispositions sont acceptables, si la procédure suivie pour les établir était viciée et si la personne désignée était appropriée. Au cas où il constaterait que la procédure est viciée, le Conseil doit décider si les dispositions sont de ce fait nulles et non avenues. Dans ce cas, ou si le candidat n'est pas jugé approprié, d'autres dispositions devront être prises. Il n'est pas suffisant de critiquer les dispositions proposées – le Conseil doit les approuver ou les rectifier.

Le Conseil doit ensuite envisager comment procéder pour choisir un nouveau Directeur général, sur la base de son expérience relativement récente de la nomination du Dr Brundtland et du Dr Lee. Il est important de trouver des candidats appropriés et il n'est donc pas judicieux d'accélérer la procédure ; il devrait toutefois être possible de la mener à bien d'ici la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le PRESIDENT rend les membres du Conseil attentifs au fait qu'ils ne doivent pas brûler les étapes ; il s'agit dans l'immédiat de la nomination du Directeur général par intérim. Ensuite, on pourra aborder la question de l'élection d'un nouveau Directeur général. Le Président invite le Conseiller juridique à apporter des éclaircissements sur certains des points qui ont été soulevés.

M. BURCI (Conseiller juridique) déclare que les questions soulevées concernent généralement trois points principaux : les circonstances dans lesquelles a été établi le mémorandum du Dr Lee nommant le Directeur général adjoint ; les expressions « fonctionnaire » et « le plus haut fonctionnaire du Secrétariat » ; et la façon d'accélérer, sans précipitation, la procédure normale de nomination d'un nouveau Directeur général.

Le Conseiller juridique n'entend pas spéculer sur les raisons ayant amené le Directeur général à rédiger son mémorandum. Il ne peut se référer qu'à ce qui lui a été rapporté et à ce qu'il sait, et donner son avis au sujet de la procédure d'un point de vue professionnel. Quand il est entré en fonction, le Conseiller juridique a été informé par son prédécesseur que des discussions avaient eu lieu à la demande du Dr Lee, concernant les mesures à prendre au cas où les situations envisagées à l'article 113 viendraient à se présenter ; des dispositions ont été prises et consignées dans un mémorandum qui, à la demande du Directeur général, est resté confidentiel. Le Conseiller juridique a lui-même reçu l'enveloppe et l'a gardée sous clé, selon les instructions du Directeur général.

Le Dr Nordström a indiqué que le Directeur général lui en avait parlé et qu'il avait accepté sa nomination et les conditions fixées dans le mémorandum. L'offre faite par le Dr Lee et son acceptation par le Dr Nordström constituent un contrat et une nomination valables. La décision du Directeur général comprenait deux étapes : la nomination du Dr Nordström en tant que Directeur général adjoint devait avoir un effet immédiat, mais l'exercice des fonctions de Directeur général par intérim et de Directeur général adjoint devait être différé et soumis à certaines conditions. Tant que ces conditions n'étaient pas réunies – ainsi qu'elles devaient malheureusement l'être la veille –, le Dr Nordström a continué à exercer ses fonctions de Sous-Directeur général.

L'article 113 précise « le plus haut fonctionnaire du Secrétariat ». Si l'on compare le texte des différentes langues officielles, on constate que l'expression « fonctionnaire » est utilisée de façon générique pour se référer à toute personne au service du Secrétariat. Le Conseiller juridique en conclut que l'intention des rédacteurs de l'article était d'utiliser un terme qui ne serait pas discriminatoire, mais engloberait toutes les catégories de personnes au service du Secrétariat qu'elles soient élues à des fonctions ou nommées par le Directeur général. Selon cette interprétation, le Directeur général était bien habilité à nommer une personne au poste de plus haut fonctionnaire pour les besoins de l'article 113. Dans la pratique, à l'OMS et dans d'autres organisations du système des Nations Unies,

le critère déterminant pour le rang hiérarchique est la classe, suivie par la durée de service à l'intérieur de cette classe. Ce principe est également reflété dans le barème des traitements : un Directeur général adjoint reçoit le même traitement qu'un Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies. Ainsi, le Directeur général peut déterminer qui est « le plus haut fonctionnaire du Secrétariat ». Personnellement, le Conseiller juridique ne considère pas ce rang hiérarchique comme un processus biologique ; il est également déterminé par des décisions exécutives et ces décisions se fondent sur le pouvoir accordé au Directeur général par la Constitution.

En réponse à la question posée par le membre désigné par le Kenya, qui voulait savoir si la nomination du Dr Nordström en tant que Directeur général adjoint restait valable indéfiniment, le Conseiller juridique précise que le mémorandum indique clairement que la nomination est liée aux conditions expressément indiquées : il devait être le plus haut fonctionnaire du Secrétariat et faire fonction de Directeur général par intérim si quelque chose arrivait au Dr Lee. La nomination est donc assortie d'une condition et elle dure aussi longtemps que la condition est remplie ; elle est donc appelée à prendre fin si le Conseil, par exemple, décide de nommer Directeur général par intérim une autre personne ou au moment où l'Assemblée de la Santé nomme un nouveau Directeur général.

Raccourcir la procédure de nomination d'un nouveau Directeur général est une opération qui suppose plusieurs étapes. Le Conseil doit clairement décider de suspendre la procédure normale énoncée dans son Règlement intérieur, en particulier à l'article 52. En outre, le Conseil doit adopter une décision concernant la procédure applicable en l'espèce. Plusieurs membres ont proposé que le Secrétariat soumette différentes options à l'examen du Conseil à sa cent dix-huitième session. A la présente session extraordinaire, les membres devront prendre une décision de principe si tel est le souhait du Conseil et demander au Secrétariat de présenter des plans détaillés. Même si le Conseil décide de suspendre l'article 52, il devra se prononcer sur le calendrier à suivre et les étapes de la procédure. Il est difficile d'envisager une autre solution que la convocation de sessions extraordinaires, d'abord du Conseil dans le courant de l'année pour examiner les candidatures et désigner une personne, puis de l'Assemblée de la Santé avant mai 2007 pour examiner cette désignation.

Le PRESIDENT évoque le coût d'une telle opération.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) confirme qu'il était au courant aussi bien de la nomination que des conditions à remplir pour que les fonctions de Directeur général adjoint puissent être exercées ou des modalités retardant leur exercice tant que la situation prévue dans le mémorandum ne s'était pas présentée. Il n'a pas vu le mémorandum avant la veille au matin, mais était entièrement au courant de son contenu. Le Directeur général l'avait contacté à ce sujet et il avait accepté son offre. Il ne souhaite pas défendre la décision du Dr Lee de garder le secret ni présenter des observations à ce sujet mais, dans l'intérêt de la transparence, il tient à rapporter ce que le Dr Lee lui a dit. Le Dr Lee tenait à donner les moyens d'action aux hauts responsables en leur apportant tout son soutien et en exigeant d'eux des résultats. C'est pour cette raison qu'il n'a pas choisi de Directeur général adjoint ; il tenait à ce que les Directeurs régionaux soient les figures de proue dans les Régions et à ce que les Sous-Directeurs généraux occupent la même place sur les questions de fond. Le Dr Lee a évoqué avec lui la question de savoir si sa nomination en tant que Directeur général adjoint devait être rendue publique, mais ne l'a pas fait pour ces raisons.

Le PRESIDENT rappelle que le poste de Directeur général adjoint, qui a existé au sein du Secrétariat, a été supprimé parce qu'une des personnes ayant occupé ce poste s'était présentée à une élection contre le Directeur général sortant. C'est pour cette raison que l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé est invoqué.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) précise les événements qui se sont déroulés sous la direction générale du Dr Nakajima. Au cours de la procédure d'appel de candidatures, à la fin du

premier mandat du Dr Nakajima, le Directeur général adjoint s'est effectivement porté candidat contre lui. Après la réélection, il y a eu une solution de continuité : le Dr Nakajima n'a pas nommé de Directeur général adjoint jusqu'à un stade plus avancé de son second mandat. Le Dr Brundtland a quant à elle décidé de ne pas nommer de Directeur général adjoint tout au long de son mandat.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) souscrit à la demande d'assurer une transition harmonieuse et la continuité de l'Organisation. Elle appuie la nomination du Dr Nordström comme Directeur général adjoint. Concernant la désignation du nouveau Directeur général, elle estime comme les orateurs précédents que des indications sur la procédure doivent être présentées par le Secrétariat.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) préconise lui aussi une transition harmonieuse dans ce qui constitue certainement une crise et demande que les textes soient respectés. La confusion règne dans plusieurs domaines et des éclaircissements s'imposent ; le Conseil est confronté à une situation d'urgence ayant des conséquences juridiques et de nombreuses questions juridiques sont ainsi posées par des membres qui ne sont pas des juristes. Il apparaît que l'article 113 a été conçu pour faire face à une vacance de pouvoir : en cas de vacance, l'article 113 s'applique immédiatement, permettant au plus haut fonctionnaire du Secrétariat de combler le vide jusqu'à ce que le Conseil exécutif prenne la décision voulue. Si cette interprétation est correcte, du moment que le décès tragique est survenu alors que la plupart des membres du Conseil étaient présents à Genève, le Conseil s'est réuni pour faire face à la situation d'urgence, une mesure qui, en elle-même, l'emporte sur le mémorandum du Dr Lee. La Constitution (article 35) et le Statut du Personnel (article 4.1) autorisent tous deux le Directeur général à nommer les membres du personnel ; en outre, l'article 4.5 du Statut du Personnel précise l'éventail des nominations en cause, et mentionne expressément le Directeur général adjoint. Ainsi, ces instruments prévoient des nominations permettant d'assurer le fonctionnement de l'Organisation et la décision prise par le Dr Lee visait probablement à tenir compte de cet aspect. La séquence de la procédure n'est toutefois pas claire pour le Dr Phooko. Le Dr Lee n'a peut-être pas informé le Conseil exécutif pour qu'il puisse mener à bien la nomination d'un Directeur général par intérim. Le Conseil doit résoudre cette question sans se préoccuper des motifs qui ont pu amener le Directeur général à agir comme il l'a fait au moment où il a signé le mémorandum, lequel, lorsqu'on l'envisage aujourd'hui, semble s'inscrire dans une procédure d'application des dispositions de la Constitution et du Statut du Personnel.

Le Dr ZAMBRANO CEDEÑO (Equateur) note que toute décision doit être prise sur des bases juridiques et objectives solides. Les règles pertinentes fournissent au Conseil les bases nécessaires pour surmonter les difficultés actuelles. Le Dr Zambrano Cedeño souligne que le Conseil doit rester uni sur cette question. Il faut agir rapidement mais avec sagesse, calme et circonspection.

Les dispositions des articles 109 et 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé permettent d'arriver à une conclusion sur la question d'une solution intérimaire. Le Conseil a reçu des orientations qu'il faut examiner afin qu'il puisse formuler les décisions qu'il est autorisé à prendre.

Le Dr TOGUCHI (Japon), saluant l'explication claire donnée par le Conseiller juridique sur la question du Directeur général par intérim, souhaite que la dernière volonté du Dr Lee soit respectée. Il incombe aux membres du Conseil de veiller à une transition harmonieuse et à la continuité. Le Dr Toguchi souscrit aussi aux appels lancés en faveur d'une période intérimaire plus brève, bien qu'il ne soit pas facile d'accélérer la procédure d'élection d'un nouveau Directeur général – surtout s'il faut prendre une décision dans les prochaines heures sans avoir accès à des calendriers ni à des données sur les coûts. Il convient de renvoyer la question à l'examen par le Conseil à sa cent dix-huitième session la semaine prochaine.

Le PRESIDENT partage ce point de vue ; la question à l'examen à cette session extraordinaire est celle du Directeur général par intérim.

Le Dr FRENK (Mexique) relève que le Conseil a accepté un certain nombre de principes fondamentaux. Tout d'abord, l'Organisation est confrontée à une situation qui sort de l'ordinaire ; la procédure normale énoncée dans les différents textes doit être interprétée à la lumière du caractère exceptionnel de cette situation. Ensuite, la considération qui doit prévaloir pour parvenir à une décision est l'intérêt collectif de l'Organisation. Il est donc indispensable qu'un climat de confiance règne entre les membres du Conseil. L'examen des détails de procédure, sur lesquels le Conseiller juridique a donné des indications claires, doit être différé. Enfin, l'Organisation est confrontée à une crise au moment même où la santé n'a jamais occupé une place aussi importante dans les questions de sécurité et de développement dans le monde. Il ne faut donc pas que la situation actuelle se prolonge.

Plusieurs décisions doivent être prises pour éviter une crise prolongée. Il faut prendre une décision formelle sur la question de savoir si le Conseil souhaite ratifier la désignation du Dr Nordström en tant que Directeur général par intérim. La procédure spécifique visant à réduire la durée de la période intérimaire nécessite un examen plus approfondi. L'article 53 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, rapproché de l'article 43, permet au Conseil de modifier certains aspects de la procédure. Le Secrétariat pourrait être prié de soumettre à l'examen du Conseil, à sa cent dix-huitième session, une série d'options permettant de réduire la durée de la période intérimaire. Il serait préférable que cette question soit le premier point de l'ordre du jour de cette session.

M. GUNNARSSON (Islande) note que le mémorandum du Directeur général disparu tient compte des différentes situations susceptibles de se présenter. Dans la structure gestionnaire qu'il avait choisie, le Dr Lee n'avait pas souhaité insérer de niveau hiérarchique entre lui-même et les Directeurs régionaux et Sous-Directeurs généraux. Bien que cela ne semble peut-être pas compatible avec la notion de transparence, le Dr Lee a établi le mémorandum pour assurer l'avenir de façon rationnelle en choisissant une personne plus jeune et plus vigoureuse pour assurer l'intérim.

M. Gunnarsson propose deux projets de décision à l'attention du Conseil :

1. Le Conseil exécutif prie le Secrétariat de commencer immédiatement la procédure d'élection du nouveau Directeur général et de présenter avant la prochaine session du Conseil un plan soumis à son approbation pour que l'élection du nouveau Directeur général puisse se dérouler dans un délai aussi bref que possible.
2. Le Conseil exécutif accepte la proposition formulée par le Directeur général disparu dans un mémorandum daté du 14 novembre 2003 tendant à approuver la nomination du Dr Anders Nordström comme Directeur général par intérim pour la période devant s'écouler jusqu'à l'élection d'un nouveau Directeur général.

Il est clair que d'autres personnes pourraient exercer cette fonction tout aussi bien et le débat pourrait se prolonger. Néanmoins, il prie le Conseil de mettre ses propositions aux voix le plus tôt possible.

Le PRESIDENT, indiquant que les projets de décision seront soumis au Conseil, fait observer qu'à son avis le mémorandum du Directeur général ne peut être considéré comme sa dernière volonté car la première condition est rédigée comme suit : « jusqu'à ce que je sois à nouveau en mesure d'exercer les fonctions de Directeur général ». Si le mémorandum avait été rédigé comme un testament, il n'aurait pas contenu cette disposition.

Le Dr TANGI (Tonga) appuie l'idée d'un vote au Conseil.

Expliquant le terme de « dernière volonté » qu'il a utilisé précédemment, il relève que le Directeur général est décédé à 7 h 43 le 22 mai et que l'enveloppe a été ouverte à 8 heures. Elle contient donc la dernière déclaration que le Directeur général souhaitait voir lue après sa mort. Au moment de l'ouverture de l'enveloppe, ce n'était pas l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé qui était applicable mais l'article 109.

Le Dr RASHED (Jamahiriya arabe libyenne) ne partage pas l'idée selon laquelle, comme l'a dit le Conseiller juridique, l'ancienneté n'est pas un processus biologique. Le processus biologique fait partie intégrante de l'ancienneté, sinon on ne devrait aucun respect particulier aux personnes âgées. L'ancienneté ne saurait davantage permettre que l'on cherche à passer devant les autres ; il s'agit d'un processus présentant plusieurs aspects, une personne parvenant à son but par expérience et travail.

Se référant aux termes de « désignation » et « nomination », le Dr Rashed relève, par exemple, que les membres du Conseil sont désignés par des groupes régionaux et approuvés par l'Assemblée de la Santé, la désignation ressemblant donc à une élection. La nomination est quelque chose de différent ; une personne peut être nommée à n'importe quel poste. Il n'y a pas besoin d'approbation ultérieure. Le Dr Rashed n'accepte pas davantage l'explication concernant les termes « membre du personnel » et « fonctionnaire », qui ne correspond pas aux définitions ci-dessus. En conséquence, le mémorandum ne doit pas être considéré comme juridiquement contraignant parce qu'il constitue une nomination. La question du Directeur général par intérim doit être mise aux voix pour qu'on décide qui doit occuper cette charge.

Le Dr NYIKAL (Kenya) appuie le premier projet de décision proposé par le membre du Conseil désigné par l'Islande et ne souscrit pas à la deuxième. Le Conseil ne peut pas prendre une mesure qui soit contestable sur le plan juridique. Or le mémorandum n'est pas incontestable sur le plan juridique ; l'esprit de l'article 113 ne peut être respecté par un Directeur général en fonction car cet article implique l'absence d'un Directeur général. L'article 109, lui, s'applique probablement. Le Dr Nyikal propose que l'on laisse de côté le mémorandum. Le Conseil, avec les éléments d'orientation du Secrétariat, doit identifier, parmi les Sous-Directeurs généraux, celui qui a le rang le plus élevé, et il se peut effectivement que ce soit le Dr Nordström. Le Conseil doit agir de sa propre autorité et non sur la base d'un mémorandum qui pourrait être contesté par la suite et constitue un précédent.

M. SHUGART (Canada) fait observer que, dans son mémorandum, le Directeur général a prévu plusieurs situations. La première concerne un événement malheureux qui pourrait ne pas se produire et c'est pour cela que le mémorandum indique que le Directeur général adjoint ne prend pas ses fonctions à moins que l'événement ne survienne. La deuxième est que l'événement peut n'être que temporaire, ce qui explique la disposition i). La troisième est que l'événement peut avoir un caractère permanent, ce qui explique la référence à la vacance avant l'expiration du mandat. On peut en outre supposer que le Directeur général définissait le statut du plus haut fonctionnaire en nommant le Dr Nordström Directeur général adjoint au cas où il serait nécessaire d'exercer ces fonctions. Ainsi, le Directeur général anticipait l'article 113 pour que l'identité du plus haut fonctionnaire soit connue le moment venu.

Le Directeur général disparu ne dictait pas au Conseil la conduite à suivre. En fait, aussi bien le mémorandum que l'article 113 acceptent l'autorité suprême du Conseil. M. Shugart souscrit donc à la proposition du membre désigné par l'Islande tendant à ce que le Conseil décide si le Dr Nordström est Directeur général par intérim, et c'est là la seule proposition précise dont le Conseil soit saisi.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe)<sup>1</sup> demande instamment que le Conseil prenne une décision fondée sur les principes et évite que la procédure utilisée par le Directeur général constitue un précédent. Cette procédure ne doit pas être utilisée à l'avenir car elle sème la confusion. Faisant abstraction du mémorandum, le Conseil doit déterminer qui, parmi les hauts fonctionnaires, est celui qui exerce la charge la plus élevée, ou est le plus compétent, ou convient le mieux dans le cas d'espèce. Les Etats Membres acceptent une telle personne, qui peut être le Dr Nordström ou quelqu'un d'autre, mais ils auront du mal à accepter une décision fondée sur le seul mémorandum.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) appuie les propositions des membres désignés par l'Islande et par le Canada.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) propose que le Président définisse deux mesures initiales sur la base des principes généraux susmentionnés. Premièrement, faisant abstraction du mémorandum du Directeur général, le Conseil peut exercer sa prérogative de choisir le Directeur général par intérim. Deuxièmement, il peut déterminer la méthode et le calendrier à suivre pour choisir le prochain Directeur général, et dire essentiellement si, sous certaines conditions, il convient d'accélérer la procédure ou de suivre la procédure normale. Ainsi, la question pourra être traitée plus rapidement à la cent dix-huitième session.

Le PRESIDENT, faisant observer qu'après l'expression de tous les avis, une vue commune se dégagera, affirme que le Conseil ne se divisera pas par un vote ; il faut qu'il y ait un consensus.

Le Dr BRUNET (France) dit que tous ceux qui ont pris part à la discussion jusqu'ici reconnaissent qu'il faut prendre deux décisions : l'une pour savoir qui doit être immédiatement responsable d'assurer la continuité et de gérer l'Organisation pendant la période intérimaire ; et l'autre pour savoir comment sera élu le prochain Directeur général – une procédure que la plupart des membres souhaitent voir se dérouler dans les meilleures conditions et aussi rapidement que possible.

La proposition du membre désigné par l'Islande a été appuyée par plusieurs pays ; il convient de la soumettre à l'examen. Chacun comprend qu'il faut prendre ses responsabilités pour trouver une solution ; même s'il n'est pas possible de dégager un consensus, une proposition écrite constituera au moins quelque chose de concret pouvant servir de base de travail en évitant la poursuite de la discussion sur des détails.

Le Dr NYIKAL (Kenya) reconnaît que le débat avance ; toutefois, il n'est pas en mesure d'appuyer la proposition du membre désigné par l'Islande si l'on utilise le mot « approuve ». Il est disposé à accepter que le nom du Dr Nordström soit « proposé », car cela permettrait de présenter d'autres noms. L'utilisation du mot « approuve » contraint cependant le Conseil de souscrire à l'ambiguïté qui entoure le poste de Directeur général adjoint, ce qui constitue un retour en arrière au manque de transparence qui a existé dans le passé.

M. GUNNARSSON (Islande) propose un nouveau libellé. Le texte se lirait comme suit :

Après un débat sur le mémorandum du Directeur général disparu daté du 14 novembre 2003, le Conseil exécutif a décidé d'approuver le Dr Anders Nordström comme Directeur général par intérim pour la période devant s'écouler jusqu'à l'élection d'un nouveau Directeur général.

Le Dr HAFFADH (Bahreïn) propose le nom du Dr Gezairy, Directeur régional pour la Méditerranée orientale, comme Directeur général par intérim, sur la base de l'ancienneté.

---

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



Le PRESIDENT rappelle au Conseil les options dont il dispose. La première fait intervenir l'article 113 qui fournit une explication claire des mesures à prendre en pareille circonstance. L'autre est représentée par le mémorandum du Dr Lee.

Mme HALTON (Australie) demande dans quel ordre les propositions seront examinées. Une proposition ayant déjà été formulée par le membre désigné par l'Islande, elle souhaiterait pouvoir examiner cette proposition en premier.

**La séance est suspendue à 21 h 50 et reprend à 22 h 40.**

Le PRESIDENT annonce que le Dr Gezairy, soucieux de respecter son engagement durable en faveur de l'unité et du progrès de l'Organisation, lui a fait savoir qu'il n'était pas candidat. Le Président remercie le Dr Gezairy de ce geste utile et courageux.

Il semble qu'il se dégage désormais un consensus pour l'adoption d'un projet de décision libellé comme suit :

Le Conseil exécutif décide, conformément à l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, de nommer le Dr Anders Nordström Directeur général par intérim jusqu'à la nomination et l'entrée en fonction du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

M. GUNNARSSON (Islande) souscrit entièrement à l'amendement apporté à sa proposition.

Le Dr NYIKAL (Kenya), relevant que tout le débat tenait au manque de clarté concernant le poste de Directeur général adjoint, est en mesure de souscrire à la proposition s'il est décidé d'adopter une autre décision indiquant que la question du poste de Directeur général adjoint doit être résolue et qu'un rapport sur la question sera soumis au Conseil exécutif avant la fin de sa cent dix-huitième session.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) souligne qu'en examinant les différentes solutions envisagées pour résoudre le problème, le Secrétariat doit agir en consultation avec le Conseil exécutif.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme que le Secrétariat soumettra un rapport sur le sujet au Conseil exécutif.

Le PRESIDENT croit comprendre que le Conseil souhaite prier le Secrétariat d'examiner la question du poste de Directeur général adjoint. Il invite aussi le Conseil à examiner un projet de décision libellé comme suit :

Le Conseil exécutif prie le Secrétariat de soumettre à son examen, à sa cent dix-huitième session, des options concernant l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé.

En réponse à une question du Dr NYIKAL (Kenya), le PRESIDENT propose d'ajouter la phrase « Le Conseil exécutif fixera à sa cent dix-huitième session le calendrier à suivre pour cette procédure » pour que la responsabilité du Secrétariat soit engagée en cas de retards éventuels.

**Les décisions, ainsi amendées, sont adoptées.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Décisions EBSS(1), EBSS(2) et EBSS(3).

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM remercie le Président de la rapidité de son action et déclare qu'en réagissant à la situation, le Secrétariat n'a jamais remis en cause l'importance d'un examen de la question par le Conseil. Il exprime également ses remerciements au Dr Gezairy avec lequel il s'engage à collaborer étroitement. Il tient à assurer la continuité dans le fonctionnement de l'Organisation au cours de la période intérimaire et à garantir une procédure efficace pour l'élection du Directeur général ; il tient aussi, comme l'a mentionné le membre désigné par le Bhoutan, à faire triompher, en consultation étroite avec le Conseil, la conception du Directeur général disparu concernant en particulier l'unité de l'Organisation, ce qui, comme le disait le Dr Lee, consiste à « faire ce qu'il faut, là où il le faut et comme il le faut ».

La situation actuelle, unique dans les annales de l'Organisation, a mis en lumière des imperfections dans les règlements et les procédures et il est important d'en tirer les enseignements voulus. Le Dr Nordström précise que c'est avec plaisir qu'il envisage une collaboration étroite avec le Conseil à sa cent dix-huitième session de façon à examiner comment des améliorations peuvent être apportées pour l'avenir.

**La séance est levée à 22 h 50.**

---



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

**CONSEIL EXÉCUTIF**  
**CENT DIX-HUITIÈME SESSION**  
**GENÈVE, 29-31 MAI 2006**

**RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS**  
**ANNEXES**

**PROCÈS-VERBAUX**

GENÈVE  
2006

---

## AVANT-PROPOS

Le Conseil exécutif a tenu sa cent dix-huitième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 29 au 31 mai 2006.

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ayant élu 12 Etats Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif<sup>1</sup> à la place de ceux dont le mandat était venu à expiration, la composition du Conseil était en conséquence la suivante :

<b>Pays habilités à désigner un membre</b>	<b>Durée du mandat restant à courir<sup>2</sup></b>	<b>Pays habilités à désigner un membre</b>	<b>Durée du mandat restant à courir<sup>2</sup></b>
Afghanistan.....	3 ans	Lettonie.....	3 ans
Australie .....	1 an	Lesotho .....	1 an
Azerbaïdjan.....	2 ans	Libéria.....	2 ans
Bahreïn .....	1 an	Luxembourg .....	1 an
Bhoutan.....	2 ans	Madagascar.....	2 ans
Bolivie .....	1 an	Mali.....	3 ans
Brésil.....	1 an	Mexique.....	2 ans
Chine.....	3 ans	Namibie .....	2 ans
Danemark .....	3 ans	Portugal.....	2 ans
Djibouti.....	3 ans	Roumanie.....	1 an
El Salvador .....	3 ans	Rwanda .....	2 ans
Etats-Unis d’Amérique.....	3 ans	Singapour.....	3 ans
Iraq.....	2 ans	Slovénie .....	3 ans
Jamahiriya arabe libyenne .....	1 an	Sri Lanka .....	3 ans
Jamaïque.....	1 an	Thaïlande .....	1 an
Japon.....	2 ans	Tonga.....	1 an
Kenya.....	1 an	Turquie .....	3 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.

---

<sup>1</sup> Décision WHA59(8). Les membres sortants avaient été désignés par les pays suivants : Canada, Equateur, France, Guinée-Bissau, Islande, Népal, Pakistan, République tchèque, Soudan et Viet Nam.

<sup>2</sup> A la date de clôture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

## TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Avant-propos .....	53
Ordre du jour .....	59
Liste des documents .....	61

### PARTIE I

#### RESOLUTIONS ET DECISIONS

##### **Résolutions**

EB118.R1	Thalassémie et autres hémoglobinopathies.....	65
EB118.R2	Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	67
EB118.R3	Lutte contre la leishmaniose .....	68
EB118.R4	Renforcement des systèmes d'information sanitaire .....	70
EB118.R5	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel.....	73

##### **Décisions**

EB118(1)	Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif .....	74
EB118(2)	Composition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif .....	74
EB118(3)	Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé .....	74
EB118(4)	Date, lieu et durée des cent dix-neuvième et cent vingtième sessions du Conseil exécutif .....	75
EB118(5)	Date, lieu et durée de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.....	75

## ANNEXES

1.	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel.....	77
2.	Incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions adoptées par le Conseil exécutif.....	102

## PARTIE II

## PROCES-VERBAUX

Liste des membres et autres participants .....	109
--	-----

Comités et groupes de travail.....	129
------------------------------------	-----

**Première séance**

1.	Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	131
2.	Election du président, des vice-présidents et du rapporteur .....	132
3.	Programme de travail.....	133
4.	Résultats de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.....	134
5.	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.....	135
6.	Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé .....	136

**Deuxième séance**

1.	Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (suite).....	141
2.	Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé .....	144
3.	Questions techniques et sanitaires	
	Lutte contre la leishmaniose.....	146
	Thalassémie et autres hémoglobinopathies .....	150

**Troisième séance**

1.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS.....	155
	Réduction des concentrations d'arsenic et sécurité de la nappe phréatique .....	162
2.	Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (suite).....	163

	<b>Pages</b>
<b>Quatrième séance</b>	
1. Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (suite).....	171
2. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Lutte contre la leishmaniose (suite) .....	171
Technologies sanitaires essentielles.....	174
3. Questions soumises pour information	
Systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement .....	181
4. Questions administratives, budgétaires et financières	
Allocation stratégique des ressources .....	187
Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir .....	190
Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé .....	192
5. Questions soumises pour information (reprise)	
Rapport de situation sur la mise en oeuvre d'une résolution : incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (résolution WHA58.23).....	194
Comités d'experts et groupes d'étude.....	194
<b>Cinquième séance</b>	
1. Hommage au Dr Lee .....	195
2. Questions relatives au personnel	
Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS .....	195
Confirmation d'amendements au Statut et au Règlement du Personnel .....	198
3. Questions soumises pour information (suite)	
Cybersanté : normalisation de la terminologie.....	203
4. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS (suite) .....	204
5. Clôture de la session.....	205

# ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>

## *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 Cinquante-Neuvième 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 Lutte contre la leishmaniose
  - 5.2 Thalassémie et autres hémoglobinopathies
  - 5.3 Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS
  - 5.4 Réduction des concentrations d'arsenic et sécurité de la nappe phréatique
  - 5.5 Technologies sanitaires essentielles
6. Questions administratives, budgétaires et financières
  - 6.1 Allocation stratégique des ressources
  - 6.2 Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir
  - 6.3 Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé
7. Questions relatives au personnel
  - 7.1 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
  - 7.2 Confirmation d'amendements au Statut et au Règlement du Personnel
8. Questions soumises pour information

---

<sup>1</sup> Adopté par le Conseil exécutif à sa première séance.



- 8.1 Rapport de situation sur la mise en oeuvre d'une résolution : Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (résolution WHA58.23)
  - 8.2 Comités d'experts et groupes d'étude
  - 8.3 Systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement
  - 8.4 Cybersanté : normalisation de la terminologie
  9. Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
  10. Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé
  11. Clôture de la session
-

## LISTE DES DOCUMENTS

EB118/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB118/1 Rev.1	Ordre du jour <sup>1</sup>
EB118/2	Résultats de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
EB118/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB118/4	Lutte contre la leishmaniose
EB118/4 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB118/5	Thalassémie et autres hémoglobinopathies
EB118/5 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB118/6	Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS
EB118/6 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB118/7	Allocation stratégique des ressources
EB118/8	Cybersanté : terminologie normalisée
EB118/9	Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir
EB118/9 Add.1	Comités du Conseil exécutif : composition
EB118/10	Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé

---

<sup>1</sup> Voir p. 59.

<sup>2</sup> Voir annexe 2.

EB118/11	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel <sup>1</sup>
EB118/11 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB118/12	Rapport de situation sur la mise en oeuvre d'une résolution : Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (résolution WHA58.23)
EB118/13	Comités d'experts et groupes d'étude
EB118/14	Réduction des concentrations d'arsenic et sécurité de la nappe phréatique
EB118/15 et Corr.1	Technologies sanitaires essentielles
EB118/16	Systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement
EB118/17	Proposition relative à l'adjonction d'un point supplémentaire à l'ordre du jour
EB118/18	Proposition relative à l'adjonction d'un point supplémentaire à l'ordre du jour
EB118/19	Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé
EB118/20 et Add.1	Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

**Document d'information**

EB118/INF.DOC./1	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
------------------	--

**Divers**

EB118/DIV/1 Rev.1	Liste des membres et autres participants
EB118/DIV/2	Emploi du temps quotidien préliminaire
EB118/DIV/3	Décisions et liste des résolutions
EB118/DIV/4	Liste des documents

---

<sup>1</sup> Voir annexe 1.

<sup>2</sup> Voir annexe 2.

**PARTIE I**  
**RESOLUTIONS ET DECISIONS**  
**ANNEXES**

## RESOLUTIONS

### **EB118.R1 Thalassémie et autres hémoglobinopathies<sup>1</sup>**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la thalassémie et les autres hémoglobinopathies ;<sup>2</sup>

Rappelant la résolution WHA57.13 sur la génomique et la santé dans le monde, la résolution EB117.R3 sur la drépanocytose, et la reconnaissance par le Conseil exécutif lors de sa cent seizième session du rôle des services de génétique dans l'amélioration de la santé dans le monde et dans la réduction des écarts mondiaux en matière de santé ;<sup>3</sup>

Préoccupé par l'impact des maladies génétiques, et des hémoglobinopathies (thalassémie et drépanocytose) en particulier, sur la mortalité et la morbidité mondiales, notamment dans les pays en développement, ainsi que par la souffrance des malades et des familles touchées par la maladie ;

Reconnaissant que la prévalence de la thalassémie varie selon les communautés et que l'insuffisance de données épidémiologiques peut entraver une prise en charge équitable et efficace ;

Profondément préoccupé par l'absence de reconnaissance de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies comme priorités de santé publique ;

Déplorent l'absence actuelle d'accès à des services de génétique sûrs et appropriés partout dans le monde ;

Conscient que, pour être efficaces, les programmes de lutte contre la thalassémie doivent tenir compte des pratiques culturelles et être adaptés au contexte social ;

Reconnaissant que la prise en charge des hémoglobinopathies, notamment le dépistage prénatal, soulève des questions éthiques, juridiques et sociales qui demandent à être dûment prises en considération ;

#### 1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer, mettre en oeuvre et renforcer de façon systématique, équitable et efficace des programmes nationaux intégrés et complets de prévention et de prise en charge de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies, incluant la surveillance, la diffusion de l'information, la sensibilisation et le dépistage, ces programmes devant être adaptés au contexte socio-économique et culturel et viser à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité associées à ces maladies ;

---

<sup>1</sup> Voir à l'annexe 2 les incidences administratives et financières qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

<sup>2</sup> Document EB118/5.

<sup>3</sup> Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la première séance, section 4.

- 2) à développer leur capacité de surveillance de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies et à évaluer l'impact des programmes nationaux ;
- 3) à intensifier la formation de tous les professionnels de la santé dans les zones de forte prévalence ;
- 4) à mettre en place des services médicaux ou à les renforcer dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires existants, en partenariat avec les organisations de parents ou de malades ;
- 5) à promouvoir l'éducation communautaire, y compris le conseil en santé et les questions éthiques, juridiques et sociales associées aux hémoglobinopathies ;
- 6) à promouvoir une coopération internationale dans la lutte contre les hémoglobinopathies ;
- 7) à soutenir la recherche fondamentale et appliquée sur la thalassémie, en collaboration avec les organisations internationales ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de sensibiliser la communauté internationale à la charge mondiale de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies et de promouvoir un accès équitable aux services de santé et aux médicaments pour la prévention et la prise en charge de ces maladies ;
- 2) de fournir un appui et des conseils techniques aux Etats Membres en élaborant des politiques et des stratégies nationales de prévention et de prise en charge de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies ;
- 3) de promouvoir la collaboration interpays pour développer la formation et les compétences du personnel et de fournir un appui pour poursuivre le transfert des technologies d'un prix abordable et des connaissances vers les pays en développement ;
- 4) de faire en sorte que l'OMS continue à exercer ses fonctions normatives en rédigeant des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies ;
- 5) de promouvoir la recherche sur la thalassémie et les autres hémoglobinopathies afin d'accroître la durée et la qualité de vie des personnes atteintes ;
- 6) d'envisager de consacrer bientôt une journée mondiale de la santé aux hémoglobinopathies telles que la thalassémie et la drépanocytose.

(Deuxième séance, 29 mai 2006)

**EB118.R2 Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé**

Le Conseil exécutif,

Notant la décision EBSS(2) prise à sa session extraordinaire, tenue le 23 mai 2006, dans laquelle il priait le Secrétariat « de soumettre à son examen, à sa cent dix-huitième session, des options concernant l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé » ;

Ayant examiné les rapports établis par le Secrétariat pour donner suite à la demande du Conseil ;<sup>1</sup>

1. DECIDE, conformément à l'article 53 de son Règlement intérieur, de suspendre l'article 52 en ce qui concerne les dates limites fixées dans les paragraphes 1 à 3 de ce dernier article, afin d'accélérer le processus de désignation du nouveau Directeur général ;
2. DECIDE qu'aux fins de la désignation du nouveau Directeur général, les dates limites ci-après s'appliqueront à la place de celles qui sont prévues à l'article 52 :
  - a) notification aux Etats Membres par le Directeur général par intérim qu'ils peuvent proposer des personnes en vue de la désignation pour le poste de Directeur général : 1<sup>er</sup> juin 2006 ;
  - b) date limite de réception par l'OMS des candidatures proposées : 5 septembre 2006 ;
  - c) date limite d'envoi des propositions, des curriculum vitae et de la documentation aux Etats Membres : 5 octobre 2006 ;
3. DECIDE, conformément à l'article 5 de son Règlement intérieur, de convoquer une session du Conseil, qui aura lieu du 6 au 8 novembre 2006 au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé ;
4. DECIDE EN OUTRE que le seul point inscrit à l'ordre du jour provisoire de la session du Conseil mentionnée dans le paragraphe précédent sera intitulé « Directeur général » et comprendra deux points subsidiaires intitulés respectivement « Désignation pour le poste » et « Projet de contrat » ;
5. PRIE le Directeur général par intérim d'envisager de mettre en congé temporaire avec traitement les hauts fonctionnaires et les membres du personnel qui déposent leur candidature à l'élection faisant l'objet de la présente résolution, de façon qu'ils n'exercent pas leurs fonctions entre le 5 septembre 2006 et la date de la nomination du nouveau Directeur général par l'Assemblée de la Santé ;
6. PRIE le Directeur général par intérim, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, de convoquer une session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé le 9 novembre 2006 à Genève et d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la session

---

<sup>1</sup> Documents EB118/20 et EB118/20 Add.1 où figurent les coûts estimatifs.

extraordinaire un seul point intitulé « Directeur général » et comprenant deux points subsidiaires intitulés respectivement « Nomination » et « Approbation du contrat » ;

7. RECOMMANDE que l'Assemblée de la Santé, à sa session extraordinaire, suspende l'article 108 de son Règlement intérieur en ce qui concerne le mandat du nouveau Directeur général et fixe ce mandat de telle sorte qu'il prenne fin peu après la clôture d'une Assemblée de la Santé.

(Troisième séance, 30 mai 2006)

### **EB118.R3      Lutte contre la leishmaniose**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;

Reconnaissant que la leishmaniose est l'une des maladies tropicales les plus négligées alors que le nombre de personnes atteintes dans le monde dépasse actuellement 12 millions et que 2 millions de nouveaux cas se produisent chaque année ;

Notant avec préoccupation que la maladie menace 350 millions de personnes et que le nombre de nouveaux cas augmente ;

Reconnaissant que l'on manque d'informations exactes sur l'épidémiologie de la maladie pour mieux comprendre et endiguer la maladie ;

Constatant avec inquiétude que la maladie touche les couches les plus pauvres de la population dans 88 pays et représente une lourde charge économique pour les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;

Notant que le traitement peut représenter une charge pour les familles ;

Sachant que la malnutrition et l'insécurité alimentaire font souvent partie des facteurs qui prédisposent à la leishmaniose et aggravent la maladie ;

Reconnaissant l'importance du soutien apporté par les Etats Membres et d'autres partenaires et leur sachant gré de leur coopération permanente ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où la leishmaniose est un important problème de santé publique :

---

<sup>1</sup> Document EB118/4.

<sup>2</sup> Voir à l'annexe 2 les incidences administratives et financières qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.



- 1) à redoubler d'efforts pour instaurer des programmes de lutte nationaux qui permettront d'établir des lignes directrices et des systèmes de surveillance, de collecte et d'analyse des données ;
  - 2) à renforcer la prévention, le dépistage actif et le traitement de la leishmaniose cutanée et de la leishmaniose viscérale afin de réduire la charge de la maladie ;
  - 3) à rendre les centres de santé périphériques mieux à même d'assurer des services appropriés et financièrement abordables de diagnostic et de traitement et de servir de sites sentinelles ;
  - 4) à faire des évaluations épidémiologiques afin d'établir la carte des foyers d'infection et de calculer l'impact réel de la leishmaniose en s'appuyant sur des études exactes de la prévalence et de l'incidence, de l'impact socio-économique et de l'accès à la prévention et aux soins, et de l'étendue de la maladie chez les personnes touchées par la malnutrition et le VIH ;
  - 5) à instaurer une structure décentralisée dans les régions qui comptent d'importants foyers de la maladie en renforçant la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs, en désignant davantage de centres collaborateurs OMS pour la leishmaniose et en leur conférant un plus grand rôle, et en s'appuyant sur les initiatives prises par les différents acteurs ;
2. INVITE EN OUTRE INSTAMMENT les Etats Membres :
- 1) à plaider pour des médicaments de qualité et financièrement abordables et des politiques pharmaceutiques nationales appropriées ;
  - 2) à encourager la recherche sur la lutte contre la leishmaniose afin :
    - a) de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte antivectorielle ;
    - b) de mettre au point d'autres médicaments sûrs, efficaces, financièrement abordables et moins toxiques à administrer en cure plus courte par voie orale ou parentérale ou en application locale et de nouvelles associations médicamenteuses, et de définir une posologie et une durée de traitement appropriées pour ces médicaments ;
    - c) de trouver des mécanismes qui facilitent l'accès aux mesures de lutte existantes, y compris en entreprenant des études socio-économiques et une réforme du secteur de la santé dans certains pays en développement ;
    - d) d'évaluer et d'améliorer la sensibilité et la spécificité des méthodes de diagnostic sérologique de la leishmaniose viscérale canine et humaine, et d'évaluer notamment leur standardisation et leur efficacité ;
    - e) d'évaluer l'efficacité d'autres mesures de lutte telles que l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ;

3. ENGAGE les organismes partenaires à poursuivre et à accroître leur soutien aux programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose et, le cas échéant, à accélérer la recherche et la mise au point d'un vaccin contre la leishmaniose ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de sensibiliser à l'importance de la charge mondiale de la leishmaniose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour la prévention et la prise en charge de la maladie ;

2) de rédiger des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la leishmaniose en s'attachant à mettre à jour le rapport du Comité OMS d'experts sur les leishmanioses,<sup>1</sup> dans le but de dresser des plans régionaux et d'encourager la création de groupes régionaux d'experts ;

3) de renforcer la collaboration entre les acteurs de différents secteurs, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de contribuer à l'élaboration et à l'exécution de programmes de lutte contre la leishmaniose ;

4) de concevoir une politique de lutte contre la leishmaniose avec l'appui technique du Tableau d'experts OMS de la leishmaniose ;

5) de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose et la diffusion des résultats de cette recherche ;

6) de suivre les progrès de la lutte contre la leishmaniose en collaboration avec les partenaires internationaux ;

7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes de lutte contre la leishmaniose.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

#### **EB118.R4      Renforcement des systèmes d'information sanitaire**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement ;<sup>2</sup>

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Lutte contre les leishmanioses. Rapport d'un Comité OMS d'experts*. Genève, 1990 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 793).

<sup>2</sup> Document EB118/16.

<sup>3</sup> Voir à l'annexe 2 les incidences administratives et financières qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA58.30 sur la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant la résolution WHA58.28 sur la cybersanté et ayant présente à l'esprit la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

Reconnaissant que des informations fiables sont indispensables pour la formulation de politiques de santé fondées sur des données factuelles et la prise de décision, et essentielles pour le suivi des progrès de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant par ailleurs que les systèmes d'information sanitaire de la plupart des pays en développement sont faibles, fragmentaires, en sous-effectif et dotés de ressources insuffisantes ;

Convaincue de l'importance de l'information sanitaire, ventilée selon le sexe, l'âge et les principaux facteurs socio-économiques, pour étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Reconnaissant que l'information sanitaire et la recherche en santé sont complémentaires comme bases du renforcement des systèmes de santé et des politiques sanitaires ;

Consciente du rôle clé des offices nationaux de la statistique dans la conception et l'application des stratégies statistiques nationales et de leur contribution à l'information sanitaire de la population ;

Notant les fonctions normatives constitutionnelles de l'OMS en matière d'information sanitaire et de notification épidémiologique et réaffirmant le rôle de l'Organisation en tant que partenaire fondateur du Réseau de métrologie sanitaire, dont elle accueille le secrétariat, qui a défini les normes de base des systèmes d'information sanitaire ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à mobiliser les ressources scientifiques, techniques, sociales, politiques, humaines et financières nécessaires pour :

1) concevoir, appliquer, consolider et évaluer des plans destinés à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire moyennant une collaboration entre les secteurs de la santé et des statistiques et d'autres partenaires ;

2) rassembler les partenaires techniques et du développement autour d'une stratégie et d'un plan cohérents et coordonnés dont la direction est confiée aux pays pour renforcer les systèmes d'information sanitaire et qui soient pleinement intégrés dans les principaux programmes et plans sanitaires nationaux ;

3) renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs à différents niveaux du système de santé à synthétiser, analyser, diffuser et utiliser l'information sanitaire pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles et pour mieux sensibiliser le public ;

- 4) développer la capacité des agents de santé à recueillir des informations sanitaires exactes et pertinentes ;
  - 5) relier le renforcement des systèmes d'information sanitaire aux politiques et aux programmes destinés à accroître le potentiel statistique en général ;
2. EXHORTE les organes d'information et de statistique sanitaires, d'autres organisations internationales dont les initiatives et fonds mondiaux en faveur de la santé, le secteur privé, la société civile et les autres partenaires concernés à apporter un soutien ferme et durable pour renforcer les systèmes d'information, notamment au moyen des normes et des principes directeurs énoncés dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire, pour couvrir tout l'éventail des statistiques sanitaires, y compris les déterminants de la santé ; les ressources, les dépenses et le fonctionnement des systèmes de santé ; l'accès aux services, leur couverture et leur qualité ; et les résultats et la situation sanitaires, et pour accorder une attention particulière à l'information sur la pauvreté et sur les inégalités en matière de santé ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer la culture de l'information et du concret au sein de l'Organisation et de veiller à ce que soient utilisées des statistiques sanitaires exactes et actuelles pour étayer l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;
  - 2) d'accroître les activités de statistique sanitaire de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national et de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent se doter des capacités requises pour la mise en place de systèmes d'information sanitaire ainsi que pour la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données ;
  - 3) de promouvoir un meilleur accès aux statistiques sanitaires, d'encourager la diffusion d'informations à tous les partenaires sous une forme appropriée et accessible et de favoriser la transparence dans l'analyse, la synthèse et l'évaluation des données, y compris par des examens collégiaux ;
  - 4) de veiller à améliorer l'alignement, l'harmonisation et la coordination des activités d'information sanitaire en ayant présentes à l'esprit la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ainsi que l'Action des partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques<sup>1</sup> ;
  - 5) de faire régulièrement le point des expériences en cours dans les pays, d'apporter une aide pour la mise à jour du cadre du Réseau de métrologie sanitaire en fonction des leçons apprises et de l'évolution des méthodologies, et de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

---

<sup>1</sup> Action des partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques. Rapport du Groupe de travail sur les partenariats mondiaux pour la santé. Paris, Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, 14-15 novembre 2005.

**EB118.R5 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel<sup>1</sup>**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les amendements au Règlement du Personnel ;<sup>2</sup>

1. CONFIRME, conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel, les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007 en ce qui concerne les conditions d'application du Règlement du Personnel, la date d'entrée en vigueur, la fixation des traitements, le traitement de base net en cas de promotion à une classe supérieure, le traitement de base net en cas de reclassement dans une classe inférieure, la responsabilité à titre temporaire de fonctions afférentes à un poste d'une classe plus élevée, le versement d'un traitement de base net au personnel temporaire des catégories professionnelle et de rang supérieur, les allocations pour personnes à charge, l'allocation spéciale pour frais d'études des enfants handicapés, l'indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail, la prime d'affectation, l'indemnité de recrutement, les principes régissant les engagements, la réintégration lors du réengagement, les mutations entre organisations, la fin de la période de stage, l'augmentation à l'intérieur de la classe, la promotion, la mutation, les congés annuels, le congé dans les foyers, le congé pour service ou période d'instruction militaire, l'assurance-accidents et maladie, le congé de maladie, le congé de maternité et le congé de paternité, l'indemnité en cas de décès, les voyages du conjoint et des enfants, les voyages en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études, la résiliation d'engagement pour raisons de santé, la fin des engagements, la résiliation d'engagements temporaires, la suppression de postes, la rémunération terminale, le travail non satisfaisant ou l'inaptitude aux fonctions internationales, le préavis de résiliation d'engagement, l'indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail pour les postes pourvus par voie de recrutement local, le personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée, les consultants et les administrateurs recrutés sur le plan national ; ces amendements feront l'objet de mesures de transition déterminées par le Directeur général ;
2. DECIDE que la confirmation de ces amendements au Règlement du Personnel est subordonnée à l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du cadre général recommandé par la Commission de la Fonction publique internationale ;
3. PRIE le Directeur général de soumettre au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, par l'intermédiaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, un rapport complet sur la mise en oeuvre et le coût de ces amendements.

(Cinquième séance, 31 mai 2006)

---

<sup>1</sup> Voir annexe 1.

<sup>2</sup> Document EB118/11.

## DECISIONS

### **EB118(1) Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif**

Le Conseil exécutif a nommé le Dr P. M. Buss (Brésil), le Dr Ren Minghui (Chine), le Dr R. R. Jean Louis (Madagascar) et le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) 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), qui fait 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.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

### **EB118(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 F. Kakar (Afghanistan), Mme J. Halton (Australie), le Dr J. K. Gøtrik (Danemark), le Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), le Dr W. T. Gwenigale (Libéria) et M. N. S. de Silva (Sri Lanka) 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 Jigmi Singay (Bhoutan), du Dr A. H. I. Al-Shamari (Iraq), du Dr B. Wint (Jamaïque), du Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), du Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) et du Dr V. Tangi (Tonga), qui font déjà partie de ce Comité ; et le Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie), Président du Conseil, membre de droit, et le Dr J. Nyikal (Kenya), Vice-Président du Conseil, membre de droit. 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.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

### **EB118(3) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé**

Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie), et ses trois premiers Vice-Présidents, M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), le Dr B. Sadasivan (Singapour) et le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) pour représenter le Conseil à la Soixantième 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. Nyikal (Kenya), et le Rapporteur, le Dr A. H. Saheli (Jamahiriya arabe libyenne), pourraient être invités à représenter le Conseil.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

---

**EB118(4)      Date, lieu et durée des cent dix-neuvième et cent vingtième sessions du Conseil exécutif**

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent dix-neuvième session s'ouvrirait le lundi 6 novembre 2006 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le mercredi 8 novembre 2006. Il a en outre décidé que sa cent vingtième session s'ouvrirait le lundi 22 janvier 2007 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le mardi 30 janvier 2007.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

**EB118(5)      Date, lieu et durée de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé**

Le Conseil exécutif a décidé que la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 14 mai 2007 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le mercredi 23 mai 2007.

(Quatrième séance, 30 mai 2006)

---

## ANNEXE 1

# Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel<sup>1</sup>

## Rapport du Secrétariat

[EB118/11 – 18 mai 2006]

1. Les amendements qui ont été apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel sont soumis au Conseil exécutif pour confirmation conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel.<sup>2</sup>
2. Les amendements décrits dans le présent document découlent des décisions devant être prises par l'Assemblée générale des Nations Unies à la reprise de sa soixantième session, sur la base des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale énoncées dans son rapport annuel pour 2005.<sup>3</sup> A sa soixantième session, l'Assemblée générale des Nations Unies n'a approuvé qu'une seule des recommandations de la Commission, à savoir celle qui concerne le barème des contributions du personnel ; l'examen des autres recommandations de la Commission a été différé jusqu'à la reprise de la soixantième session en mars 2006. Une décision est prévue en mai 2006.
3. Les amendements décrits ci-après tiennent également compte des propositions de l'Organisation sur la réforme du cadre des dispositions contractuelles de l'OMS.
- ...
5. Le texte du Règlement du Personnel amendé figure en appendice.

### **PROJET DE CADRE DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES : CONTEXTE DES BUTS ET OBJECTIFS**

6. Afin de renforcer sa capacité à répondre aux besoins toujours croissants d'un environnement complexe en matière de santé et de développement, l'Organisation a recensé et mis en oeuvre des initiatives de réforme dans les principaux domaines relatifs aux programmes et opérations, et notamment l'introduction d'une gestion axée sur les résultats. Par ailleurs, les stratégies de réforme des fonctions de gestion qui facilitent les programmes techniques tels que les ressources humaines, la finance et les technologies de l'information ont été conçues pour améliorer le soutien à la prestation des programmes.

---

<sup>1</sup> Voir résolution EB118.R5.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, Documents fondamentaux, 45<sup>e</sup> éd., Genève, 2005.

<sup>3</sup> Document A/60/30.



7. L'appel à une réforme efficace est pris en compte par les organisations du système des Nations Unies faisant partie du régime commun, notamment dans les domaines de la gestion des ressources humaines. L'amélioration et la réactivité des dispositions contractuelles et des conditions de service sont indispensables à la bonne exécution des programmes de l'OMS. Les défis actuels rencontrés par l'Organisation exigent l'adoption de dispositions contractuelles qui permettent de recruter et de retenir des membres du personnel talentueux à tous les niveaux, aptes à gérer de grands programmes complexes et capables de fonctionner à la fois en tant que spécialistes dans leurs domaines respectifs et en tant que personnes polyvalentes, adaptables et mobiles dont les activités couvrent plusieurs professions et régions géographiques. Les formes de contrat actuelles, bureaucratiques et peu cohérentes, sont inadaptées aux besoins de l'Organisation ; elles entravent par conséquent la capacité de celle-ci à réagir face à l'évolution des besoins et des exigences.

8. Par conséquent l'objectif de la réforme des contrats est de veiller à ce que les dispositions contractuelles répondent aux besoins programmatiques et opérationnels en conservant et en perfectionnant un personnel solide et de grande qualité, et ce en introduisant plus de justice et d'équité parmi le personnel en ce qui concerne l'administration des conditions de service. Dans cette idée, le projet de cadre des dispositions contractuelles vise une augmentation générale de l'efficacité, de la productivité et des résultats à la fois pour l'Organisation et pour son personnel, ainsi que la baisse des coûts administratifs et transactionnels, tout en dosant ces améliorations par rapport aux coûts directs potentiels associés à une plus grande équité en matière de rémunération et d'avantages.

9. Le projet de réforme des dispositions contractuelles a pour objectifs : a) de s'assurer que ces dispositions répondent mieux aux besoins programmatiques et opérationnels de l'Organisation ; b) de veiller à ce que les dispositions contractuelles facilitent le fonctionnement, le développement des compétences et la transparence pour l'Organisation comme pour son personnel ; c) de s'assurer que ces dispositions favorisent la mobilité du personnel et les perspectives de carrière ; d) d'aligner étroitement les types de contrat sur les ressources prévues dans les plans de ressources humaines, ainsi qu'ils ont été approuvés, et sur la nature et la durée des fonctions concernées ; e) de dissocier les conditions de service, les droits et les avantages de la nature du poste et, plus particulièrement, de fonder ceux-ci sur la durée de service, les résultats du personnel et la durée de l'affectation ; f) de s'assurer que les contrats sont rationalisés et faciles à administrer ; et g) de mettre en place des contrats et des conditions de service justes et transparents, fondés sur le principe « à travail égal, salaire égal » et, de ce fait, de reconnaître de façon équitable la valeur du travail et de la contribution de l'ensemble du personnel, qu'il soit recruté au titre de contrats continus, à durée déterminée ou de nature temporaire.

10. Le projet de cadre des dispositions contractuelles s'appuie sur l'expérience acquise et les enseignements tirés des réformes introduites en 2002. Il prend également en considération les recommandations sur la réforme des contrats faites par la Commission de la Fonction publique internationale à l'Assemblée générale des Nations Unies et du rapport du Secrétaire général des Nations Unies du 7 mars 2006 intitulé « Investir dans l'Organisation des Nations Unies pour lui donner les moyens de sa vocation mondiale ». <sup>1</sup> Ce rapport est le résultat d'une consultation entreprise à l'échelle de l'Organisation qui a culminé avec une réunion extraordinaire, les 3 et 4 avril 2006, du Conseil mondial OMS personnel/administration.

11. A l'heure actuelle, il subsiste un grand nombre de membres du personnel engagés pour une durée déterminée, dont la situation en matière d'engagement ne reflète pas leur contribution à l'Organisation au fil du temps, ce qui gêne considérablement la gestion de la relève, la mobilité, le roulement et les perspectives de carrière. En conséquence, les tentatives faites par l'Organisation pour

---

<sup>1</sup> Document A/60/692.

attirer, retenir et continuer à former des fonctionnaires internationaux compétents et motivés seront également entravées.

12. Les membres du personnel qui détiennent les deux types actuels de contrat temporaire (à court terme et à durée limitée) se heurtent à des difficultés analogues. La planification et le suivi des besoins en personnel temporaire sont loin d'être adéquats, ce qui entraîne un niveau élevé de mécontentement chez les administrateurs et le personnel. Alors qu'elle devait simplifier et faciliter l'administration, la mise en oeuvre des contrats temporaires s'est avérée extrêmement lourde et longue. Par ailleurs, bien que les membres du personnel temporaires soient censés satisfaire les mêmes critères élevés de performance que leurs collègues titulaires de contrats à long terme et malgré le fait qu'ils exercent leurs fonctions de plus en plus dans des lieux à haut risque et à conditions de vie difficiles, dans une proportion plus élevée que les membres du personnel à plus long terme, ils ne bénéficient pas des mêmes conditions de service que leurs collègues engagés pour une durée déterminée. Il y a là un contraste avec les conditions de service offertes par d'autres organisations du régime commun des Nations Unies, notamment celles dont les effectifs sur le terrain sont élevés.

13. Conformément aux buts et objectifs mentionnés ci-dessus, le projet de cadre des dispositions contractuelles comprend trois types d'engagement :

- **engagement de caractère continu** : il s'agit d'un engagement à durée indéterminée, qui sera accordé après un minimum de service actif ininterrompu de cinq ans au titre d'engagements à durée déterminée et de l'établissement de rapports attestant de services satisfaisants. La poursuite des services au titre de ce type d'engagement sera soumise à des facteurs tels que la nécessité de maintenir la fonction et la disponibilité des fonds ;
- **engagement à durée déterminée** : il s'agit d'un engagement limité à un an ou plus. Il peut être prolongé à condition que la durée totale des services accomplis au titre d'engagements à durée déterminée consécutifs ne dépasse pas cinq ans. Exceptionnellement, les services accomplis au titre de ce type d'engagement peuvent être prolongés d'une année supplémentaire. Pendant ce temps, les résultats du membre du personnel et ses compétences seront évalués en vue de convertir son engagement en engagement continu ;
- **engagement temporaire** : il s'agit d'un engagement limité dans le temps, de deux ans au maximum, afin de satisfaire des besoins à court terme, tels que des pics liés à la charge de travail et d'autres besoins spécifiques limités dans le temps. Si l'engagement temporaire est inférieur à deux ans, il peut être prolongé à condition que la durée totale des services accomplis sans interruption au titre d'engagements temporaires consécutifs ne dépasse pas deux ans. Un membre du personnel ayant accompli sans interruption la durée maximale de service prévue au titre d'un ou de plusieurs engagements temporaires ne peut être réemployé par l'Organisation tant qu'une durée supérieure à plus de 30 jours civils ne s'est pas écoulée depuis sa cessation de service.

14. L'introduction de l'engagement à durée déterminée débouchant sur une conversion en engagement continu apportera plus d'équité dans les contrats octroyés au personnel engagé à long terme. Cela permettra également d'augmenter la transparence, l'ouverture et la responsabilité en ce qui concerne la gestion du travail fourni par les membres du personnel. Des nouvelles améliorations du système de gestion des services fournis favoriseront l'objectivité et l'équité des décisions liées à la conversion des engagements à durée déterminée en engagements continus. La prolongation des engagements à durée déterminée demeurera soumise à la disponibilité des fonds, aux besoins de l'Organisation et à l'établissement de rapports attestant de services satisfaisants.

15. La planification et le suivi des besoins et fonctions temporaires seront considérablement renforcés dans le cadre de la proposition d'engagement temporaire. Conformément au principe de transparence et de responsabilité gestionnaires pour l'exécution des programmes, les administrateurs sont censés prendre des décisions éclairées et mûries à la fois sur la durée et la nature des fonctions requises pour satisfaire les besoins de l'Organisation. Les contrats seront plus simples à gérer et l'exécution des programmes sera plus efficace du fait qu'il ne sera plus nécessaire d'exiger une interruption de service quels que soient les besoins du programme. Les membres du personnel bénéficieront d'une information fiable concernant les possibilités d'emplois temporaires disponibles indiquées dans les plans de gestion des ressources humaines, ainsi que d'une certitude accrue concernant la durée de leur emploi. Cela permettra aux membres du personnel de mieux gérer leur vie personnelle et professionnelle et de bénéficier de conditions de service plus justes et plus équitables. Par ailleurs, la compétitivité de l'Organisation et sa capacité à attirer des membres du personnel compétents et expérimentés pour satisfaire les besoins de nature temporaire seront grandement augmentées, notamment au niveau du terrain où d'autres organismes offrent des dispositions contractuelles plus intéressantes et plus sûres.

16. Le projet de cadre des dispositions contractuelles présente certaines caractéristiques marquées :

- la nature et la durée des contrats seront directement liées aux plans de gestion des ressources humaines ;
- les droits varieront en fonction de la durée de l'engagement et de la durée de service continu, plutôt qu'en fonction de la nature du contrat ;
- les conditions de service ont été révisées en vue d'apporter une plus grande équité et une plus grande justice, de simplifier et de faciliter l'administration et d'adopter les meilleures pratiques en matière de ressources humaines, y compris dans le domaine d'un environnement de travail favorable ;
- les contrats de carrière/engagements de service ont été abrogés et remplacés par des engagements continus ;
- la première année d'un engagement à durée déterminée continuera d'être une année probatoire ;
- la durée maximale d'une fonction temporaire, quelle qu'elle soit, sera une période continue de deux ans. Si la fonction est nécessaire au-delà de cette période, l'administrateur doit demander la création d'un poste à durée déterminée dans le cadre des processus établis en matière de planification et de budgétisation pour satisfaire les besoins du programme, avant l'expiration de la période de deux ans ;
- la durée maximum d'un engagement temporaire sera une période ininterrompue de deux ans ;
- les consultants n'auront plus le statut de membres du personnel.

## **AMENDEMENTS AU REGLEMENT DU PERSONNEL**

### **Section introductive**

#### **Conditions d'application**

17. L'article 030 du Règlement du Personnel a été amendé pour que le Directeur général puisse procéder à des engagements temporaires de 60 jours ou moins assortis de conditions de service différentes de celles prévues dans le Règlement du Personnel ; le but était également de l'aligner sur l'article amendé 1320 relatif aux services de conférences et à d'autres services de courte durée.

#### **Date d'entrée en vigueur**

18. L'article 040 a été amendé pour refléter la date d'entrée en vigueur de l'application du Règlement du Personnel amendé.

### **Section 3 – Traitements, ajustements, allocations et indemnités**

#### **Fixation des traitements**

19. L'article 320.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour appliquer des conditions égales à tous les membres du personnel en ce qui concerne la fixation des traitements.

20. Les articles 320.2, 320.2.1 et 320.2.2 du Règlement du Personnel ont été supprimés pour refléter le fait que l'article 320.1 couvre désormais la fixation des traitements du personnel temporaire. Les articles 320.3, 320.4, 320.4.1, 320.4.2 et 320.5 ont été renumérotés en conséquence.

#### **Traitement de base net en cas de promotion à une classe supérieure**

21. L'article 320.3 du Règlement du Personnel a été à nouveau amendé pour indiquer qu'il ne s'applique qu'aux membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée.

#### **Traitement de base net en cas de reclassement dans une classe inférieure**

22. L'article 320.4 du Règlement du Personnel a été à nouveau amendé pour indiquer qu'il ne s'applique qu'aux membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée.

#### **Responsabilité à titre temporaire de fonctions afférentes à un poste d'une classe plus élevée**

23. L'article 320.5 du Règlement du Personnel a été à nouveau amendé pour indiquer qu'il ne s'applique qu'aux membres du personnel titulaires d'engagements continus ou à durée déterminée.

#### **Versement d'un traitement de base net au personnel temporaire des catégories professionnelle et de rang supérieur**

24. L'article 330.3 du Règlement du Personnel a été supprimé compte tenu de l'application de conditions égales aux membres du personnel titulaires d'engagements continus, à durée déterminée ou temporaires.

### **Allocations pour personnes à charge**

25. L'article 340 du Règlement du Personnel a été amendé pour appliquer des conditions égales à l'ensemble du personnel appartenant aux catégories professionnelle et de rang supérieur en ce qui concerne l'octroi d'allocations pour personnes à charge.

### **Allocation spéciale pour frais d'études des enfants handicapés**

26. L'article 355.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour appliquer des conditions égales à l'ensemble du personnel en ce qui concerne le droit à ce type d'allocations. La référence aux consultants a également été supprimée.

### **Indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail**

27. L'article 360.1 du Règlement du Personnel a été amendé et le texte remanié de cet article a servi à créer les articles 360.1.1 et 360.1.2 du Règlement du Personnel. Les anciens articles 360.1.1, 360.1.2, 360.1.3, 360.1.4 et 360.2 du Règlement du Personnel ont été supprimés. Par ailleurs, l'article 360.1.2 a été introduit pour refléter l'applicabilité de l'indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail à la fois à tous les membres du personnel qui sont nommés ou transférés dans un lieu d'affectation officiel pour une période d'un an ou plus, et aux membres du personnel qui sont nommés ou transférés dans un lieu d'affectation officielle pour une période initiale inférieure à un an, et dont l'affectation ou le transfert est ultérieurement prolongé, de sorte que la période de service ininterrompue audit lieu d'affectation est égale ou supérieure à un an.

28. Les amendements susmentionnés ont également été élaborés pour refléter les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale à l'Assemblée générale des Nations Unies concernant le plan révisé de mobilité et de sujétion. Par ailleurs, les dispositions concernées ont été considérablement éditées pour plus de simplicité et de clarté, et afin que le contenu soit axé sur des exigences liées aux normes plutôt qu'aux modalités.

29. La dernière phrase de l'article 360.3 du Règlement du Personnel, relative au classement des lieux d'affectation officiels, figurait précédemment dans l'article 360.1.

### **Prime d'affectation**

30. L'article 365.1 du Règlement du Personnel a été légèrement amendé et son texte transféré à l'article 365.1.1 ; le nouvel article 365.1.2 a été introduit. Le but de ces changements est d'indiquer que la prime d'affectation sera payée au moment de la nomination ou de la mutation à un lieu d'affectation officiel pour une période d'au moins un an ou bien lors du prolongement d'un engagement initial ou de la mutation à un lieu d'affectation pour une durée inférieure à un an et entraînant une période de service ininterrompu audit lieu d'affectation d'un an ou plus.

31. Le texte sur les montants de la prime d'affectation, qui figurait précédemment dans l'article 365.1 du Règlement du Personnel, a servi à créer l'article 365.2, et les articles 365.1.1 et 365.1.2 ont de ce fait été renumérotés.

32. L'article 365.3 du Règlement du Personnel a été supprimé et un nouvel article 365.3 introduit pour refléter les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale à l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la prime d'affectation. Ces amendements ont également été élaborés par souci de simplification et de clarté. Le nouvel article 365.3 énonce les critères et exigences normatifs qui s'appliquent à l'augmentation de la prime d'affectation au moyen du versement d'une ou de plusieurs sommes forfaitaires.

33. Suite aux amendements susmentionnés, les articles 365.2, 365.4 et 365.5 du Règlement du Personnel ont été renumérotés.

#### **Indemnité de recrutement**

34. L'article 367 du Règlement du Personnel prévoyant le paiement d'une indemnité de recrutement aux membres du personnel titulaires d'engagements temporaires a été supprimé, car cette indemnité n'est plus appropriée compte tenu de la plus grande équité des prestations et droits et des autres émoluments octroyés à ces membres du personnel au titre du Règlement du Personnel amendé.

### **Section 4 – Recrutement et engagements**

#### **Principes régissant les engagements**

35. L'article 420 du Règlement du Personnel a été amendé pour refléter le nouveau système d'engagement.

36. Le nouvel article 420.1 du Règlement du Personnel a été ajouté pour énumérer les nouveaux types d'engagement.

37. Les articles 420.1, 420.2 et 420.3 du Règlement du Personnel ont été renumérotés et amendés pour refléter les définitions respectives des engagements continus, à durée déterminée et temporaires.

38. Les articles 420.4 et 420.5 du Règlement du Personnel ont été renumérotés et les références croisées dans l'article 420.5 avec les articles 420.2 et 420.3 corrigées pour renvoyer respectivement aux articles 420.3 et 420.4.

39. L'article 420.6 du Règlement du Personnel a été renuméroté et amendé pour indiquer qu'il s'applique uniquement aux membres du personnel engagés pour une durée déterminée.

#### **Réintégration lors du réengagement**

40. L'article 470 du Règlement du Personnel a été amendé dans un souci de clarté par l'ajout du terme « réintégration », car cet article traite de la réintégration lors du réengagement. Par ailleurs, la référence croisée avec l'article 420.3 a été corrigée pour renvoyer à l'article 420.4. La référence aux consultants a également été supprimée.

#### **Mutations entre organisations**

41. L'article 480.1.3 du Règlement du Personnel a été amendé pour corriger la référence croisée avec l'article 420.5 qui a été renuméroté article 420.6.

### **Section 5 – Travail et changements de situation**

#### **Fin de la période de stage**

42. L'article 540.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour corriger la référence croisée avec l'article 420.6, qui a été renuméroté 420.7.

### **Augmentation à l'intérieur de la classe**

43. L'article 550.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour refléter le fait qu'il s'applique à l'ensemble des membres du personnel et clarifier le fait que la phrase selon laquelle « la date à laquelle prend effet l'augmentation ne doit pas être antérieure à la date de confirmation de l'engagement » ne s'applique qu'aux membres du personnel titulaires d'engagements à durée déterminée faisant l'objet d'une période probatoire. L'article 550.3 a été amendé pour remplacer les termes « personnel linguistique » par une référence au « personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée » engagé au titre de l'article 1320 amendé.

### **Promotion**

44. Les articles 560.1, 560.2, 560.3 et 560.4 du Règlement du Personnel ont été amendés pour indiquer qu'ils s'appliquent uniquement aux membres du personnel titulaires d'engagements continus et à durée déterminée. Par ailleurs, la référence croisée à l'article 560.4 avec l'article 320.5 a été corrigée pour renvoyer à l'article 320.4.

### **Mutation**

45. Les articles 565.1, 565.2, 565.3 et 565.4 du Règlement du Personnel ont été amendés pour indiquer que le terme « mutation » tel qu'il est défini à l'article 565.1 du Règlement du Personnel s'applique uniquement aux membres du personnel titulaires d'engagements continus et à durée déterminée. Par ailleurs, la référence croisée à l'article 565.4 avec l'article 320.5 a été corrigée pour renvoyer à l'article 320.4.

## **Section 6 – Présence et congés**

### **Congés annuels**

46. L'article 630.3.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour supprimer la mention des membres du personnel engagés pour la durée effective de l'emploi, ce type de disposition ayant été abrogé dans le cadre de la réforme des dispositions contractuelles.

47. L'article 630.3.2 du Règlement du Personnel a été renuméroté et amendé pour supprimer la mention des membres du personnel engagés à titre temporaire. Un autre amendement a été apporté à cet article afin de mentionner le personnel engagé pour les conférences et pour d'autres services de courte durée au titre de l'article 1320 du Règlement du Personnel amendé.

48. L'article 630.3.3 a été supprimé afin de supprimer la mention des consultants.

49. A la suite de ces amendements, les articles 630.3.4 et 630.3.5 ont été renumérotés.

### **Congé dans les foyers**

50. L'article 640.3.3 du Règlement du Personnel a été amendé pour indiquer que le congé dans les foyers s'applique au personnel temporaire mais qu'il ne s'applique pas aux administrateurs recrutés sur le plan national en vertu de l'article 1330.

### **Congé pour service ou période d'instruction militaire**

51. L'article 660.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour corriger le renvoi à l'article 420.3, qui est devenu l'article 420.4, et pour supprimer la mention des consultants.

## **Section 7 – Sécurité sociale**

### **Assurance-accidents et maladie**

52. L'article 720.1.1 du Règlement du Personnel relatif à l'assurance-maladie du personnel et l'article 720.2.1 relatif à l'assurance-accidents et maladie ont été amendés de façon à s'appliquer à tous les membres du personnel. L'article 720.2.2 a été supprimé en conséquence.

### **Congé de maladie**

53. L'article 740.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour supprimer la mention du personnel engagé pour la durée effective de l'emploi, ce type d'engagement ayant été abrogé au titre du projet de cadre des dispositions contractuelles. La mention de l'article 1330 relatif aux consultants a également été supprimée.

### **Congé de maternité et congé de paternité**

54. L'article 760.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour stipuler que les membres du personnel ont droit à un congé de maternité ou à un congé de paternité, sous réserve des conditions fixées par le Directeur général.

55. L'article 760.2 du Règlement du Personnel a été amendé et l'article 760.3 supprimé pour indiquer que le congé de maternité s'applique à tous les membres du personnel sans distinction, sauf à ceux nommés en vertu de l'article 1320. Les articles 760.4, 760.5 et 760.6 ont été renumérotés en conséquence.

56. L'article 760.6 du Règlement du Personnel a été amendé pour indiquer que le congé de paternité s'applique à tous les membres du personnel sans distinction.

### **Indemnité en cas de décès**

57. L'article 770.1 du Règlement du Personnel a été amendé afin que tous les membres du personnel sans distinction aient droit à une indemnité en cas de décès et pour supprimer la mention de l'article 1330 relatif aux consultants.

## **Section 8 – Voyages et transport**

### **Voyages du conjoint et des enfants**

58. Les articles 820.2 et 820.2.1 du Règlement du Personnel ont été amendés pour accorder le droit à remboursement des frais de voyage de leur conjoint et de leurs enfants à tous les membres du personnel lors d'un engagement pour une période non inférieure à une année et lors de la prolongation d'un engagement initial d'une durée inférieure à une année entraînant une période de service ininterrompu d'un an ou plus.



### **Voyages en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études**

59. L'article 825 du Règlement du Personnel relatif aux voyages en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études a été amendé de façon à s'appliquer aux membres du personnel engagés à titre temporaire. Il a également été amendé pour indiquer qu'il ne s'applique pas aux administrateurs recrutés sur le plan national en vertu de l'article 1330 (nouvelle numérotation). La mention des consultants a également été supprimée.

### **Section 10 – Cessation de l'emploi**

#### **Résiliation d'engagement pour raisons de santé**

60. L'article 1030.2.2 du Règlement du Personnel a été amendé pour indiquer que la possibilité de muter un membre du personnel à un autre poste avant résiliation d'engagement pour raisons de santé n'est examinée que pour le personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée.

61. L'article 1030.3.1 du Règlement du Personnel a été amendé pour stipuler qu'en cas de résiliation d'engagement pour raisons de santé, les membres du personnel engagés à titre continu ou pour une durée déterminée reçoivent un préavis de trois mois, et les membres du personnel engagés à titre temporaire un préavis d'un mois.

#### **Fin des engagements**

62. L'article 1040 du Règlement du Personnel a été amendé pour ajouter une disposition prévoyant que, lorsqu'il a été décidé de ne pas offrir de prolongation à un membre du personnel engagé à titre temporaire, celui-ci reçoit notification de ce fait normalement un mois au plus tard avant la date d'expiration de l'engagement. L'article a également été amendé pour stipuler que ce préavis n'est pas nécessaire dans le cas d'un membre du personnel engagé à titre temporaire qui a atteint la durée maximum de service ininterrompu au titre d'engagements temporaires consécutifs.

#### **Résiliation d'engagements temporaires**

63. Un nouvel article 1045 a été ajouté au Règlement du Personnel pour stipuler qu'un engagement temporaire peut être résilié en vertu des articles 1030 (Résiliation d'engagement pour raisons de santé), 1075 (Faute grave) et 1080 (Abandon de poste). Il a également été ajouté pour fixer les conditions, y compris le préavis et l'indemnité, qui s'appliquent en cas de résiliation d'engagements temporaires pour les raisons suivantes : il est mis fin à la fonction exercée, l'intéressé ne s'acquitte pas de son travail de façon satisfaisante ou se révèle inapte à exercer des fonctions internationales.

#### **Suppression de postes**

64. L'article 1050.2 du Règlement du Personnel a été amendé de façon à remplacer « engagé au titre d'un contrat de service » par « engagé à titre continu ».

65. L'article 1050.3 du Règlement du Personnel a été amendé de façon à remplacer « engagé au titre d'un contrat de service » par « engagé à titre continu ».

### **Rémunération terminale**

66. L'article 1050.4 du Règlement du Personnel a été amendé de façon à prévoir le versement d'une indemnité aux membres du personnel engagés à titre temporaire et dont les fonctions sont supprimées en vertu du nouvel article 1045.

### **Travail non satisfaisant ou inaptitude aux fonctions internationales**

67. Les articles 1070.1, 1070.2, 1070.3 et 1070.4 du Règlement du Personnel ont été amendés pour stipuler qu'ils s'appliquent seulement aux membres du personnel engagés à titre continu ou pour une durée déterminée.

### **Préavis de résiliation d'engagement**

68. L'article 1083 du Règlement du Personnel a été amendé pour indiquer qu'aucun préavis de résiliation d'engagement en application des dispositions du nouvel article 1045 n'est donné pendant un congé de maternité.

## **Section 13 – Conditions spéciales d'emploi**

### **Indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail pour les postes pourvus par voie de recrutement local**

69. L'article 1310.5 du Règlement du Personnel a été amendé pour ajouter les mots « du régime commun des Nations Unies » après la mention des « organisations internationales » en ce qui concerne les membres du personnel recrutés en dehors de la zone locale pour occuper des postes pourvus par voie de recrutement local.

### **Personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée**

70. Le titre de l'article 1320 du Règlement du Personnel, « Personnel temporaire », a été remplacé par « Personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée ». L'article a par ailleurs été amendé pour l'aligner sur les amendements apportés à l'article 030.

### **Consultants**

71. L'article 1330 du Règlement du Personnel relatif aux consultants a été supprimé.

### **Administrateurs recrutés sur le plan national**

72. L'article 1340.1 du Règlement du Personnel a été renuméroté. L'article 1340.2 a également été renuméroté et la référence à l'article 1340.1 corrigée pour renvoyer à l'article 1330.1 (nouvelle numérotation).

## **MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF**

73. [Ce paragraphe contenait un projet de résolution qui a été adopté sous la cote EB118.R5 par le Conseil à sa cinquième séance.]

## Appendice

**TEXTE DES ARTICLES AMENDES DU REGLEMENT DU PERSONNEL**

## 030. CONDITIONS D'APPLICATION

Le Règlement du Personnel est applicable à tous les membres du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé, sauf dans les cas expressément prévus par d'autres articles du présent Règlement. Aucune disposition du présent Règlement ne doit être interprétée comme empêchant le Directeur général d'accorder des engagements temporaires de 60 jours ou moins à des conditions différentes de celles qui sont spécifiées dans le présent Règlement, lorsqu'il estime que l'intérêt du service l'exige.

## 040. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR

Le présent Règlement du Personnel entre en vigueur à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Il annule et remplace toutes les règles en vigueur avant cette date. Toutes les modifications ultérieures prendront effet à partir de la date qui y sera stipulée.

.....

## 320. FIXATION DES TRAITEMENTS

320.1 Lors de l'engagement, tout membre du personnel se voit attribuer normalement le traitement de base net correspondant au premier échelon de la classe à laquelle est rattaché(e) le poste ou la fonction qu'il doit occuper ; toutefois, conformément aux lignes directrices établies par le Directeur général, son traitement peut être fixé à un échelon supérieur de cette classe afin de tenir compte des qualifications, des savoir-faire et de l'expérience du membre du personnel par rapport aux exigences du poste ou de la fonction.

320.2 Lorsqu'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée est promu à une classe supérieure, il reçoit, dans sa nouvelle classe, le traitement de base net afférent à l'échelon le plus bas qui lui assure une augmentation du traitement de base net pour une promotion au sein de la même catégorie ou de la rémunération totale nette pour une promotion de la catégorie des services généraux à la catégorie professionnelle au moins égale à celle qu'il aurait eue s'il avait franchi deux échelons dans sa classe actuelle. Cependant, s'il s'agit d'un rétablissement dans une classe supérieure à laquelle l'intéressé aurait appartenu antérieurement, le traitement de base net ne dépasse pas celui que le membre du personnel aurait reçu au cas où il serait demeuré dans la classe supérieure.

320.3 En cas de reclassement dans une classe inférieure d'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée :

320.3.1 pour des raisons autres que le caractère non satisfaisant de ses services, son inaptitude à remplir des fonctions internationales, ou une faute grave, le traitement de base net du membre du personnel est fixé, dans la nouvelle classe, à l'échelon qui correspond au traitement de base net jusqu'alors perçu par l'intéressé ou, s'il

n'y a pas d'échelon correspondant exactement à ce traitement, à l'échelon immédiatement inférieur ;

320.3.2 parce que ses services ne sont pas satisfaisants, parce qu'il est inapte à remplir des fonctions internationales, ou à la suite d'une faute grave, le traitement de base net peut être fixé à un échelon inférieur dans la nouvelle classe.

320.4 Un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée peut être officiellement appelé à assumer à titre temporaire les fonctions afférentes à un poste établi d'une classe plus élevée que celle du poste qu'il occupe ; la durée de tels arrangements temporaires ne peut en aucun cas dépasser 12 mois, à moins que le Directeur général n'en décide autrement. A partir du début du quatrième mois de services consécutifs dans le poste supérieur, l'intéressé bénéficiera d'un supplément de rémunération, non soumis à retenue pour pension, normalement égal mais en aucun cas supérieur à la différence entre la rémunération – traitement de base net, ajustement et indemnités – qu'il reçoit et celle qu'il toucherait s'il était promu au poste supérieur.

---

#### 340. ALLOCATIONS POUR PERSONNES A CHARGE

Lorsqu'ils ont des personnes à charge au sens de l'article 310.5, les membres du personnel nommés dans les catégories professionnelle et de rang supérieur ont droit pour ces personnes à une allocation :

...

---

#### 355. ALLOCATION SPECIALE POUR FRAIS D'ETUDES DES ENFANTS HANDICAPES

355.1 Les membres du personnel ont droit à une allocation spéciale pour frais d'études pour tout enfant handicapé physique ou mental reconnu à charge au sens de l'article 310.5.2 jusqu'à la fin de l'année où cet enfant atteint l'âge de 28 ans, dans les conditions fixées par le Directeur général. Dans les cas où une allocation pour frais d'études est due en vertu de l'article 350, le total des montants à verser en vertu des articles 350 et 355 ne dépasse pas le maximum applicable.

---

#### 360. INDEMNITE POUR MOBILITE ET DIFFICULTE DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

360.1 Les membres du personnel suivants perçoivent une indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail non considérée aux fins de la pension, qui est destinée à refléter divers degrés de difficulté des conditions de vie et de travail selon les lieux d'affectation et à encourager la mobilité, conformément aux conditions fixées par le Directeur général :

360.1.1 les membres du personnel, exceptés ceux nommés en application des articles 1310 et 1330, qui sont nommés ou transférés dans un lieu d'affectation pour une période d'un an ou plus, et

360.1.2 les membres du personnel, exceptés ceux nommés en application des articles 1310 et 1330, qui sont nommés ou transférés dans un lieu d'affectation pour une période initiale inférieure à un an, et dont la nomination ou le transfert sont ultérieurement prolongés de sorte que la période ininterrompue de service audit lieu d'affectation est équivalente à un an ou plus.

360.2 L'indemnité comprend trois éléments : mobilité, difficulté des conditions de vie et de travail et compensation pour déménagement non payé ; elle sera versée ainsi que le Directeur général en aura décidé sur la base des conditions et modalités convenues entre les organisations internationales du régime commun des Nations Unies.

360.3 Les lieux d'affectation sont classés selon les conditions de vie et de travail et sur la base de critères adoptés d'un commun accord par les organisations internationales du régime commun pour le classement des lieux d'affectation. Les villes-siège ainsi que les lieux d'affectation situés en Amérique du Nord et en Europe et autres lieux assimilés sont classés dans la catégorie H, tandis que tous les autres lieux d'affectation sont classés dans les catégories A et E.

.....

#### 365. PRIME D'AFFECTION

365.1 Tout membre du personnel dont le voyage est autorisé perçoit une prime d'affectation :

365.1.1 lors de sa nomination ou de sa réaffectation dans un lieu d'affectation pendant au moins un an ; ou

365.1.2 lors de la prolongation de sa nomination initiale ou de sa réaffectation dans un lieu d'affectation pour moins d'un an, entraînant une période de service ininterrompu audit lieu d'affectation d'un an ou plus.

365.2 Le montant de la prime de réaffectation équivaut :

365.2.1 pour le membre du personnel lui-même, à l'indemnité journalière de voyage comptée pour les 30 jours qui suivent son arrivée ;

365.2.2 pour chaque membre de sa famille qui l'accompagne ou le rejoint aux frais de l'Organisation en vertu de l'article 820, à l'exception des enfants ayant droit au voyage en vertu de l'article 820.1.4, à l'indemnité journalière de voyage comptée, à la moitié du taux applicable, pour les 30 jours qui suivent l'arrivée du membre de la famille.

365.3 Sous réserve des conditions fixées par le Directeur général sur la base des conditions et modalités convenues entre les organisations internationales du régime commun des Nations Unies, la prime d'affectation est augmentée d'une ou de plusieurs sommes forfaitaires, selon la catégorie du lieu d'affectation, que le membre du personnel ait droit ou non au déménagement de ses biens au titre de l'article 855.1, et selon la durée fixée ou prévue de la nomination audit lieu d'affectation. La somme forfaitaire est calculée et payable sur la base du traitement de base net du membre du personnel et, le cas échéant, de l'indemnité de poste versée au lieu d'affectation où le membre du personnel est nommé, à sa classe et à son échelon, et des taux fixés par le Directeur général.

- 365.4 Il n'est pas versé de prime d'affectation pour les enfants nés ou pour toute autre personne devenue à charge après l'arrivée du membre du personnel à son lieu d'affectation.
- 365.5 Si un membre du personnel démissionne de ses fonctions dans les six mois qui suivent la date de sa nomination ou de sa mutation, l'Organisation a droit au recouvrement de toute prime d'affectation versée au titre des articles 365.2 et 365.3, à un certain prorata, dans les conditions fixées par le Directeur général.
- 365.6 Si deux conjoints sont membres du personnel d'organisations internationales appliquant le régime commun des traitements et indemnités au même lieu d'affectation, la prime prévue à l'article 365.2.1 est versée à chacun d'eux. Les sommes dues au titre de l'article 365.2.2 sont versées au membre du personnel qui est reconnu comme ayant la charge des enfants, tandis que les sommes dues au titre de l'article 365.3 sont versées à celui des deux conjoints qui a droit aux prestations les plus élevées.
- .....

#### 420. PRINCIPES REGISSANT LES ENGAGEMENTS<sup>1</sup>

- 420.1 Des engagements de caractère continu, de durée déterminée ou temporaires peuvent être octroyés aux membres du personnel comme suit.
- 420.2 Un « engagement continu » est un engagement à durée indéterminée. Il est accordé après cinq ans au minimum de services actifs et ininterrompus accomplis au titre d'engagements à durée déterminée et ayant fait l'objet de rapports favorables.
- 420.3 Un « engagement à durée déterminée » est un engagement limité à un an ou plus. Un engagement à durée déterminée peut être prolongé, à condition que la durée totale des services accomplis au titre d'engagements à durée déterminée consécutifs ne dépasse pas cinq ans. Exceptionnellement, les services accomplis au titre de ce type d'engagement peuvent être à nouveau prolongés d'une année supplémentaire au plus, conformément aux conditions fixées par le Directeur général.
- 420.4 Un « engagement temporaire » est un engagement à durée limitée de deux ans au plus. Si l'engagement temporaire est inférieur à deux ans, il peut être prolongé à condition que la durée totale des services ininterrompus accomplis au titre d'engagements temporaires consécutifs ne dépasse pas deux ans. Un membre du personnel qui a accompli la période maximale de services ininterrompus au titre d'un ou de plusieurs engagements temporaires ne peut être employé par l'Organisation tant qu'un délai supérieur à 30 jours civils ne s'est pas écoulé depuis son départ de l'Organisation. Tout futur emploi est soumis aux conditions fixées par le Directeur général.
- 420.5 Les engagements peuvent être à plein temps ou à temps partiel.
- 420.6 Tous les membres du personnel, y compris ceux qui sont détachés auprès de l'Organisation, sont initialement engagés pour une durée déterminée au sens de l'article 420.3 ou à titre temporaire au sens de l'article 420.4.

---

<sup>1</sup> Les membres du personnel titulaires d'un contrat de carrière et de service au 1<sup>er</sup> janvier 2007 verront leurs engagements automatiquement convertis en engagements continus.

- 420.7 Tout engagement à durée déterminée d'un an ou plus est subordonné à une période de stage d'au moins une année, qui peut être prolongée jusqu'à deux ans lorsque cette mesure est nécessaire pour permettre une appréciation exacte du travail et de la conduite d'un membre du personnel ou de son aptitude à remplir des fonctions internationales.
- .....

470. REINTEGRATION LORS DU REENGAGEMENT

- 470.1 Tous les membres du personnel – excepté ceux qui sont engagés à titre temporaire au sens de l'article 420.4 – qui sont réengagés dans l'année qui suit la fin de leur engagement peuvent, au choix de l'Organisation, être réintégrés. En pareil cas, ils bénéficient à nouveau du statut qu'ils avaient à la fin de leur engagement et leur temps d'absence dans l'intervalle est compté comme congé annuel et congé sans traitement selon qu'il y a lieu ; ils remboursent à l'Organisation tous les versements qu'ils ont reçus en raison de la cessation de leur emploi.
- .....

480. MUTATIONS ENTRE ORGANISATIONS

...

- 480.1.3 est engagé pour une durée déterminée conformément aux dispositions de l'article 420.6, et est soumis après sa mutation à la même période de stage que tout membre du personnel nouvellement engagé ;
- .....

540. FIN DE LA PERIODE DE STAGE

- 540.1 Un rapport sur le travail du membre du personnel (voir l'article 530.2) est établi avant la fin de la période normale de stage (voir l'article 420.7). Sur la base de ce rapport, il est pris une décision qui est notifiée au membre du personnel et qui peut être :

540.1.1 la confirmation de son engagement ;

540.1.2 la prolongation de la période de stage pour une durée déterminée ;

540.1.3 la non-confirmation de son engagement, qui, de ce fait, devra prendre fin.

.....

550. AUGMENTATION A L'INTERIEUR DE LA CLASSE

- 550.1 Les membres du personnel dont le travail a fait l'objet d'un rapport favorable de la part de ses supérieurs hiérarchiques a droit à une augmentation de traitement d'un échelon à l'intérieur de sa classe à la fin de chaque période unitaire de service définie à l'article 550.2. Pour les membres du personnel engagés pour une durée déterminée et soumis à une période probatoire, la date à laquelle prend effet l'augmentation ne doit pas être antérieure à la date de confirmation de l'engagement, sauf dans le cas prévu à l'article 480. La date effective de l'augmentation est le premier jour du mois le plus proche de la date à laquelle l'intéressé a

accompli de manière satisfaisante la période de service exigée. Des augmentations peuvent être accordées jusqu'à ce que l'intéressé ait atteint le traitement maximum de sa classe. Ce maximum pourra toutefois être dépassé en cas d'application des articles 555.2 ou 1310.9.

...

- 550.3 Les périodes unitaires de service prévues aux articles 550.2.1 et 550.2.2 seront ramenées à respectivement dix mois et vingt mois pour les membres du personnel ayant fait la preuve, en passant avec succès l'examen prescrit, de leur connaissance d'une deuxième langue officielle de l'Organisation. Les membres du personnel dont la langue maternelle est l'une des langues officielles de l'Organisation doivent faire la preuve de leur connaissance d'une deuxième langue officielle. Le présent article s'applique aux membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur, à l'exception du personnel engagé pour les conférences et autres services de courte durée au titre de l'article 1320, à savoir les traducteurs, les éditeurs, les réviseurs et les interprètes.

---

560. PROMOTION (voir l'article 4.4 du Statut du Personnel)

- 560.1 Par promotion, il faut entendre un avancement élevant un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée à un poste d'une classe supérieure en vertu, soit du reclassement du poste qu'il occupe, soit d'une mutation à un poste différent.
- 560.2 Sous réserve de l'article 560.3 et à condition qu'il ait les titres nécessaires et que ses services aient été satisfaisants, tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée a droit à toute promotion consécutive au reclassement du poste qu'il occupe.
- 560.3 Si un poste occupé est reclassé de la catégorie des services généraux à la catégorie professionnelle ou est relevé de plus d'une classe dans une catégorie donnée, le poste est annoncé au personnel et le recrutement se fait par voie de concours, selon les conditions fixées par le Directeur général. En pareil cas, le membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée et occupant le poste dont la vacance est annoncée peut, à compter du quatrième mois consécutif de service suivant la date effective du reclassement, bénéficier d'un supplément de rémunération calculé conformément aux dispositions de l'article 320.4 du Règlement du Personnel et compte dûment tenu de la période qui y est précisée.
- 560.4 La mutation à un poste d'une classe supérieure d'un fonctionnaire engagé à titre continu ou pour une durée déterminée et dont les services ont été satisfaisants peut à tout moment être prise en considération s'il possède les titres nécessaires.

---

565. MUTATION

- 565.1 Par mutation, il faut entendre toute réaffectation officielle d'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée d'un poste à un autre. Une mutation peut impliquer un changement de titre, de classe, de fonctions, de traitement, d'ajustement ou de lieu d'affectation, ou plusieurs de ces modifications à la fois.



- 565.2 Tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée peut faire l'objet d'une mutation chaque fois que l'intérêt de l'Organisation l'exige. Tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée peut, en tout temps, solliciter une mutation dans son intérêt particulier.
- 565.3 Dans toute la mesure possible, les postes vacants de la catégorie professionnelle et au-dessus sont pourvus par mutation de membres du personnel engagés à titre continu ou pour une durée déterminée et affectés à d'autres fonctions ou bureaux de l'Organisation, de manière à créer un personnel de carrière polyvalent. En acceptant une nomination, tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée accepte d'avance l'application de ce principe à son propre cas.
- 565.4 Tout membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée peut être appelé, sans qu'il y ait officiellement mutation et dans l'intérêt de l'Organisation, à assumer des fonctions afférentes à un poste autre que le sien, compte dûment tenu des dispositions de l'article 320.4 ; la durée de tout arrangement de ce genre ne peut en aucun cas dépasser 12 mois, à moins que le Directeur général n'en décide autrement.
- .....

#### 630. CONGES ANNUELS

...

- 630.3 Tous les membres du personnel acquièrent des droits à congé annuel, sauf :
- 630.3.1 ceux qui sont engagés en vertu de l'article 1320 pour les conférences et pour d'autres services de courte durée sur une base journalière ;
- 630.3.2 ceux qui sont en congé sans traitement en vertu de l'article 655.1 pendant plus de 30 jours ;
- 630.3.3 ceux qui sont en congé spécial sous régime d'assurance pendant plus de 30 jours.
- .....

#### 640. CONGE DANS LES FOYERS

...

- 640.3.3 s'il n'est pas recruté sur le plan local au sens des articles 1310 et 1330 ; et
- .....

#### 660. CONGE POUR SERVICE OU PERIODE D'INSTRUCTION MILITAIRE

- 660.1 Sur leur demande, les membres du personnel, excepté ceux qui sont engagés à titre temporaire au sens de l'article 420.4 peuvent, s'ils sont requis par leur gouvernement d'accomplir une période de service ou d'instruction militaire, bénéficier d'un congé, qui ne doit pas initialement dépasser un an, mais qui peut être prolongé si l'intéressé le désire. Au choix du membre du personnel, ces congés sont comptés soit comme congés sans traitement,

soit comme congés annuels, dans la mesure où le membre du personnel a acquis des droits à congé annuel, puis comme congés sans traitement. Pendant toute la période de congé sans traitement accordé pour cette raison, les dispositions de l'article 655.2 sont applicables.

.....

720. ASSURANCE-ACCIDENTS ET MALADIE

720.1 Assurance-maladie du personnel :

720.1.1 les membres du personnel sont affiliés à l'assurance-maladie du personnel, laquelle couvre également leur conjoint et leurs ayants droit à charge, conformément aux dispositions fixées par le Directeur général de concert avec le personnel. Ils participent au coût de cette assurance.

720.2 Assurance-accidents et maladie :

720.2.1 les membres du personnel sont affiliés à une assurance-accidents et maladie qui les protège contre les risques de décès et d'invalidité dans la mesure fixée par la police d'assurance-accidents et maladie qui les concerne. Ils participent au coût de cette assurance ;

.....

740. CONGE DE MALADIE

740.1 Les membres du personnel à l'exception de ceux qui sont exclus du bénéfice du présent article par le Directeur général en vertu des dispositions de l'article 1320 peuvent obtenir un congé de maladie avec traitement dans les limites ci-après indiquées lorsqu'ils sont hors d'état d'exercer leurs fonctions pour cause de maladie ou de dommages corporels, ou lorsque les exigences de la santé publique s'opposent à leur présence :

...

740.1.4 les membres du personnel nommés pour des périodes inférieures à une année et rétribués mensuellement peuvent obtenir des congés de maladie en proportion de la durée de leur engagement.

.....

760. CONGE DE MATERNITE ET CONGE DE PATERNITE

760.1 Les membres du personnel ont droit à un congé de maternité ou à un congé de paternité, sous réserve des conditions fixées par le Directeur général.

760.2 Le congé de maternité commence six semaines avant la date prévue de l'accouchement sur présentation d'un certificat établi par un médecin praticien ou une sage-femme dûment qualifiés indiquant la date prévue de l'accouchement. A la demande de la personne en cause et sur avis médical, le Directeur général peut l'autoriser à commencer à prendre son congé de maternité moins de six semaines, mais pas moins de deux semaines, avant la date prévue de l'accouchement. Le congé de maternité dure 16 semaines à compter de la date à laquelle il est accordé, sous réserve qu'en aucun cas il ne se termine moins de 10 semaines après la date

effective de la naissance. Le congé est octroyé avec traitement intégral, indemnités comprises.

- 760.3 Les mères allaitantes bénéficient chaque jour, à titre de congé supplémentaire de maternité, d'heures de liberté pour pouvoir allaiter leur enfant.
- 760.4 Lorsque les deux parents d'un enfant nouveau-né sont membres du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé, toute partie non utilisée du congé de maternité auquel la mère aurait eu droit au titre de l'article 760.2 pourra être utilisée par le père de l'enfant, dans les conditions fixées par le Directeur général.
- 760.5 Selon les conditions fixées par le Directeur général et sur présentation d'une preuve satisfaisante de la naissance de leur enfant, les membres du personnel ont droit à un congé de paternité d'une durée totale ne dépassant pas quatre semaines ou, dans le cas des membres du personnel engagés par voie de recrutement international se trouvant dans un lieu d'affectation non autorisé aux familles, ne dépassant pas huit semaines. Dans des circonstances exceptionnelles, le congé sera accordé pour une durée totale de huit semaines au maximum. Le congé de paternité doit être épuisé dans les douze mois qui suivent la date de la naissance de l'enfant.
- .....

#### 770. INDEMNITE EN CAS DE DECES

- 770.1 Si, lors du décès d'un membre du personnel, aucun versement n'est prévu aux termes de la police d'assurance-accidents et maladie de l'Organisation, une indemnité est versée :
- .....

#### 820. VOYAGES DU CONJOINT ET DES ENFANTS

...

- 820.2 L'Organisation prend à son compte les frais de voyage du conjoint et des enfants à la charge des membres du personnel au sens de l'article 820.1 dans les cas suivants :
- 820.2.1 lors d'un engagement pour une période non inférieure à une année ou lors de la prolongation d'un engagement initial d'une durée inférieure à une année entraînant une période de service ininterrompu d'un an ou plus, paiement des frais de voyage, soit depuis le lieu de résidence reconnu ou, au choix de l'Organisation, le lieu de recrutement, jusqu'au lieu d'affectation, soit à partir de tout autre lieu, mais à condition que la somme déboursée par l'Organisation ne soit pas supérieure aux frais de voyage à partir du lieu de résidence reconnu et étant entendu que, de toute façon, le conjoint et les enfants à charge sont censés demeurer dans le lieu d'affectation pendant au moins six mois ;
- .....

---

825. VOYAGES EN RAPPORT AVEC L'ALLOCATION SPECIALE POUR FRAIS D'ETUDES

L'Organisation prend à son compte, conformément aux clauses et conditions fixées par le Directeur général, les frais de voyage de l'enfant à charge pour lequel le membre du personnel a droit à l'allocation spéciale pour frais d'études en vertu de l'article 355. Dans ce cas, les dispositions de l'article 820.2.5 ne sont pas applicables, sauf en ce qui concerne le voyage aller et retour visé aux articles 820.2.5.2 et 820.2.5.3. Les dispositions du présent article s'appliquent aux membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur dont le lieu d'affectation ne se trouve pas dans le pays de leur lieu de résidence reconnu ainsi qu'aux membres du personnel visés à l'article 1310.4 qui sont recrutés en dehors tant de la zone locale que du pays du lieu d'affectation. Elles ne s'appliquent pas aux autres membres du personnel visés aux articles 1310 et 1330.

.....

1030. RESILIATION D'ENGAGEMENT POUR RAISONS DE SANTE

1030.1 Lorsque, sur l'avis du médecin du personnel, il est établi qu'un membre du personnel est incapable pour raisons de santé de s'acquitter de ses fonctions, son engagement est résilié.

1030.2 Au préalable, les conditions suivantes doivent être remplies :

1030.2.1 il doit être établi que la maladie est de longue durée ou de nature à se reproduire fréquemment ;

1030.2.2 la possibilité de muter l'intéressé à un autre poste doit être examinée s'il est engagé à titre continu ou pour une durée déterminée et, si une telle possibilité existe, une offre doit lui être faite à cet effet ;

1030.2.3 les droits à pension de l'intéressé s'il est participant à la Caisse des Pensions doivent être déterminés.

1030.3 Tout membre du personnel dont l'engagement est résilié en application du présent article :

1030.3.1 reçoit un préavis de trois mois s'il est engagé à titre continu ou pour une durée déterminée, et un préavis d'un mois s'il est titulaire d'un engagement temporaire ;

1030.3.2 peut avoir droit à une pension d'invalidité conformément aux Statuts de la Caisse des Pensions ;

1030.3.3 peut avoir droit à une prestation d'invalidité au titre de l'assurance visée à l'article 720.2 ;

1030.3.4 reçoit une indemnité de résiliation d'engagement, selon le barème figurant à l'article 1050.4, sous réserve que la somme de l'indemnité qui lui est due en vertu de cet article et du montant de toutes prestations périodiques d'invalidité qu'il est en droit de recevoir au cours des 12 mois suivant la fin de l'engagement en application des dispositions de la section 7 ne soit pas supérieure à une année de rémunération terminale ;

1030.3.5 peut toujours opter pour la démission.

#### 1040. FIN DES ENGAGEMENTS

En l'absence de toute offre et de toute acceptation de prolongation, les engagements temporaires et de durée déterminée prennent fin automatiquement lors de l'achèvement de la période de service convenue. Lorsqu'il a été décidé de ne pas offrir de prolongation à un membre du personnel engagé pour une durée déterminée, celui-ci reçoit notification de ce fait trois mois au plus tard avant la date d'expiration de l'engagement. Lorsqu'il a été décidé de ne pas offrir de prolongation à un membre du personnel engagé à titre temporaire, celui-ci reçoit notification de ce fait normalement un mois au plus tard avant la date d'expiration de l'engagement. Ce préavis n'est pas nécessaire dans le cas d'un membre du personnel engagé à titre temporaire qui a atteint la durée maximum de service ininterrompu au titre d'engagements temporaires consécutifs au sens de l'article 420.4. Les membres du personnel qui ne désirent pas être pris en considération pour un nouvel engagement notifient leur intention dans le même délai.

#### 1045. RESILIATION D'ENGAGEMENTS TEMPORAIRES

1045.1 Indépendamment des raisons exposées aux articles 1030, 1075 et 1080, un engagement temporaire peut être résilié avant la date d'expiration :

1045.1.1 s'il est mis fin à la fonction exercée par le membre du personnel, ou

1045.1.2 si le membre du personnel ne s'acquitte pas de son travail de façon satisfaisante, ou s'il se révèle inapte à exercer des fonctions internationales. Par services non satisfaisants, il faut entendre le fait qu'un membre du personnel ne s'acquitte pas ou ne peut pas s'acquitter des fonctions temporaires qui lui incombent, et par inaptitude aux fonctions internationales le fait que l'intéressé n'entretient pas des relations de travail satisfaisantes avec les autres membres du personnel ou les ressortissants d'autres pays avec lesquels il est appelé à travailler.

1045.2 Lorsqu'un engagement temporaire est résilié parce qu'il est mis fin à la fonction exercée, l'intéressé reçoit un préavis d'au moins un mois et une indemnité conformément au barème prévu à l'article 1050.4.

1045.3 Lorsqu'un engagement temporaire est résilié pour travail non satisfaisant ou pour inaptitude aux fonctions internationales, l'intéressé reçoit normalement un préavis d'au moins un mois. En outre, il peut, à la discrétion du Directeur général, recevoir une indemnité d'un montant ne dépassant pas la moitié de celui auquel il aurait eu droit si son engagement avait été résilié en vertu de l'article 1045.2.

#### 1050. SUPPRESSION DE POSTES

1050.1 L'engagement à durée déterminée d'un membre du personnel ayant moins de cinq ans de service peut être résilié avant la date d'expiration si le poste qu'il occupe est supprimé.

1050.2 Quand un poste occupé par un membre du personnel engagé à titre continu ou par un membre du personnel engagé pour une durée déterminée et qui compte au moins cinq années de service continu et ininterrompu, est supprimé ou vient à expiration, des dispositions sont prises, dans la mesure du raisonnable, pour réaffecter le membre du personnel occupant ce poste, conformément aux dispositions fixées par le Directeur général et sur la base des principes suivants :

...

1050.3 Les résiliations prévues dans le présent article sont subordonnées à un préavis d'au moins trois mois pour les membres du personnel engagés à titre continu ou pour une durée déterminée ne correspondant pas à une période de stage et d'au moins un mois pour les autres membres du personnel.

1050.4 Un membre du personnel dont l'engagement est résilié en application du présent article reçoit, compte dûment tenu des dispositions de l'article 380.2, une indemnité conformément au barème suivant :

Années de service	Indemnité (rémunération terminale)	
	Membres du personnel engagés à titre continu	Membres du personnel titulaires d'autres types d'engagement
Moins de 1 )	)	Une semaine par mois restant à courir en vertu du contrat sous réserve que le montant versé ne soit pas inférieur à six semaines ni supérieur à trois mois
1 )	)	
2 )	Sans objet )	
3 )	)	
4 )	)	
5 )		4 mois
6	6 mois	5 mois
7	7 mois	6 mois
8	8 mois	7 mois
9	9 mois	9 mois
10	9,5 mois	9,5 mois
11	10 mois	10 mois
12	10,5 mois	10,5 mois
13	11 mois	11 mois
14	11,5 mois	11,5 mois
15 ou davantage	12 mois	12 mois

1070. TRAVAIL NON SATISFAISANT OU INAPTITUDE AUX FONCTIONS INTERNATIONALES

1070.1 L'engagement continu ou de durée déterminée d'un membre du personnel peut être résilié si l'intéressé ne s'acquitte pas de son travail de façon satisfaisante, ou s'il se révèle inapte à exercer des fonctions internationales. Par services non satisfaisants, il faut entendre le fait qu'un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée ne s'acquitte pas ou ne peut pas s'acquitter des fonctions afférentes au poste auquel il est affecté, et par inaptitude aux fonctions internationales le fait que l'intéressé n'entretient pas

des relations de travail satisfaisantes avec les autres membres du personnel ou les ressortissants d'autres pays avec lesquels il est appelé à travailler.

- 1070.2 Avant que la résiliation ne soit décidée, le membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée doit recevoir par écrit un avertissement et bénéficier d'un délai raisonnable pour améliorer la qualité de ses services. S'il y a lieu de penser que le caractère non satisfaisant de ses services provient du fait que le membre du personnel est chargé de fonctions et de responsabilités qui dépassent ses capacités, sa mutation à un poste convenant mieux à ses aptitudes est prise en considération.
- 1070.3 Un membre du personnel engagé à titre continu ou pour une durée déterminée dont l'engagement est résilié en application du présent article reçoit un préavis équivalent à celui qui est prévu à l'article 1050.3.
- 1070.4 Un membre du personnel dont l'engagement continu ou de durée déterminée est résilié en application du présent article peut, à la discrétion du Directeur général, recevoir une indemnité d'un montant ne dépassant pas la moitié de celui auquel il aurait eu droit si son engagement avait été résilié en vertu de l'article 1050.
- 

#### 1083. PREAVIS DE RESILIATION D'ENGAGEMENT

Aucun préavis de résiliation d'engagement en application des dispositions des articles 1030, 1045, 1050, 1060, 1070 et 1080 n'est donné pendant un congé de maternité.

---

#### 1310. POSTES POURVUS PAR VOIE DE RECRUTEMENT LOCAL

...

- 1310.5 Aux lieux d'affectation nommément désignés, une indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail peut être versée aux membres du personnel visés à l'article 1310.4, dans les conditions définies à l'article 360 et selon les taux applicables au personnel des classes P.1 à P.3. Le Directeur général établit, sur la base des dispositions adoptées d'un commun accord par les organisations internationales du régime commun des Nations Unies, les critères ouvrant droit au versement de l'indemnité pour mobilité et difficulté des conditions de vie et de travail.
- 

#### 1320. PERSONNEL ENGAGE POUR LES CONFERENCES ET AUTRES SERVICES DE COURTE DUREE

Le Directeur général peut fixer les conditions de service du personnel engagé à titre temporaire pendant 60 jours ou moins pour les conférences et pour d'autres services de courte durée, sans tenir compte des dispositions des autres articles du présent Règlement, y compris les articles 340, 640, 710, 760, 770, 820 et 825.

---

---

1330. ADMINISTRATEURS RECRUTES SUR LE PLAN NATIONAL

- 1330.1 Le Directeur général peut engager des administrateurs nationaux pour des postes de la catégorie professionnelle sans tenir compte des dispositions des autres sections du présent Règlement. Tous les postes de la catégorie des administrateurs nationaux sont pourvus par voie de recrutement local.
- 1330.2 En ce qui concerne l'article 1330.1, le Directeur général détermine les conditions d'emploi du personnel engagé localement et fixe notamment les taux des traitements et des indemnités selon les taux les plus favorables pratiqués dans la zone locale.
-



## ANNEXE 2

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

<b>1. Résolution EB118.R1</b> Thalassémie et autres hémoglobinopathies <sup>1</sup>	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b>	<b>Résultat escompté</b>
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	1. Fourniture d'un soutien aux pays pour les aider à définir leurs politiques et stratégies de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles au niveau national, et à intégrer la prévention primaire et secondaire dans les systèmes de santé.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
La résolution offrira un cadre permettant d'atteindre le résultat escompté en ce qui concerne la prévention et la prise en charge de la thalassémie et autres hémoglobinopathies.	
<b>3. Incidences financières</b>	
<b>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)</b> US \$2 740 000, montant qui ne comprend pas les dépenses en personnel de US \$2 440 440 détaillées dans le rapport sur les incidences administratives et financières de la résolution EB117.R3.	
<b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> US \$1 390 000	
<b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> Sans objet (il ne sera pas nécessaire d'allouer des fonds en complément des crédits inscrits au budget ordinaire concernant l'administrateur du programme pour la mise en oeuvre de la résolution, qui devrait représenter l'équivalent d'un mi-temps).	
<b>4. Incidences administratives</b>	
<b>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions</b>	
Certains pays, cinq bureaux régionaux (les Bureaux régionaux des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental) et le Siège.	
<b>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)</b>	
Veuillez vous reporter au rapport sur les incidences administratives et financières de la résolution EB117.R3.	
<b>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)</b>	
La durée de vie de l'initiative mondiale est de quatre ans à partir de 2006. Le comité de suivi doit se réunir tous les deux ans.	

[EB118/5 Add.1 – 27 mai 2006]

<sup>1</sup> La drépanocytose étant une hémoglobinopathie courante, on voudra bien se reporter également aux incidences administratives et financières de la résolution EB117.R3 (document EB117/2006/REC/1, annexe 4).

<b>1. Résolution EB118.R3</b> Lutte contre la leishmaniose	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b>	<b>Résultat escompté</b>
Maladies transmissibles : prévention et lutte	1. Renforcement des capacités nationales de manière à marquer des progrès notables dans la lutte intensifiée contre les maladies tropicales endémiques visées ou leur élimination
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
Lien avec les indicateurs suivants pour ce résultat escompté : nombre de pays ayant actualisé les programmes nationaux de lutte contre les principales zoonoses ; nombre de pays confrontés à des situations d'urgence ayant reçu un soutien efficace pour l'application de mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles.	
<b>3. Incidences financières</b>	
<b>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)</b> US \$3 millions seront nécessaires sur trois ans	
<b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> US \$1,8 million	
<b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> Le Gouvernement espagnol a déjà versé US \$1,4 million au programme de lutte contre la leishmaniose pour l'exercice. Un montant supplémentaire de US \$400 000 est nécessaire et des négociations sont en cours avec les donateurs potentiels	
<b>4. Incidences administratives</b>	
<b>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions</b>	
Principalement au niveau des pays, au profit des bureaux des représentants de l'OMS en vue de renforcer les centres de santé périphériques ; le programme de lutte aura toutefois besoin de moyens supplémentaires au Siège pour aider à structurer le groupe spécial mondial, à organiser les activités de cartographie, à mettre à jour dans la Série de Rapports techniques de l'OMS ceux concernant la leishmaniose et à soutenir les activités dans les pays. La priorité sera accordée aux principales zones d'endémie dans la Région africaine et les Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ainsi qu'aux zones pour lesquelles on manque d'informations.	
<b>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)</b>	
Au Siège, il faudra un membre du personnel connaissant très bien la leishmaniose, compétent en matière de planification opérationnelle et ayant une expérience dans les domaines des maladies infectieuses et de la santé publique.	
<b>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)</b>	
La mise en oeuvre commencera dans un nombre limité de pays pendant l'exercice en cours (Afghanistan, Bangladesh, Ethiopie, Inde, Népal et Soudan) ; les activités devraient être étendues pendant les exercices suivants.	

<b>1. Résolution EB118.R4</b> Renforcement des systèmes d'information sanitaire	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b>	<b>Résultat escompté</b>
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	1. Consolidation et réforme des systèmes d'information sanitaire des pays qui fournissent et utilisent, en temps voulu, des informations de qualité en ce qui concerne les problèmes et programmes de santé locaux et la surveillance des grands objectifs internationaux.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
La résolution est compatible avec le résultat escompté, car elle est axée sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire des pays conformément aux normes internationales définies par le Réseau de métrologie sanitaire et à la priorité donnée par l'OMS à la prise de décision fondée sur des données factuelles. Elle correspond aux indicateurs et aux cibles concernant une base de données OMS où figurent des indicateurs sanitaires de base avec des métadonnées et mettant l'accent sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et à la mise au point et à l'application par les pays de règles et de normes, comme la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i> et la <i>Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé</i> et aux examens de la situation sanitaire et de la métrologie des systèmes de santé.	
<b>3. Incidences financières</b>	
a) <b>Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> US \$40 millions (ce montant ne comprend pas le budget du Réseau de métrologie sanitaire)	
b) <b>Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> US \$11 millions (ce montant ne comprend pas le budget du Réseau de métrologie sanitaire)	
c) <b>Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> Environ US \$7 millions des dépenses proposées pour l'exercice actuel peuvent être absorbées dans le cadre d'activités déjà programmées. Il faudrait un montant supplémentaire de US \$4 millions pour permettre à l'OMS de jouer un rôle moteur aux niveaux mondial, régional et des pays et de continuer à être un acteur principal dans le Réseau de métrologie sanitaire.	
<b>4. Incidences administratives</b>	
a) <b>Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions</b>	
Le Siège, en collaboration avec les bureaux régionaux, continuera de mettre au point et de tester des outils et des méthodes et de fixer des principes normatifs. Au niveau mondial, le Secrétariat continuera de servir de dépositaire de statistiques sanitaires et de données factuelles de qualité. Les principes normatifs et l'application de plans visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire seront adaptés au niveau des pays avec un soutien important du bureau régional.	
b) <b>Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)</b>	
Sept membres du personnel de la catégorie professionnelle en équivalent plein temps seront nécessaires pour permettre aux bureaux régionaux d'apporter un soutien important à la mise en oeuvre dans les pays (un pour chaque Région et deux au Bureau régional de l'Afrique). Le personnel concerné devra avoir les compétences nécessaires en statistique, épidémiologie, planification, surveillance et évaluation.	
Des personnels supplémentaires en nombre limité seront nécessaires au Siège (deux membres de la catégorie professionnelle en équivalent plein temps) afin d'assurer des activités techniques de qualité concernant les statistiques sanitaires au niveau mondial et le respect des normes adoptées. Le personnel concerné devra avoir des compétences en statistique, épidémiologie, biostatistique, démographie et économie de la santé.	

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)**

La mise en oeuvre des activités normatives et l'appui aux Régions et aux pays commenceront immédiatement, en collaboration avec les activités du Réseau de métrologie sanitaire. L'appui à la mise en oeuvre dans les pays commencera au cours du présent exercice puis s'accélèrera à mesure que les capacités augmentent et en fonction des besoins au niveau des pays. Les progrès seront évalués à intervalles réguliers dans le contexte de l'examen biennal du budget programme.

[Voir le procès-verbal de la quatrième séance, section 3.]

<b>1. Résolution EB118.R5</b> Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b>	<b>Résultat escompté</b>
Gestion des ressources humaines à l'OMS	4. Meilleures conditions de travail et mise en oeuvre de politiques avantageuses pour le personnel ; alignement du régime des traitements et indemnités de l'OMS sur celui des organisations de terrain du système des Nations Unies.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
L'amélioration des conditions de service décrites dans la proposition de réforme des contrats correspond à l'application d'une politique attentive aux besoins du personnel, qui vise à garantir que l'Organisation peut attirer et retenir le personnel de haut niveau.	
<b>3. Incidences financières</b>	
<b>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)</b> US \$22,8 millions. Ce chiffre concerne les coûts supplémentaires qui résulteront de l'amélioration des conditions de service du personnel temporaire avec l'application du principe « à travail égal salaire égal » qui n'avait pas été prévu dans le budget programme 2006-2007. Le coût pour les futurs exercices sera compris dans les dépenses de personnel révisées prévues pour chaque cycle budgétaire et suivant les besoins de fonctions temporaires.	
<b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> Les coûts indiqués au point a) sont estimés pour l'année 2007, qui correspond à la période de mise en oeuvre des nouvelles mesures proposées.	
<b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> Aucune des incidences financières supplémentaires proposées ne peut être incluse dans les activités programmées existantes, car tous les Groupes et bureaux régionaux concernés sont en train de convertir un certain nombre de fonctions temporaires en des postes à durée déterminée ; le montant indiqué représente par conséquent l'augmentation estimative nette en sus des budgets actuels.	
<b>4. Incidences administratives</b>	
<b>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions</b>	
La mise en oeuvre se fera à l'échelle de l'Organisation à l'aide des plans révisés des ressources humaines des Régions et du Siège.	
<b>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)</b>	
La mise en oeuvre de la réforme des contrats proposée n'exige pas de personnel supplémentaire.	
<b>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)</b>	
La mise en oeuvre se fera sur toute l'année 2007.	

[EB118/11 Add.1 – 25 mai 2006]

**PARTIE II**  
**PROCES-VERBAUX**

## LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

### MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

#### BOLIVIE

Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz  
**(Président)**

*Suppléants*

Sr. G. POGGI BORDA, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sra. A. C. LAHORE CALDERÓN, Segunda Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

#### AFGHANISTAN

Dr F. KAKAR, Deputy Minister of Public Health, Ministry of Public Health, Kabul

*Suppléants*

Dr A. OMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

#### AUSTRALIE

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

*Suppléants*

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Ms J. HEFFORD, Assistant Secretary, International Strategies Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

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

*Conseillers*

Mr G. ADLIDE, Counsellor (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms I. WETTENHALL, Manager, International Health Program, Health Task Force (AusAid), Department of Health and Ageing, Canberra

Mr M. PALU, Counsellor (AusAid), Australian Consulate, Ho Chi Minh City, Viet Nam

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, Assistant, United Nations Section, Permanent Mission, Geneva

#### AZERBAIDJAN

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku **(Vice-Président)**

*Suppléants*

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

Mr R. NOVRUZOV, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

**BAHREIN**

Dr S. A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suppléant du Dr N. A. Haffadh**)

**BHOUTAN**

Dr JIGMI SINGAY, Minister for Health, Thimphu

*Suppléant*

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

**BRESIL**

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Director-General, National Institute of Cancer, Brasilia (**suppléant du Dr P. M. Buss**)

*Suppléants*

Mr S. ALCÁZAR, Counsellor, Head, Department of International Affairs, Ministry of Health, Brasilia

Mr P. M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**CHINE**

Dr REN MINGHUI, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

*Suppléants*

Mr FU CONG, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr YANG XIAOKUN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Dr DING BAOGUO, Deputy Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr ZHANG ZE, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**DANEMARK**

Dr J. K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen

*Suppléants*

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

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

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. J. JØRGENSEN, Senior Consultant, National Board of Health, Copenhagen

Mr M. T. KORSLUND, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

**DJIBOUTI**

M. A. A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti

*Suppléant*

M. A. M. ABOUBAKER, Directeur de l'Etude et de la Planification, Ministère de la Santé, Djibouti

**EL SALVADOR**

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra (**suppléant du**

**Dr J. G. Maza Brizuela)**

*Suppléant*

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

**ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

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

*Suppléants*

Miss L. L. CASSEL, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Dr W. R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Mr M. ABDOO, International Health Officer, Department of Health and Human Services, Washington, DC

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

Ms M. L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Department of Health and Human Services, Washington, DC

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

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

**IRAQ**

Dr A.H.I. AL-SHAMMARI, Minister of Health, Baghdad

*Suppléants*

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

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

Dr E. ATTA AZIZ, Director-General (Planning Department), Ministry of Health, Baghdad

Mr M. SHUAAIB, Ministry of Health, Baghdad

**JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE**

Dr A. H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli (**Rapporteur**)

*Suppléants*

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr B. ALLAGE, Department of Childhood, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli

Mr F. ABUSAA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**JAMAIQUE**

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

*Suppléants*

Mr R. A. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva



Ms A. MORRIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

## JAPON

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

*Suppléants*

Mr Y. IWABUCHI, Director, International Affairs Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr H. INOUE, 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

Dr R. AKIZUKI, Unit Coordinator, Intergovernmental Organization Unit, International Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mr Y. ARAI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

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

## KENYA

Dr T. GAKURUH, Deputy Director, Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**suppléant du Dr J. Nyikal**)

*Suppléants*

Dr A.E. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

Dr T. MBOYA, Medical Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms L. NYAMBU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

## LESOTHO

Mr T. J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru (**suppléant du Dr M. Phoko**)

*Suppléants*

Dr A. M. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A. T. MARUPING, Permanent Mission, Geneva

Mrs M. PHEKO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

## LETTONIE

Dr V. JAKSONS, Adviser to the Director, State Agency for Health Statistics and Medical Technologies, Riga

*Suppléants*

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

Ms G. VITOLA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LIBERIA**

Dr W. T. GWENIGALE, Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia  
*Suppléant*  
Mr S. TORNORIAH VARPILAH, Deputy Minister for Planning, Research and Human  
Resource Development, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

**LUXEMBOURG**

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg  
*Suppléants*  
M. M. DI BARTOLOMEO, Ministre de la Santé, Luxembourg  
M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève  
Mme E. COLOTTE, Secrétaire de Légation, Direction de la Coopération et de l'Action  
humanitaire, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

**MADAGASCAR**

Dr M. P. O. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du  
Planning familial, Antananarivo (**suppléant du Dr R. R. Jean Louis**)  
*Suppléants*  
M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
M. J.-M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève  
M. R. RAKOTONARIVO, Conseiller, Mission permanente, Genève

**MALI**

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako (**suppléant du Dr Z. M. Youba**)

**MEXIQUE**

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF  
*Suppléants*  
Dr. J. FRENK, Secretario de Salud, México, DF  
Dr. C. ÁLVAREZ LUCAS, Director General Adjunto de Programas Preventivos, Centro  
Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, México, DF  
Sra. A. VELÁZQUEZ BERÚMEN, Directora General, Centro Nacional de Excelencia  
Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, México, DF  
Sra. D. M. VALLE ÁLVAREZ, Consejera, Misión Permanente, Ginebra  
Sra. A. GONZÁLEZ MOREL, Directora de Asuntos Multilaterales, Secretaría de Salud,  
México, DF

**NAMIBIE**

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

**PORTUGAL**

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Haut-Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

*Suppléants*

M. J. C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. C. PEREIRA MARQUES, Représentant permanent adjoint, Genève

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

Mme D. MAULIDE, Assesseur du Haut-Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé,  
Lisbonne

**ROUMANIE**

Professor V. PAUNESCU, Secretary of State for European Integration, Ministry of Health, Bucarest

**(suppléant de M. E. Nicolaescu)**

*Suppléants*

Mr D. R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**RWANDA**

Dr J. D. NTAWUKURIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

*Suppléant*

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

**SINGAPOUR**

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State (Health), Singapore **(Vice-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

Mrs J. TAN, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health,  
Singapore

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

Ms D. TEO SU LIN, Health Policy Analyst, International Cooperation Division, Ministry of  
Health, Singapore

**SLOVENIE**

Dr B. VOLJČ, Director, Blood Transfusion Centre, Ljubljana

*Suppléants*

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SRI LANKA**

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

*Suppléants*

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr P. ABEYKOON, Adviser to the Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

*Conseiller*

Mr D. M. S. B. DISSANAYAKE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**THAÏLANDE**

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vice-Président**)

*Suppléants*

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

*Conseillers*

Dr PHUSIT PRAKONGSAI, Medical Officer, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms WARANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**TONGA**

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

**TURQUIE**

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

*Suppléants*

Mr H. KIVANÇ, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Dr E. E. BOR, General Directorate of Health Education, Ministry of Health, Ankara

**ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF<sup>1</sup>****AFRIQUE DU SUD**

Dr G. J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms D. MAFUBELU, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**ALGERIE**

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mlle D. SOLTANI, Secrétaire diplomatique, Mission permanente, Genève

**ALLEMAGNE**

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr M. DEBRUS, Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn  
Dr I. VON VOSS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr M. VAN DEN BOOM, Advisor, Permanent Mission, Geneva  
Dr W. MAIER, Advisor, Permanent Mission, Geneva

**ANGOLA**

M. A. M. DO NASCIMENTO, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mme S. NETO DE MIRANDA, Mission permanente, Genève

**ARGENTINE**

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

**AUTRICHE**

Dr W. PETRITSCH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms M.-N. ADLER, Adviser, Permanent Mission, Geneva  
Dr C. LASSMANN, Minister Plenipotentiary, Deputy Head, Health and Social Affairs Division,  
Federal Ministry of Foreign Affairs, Vienna  
Dr C. KOKKINAKIS, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Dr H. FRIZA, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Dr V. GREGORICH-SCHEGA, Director, International Health Relations, Federal Ministry of Health  
and Women, Vienna  
Dr J.-P. KLEIN, Department for Infectious Diseases and Immunization, Federal Ministry of Health  
and Women, Vienna

---

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

Dr A. PUNZET, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Mr G. HOUTTIN, Head, Liaison Office, Council of the European Union, Geneva  
Mr J. LILLIEHOOK, Counsellor, Liaison Office, Council of the European Union, Geneva

#### **BANGLADESH**

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr MAHBUB-UZ-ZAMAN, Minister, Permanent Mission, Geneva  
Mr N. U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

#### **BELGIQUE**

M. F. ROUX, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mme F. GUSTIN, Ministre conseiller, Représentant permanent adjoint, Genève  
Mme L. MEULENBERGS, Conseiller, Service des Relations internationales, Service public fédéral  
Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

#### **BELIZE**

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva  
Ms S. O. FIGUEROA, Permanent Mission, Geneva  
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva  
Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

#### **BOSNIE-HERZEGOVINE**

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

#### **BOTSWANA**

Mr B. MOKGOTHU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mrs M. S. MATLHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

#### **BULGARIE**

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

#### **BURKINA FASO**

Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

#### **CANADA**

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**CHILI**

Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**COLOMBIE**

Dra. L. E. ARANGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**COSTA RICA**

Sr. A. SOLANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**COTE D'IVOIRE**

M. B. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

**CUBA**

Sr. J. A. FERNÁNDEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. O. LEÓN GONZÁLEZ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**EQUATEUR**

Dr. G. LARENAS SERRANO, Ministro, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Dr. C. SANTOS REPPETO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**ESPAGNE**

Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

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

Sra. M. C. CAÑAVATE CAÑAVATE, Responsable, Centro Colaborador de la OMS para  
Leishmaniasis, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

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

Sr. S. S. PEÑA, Jefe de Area, Unidad de Apoyo, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de  
Sanidad y Consumo, Madrid

Sra. M. ESCUER, Misión Permanente, Ginebra

**ESTONIE**

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

**FEDERATION DE RUSSIE**

Mr O. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations,  
Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Mr A. PIROGOV, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Mr P. SUSLOV, Chief Specialist, Department of International Cooperation and Public Relations,  
Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**FINLANDE**

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

**FRANCE**

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
M. M. GIACOMINI, Représentant permanent adjoint, Genève  
Dr J.-B. BRUNET, Chef de la 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

**GHANA**

Dr K. BAWUAH-EDUSEI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms M. A. ALOMATU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**GRECE**

Mr T. N. SARRIS, Deputy Permanent Representative, Chargé d'affaires a.i., Geneva  
Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

**GUATEMALA**

Sr. C. MARTÍNEZ ALVARADO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Sra. S. HOCHSTETTER SKINNER-KLÉE, Consejera, Misión Permanente, Ginebra  
Srta. S. URRUELA ARENALES, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**HAITI**

M. J.-B. ALEXANDRE, Ministre conseiller, Mission permanente, Genève  
M. P. M. G. SAINT-AMOUR, Conseiller, Mission permanente, Genève



**HONGRIE**

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**INDONESIE**

Mr S. M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr A.C. SUMIRAT, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**IRLANDE**

Ms M. AYLWARD, Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin  
Ms S. BARNES, Assistant Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin  
Mrs F. FLOOD, First Secretary (Human Rights), Permanent Mission, Geneva

**ISLANDE**

Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

**ISRAEL**

Dr I. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem  
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms E. GOULDMAN ZARKA, Adviser, Permanent Mission, Geneva

**ITALIE**

Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève  
Mme M. P. RIZZO, Ministère des Affaires étrangères, Rome  
Mme V. RUSSO, Mission permanente, Genève

**JORDANIE**

Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary/Deputy Permanent Representative, Geneva

**MONACO**

M. P. BLANCHI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mlle C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève  
M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**NORVEGE**

Mr W. C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**NOUVELLE-ZELANDE**

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General, Public Health, Ministry of Health, Wellington

**PAKISTAN**

Mr M. N. KHAN, Federal Minister for Health, Islamabad  
Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Dr A. AHMED, Deputy Director-General Health, Ministry of Health, Islamabad  
Dr A. GHAFAR, Health Policy and Systems Specialist, Global Forum for Health Research, Geneva  
Professor A. J. KHAN, Principal, Frontier Medical College, Abbottabad  
Mr A. A. KHOKHAR, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr M. A. KHAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr R. S. SHEIKH, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr F. N. TIRMIZI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mrs S. BALOCH, Consultant, Permanent Mission, Geneva

**PARAGUAY**

Sra. G. AMARILLA ACOSTA, Ministra, Misión Permanente, Ginebra

**PAYS-BAS**

Mr I. DE JONG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr H. DE GOEIJ, Director-General for Public Health, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague  
Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Public Health, International Affairs Department, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague  
Ms G. VRIELINK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr H. VAN DER HOEVEN, Desk Officer, United Nations and International Financial Institutions Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague  
Ms N. JAGESSAR, Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague

**PEROU**

Sr. M. RODRÍGUEZ CUADROS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Sr. J. P. VEGAS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

**REPUBLIQUE DE COREE**

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

Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

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

Ms KIM Eun-hee, Assistant Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

**REPUBLIQUE DOMINICAINE**

Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

**REPUBLIQUE POPULAIRE DEMOCRATIQUE DE COREE**

Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPUBLIQUE TCHEQUE**

Mr T. HUSÁK, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

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

Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London

Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Miss S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**SOUDAN**

Mrs I. ELAMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SUEDE**

Mrs E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms H. PEDERSEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A. HILMERSON, Desk Officer, 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

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

#### **VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)**

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Encargada de Negocios a.i., Ginebra

Sra. R. MATA, Directora General, Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud, Caracas

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

Dr. L. A. LIRA OCHOA, Coordinador General de Proyecto Salud, Ministerio de Salud, Caracas

Dr. R. PADILLA, Coordinador Nacional del Plan Influenza Aviar, Ministerio de Salud, Caracas

Sr. O. LUCES BRICEÑO, Politólogo de la Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, Asesor Técnico, Ministerio de Salud, Caracas

Sr. J. ARIAS, Asesor del Sector Político, Misión Permanente, Ginebra

#### **ZIMBABWE**

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

#### **Organisation des Nations Unies**

Mr D. CHIKVAIDZE, Senior Officer, Office of the Director-General

Mr A. SMITH SERRANO, External Relations and Inter-Agency Affairs Officer, Office of the Director-General

Mr I. WANI, Chief, Research and Right to Development Branch, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Ms D. KORLJAN, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

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

Ms S. TWAROG, Economic Affairs Officer, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities

Mr A. STEVENSON, Economic Affairs Officer, Division on International Trade in Goods and Services and Commodities

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

Mr P. QUIBLIER, Programme Office, UNEP Office, Geneva

#### **Fonds des Nations Unies pour la Population**

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office, Geneva

Dr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health Advisor, UNFPA Office, Geneva

Ms N. BOSMANS, UNFPA Office, Geneva

#### **Programme alimentaire mondial**

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in Geneva

Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP Office in Geneva

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

Ms C. LINNÉR, Head, Inter-Organization Desk, Secretariat and Inter-Organization Service

**ONUSIDA**

Dr P. PIOT, Executive Director

Ms D. LANDEY, Deputy Executive Director

Ms P. MANE, Director, Policy, Evidence and Partnerships Department

Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department

Mr R. SALLA NTOUNGA, Acting Director, Executive Office

Mr E. MURPHY, Associate Director, Office of Governance, Donors and United Nations System Relations

Ms S. MEHTA, Deputy Director, Country and Regional Support Department

Ms E. TIMPO, Associate Director, Country Programming and Liaison, Country and Regional Support Department

Mr L. LOURES, Associate Director, Global Initiatives Division

Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration Team, Programme Support Department

Ms J. GIRARD, Chief, Human Resources Management

Ms B. DE ZALDUONDO, Associate Director, Epidemic Monitoring and Prevention Policy, Evidence and Partnerships Department

Mr A. CHATTERJEE, Senior Advisor, Prevention and Public Policy, Prevention, Care and Impact Mitigation Department

Mr B. N'DAW, Programme Development Adviser, Prevention, Care and Impact Mitigation Department

Mr G. TEMBO, Team Leader, United Nations Action at Regional and Country Level

Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, Governance and United Nations System Relations

**INSTITUTIONS SPECIALISEES****Organisation internationale du Travail**

Mr A. DIOP, Executive Director, Social Protection Sector

Dr S. NIU, Senior Specialist in Occupational Health, SafeWork

Mr B. SALTER, Senior Adviser, Conditions of Work and Employment Programme

Ms X. SCHEIL-ADLUNG, Health Policy Coordinator, Social Security Department

Mr F. LEGER, Social Security Department

Ms S. MAYBUD, Sectoral Activities Department

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

Mr T. N. MASUKU, Director, FAO Liaison Office, Geneva

**Organisation météorologique mondiale**

Mrs L. MALONE, Scientific Officer, World Climate Programme Department

**Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel**

Ms K. UNO, Director, UNIDO Office at Geneva

**REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES****Commission européenne**

Mr C. TROJAN, Ambassador, Head of  
Permanent Delegation, Geneva  
Mr T. BÉCHET, Minister Counsellor, Head of  
UN Section, Permanent Delegation, Geneva  
Dr M. RAJALA, Minister Counsellor, Permanent  
Delegation, Geneva  
Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit, Directorate  
General for Health and Consumer Protection,  
Brussels

**Ligue des Etats arabes**

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur, Observateur  
permanent, Genève  
M. Y. TILIOUANT, Premier Attaché, Délégation  
permanente, Genève  
M. O. EL HAJJÉ, Délégation permanente,  
Genève

**Organisation de la Conférence islamique**

Mr M. A. JERRARI, Minister Counsellor,  
Permanent Observer Mission, Geneva

**Organisation internationale pour les  
Migrations**

Dr D. GRONDIN, Director, Migration Health  
Department  
Ms J. WEEKERS, Migration Health Policy  
Advisor  
Dr A. DAVIES, Public Health Consultant

**Union africaine**

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva  
Mr V.N. WEGE, Minister Counsellor, Permanent  
Delegation, Geneva  
Dr K. ESSEGHAIRI, Director, Social Affairs  
Dr G. KALIMUGOGO, Head, AIDS Watch  
Africa

**REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS****Association internationale de Logopédie et  
Phoniatry**

Dr A. MULLER

**Association internationale des Consultants  
en Lactation**

Ms M. ARENDT LEHNERS

**Alliance internationale des Femmes**

Ms M. PAL

**Association internationale pour la  
Prévention et le Dépistage du Cancer**

Dr E. NIEBURGS

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

Dr R. KULIER

**Collège international des Chirurgiens**

Professor P. HAHNLOSER

**Comité inter-africain sur les Pratiques  
traditionnelles ayant effet sur la Santé des  
Femmes et des Enfants**

Mrs B. RAS-WORK

**Commission médicale chrétienne – L'Action  
des Eglises pour la Santé**

Ms C. CEPUCH  
Dr M. KURIAN

Mr P. MUBANGIZI  
 Dr T. REED  
 Dr M. SHIVA  
 Mr A. WULF  
 Ms S. SHASHIKANT  
 Mr M. KHOR

**Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement**

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

**Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales**

Dr J. E. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ  
 Dr J. VENULET  
 Mr S. FLUSS

**Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode**

Dr G. BURROWS  
 Professor J. LING  
 Dr H. BUERGI

**Consumers International**

Mr B. PEDERSEN  
 Ms A. ALLAIN  
 Dr M. ARENA  
 Ms P. BALA  
 Mr T. BALASUBRAMANIAM  
 Ms M. CHILDS  
 Ms C. DANIELS  
 Ms N. DENTICO  
 Ms N. EL RASSI  
 Ms M. EWEN  
 Ms E. F. M. 'T HOEN  
 Dr T. HUBBARD  
 Ms LIM LI CHING  
 Ms A. LINNECAR  
 Mr J. LOVE  
 Ms M. S. MASAIGANAH  
 Ms Y. MILLER BERLIE  
 Mr B. MISRA  
 Mr D. MWANGI  
 Mr A. NIKIEMA

Mr S. OCHIENG  
 Ms C. PANAGIOTOPOULOS  
 Ms C. PEREZ  
 Ms J. RUIS SANJUAN  
 Ms C. TAN  
 Mr L. UPCHURCH  
 Mr JOO KEAN YEONG

**Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique**

Dr R. KULIER

**Fédération internationale de l'Industrie du Médicament**

Mr M. OJANEN  
 Ms A. WASUNNA  
 Mr R. BURDEN  
 Mr G. SAMUELS  
 Ms P. CARLEVARO  
 Ms K. HOLM  
 Ms C. RAMIREZ  
 Ms L. AKELLO-ELOTU  
 Mr E. NOEHRENBURG  
 Dr H. E. BALE, Jr  
 Dr R. KRAUSE  
 Ms O. MORIN  
 Mr F. SANTERRE  
 Mr G. WILLIS  
 Mr T. SANO

**Fédération internationale des Associations d'Étudiants en Médecine**

Mr A. NAGLA

**Fédération internationale des Associations du Dossier de Santé**

Ms L. NICHOLSON

**Fédération internationale des Collèges de Chirurgie**

Professor S. W. A. GUNN

**Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales**

Ms M. GERBER  
 Ms G. GONZENBACH

**Fédération internationale des Hôpitaux**

Professor P.-G. SVENSSON

**Fédération internationale des Sciences de  
Laboratoire biomédical**

Ms L. MORGAN

**Fédération internationale du Génie médical  
et biologique**

Professor J. NAGEL  
Dr M. NAGEL

**Fédération internationale pour la  
Planification familiale**

Dr K. ASIF

**Fédération mondiale des Associations de la  
Santé publique**

Professor T. ABELIN  
Mrs J. B. DAVENPORT

**Fédération mondiale pour la Santé mentale**

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

**Fédération mondiale pour l'Enseignement  
de la Médecine**

Dr H. KARLE  
Professor L. CHRISTENSEN

**Global Forum for Health Research**

Professor S. A. MATLIN  
Ms M. A. BURKE  
Dr A. DE FRANCISCO  
Dr A. GHAFAR  
Mr D. HAYWARD

Ms S. OLIFSON  
Ms L. SUNDARAM

**Industrie mondiale de l'Automédication  
responsable**

Dr D. WEBBER  
Ms S. DURAND-STAMATIADIS

**Organisation internationale de  
Normalisation**

Mr T. J. HANCOX

**OXFAM**

Mrs P. SAUNDERS  
Dr M.-K. SMITH

**Réseau international sur la Santé,  
l'Environnement et la Sécurité de l'Enfant**

Dr C. FALVO

**Rotary International**

Mr G. COUTAU

**Société internationale contre l'Accident  
vasculaire cérébral**

Mrs I. BOURZEIX

**Union internationale des Architectes**

Mr H. EGGEN

**Vision mondiale internationale**

Dr M. AMAYUN  
Mr T. GETMAN

---



## COMITES ET GROUPES DE TRAVAIL<sup>1</sup>

### 1. Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

M. M. N. Khan (Pakistan), Président du Conseil exécutif, membre de droit, Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), Vice-Président du Conseil exécutif, membre de droit, Mme J. Halton (Australie), Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), M. I. Shugart (Canada), Professeur D. Houssin (France), Dr A. M. Ali Mohammed Salih (Iraq), M. J. Junor (Jamaïque), Dr M. Phooko (Lesotho), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande), Dr V. Tangi (Tonga).

**Première réunion extraordinaire, 24 février 2006 :** Mme J. Halton (Australie, Président), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), M. D. Strawczynski (Canada, suppléant de M. I. Shugart), Dr J.-B. Brunet (France, suppléant du Professeur D. Houssin), Dr E. A. Aziz (Iraq, suppléant du Dr A. M. Ali Mohammed Salih), Dr B. Wint (Jamaïque, suppléant de M. J. Junor), M. T. J. Ramotsoari (Lesotho, suppléant du Dr M. Phooko), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), M. A. Kayitayire (Rwanda, suppléant du Dr J. D. Ntawukuliryayo), Dr Viroj Tangcharoensathien (Thaïlande, suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert), Dr V. Tangi (Tonga).

### 2. Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

M. M. N. Khan (Pakistan), Président du Conseil exécutif, membre de droit, Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), Vice-Président du Conseil exécutif, membre de droit, Mme J. Halton (Australie), Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), M. I. Shugart (Canada), Professeur D. Houssin (France), Dr A. M. Ali Mohammed Salih (Iraq), Dr B. Wint (Jamaïque), Dr M. Phooko (Lesotho), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande), Dr V. Tangi (Tonga).

**Quatrième réunion, 19 mai 2006 :** Mme J. Halton (Australie, Président), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), M. P. Oldham (Canada, suppléant de M. I. Shugart), Dr J.-B. Brunet (France, suppléant du Professeur D. Houssin), Dr B. Wint (Jamaïque), M. T. J. Ramotsoari (Lesotho, suppléant du Dr M. Phooko), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr Viroj Tangcharoensathien (Thaïlande, suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert), Dr V. Tangi (Tonga).

---

<sup>1</sup> On trouvera ci-dessous la composition des comités et groupes de travail, ainsi que la liste des participants aux réunions qui ont eu lieu depuis la précédente session du Conseil.

**3. Comité du Conseil exécutif chargé d'examiner le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique<sup>1</sup>**

**Réunion du 28 avril 2006 :** Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande, Président), Mme C. Patterson (Australie, suppléant de Mme J. Halton, Vice-Président), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), Dr P. M. Buss (Brésil), M. M. Sanger (Canada, suppléant de M. I. Shugart), M. D. Á. Gunnarsson (Islande), Dr H. Shinozaki (Japon), Dr J. Nyikal (Kenya), M. J.-M. Rasolonjatovo (Madagascar, suppléant du Dr R. R. Jean Louis), M. R. S. Sheikh (Pakistan, suppléant de M. M. N. Khan), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr I. E. M. Abdulla (Soudan, suppléant du Dr T. Botros Shokai).

**4. Comité permanent des Organisations non gouvernementales**

M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), Dr P. M. Buss (Brésil), Dr Ren Minghui (Chine), Dr R. R. Jean Louis (Madagascar), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande).

---

---

<sup>1</sup> Participation de deux membres par Région.

# PROCES-VERBAUX

## PREMIERE SEANCE

Lundi 29 mai 2006, 9 h 40

**Président :** M. M. N. KHAN (Pakistan)  
**puis :** Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

### 1. **OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR :** Point 1 de l'ordre du jour provisoire (documents EB118/1 et EB118/1(annoté))

Le PRESIDENT fait part de sa profonde tristesse et de sa sympathie à l'occasion du récent tremblement de terre qui a frappé l'Indonésie et au cours duquel plus de 5000 personnes ont trouvé la mort, plus de 20 000 ont été blessées et davantage encore ont été déplacées. Son pays, le Pakistan, a connu une tragédie similaire en 2005.

Déclarant ouverte la cent dix-huitième session du Conseil exécutif, il invite les membres du Conseil à étudier l'ordre du jour provisoire, à l'exception des deux propositions d'adjonction de points supplémentaires.

Le Dr SHANGULA (Namibie) propose d'examiner ensemble les points 5.5 et 8.3, car ils concernent tous deux les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, demande que la Commission européenne soit invitée à participer sans droit de vote aux délibérations des réunions des sous-comités et d'autres subdivisions du Conseil à sa cent dix-huitième session, conformément à l'article 4 du Règlement intérieur du Conseil exécutif.

M. BURCI (Conseiller juridique) rappelle que la même demande avait été faite à la cent dix-septième session du Conseil exécutif en janvier 2006 : le Conseil avait alors accepté que la Commission participe à l'examen du point de l'ordre du jour pertinent, sous réserve que la répartition des compétences entre la Communauté et ses Etats Membres soit clairement définie.<sup>1</sup> Le Conseil voudra peut-être procéder de même à la présente session.

Le PRESIDENT dit que, s'il n'y a pas d'objection, il considérera que le Conseil souhaite accéder à cette demande.

#### **Il en est ainsi convenu.**

Le PRESIDENT, se référant aux documents EB118/17 et EB118/18, propose d'inscrire à l'ordre du jour deux points supplémentaires intitulés « Examen de la question de l'accélération de la

---

<sup>1</sup> Voir le document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la première séance, section 1.

procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé » et « Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé ». En l'absence d'objection, il considère que le Conseil souhaite inscrire à l'ordre du jour ces deux points qui deviendront respectivement les points 9 et 10.

**L'ordre du jour, ainsi modifié, est adopté.<sup>1</sup>**

## **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 GOMES TEMPORÃO (Brésil) propose la candidature du Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie), qui est appuyée par le Dr WINT (Jamaïque).

**Le Dr Antezana Aranibar est élu Président.**

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM remercie M. Khan, Président sortant, pour son excellent travail et pour la façon magistrale dont il a dirigé les activités du Conseil durant l'année écoulée. Il a lui aussi été choqué par la catastrophe survenue en Indonésie. L'OMS réagira comme elle l'a fait après le tremblement de terre au Pakistan.

**Le Directeur général par intérim remet à M. Khan un marteau de président.**

M. M. N. KHAN (Pakistan) dit qu'il a été honoré d'assumer la présidence du Conseil exécutif – un défi ô combien stimulant – et qu'il est reconnaissant du soutien que lui ont apporté les membres du Conseil et le Directeur général disparu. Le nombre des conflits, des catastrophes naturelles et des flambées épidémiques est en augmentation et représente un grand risque pour la sécurité sanitaire. En pareil cas, les ressources doivent être mobilisées rapidement pour aider à relever le système de santé et à le rétablir sur des bases durables. Pour une action rapide, équitable et d'un bon rapport coût/efficacité, des centres de secours d'urgence doivent être créés partout dans le monde, à l'instar de celui que le Bureau régional de la Méditerranée orientale envisage d'établir au Pakistan. Afin d'éviter de perdre un temps précieux pour mobiliser des fonds, il a été proposé par le Conseil à sa cent dix-septième session de mettre des fonds spéciaux à la disposition du Directeur général pour lui permettre d'entreprendre une action immédiate, en rendant compte ultérieurement des dépenses engagées.<sup>2</sup> L'OMS et le système des Nations Unies en général doivent intensifier leurs efforts pour apporter un secours d'urgence aux victimes des conflits et des catastrophes naturelles.

M. Khan rend hommage au Directeur général disparu, qui restera présent dans les pensées de tous les membres du Conseil. Il se félicite que la transition au niveau de la direction se soit faite sans heurt et souhaite la bienvenue aux nouveaux membres du Conseil.

**Le Dr Antezana Aranibar prend place au fauteuil présidentiel.**

---

<sup>1</sup> Voir p. 59.

<sup>2</sup> Voir le document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 1.

Le PRESIDENT dit qu'il se réjouit de mettre son expérience au service du Conseil dans la situation difficile à laquelle celui-ci est confronté aujourd'hui, afin d'assurer la prospérité de l'Organisation et son avenir. Il se félicite de la sagesse et du discernement dont ont fait preuve les membres du Conseil, comme en avait fait preuve avant eux le Directeur général disparu, dont la mémoire devrait inspirer les travaux du Conseil pour ce qui est de la gestion de l'Organisation, de sa direction et de son avenir. Il invite les membres à présenter des candidatures aux quatre postes de vice-président.

Le Dr SHANGULA (Namibie), appuyé par le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar), propose la candidature du Dr Gakuruh (Kenya).

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), appuyé par le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), présente la candidature de M. Shiraliyev (Azerbaïdjan).

Le Dr SINGAY (Bhoutan), appuyé par M. DE SILVA (Sri Lanka), propose la candidature du Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande).

Mme HALTON (Australie), appuyée par le Dr SHINOZAKI (Japon), présente la candidature du Dr Sadasivan (Singapour).

**Le Dr Gakuruh (Kenya), M. Shiraliyev (Azerbaïdjan), le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) et le Dr Sadasivan (Singapour) sont élus Vice-Présidents.**

Le PRESIDENT fait observer que, 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 seront appelés à exercer les fonctions présidentielles dans l'ordre suivant : le Dr Sadasivan (Singapour), M. Shiraliyev (Azerbaïdjan), le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) et le Dr Gakuruh (Kenya).**

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

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq), appuyé par M. MIGUIL (Djibouti), propose la candidature du Dr Saheli (Jamahiriya arabe libyenne).

**Le Dr Saheli est élu Rapporteur.**

### **3. PROGRAMME DE TRAVAIL**

Le PRESIDENT note qu'il est prévu que le Conseil achève ses travaux le 1<sup>er</sup> juin 2006 au plus tard. Les membres seront consultés si des circonstances imprévues nécessitent de modifier le calendrier. Il propose que le Conseil examine les deux points supplémentaires de son ordre du jour, à savoir l'examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (point 9) et le Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé (point 10) après les points 3 et 4.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne et appuyé par le Professeur PAUNESCU (Roumanie), demande que le point supplémentaire 9 de l'ordre du jour soit examiné à la troisième séance du Conseil.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), notant que le Conseil a un ordre du jour très chargé, dit qu'il préférerait nettement que les deux points supplémentaires de l'ordre du jour soient examinés au cours des première et deuxième séances. Si l'on parvient à une conclusion, le travail de traduction nécessaire pourra alors être fait et les textes révisés pourront être préparés pour examen par le Conseil à sa troisième séance.

M. MIGUIL (Djibouti), le Dr SHANGULA (Namibie), le Dr KHALFAN (Bahreïn), Mme HALTON (Australie) et M. DE SILVA (Sri Lanka) partagent le point de vue du Président et du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique et pensent qu'il serait souhaitable que les deux points supplémentaires de l'ordre du jour soient examinés sans tarder.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) rappelle qu'à la session extraordinaire du Conseil il avait demandé que la question du Directeur général adjoint soit résolue par le Secrétariat.<sup>1</sup> Il a pris note du contenu du rapport figurant dans le document EB118/20, mais n'a pas pu trouver ce point dans l'ordre du jour.

Le PRESIDENT explique que la question sera débattue lors de l'examen des deux points supplémentaires de l'ordre du jour.

S'agissant de la demande du membre désigné par le Portugal et eu égard à l'importance que présente cette question pour les autres points de l'ordre du jour, y compris les questions techniques, il note que la plupart des orateurs ont indiqué qu'ils préféreraient que les deux points supplémentaires de l'ordre du jour soient examinés immédiatement après les points 3 et 4.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) retire sa proposition ; celle-ci était simplement motivée par le fait que les consultations nécessaires sur le contenu du document EB118/20 n'avaient pu avoir lieu faute de temps.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le programme de travail qu'il a proposé est accepté.

**Il en est ainsi convenu.**

#### **4. RESULTATS DE LA CINQUANTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : Point 3 de l'ordre du jour (document EB118/2)**

Le PRESIDENT rappelle aux membres que le Conseil a été représenté à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé par Mme Halton (Australie), le Dr Hansen-Koenig (Luxembourg), M. M. N. Khan (Pakistan) et le Dr Shangula (Namibie). Il invite le Dr Shangula à présenter un rapport.

Le Dr SHANGULA (Namibie) présente le document EB118/2 qui résume les travaux accomplis au cours de l'Assemblée de la Santé. Il a été décidé de renvoyer à la session du Conseil de janvier 2007 l'examen plus poussé de la question de la destruction des stocks de virus variolique, de la

---

<sup>1</sup> Voir le procès-verbal de la session extraordinaire dans le présent volume, p. 33.

promotion de la santé à l'heure de la mondialisation et du rôle et des responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé.

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que, eu égard aux circonstances exceptionnelles dans lesquelles s'est ouverte l'Assemblée de la Santé, la réaction du Secrétariat mérite d'être saluée. Grâce à son action très rapide, les Etats Membres ont pu poursuivre les travaux, en dépit de leur tristesse à l'annonce du décès soudain du Dr Lee.

Le PRESIDENT reconnaît que c'est au Secrétariat que revient tout le mérite d'avoir si bien géré la situation. Il croit comprendre que le Conseil souhaite prendre note du rapport.

**Il est pris note du rapport.**

**5. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION DU CONSEIL EXECUTIF :** Point 4 de l'ordre du jour (document EB118/3)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, dit que la quatrième réunion du Comité a été constructive et a confirmé la démarche résolue et volontariste de cet organe. Beaucoup des points abordés lors de cette réunion avaient fait l'objet d'un rapport à l'Assemblée de la Santé et ne nécessitaient pas plus ample examen. Le Comité a continué à examiner le processus de réforme administrative à l'OMS. Il est utile que le Comité, au nom du Conseil, puisse fournir au Secrétariat une information en retour et des orientations sur les efforts encore nécessaires dans ce domaine. La suggestion tendant à ce que la réunion de janvier 2007 soit centrée sur le contrôle des ressources financières de l'OMS a été acceptée par consensus.

Le Comité a aussi examiné le rapport de situation sur le plan stratégique à moyen terme et a reconnu que ce plan était étroitement lié au onzième programme général de travail approuvé ultérieurement par l'Assemblée de la Santé.<sup>1</sup> Le Comité a achevé l'élaboration de ce document pour le compte du Conseil. Les membres ont aussi mis l'accent sur les objectifs du Millénaire pour le développement, sur l'utilité de la collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies et sur la nécessité pour l'OMS de travailler de façon plus stratégique avec des partenaires dans les secteurs de la santé publique et du développement. Il a été demandé que le plan stratégique à moyen terme et le rapport sur l'appréciation de l'exécution soient soumis à tous les comités régionaux pour examen. En ce qui concerne la confirmation des amendements au Règlement du Personnel, la distribution tardive du document EB118/11 a obligé le Comité à renvoyer la question pour examen au Conseil sans en débattre. S'agissant de l'allocation stratégique des ressources (document EB118/7), une discussion animée a eu lieu sur le dispositif de validation, qui avait été modifié à l'issue de la précédente réunion du Comité pour tenir compte des préoccupations touchant les pays les moins avancés. La proposition révisée soumise par le Secrétariat a été longuement débattue et, dans un esprit de compromis, le Comité a décidé de l'accepter et de traiter tous les pays les moins avancés comme ayant le même poids que le groupe des pays les plus démunis ; toutefois, le facteur « engagement » continuera de s'appliquer comme dans le modèle précédent. Le Comité a recommandé que le Conseil examine lui aussi le document dans un esprit de compromis, car les principes directeurs sur l'allocation stratégique des ressources et le dispositif de validation y relatif, s'ils étaient adoptés, fourniraient une base solide pour progresser.

---

<sup>1</sup> Résolution WHA59.4.

Le PRESIDENT fait remarquer qu'il serait ultérieurement utile d'examiner comment l'allocation stratégique des ressources introduite au Siège pourrait être transposée au niveau des bureaux régionaux puis des pays eux-mêmes.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**6. EXAMEN DE LA QUESTION DE L'ACCELERATION DE LA PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ELECTION DU PROCHAIN DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :** Point 9 de l'ordre du jour (document EB118/20)

Le PRESIDENT rappelle que le Conseil, à sa session extraordinaire la semaine précédente, a prié le Secrétariat de lui soumettre pour examen, à la présente session, des options concernant l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Ces différentes options sont présentées dans le document EB118/20. Il serait peut-être utile que le Conseil commence par un débat général sur les questions de principe qui se posent avant d'examiner en détail les différentes options proposées, bien que les membres soient libres de donner directement leur avis sur l'option qu'ils préfèrent.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) demande des éclaircissements au Conseiller juridique sur la signification des mots « réunion suivante » utilisés à l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Etant donné que la cent dix-huitième session est la session ordinaire du Conseil faisant immédiatement suite au décès du Dr Lee, cela signifie-t-il que le Conseil devrait faire des propositions à la présente session ? L'article 108 de ce même Règlement intérieur précise que la durée du mandat du Directeur général est de cinq ans. Le Conseil a le choix entre trois options : s'il choisit une option n'incluant pas la période normale de cinq ans, cela pourra avoir des répercussions sur la durée du mandat du prochain Directeur général. Cela implique-t-il que le Conseil devra décider aussi de la durée du mandat du Directeur général ? Si tel est le cas, il devra proposer que la prochaine Assemblée de la Santé suspende l'application de l'article 108.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que l'article 109 a été rédigé à une époque où il n'existait pas de procédure prédéfinie pour la présentation et l'examen des candidatures au poste de Directeur général, et où les candidatures étaient présentées directement au Conseil exécutif. Les changements introduits par la suite sont reflétés dans l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, mais l'article 109 du Règlement de l'Assemblée mondiale de la Santé n'a pas été modifié, ce qui laisse, dans certaines circonstances particulières, la possibilité d'une contradiction entre l'article 109, qui requiert la désignation immédiate d'un candidat, et l'article 52, qui prévoit un délai de six mois pour proposer des candidatures en vue de la désignation. Si l'on applique l'article 109 à la lettre, la « prochaine réunion » a été celle tenue le 23 mai, le lendemain du décès du Directeur général. Mais cela ne signifie pas que le Conseil exécutif agit illégalement : les articles du Règlement doivent être interprétés avec souplesse à la lumière de l'objet et du but de chacun d'eux et en tenant compte du contexte qu'il vient de décrire. A son avis, par conséquent, le Conseil est habilité à renvoyer l'examen des candidatures à une prochaine session s'il estime que cela est dans l'intérêt de l'Organisation et ce, afin d'éviter toute incompatibilité avec la procédure énoncée à l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif.

En ce qui concerne l'article 108, si le Directeur général est nommé en octobre ou en décembre, son mandat s'achèvera en octobre ou décembre cinq ans plus tard, autrement dit entre deux Assemblées de la Santé. L'Assemblée de la Santé devra donc décider, au cas par cas, de suspendre l'application de cette disposition de l'article 108 afin de déroger à la règle des cinq ans et de permettre au mandat du Directeur général de se prolonger jusqu'à l'Assemblée de la Santé à laquelle serait



nommé le Directeur général suivant. Le Conseil à sa présente session n'a pas besoin d'examiner la durée du mandat, mais il serait approprié qu'il recommande à l'Assemblée de la Santé de suspendre l'application de l'article 108 et de prendre la décision ad hoc pertinente.

M. DE SILVA (Sri Lanka) dit qu'il ne faut pas perdre de temps pour nommer un nouveau Directeur général. Il faut adopter une solution pragmatique en modifiant au besoin le Règlement intérieur. Il appuie l'option 1 et le calendrier 1A. Le coût de cette procédure sera élevé, mais cela est secondaire au regard de l'importance qu'il y a à procéder à cette nomination aussi vite que possible, afin de permettre au nouveau Directeur général, doté d'un mandat clair, de prendre ses fonctions à compter du 1<sup>er</sup> janvier.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il préfère lui aussi l'option 1, calendrier 1A, car il pense qu'une trop longue campagne paralyserait l'Organisation. Il est nettement en faveur d'une session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé ne durant pas plus d'une journée et ne comportant qu'un seul point à son ordre du jour, à savoir la confirmation du candidat proposé par le Conseil exécutif. On pourrait examiner la possibilité de réduire les coûts en louant des locaux autres que ceux du Palais des Nations. Le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique ferait autant que possible appel aux membres de sa mission à Genève pour participer à cette session, et il encourage d'autres pays à faire de même.

Enfin, il devrait être dit clairement au cours des actuelles délibérations du Conseil que tout membre du personnel de l'OMS ayant l'intention de présenter sa candidature devrait se mettre en congé pendant la durée de la campagne.

Le Dr WINT (Jamaïque) appuie lui aussi l'option 1, calendrier 1A. A circonstances exceptionnelles, réponses exceptionnelles. Compte tenu des changements qui ont actuellement lieu à l'OMS avec le processus de réforme et la nouvelle stratégie de préparation du budget, il est très important de raccourcir au maximum la période durant laquelle il n'y aura pas de Directeur général aux commandes.

Le Dr SHANGULA (Namibie) demande au Secrétariat de fournir au Conseil une liste des postes de hauts fonctionnaires à l'OMS, en particulier au niveau des Sous-Directeurs généraux, avec le nom des titulaires. Il aimerait aussi avoir une définition écrite des termes « hauts fonctionnaires » et « Secrétariat » – définition qui devrait du reste figurer dans les *Documents fondamentaux* de l'OMS. Ces termes semblent se prêter à différentes interprétations, ce qui est source de confusion.

L'OMS est-elle confrontée à une crise ou à une situation d'urgence ? La réponse à cette question aiderait à déterminer comment la procédure pourrait être accélérée. Parmi les incidences des options présentées se pose la question de la suspension de l'application du Règlement intérieur. Rappelant l'accent qui avait été mis, lors de la session extraordinaire du 23 mai, sur la nécessité d'observer une procédure régulière et d'agir conformément au Règlement intérieur, il estime pour sa part que l'on ne devrait déroger aux règles existantes qu'en cas d'absolue nécessité et qu'il est particulièrement important d'empiéter le moins possible sur ces règles durant la phase conduisant à la désignation d'un candidat par le Conseil exécutif.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) dit que, durant sa session extraordinaire, le Conseil a garanti qu'une bonne gouvernance technique et administrative serait maintenue : celle-ci doit être assurée. Aussi appuie-t-il l'option 1, calendrier 1A.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) appuie lui aussi l'option 1, calendrier 1A.

Le Dr REN Minghui (Chine) appuie la déclaration du membre désigné par la Namibie. Certains principes fondamentaux sont ici en jeu. Il est nécessaire d'avoir suffisamment de temps pour évaluer

les candidatures au poste de Directeur général. Il faut éviter au maximum de modifier le Règlement intérieur ou d'y déroger. Le processus de sélection doit être efficace, mais ne doit pas être prolongé indûment. Compte tenu de l'expérience passée, quel serait le délai nécessaire pour que le Directeur général prenne ses fonctions, une fois que l'Assemblée de la Santé a approuvé le candidat désigné par le Conseil ?

M. RAMOTSOARI (Lesotho), appuyant aussi la déclaration du membre désigné par la Namibie, rappelle que la position de l'Afrique, à la session extraordinaire du Conseil, a été qu'il fallait veiller à respecter au maximum le Règlement intérieur des organes directeurs, étant entendu que, dans certaines circonstances exceptionnelles, il pourrait être nécessaire de modifier ces articles ou d'en suspendre l'application.

Il faudrait trouver les fonds nécessaires pour couvrir les coûts correspondant à certaines des options proposées, et la mise en oeuvre des programmes ne devrait pas en être affectée. Il propose qu'à l'avenir on étudie la possibilité d'établir un roulement par Régions pour le poste de Directeur général. Il appuie l'option 1.

Le Dr GØTRIK (Danemark) est d'accord pour adopter une procédure accélérée, mais souligne qu'il faut se donner suffisamment de temps pour trouver le bon candidat. La procédure doit se dérouler dans le respect le plus strict du Règlement intérieur. Une autre élection importante aura lieu au sein du système des Nations Unies vers la fin de l'année, et il serait peut-être préférable que les deux élections ne coïncident pas. Il partage l'avis du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique sur le fait que les dispositions extraordinaires devraient coûter le moins cher possible, et appuie par conséquent l'option 1, calendrier 1B ou, éventuellement, l'option 2.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) appuie les observations de l'orateur précédent et s'associe à la déclaration du membre désigné par la Jamaïque. Il faut rendre hommage au Secrétariat pour avoir assuré un bon déroulement de l'Assemblée de la Santé dans des circonstances aussi difficiles. L'OMS a besoin d'une direction politique solide et un nouveau Directeur général devrait être nommé aussi vite que possible. Elle insiste sur la nécessité de choisir le meilleur candidat : aussi préférerait-elle que l'on n'agisse pas trop hâtivement et, par ailleurs, que l'on n'empiète pas inutilement sur le Règlement intérieur existant. Elle appuie par conséquent l'option 1, calendrier 1B ou, éventuellement, l'option 2.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) partage l'avis du membre désigné par la Chine sur l'opportunité d'obtenir des indications sur le délai à prévoir, à la lumière de l'expérience passée, entre la nomination du Directeur général par l'Assemblée de la Santé et sa prise de fonctions.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit qu'il n'existe pas de règle précise à cet égard. Toutefois, le délai est habituellement de deux mois.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que, compte tenu de la situation sanitaire instable qui règne actuellement dans le monde, du risque de pandémie de grippe aviaire et de toute la récente série de catastrophes naturelles, un nouveau Directeur général devrait être nommé aussi vite que possible. Toutefois, aucune des options proposées ne permettrait d'accélérer suffisamment le processus. Bien qu'il pense que l'on ne doive pas en principe enfreindre le Règlement intérieur, il reconnaît qu'une interprétation souple de celui-ci peut se justifier eu égard à l'urgence de la situation. Aussi préférerait-il le calendrier 1A, car les calendriers 1B ou 2 retarderaient considérablement les choses. Il appuie la proposition du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique tendant à ce qu'un candidat issu du Secrétariat soit prié de quitter son poste pendant la durée de la campagne par souci de transparence.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) reconnaît que, pour assurer la stabilité et le bon fonctionnement de l'Organisation, une transition rapide et en douceur entre le Directeur général par intérim et le Directeur général élu est essentielle.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que, même si certains membres qui appuient le calendrier 1A savent probablement déjà qui ils souhaitent faire élire Directeur général, il est important d'examiner toutes les candidatures, car des considérations politiques peuvent entrer en jeu. Lui-même est favorable à l'option 1B, car elle ne contrevient ni à l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif ni à l'article 108 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé ; de surcroît, elle permettrait au nouveau Directeur général de prendre ses fonctions immédiatement après son élection.

M. MIGUIL (Djibouti) a une préférence marquée pour le calendrier 1A. L'accélération de la procédure d'élection permettra d'assurer une meilleure gouvernance de l'Organisation. Une direction solide et une vision claire sont nécessaires au moment où le monde est confronté à une série de pandémies et de crises sanitaires, et la pertinence et la durabilité des actions de l'OMS devraient l'emporter sur toutes les considérations budgétaires.

Il invite instamment le Conseil à tirer les leçons de la vacance du pouvoir consécutive au décès du Dr Lee, qui a conduit à des interprétations laxistes du Règlement intérieur, et il partage entièrement l'avis exprimé par le membre désigné par la Thaïlande. Il appuie la proposition tendant à assurer un roulement entre les Régions pour la nomination au plus haut poste de direction, afin de refléter les apports différents, quoique complémentaires, des Etats Membres.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit qu'il y a trois priorités essentielles : choisir le meilleur candidat, ne pas enfreindre le Règlement intérieur et accélérer le processus d'élection. Il appuie l'option proposée par le membre désigné par la Namibie.

Le PRESIDENT souligne que l'on ne cherche nullement à enfreindre le Règlement intérieur. Ce qui a été suggéré, c'est de modifier ce Règlement si l'option choisie rend cela nécessaire.

Le Dr TANGI (Tonga) souligne que l'article 31 de la Constitution prévoit que le Directeur général est nommé par l'Assemblée de la Santé sur proposition du Conseil suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer. Il ne devrait donc pas être nécessaire de suspendre l'application de l'article 108 à cet égard. Le prochain Directeur général devrait avoir pris ses fonctions en temps voulu pour la session de janvier du Conseil et devrait participer à l'établissement de l'ordre du jour tant de la session du Conseil que de l'Assemblée de la Santé. Les calendriers 1A et 1B peuvent donc être tous deux envisagés ; étant donné que le seul facteur qui distingue ces deux calendriers est la durée du processus de désignation, il est favorable au calendrier 1A.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) reconnaît que le but devrait être de choisir le meilleur candidat. L'Organisation est bel et bien confrontée à une crise. Il appuie la déclaration du membre désigné par la Thaïlande. Le nouveau Directeur général devrait être associé activement à la préparation du budget programme et avoir une très bonne connaissance du programme général de travail. Il est lui aussi favorable au calendrier 1A.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) s'associe aux déclarations des membres désignés par le Danemark et le Luxembourg. Il doute que les membres du Conseil puissent mener à bien le processus en l'espace de deux mois, en particulier durant la saison d'été qui est moins active dans l'hémisphère Nord ; essayer de le faire pourrait conduire à des problèmes imprévus. Etant donné qu'il n'y a pas de différence majeure entre les calendriers 1B et 2, il opte pour le calendrier 2.

M. SHUAAIB (suppléant du Dr Al-Shammari, Iraq) appuie l'option 1, calendrier 1A, qui renforcerait le rôle de l'Organisation dans la situation difficile où elle se trouve actuellement.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) rappelle la question cruciale qui est de savoir si l'Organisation traverse une crise. S'il existe effectivement une crise, il faut agir rapidement ; dans le cas contraire, c'est la procédure normale qui doit être suivie et il faut laisser à l'ensemble des Régions et des pays le temps nécessaire pour proposer leurs meilleurs candidats.

Le PRESIDENT souligne que la session extraordinaire du Conseil a été convoquée pour faire face à une crise et pour résoudre le problème posé par l'absence de procédure automatique de remplacement du Directeur général, faute de l'existence d'un Directeur général adjoint. Ce problème a été résolu, mais il s'agit indéniablement d'une situation inhabituelle qui appelle des décisions inhabituelles.

**La séance est levée à 12 h 30.**

## DEUXIEME SEANCE

Lundi 29 mai 2006, 14 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

### 1. EXAMEN DE LA QUESTION DE L'ACCELERATION DE LA PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ELECTION DU PROCHAIN DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Point 9 de l'ordre du jour (document EB118/20) (suite)

Le Dr NTAWUKURIRYAYO (Rwanda) note que les règlements existants présentent des faiblesses en ce qui concerne le remplacement du Directeur général et qu'une procédure accélérée s'impose pour des raisons de bonne gouvernance et d'efficacité, notamment dans les domaines de la gestion budgétaire et administrative. Aussi appuie-t-il le calendrier 1A qui permettra de procéder à la nomination dans les meilleurs délais. Il appuie aussi la proposition du membre désigné par la Namibie tendant à établir un roulement entre les différentes Régions pour l'attribution du poste de Directeur général.

Le Professeur AYDIN (Turquie) dit que le calendrier 1A semble être la meilleure solution, mais il est préoccupé par la suspension et l'éventuelle violation du Règlement intérieur. Le calendrier 1A contreviendrait-il à l'article 31 de la Constitution ? Le calendrier 3 constituerait une option plus sûre, mais il n'aiderait pas à résoudre le problème. En conséquence, il donne sa préférence au calendrier 2.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que l'article 53 du Règlement intérieur du Conseil exécutif et l'article 122 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé prévoient l'un et l'autre la possibilité de suspendre le Règlement dans des circonstances particulières, à condition qu'il soit donné un préavis. Le fait d'accélérer la procédure d'élection du prochain Directeur général ne constituerait donc pas, en conséquence, une infraction au Règlement intérieur.

Mme HALTON (Australie) dit que, si l'on veut améliorer la santé mondiale et gérer efficacement des crises sanitaires comme celle causée par le récent tremblement de terre en Indonésie, la confiance dans l'OMS est essentielle. Partout dans le monde, les gens s'inquiètent de plus en plus des menaces sanitaires que font peser la grippe aviaire et le bioterrorisme. Le manque de clarté sur la façon de procéder, compte tenu de l'absence d'orientations spécifiques dans la Constitution et le Règlement intérieur, risque d'entraîner une crise de confiance ou une crise constitutionnelle. Cette perte de confiance dans l'OMS pourrait porter atteinte à la prestation de services vitaux et avoir un impact économique l'empêchant de faire son travail. Les procédures doivent donc être clarifiées non seulement pour faire face à la situation actuelle, mais aussi pour l'avenir. Le Conseil faillirait à ses responsabilités s'il n'arrêtait pas des procédures pour régler à la fois la situation actuelle et d'éventuelles situations futures.

Dans le cas présent, le Conseil doit décider d'un calendrier et du résultat à atteindre. Il doit faire ses plans en tenant compte des réunions des comités régionaux, des réunions budgétaires et de sa propre session en janvier 2007. Il doit prendre en considération les incidences pratiques du processus de nomination. Il n'est pas possible de nommer un Directeur général avant les réunions des comités régionaux et un certain délai pourrait même être nécessaire pour tenir compte des réunions budgétaires, mais le Conseil manquerait à ses devoirs s'il ne désignait pas un Directeur général d'ici sa session de janvier 2007. Bien entendu, les Etats Membres auront besoin de temps pour examiner

attentivement les titres des candidats, notamment dans la mesure où les vacances d'été, imminentes dans l'hémisphère Nord, pourraient entraîner des retards. Toutefois, opter pour le calendrier 3 reviendrait pour le Conseil à se dérober à ses responsabilités. De même, le calendrier 2 ne permettrait pas d'accélérer suffisamment les choses, car il faudrait deux mois pour que le nouveau Directeur général prenne ses fonctions. Avec le calendrier 1A, les pays risquent de ne pas avoir suffisamment de temps pour examiner les candidatures et, avec le calendrier 1B, le Directeur général risque de ne pas pouvoir être nommé en temps voulu. Si le Conseil souhaite désigner le meilleur candidat possible, il doit se faire à l'idée que la personne désignée pourra avoir besoin d'un certain temps avant de prendre ses fonctions. Aussi demande-t-elle si l'on ne pourrait pas trouver une solution de compromis entre le calendrier 1A et le calendrier 1B. Par exemple, si les prochaines sessions du Conseil et de l'Assemblée de la Santé étaient convoquées au début du mois de novembre, le nouveau Directeur général disposerait de deux mois avant de prendre son poste.

Le PRESIDENT fait observer que les vacances d'été sont peut-être secondaires lorsqu'il s'agit d'examiner des candidatures pour un poste aussi important.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) note que les préférences des membres sont dictées par différentes considérations, telles que le souci de ne pas enfreindre l'article 52 ou la nécessité d'avoir suffisamment de temps pour trouver le meilleur candidat. Toutefois, l'intérêt public demande qu'un nouveau Directeur général soit nommé le plus vite possible. Il est donc favorable au calendrier 1A, mais pourrait aussi accepter la solution de compromis suggérée par le membre désigné par l'Australie. Il appuie aussi la proposition tendant à ce que l'on tienne compte, dans le processus de sélection, des Régions d'où aucun Directeur général n'est issu jusqu'ici.

Le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne) dit que les besoins sanitaires mondiaux liés aux catastrophes naturelles, aux conflits et aux épidémies imposent d'accélérer le processus de sélection. Comme la plupart des membres du Conseil, il préfère le calendrier 1A et estime qu'une période de huit à neuf semaines est suffisante pour mener à bien ce processus.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général), se référant aux incidences financières exposées dans le document EB118/20, dit que la session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé qu'il est proposé d'organiser pourrait se tenir à deux endroits, soit au Palais des Nations soit au Centre international de Conférences à Genève. Le Gouvernement suisse ne ferait pas payer l'utilisation du Centre, mais celui-ci ne serait pas disponible à toutes les dates proposées dans les différents calendriers. L'utilisation des locaux du Palais des Nations coûterait US \$30 000.

Il est d'usage que l'OMS prenne en charge les frais de voyage des délégations des pays les moins avancés. Le coût pour l'ensemble de ces 50 pays serait de US \$180 000, mais, si les 35 d'entre eux qui ont des missions à Genève décidaient de se faire représenter par des membres de leurs missions, il ne serait plus que de US \$60 000. Le Secrétariat a proposé les dates d'octobre pour le calendrier 1A et de décembre pour le calendrier 1B, mais il serait possible d'organiser ces sessions extraordinaires en novembre. La session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé se tiendrait le jeudi, à la suite de la session du Conseil qui aurait lieu du lundi au mercredi. Nous avons vérifié qu'aussi bien les locaux du Palais des Nations que ceux du Centre de Conférences seraient disponibles les jeudi 2 novembre et jeudi 9 novembre.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que les pays d'Afrique occidentale qui doivent faire face à des difficultés de transport et de communication seraient favorables au calendrier 1B. Toutefois, il ne serait pas opposé à une session du Conseil et de l'Assemblée de la Santé en novembre.

Le PRESIDENT dit qu'il y a eu accord sur le fait que, premièrement, l'OMS doit trouver le meilleur candidat possible pour le poste de Directeur général et, deuxièmement, que ce candidat doit

être nommé dans les meilleurs délais. Le nouveau Directeur général devra avoir pris ses fonctions avant la session du Conseil en janvier 2007 pour diriger le processus d'établissement du budget programme. A l'évidence, il ou elle ne sera pas nommé à temps pour les réunions des comités régionaux en septembre 2006. Cela limite le nombre des options possibles aux calendriers 1A ou 1B ou à une solution de compromis comme celle qui a été proposée par le membre désigné par l'Australie afin de concilier les différents intérêts en présence. Il suggère en conséquence que le Conseil envisage l'adoption d'un calendrier « 1A Plus » qui permettrait de nommer le meilleur candidat après que le Conseil aurait examiné les candidatures au moment le plus approprié, l'objectif étant d'avoir un nouveau Directeur général en poste d'ici janvier 2007.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit que cette solution de compromis lui semble bonne. La période de désignation des candidats commencerait le 1<sup>er</sup> juin 2006 et se poursuivrait jusqu'à la fin septembre. La session extraordinaire du Conseil exécutif pourrait se tenir du 6 au 8 novembre et être suivie par la session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé le 9 novembre. Pour des raisons financières, il préférerait que cette dernière ait lieu au Centre international de Conférences à Genève.

Le Dr GØTRIK (Danemark) appuie cette proposition, mais demande s'il est nécessaire que le Conseil se réunisse pendant trois jours alors que deux jours pourraient suffire.

Le Dr SHANGULA (Namibie) note que le Conseil discute d'une nouvelle option, le calendrier « 1A Plus » qui n'existe pas par écrit. Etant donné que toutes les autres options et leurs incidences financières ont été présentées par écrit, il faudrait suivre la même procédure pour cette dernière proposition. Il préfère quant à lui le calendrier 1B, qui entraînerait le moins de perturbations dans le Règlement intérieur, tout en laissant suffisamment de temps pour étudier les titres des candidats et parvenir à un consensus sur le meilleur candidat pour le poste.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que le coût du calendrier « 1A Plus » proposé serait le même que celui des calendriers 1A et 1B. Des précisions sur ce calendrier intermédiaire seront fournies par écrit le lendemain matin, en même temps qu'un projet de résolution à examiner par le Conseil. Il est probable que le Conseil aura besoin de trois jours pleins de réunions pour le processus d'élection, car il devra d'abord se mettre d'accord sur une liste restreinte de candidats, puis décider de la manière de mener les entretiens avant de procéder à l'élection elle-même.

M. MIGUIL (Djibouti) demande si les élections ne pourraient pas avoir lieu à la fin du mois d'octobre, étant donné que beaucoup de réunions importantes sont prévues début novembre.

Le PRESIDENT dit que les membres devront décider quelles sont, parmi leurs nombreuses sollicitations, celles qui leur semblent les plus importantes.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) accepte de se rallier au consensus sur le calendrier intermédiaire, bien qu'il eût préféré que l'élection ait lieu plus tôt.

Le PRESIDENT dit que, s'il n'y a pas d'objection, il considérera que le Conseil souhaite reprendre l'examen de la procédure d'élection du nouveau Directeur général le lendemain matin, lorsque des précisions concernant le calendrier intermédiaire proposé ainsi qu'un projet de résolution auront été soumis par écrit.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la troisième séance, section 2.)

**2. DIRECTEUR GENERAL ADJOINT DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Point 10 de l'ordre du jour (document EB118/19)**

Le PRESIDENT explique que ce point a été ajouté à l'ordre du jour pour préciser le statut du Directeur général adjoint.

Le Dr SHANGULA (Namibie) rappelle que, lors de la précédente séance, il a demandé des informations par écrit sur le nombre de postes au niveau des Sous-Directeurs généraux et au-dessus, et des précisions sur ceux qui sont actuellement vacants. Il attend toujours ces renseignements.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) donne la liste des noms et des pays d'origine de tous les membres du personnel au niveau des Sous-Directeurs généraux et au-dessus, à savoir les Sous-Directeurs généraux, y compris lui-même, et les Directeurs régionaux. Le Directeur général par intérim était jusqu'ici Sous-Directeur général chargé de l'Administration.

Le Dr SHANGULA (Namibie) demande quel poste le Dr Nordström occupe officiellement à l'heure actuelle.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que le poste officiel du Dr Nordström est celui de Directeur général par intérim, fonction qu'il assume depuis le 22 mai 2006. Le Conseil a confirmé sa nomination le 23 mai.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM précise que, compte tenu de ses fonctions actuelles, il ne continuera pas à assumer celles de Directeur général adjoint.

A la suite d'une question du Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) explique que, juridiquement parlant, le Dr Nordström continue d'occuper le poste de Directeur général adjoint. S'il est jugé nécessaire que quelqu'un exerce les fonctions attachées à ce poste, un autre membre du personnel devra être désigné pour remplacer le Dr Nordström. Toutefois, la situation actuelle est unique en cela que, lorsqu'un nouveau Directeur général sera nommé, le Dr Nordström ne redeviendra pas Directeur général adjoint, mais retrouvera son poste initial de Sous-Directeur général.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) demande si un Sous-Directeur général par intérim a été nommé.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM dit que trois hauts fonctionnaires de son équipe assumeront par roulement les fonctions de Sous-Directeur général par intérim chargé de l'Administration.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) demande quel sera le traitement du Directeur général par intérim.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit qu'au bout de trois mois, le Directeur général par intérim recevra le même traitement que le Directeur général, ce qui est la pratique habituelle pour tout membre du personnel appelé à en remplacer un autre. Jusque-là, il percevra un traitement de Directeur général adjoint. Toutefois, le traitement de Directeur général adjoint n'a pas été réévalué depuis 1998, et le dernier chiffre en vigueur est plus faible que celui correspondant au traitement d'un Sous-Directeur général. En conséquence, le Dr Nordström continuera à percevoir le traitement d'un Sous-Directeur général pendant cette période de trois mois. Il est prévu que l'Assemblée de la Santé décidera du traitement du Directeur général adjoint à sa prochaine session en mai 2007, et que le traitement du Dr Nordström sera ajusté rétroactivement en conséquence.



Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que, si le Dr Nordström est Directeur général adjoint, il devrait percevoir le traitement correspondant à ce poste, même s'il est plus faible que son traitement précédent.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) fait remarquer que tous les membres du Conseil n'ont pas accepté que le Dr Nordström prenne le poste de Directeur général adjoint. Personnellement, il considère le Dr Nordström comme un Sous-Directeur général assumant les fonctions de Directeur général.

Répondant à une question du Dr TANGI (Tonga), M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que, comme indiqué au paragraphe 8 du document EB118/19, le traitement du Directeur général adjoint est traditionnellement aligné sur celui d'un Sous-Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Toutefois, l'Assemblée de la Santé devra prendre une décision officielle à cet effet.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) considère, comme le membre désigné par la Thaïlande, que, si le Dr Nordström est Directeur général adjoint, il devrait percevoir le traitement correspondant à ce poste et ne pas être payé davantage.

En revanche, il ne souscrit pas au point de vue exprimé par le membre désigné par le Libéria. Le Conseil exécutif ne peut pas remettre en cause la désignation par le regretté Dr Lee de son adjoint, et sa mission est de désigner un Directeur général par intérim.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) explique qu'un membre du personnel qui perçoit un certain traitement a généralement le droit de continuer à percevoir ce traitement même s'il occupe par la suite un poste d'un niveau moins élevé, à moins qu'il n'ait été rétrogradé pour faute.

M. BURCI (Conseiller juridique) confirme que l'une des prérogatives du Directeur général est de nommer son adjoint. En vertu de l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Conseil exécutif nomme le Directeur général par intérim.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général), en réponse à une question du Dr KHALFAN (Bahreïn), explique que les responsabilités du Dr Nordström en tant que Directeur général par intérim et Directeur général adjoint prendront fin lors de la nomination d'un nouveau Directeur général et qu'il retrouvera alors son poste de Sous-Directeur général chargé de l'Administration, comme indiqué dans le mémorandum du Directeur général disparu.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) dit qu'il est normal que le Dr Nordström ait les avantages attachés au poste de Directeur général adjoint pendant qu'il occupe officiellement ce poste. Il convient également d'examiner sa rémunération en qualité de Directeur général par intérim. Y aura-t-il un poste de Directeur général adjoint lorsque le nouveau Directeur général aura été nommé, et le choix du titulaire sera-t-il laissé à la discrétion du Directeur général ?

Le Dr TANGI (Tonga), rappelant les termes du mémorandum du Directeur général disparu,<sup>1</sup> et appelant l'attention sur l'article 4.5 du Statut du Personnel qui traite de la nomination et du mandat du Directeur général adjoint, des Sous-Directeurs généraux et des Directeurs régionaux, dit qu'il est important que le Conseil prenne tous les aspects en considération lorsqu'il examinera les différentes procédures pertinentes.

---

<sup>1</sup> Document EBSS/2.

Le Dr FRENK (suppléant de M. Bailón, Mexique) fait remarquer que les débats qui ont eu lieu à la présente session et à la session extraordinaire ont montré la nécessité d'examiner la question de manière approfondie, non seulement pour clarifier la situation actuelle, mais aussi pour déterminer quelles seraient les révisions à opérer pour faire disparaître toutes les ambiguïtés dans les règlements et statuts pertinents. Il propose d'établir un groupe de travail chargé de clarifier les définitions et les procédures concernées, de manière à ce que l'Organisation puisse agir avec davantage d'efficacité et d'assurance à l'avenir.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM accueille favorablement cette proposition et dit que l'on pourrait demander au Secrétariat de procéder à cet examen, qui porterait sur tous les aspects pertinents de la situation ayant pu se présenter au cours de la semaine écoulée, y compris ceux concernant le poste de Directeur général adjoint, et d'établir un rapport à soumettre au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, puis au Conseil à sa session de janvier 2007.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme la faisabilité de cette procédure.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) dit qu'il faudrait étudier sérieusement la question de savoir si la nomination d'un Directeur général adjoint devrait devenir obligatoire ou être laissée à la discrétion du Directeur général.

Le PRESIDENT propose que le Conseil procède comme suggéré par le Directeur général par intérim. Toutefois, il sera nécessaire de coordonner cet examen avec les procédures adoptées pour le choix d'un nouveau Directeur général.

#### **Il en est ainsi convenu.**

En réponse à une question de M. MIGUIL (Djibouti), le PRESIDENT donne l'assurance que tous les aspects pertinents, y compris la suggestion d'établir un roulement par Régions pour l'attribution du poste de Directeur général, seront pris en considération lors de cet examen.

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

#### **Lutte contre la leishmaniose : Point 5.1 de l'ordre du jour (documents EB118/4 et EB118/4 Add.1)**

Le Dr KAKAR (Afghanistan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que différentes formes de leishmaniose sévissent dans 21 de ces pays sur 23. Il y a régulièrement des flambées sévères de leishmaniose viscérale anthroponotique en Somalie et au Soudan, avec une forte mortalité due aux difficultés d'accès aux zones touchées et au coût élevé des outils de diagnostic et des médicaments. La leishmaniose cutanée anthroponotique causée par *Leishmania tropica* est la deuxième forme la plus importante de la maladie rencontrée dans la Région, notamment en Afghanistan, en République islamique d'Iran, au nord du Pakistan et en République arabe syrienne. Etant donné qu'il n'existe pas de stratégie de prévention efficace pour réduire ou prévenir la transmission, la lutte se limite au dépistage des cas et au traitement, qui représentent une lourde charge pour les systèmes de santé. Des flambées de leishmaniose cutanée zoonosique sont régulièrement observées dans les zones désertiques de toute la Région, et sont généralement liées à des explosions de la population de rongeurs réservoirs lors d'années pluvieuses ou à la suite de projets d'aménagement des ressources hydriques. La leishmaniose viscérale zoonosique, pour laquelle le réservoir est le chien, est présente dans 18 Etats Membres de la Région.

Compte tenu du caractère sporadique de la maladie chez l'homme, il est difficile de mettre au point des stratégies de prévention d'un bon rapport coût/efficacité.

Il appuie l'adoption du projet de résolution figurant dans le rapport et insiste sur l'importance des initiatives visant à obtenir une réduction du prix des médicaments. Le Dr Kakar rend hommage aux efforts du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales pour promouvoir de nouveaux outils de diagnostic et de traitement d'un coût abordable. Il faudrait faire davantage de recherches sur le terrain dans les zones touchées pour acquérir une meilleure connaissance de l'écologie des différentes espèces de *Leishmania* et mettre au point des stratégies de prévention d'un bon rapport coût/efficacité. La lutte contre la leishmaniose nécessiterait un programme plus structuré au niveau mondial, avec des objectifs plus ambitieux à long terme, étant donné qu'il n'y a pas de perspective immédiate de réduction de la transmission ou de la charge de la maladie.

Le Dr SHANGULA (Namibie) rappelle que, dans la déclaration qu'il a faite en séance plénière à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé au nom des Etats Membres de la Communauté de Développement de l'Afrique australe, son pays a plaidé en faveur de la mise au point de technologies appropriées et d'un coût abordable pour lutter contre les maladies tropicales négligées, dont la leishmaniose. Le rapport insiste peut-être un peu trop sur la co-infection *Leishmania*/VIH, fournissant peu d'éléments à cet égard ; et on ne sait pas très bien si les personnes qui sont positives pour le VIH sont plus susceptibles que d'autres de contracter la leishmaniose, ou si cette co-infection est une coïncidence. Qui plus est, les pays où la leishmaniose est endémique sont ceux où les taux de prévalence du VIH sont les plus bas. La leishmaniose est une maladie à part entière qui existait bien avant l'apparition du VIH.

Le Dr Shangula appuie le projet de résolution, mais il propose d'insérer, au troisième alinéa du préambule, le mot « nouveaux » avant le mot « cas ». Le septième alinéa du préambule devrait être supprimé, de même que les mots « et en tenant compte de la situation qui prévaut concernant la malnutrition et le VIH » au paragraphe 1.4) du dispositif. Les recherches actuelles sont essentiellement axées sur le traitement et la prise en charge de la leishmaniose. Pour insister davantage sur la lutte antivectorielle, il faudrait ajouter au paragraphe 1.7) du dispositif un nouveau sous-paragraphe qui s'énoncerait comme suit : « a) de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte antivectorielle » et renuméroter les paragraphes existants en conséquence. Dans le nouveau paragraphe 1.7) b), le mot « économiques » devrait être remplacé par les mots « d'un coût abordable » qui semblent plus appropriés.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), appuyant le projet de résolution, dit que les études sérologiques chez l'homme dans les régions d'endémie sont coûteuses et ne sont pas toujours rentables. Les évaluations épidémiologiques réclamées au paragraphe 1.4) devraient donc être multidisciplinaires et viser à recenser les réservoirs de l'infection et à déterminer la proportion de vecteurs contaminés dans les zones étudiées. Les problèmes tiennent surtout aux difficultés d'accès aux services de santé et à la mauvaise observance des traitements qui contribuent au développement d'une pharmacorésistance. Des campagnes devraient être organisées pour sensibiliser le public au problème de la leishmaniose.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que des cas de leishmaniose ont été notifiés par 33 pays. Toutefois, les divergences qui existent entre les rapports de l'OMS et ceux de l'IDRI – Institut de Recherche sur les Maladies infectieuses (Seattle, Washington, Etats-Unis d'Amérique) quant au nombre de personnes à risque ou infectées confirment l'absence de données fiables permettant d'estimer l'étendue et l'impact de la maladie, bien que les chiffres soient manifestement élevés.

La leishmaniose ne figure pas sur la liste des maladies transmissibles à déclaration obligatoire en Thaïlande où seulement trois cas ont été détectés depuis 1966. Toutefois, la capacité de lutte contre cette maladie est limitée. Aussi son pays a-t-il entrepris de renforcer la surveillance de la maladie chez

l'homme et dans les populations de phlébotomes, et de réaliser sur le terrain des recherches sur l'écologie du phlébotome et les répercussions de l'infection dans la population humaine à risque et les réservoirs animaux.

Le fait que le test de diagnostic rapide et le traitement de première intention, dont les coûts dans le rapport sont estimés à US \$1 à 3 et US \$30 à 150 respectivement, doivent être administrés en milieu hospitalier constitue un obstacle à l'accès, étant donné que la prévalence de la maladie est surtout élevée dans les zones rurales où la capacité des centres de santé périphériques est limitée. Une autre méthode de prévention est l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide qui coûtent US \$5 l'unité et dont la durée de vie est de cinq ans.

L'OMS et l'IDRI ont collaboré à la réalisation d'essais cliniques sur un vaccin à visée thérapeutique au Brésil, en Colombie et au Pérou. La leishmaniose devrait donc être incluse parmi les maladies négligées nécessitant un plan d'action stratégique et être du ressort du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation, la recherche essentielle en santé et les droits de propriété intellectuelle, qui sera créé en application de la résolution WHA59.24 pour élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux à cet égard.

Il propose 12 amendements au projet de résolution, qu'il soumettra par écrit.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) propose qu'avant de soumettre le rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, on le révise pour y inclure des renseignements sur la vaccination à visée thérapeutique et prophylactique dans le cadre de la stratégie de lutte contre la leishmaniose cutanée, vaccination qui s'est révélée efficace dans certaines parties de l'Amérique du Sud et de l'Afrique. Il faudrait aussi souligner l'importance de mettre au point des immunothérapies pour soigner les personnes atteintes de leishmaniose viscérale ; les médicaments actuels renforcent leur réponse immunitaire, mais sont peu efficaces chez celles présentant une co-infection à VIH. Il est convaincu que le Tableau d'experts OMS de la leishmaniose fournira suffisamment de conseils pour mettre au point un cadre politique de lutte et qu'il ne sera pas nécessaire d'établir le groupe spécial d'envergure mondiale réclamé dans le projet de résolution. Toutefois, il appuie la suggestion du membre désigné par la Thaïlande tendant à ce que la leishmaniose soit du ressort du groupe de travail intergouvernemental.

Le projet de résolution devrait être modifié en remplaçant le sixième alinéa du préambule par la formule suivante : « Notant que le traitement peut représenter une charge pour les familles ». Au paragraphe 1.6) du dispositif, les mots « baisse du prix des médicaments » devraient être remplacés par « des médicaments de qualité et d'un coût abordable ». Il appuie l'amendement au paragraphe 1.7) proposé par le membre désigné par la Namibie et suggère en outre d'ajouter les mots « sûrs, efficaces » après « médicaments » à l'actuel paragraphe 1.7) a). Il propose de supprimer au paragraphe 3.4) le membre de phrase « de constituer un groupe spécial d'envergure mondiale chargé de fixer les priorités et » et de modifier comme suit le paragraphe 3.5) : « de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose et la diffusion des résultats de cette recherche ».

Le Dr GØTRIK (Danemark) fait remarquer que, même si une action contre la leishmaniose est nécessaire dans certains Etats Membres, il ne s'agit pas d'un problème de santé publique qui concerne tous les pays. Le projet de résolution pourrait donc être modifié de façon à faire apparaître que les mesures réclamées aux paragraphes 1.1) à 1.5) visent plus spécialement les Etats Membres dans lesquels la leishmaniose constitue un problème de santé publique important. Il appuie le projet de résolution mais insiste sur la nécessité de tenir compte de ses incidences financières, eu égard au fait que le Conseil va devoir examiner comment on pourrait modifier les priorités budgétaires en mettant moins l'accent sur les maladies transmissibles et davantage sur les maladies non transmissibles.

Le PRESIDENT souligne que le document EB118/4 Add.1 contient des précisions sur les incidences administratives et financières du projet de résolution.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq) dit que la leishmaniose continue à poser un problème sanitaire dans son pays, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Bien que le nombre de personnes atteintes de leishmaniose viscérale soit tombé de 2448 en 2004 à 2048 en 2005, le nombre de cas de leishmaniose cutanée est passé, lui, de 2137 à 2538 au cours de la même période. Le Ministère de la Santé fait des efforts pour lutter contre la maladie et organiser des dépistages réguliers. Deux campagnes de traitement ont lieu chaque année au printemps et en automne, et un suivi est assuré pendant tout l'été. Des insecticides sont aussi utilisés pour essayer de lutter contre la maladie et des médicaments sont fournis gratuitement lorsque cela est nécessaire. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) dit que, compte tenu de la propagation de la leishmaniose viscérale et de l'évolution de son profil épidémiologique dans la Région des Amériques, et de la diversité de l'espèce *Leishmania*, la surveillance de la leishmaniose cutanée et viscérale chez l'homme devrait prendre en compte l'ensemble des aspects cliniques et épidémiologiques pertinents, y compris la question des examens de laboratoire. A la lumière des recommandations formulées par une consultation d'experts sur la leishmaniose viscérale au Brésil en 2005, un effort durable de lutte contre la leishmaniose et de surveillance de la maladie permettant de poursuivre les recherches apparaît nécessaire. Compte tenu de l'expérience accumulée par le Brésil en matière de recherche sur les nouveaux agents anti-leishmaniose et les méthodes de diagnostic sérologique, il propose d'ajouter les mots « et de définir des doses et des durées appropriées pour les schémas thérapeutiques faisant appel à ces médicaments » à la fin du paragraphe 1.7) a) du projet de résolution, et d'y insérer deux nouveaux sous-paragraphes qui s'énonceraient comme suit : « c) d'évaluer et d'améliorer la sensibilité et la spécificité des méthodes de diagnostic sérologique de la leishmaniose viscérale canine et humaine, et d'évaluer notamment leur standardisation et leur efficacité » et « d) d'évaluer l'efficacité d'autres méthodes de lutte telles que l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ».

Le Dr SHINOZAKI (Japon) reconnaît que la leishmaniose constitue un grave problème, notamment en Afrique. De nombreuses difficultés subsistent, telles que le manque de données épidémiologiques appropriées et l'accès insuffisant à la prévention, au traitement et aux soins. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit qu'elle accueillera avec satisfaction une initiative dans le domaine de la leishmaniose qui devrait être considérée comme une priorité de santé publique. Une coordination étroite devrait être assurée avec le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, afin d'éviter les doubles emplois et d'assurer une utilisation optimale des moyens financiers limités à disposition. Etant donné que le Directeur général est prié, au paragraphe 3.2) du projet de résolution, de rédiger des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la leishmaniose, elle se demande si la constitution du groupe spécial d'envergure mondiale mentionnée au paragraphe 3.4) est vraiment nécessaire.

Le Dr FRENK (suppléant de M. Bailón, Mexique) appuie le projet de résolution ainsi amendé. Un système de surveillance épidémiologique de la leishmaniose a été mis en place au Mexique et prévoit la déclaration obligatoire de la maladie sous toutes ses formes cliniques. Il est difficile à des pays comme le sien où la prévalence de la maladie est faible de produire localement des médicaments. La leishmaniose est une maladie hautement prioritaire pour laquelle la nécessité d'une action collective par l'intermédiaire de l'OMS pour assurer l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et de qualité, y compris dans les pays de faible prévalence, devrait être clairement énoncée.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) dit que, bien que la leishmaniose ne constitue pas un problème de santé publique dans son pays, il ne devrait pas y avoir d'incidences financières négatives si le groupe

spécial d'envergure mondiale n'est pas créé et ajoute que les fonds affectés à la lutte contre la leishmaniose elle-même ne seraient pas réduits.

Mme CAÑAVATE CAÑAVATE (Espagne)<sup>1</sup> dit qu'en raison du coût élevé des médicaments et du fait que la maladie sévit souvent dans des zones reculées, l'administration d'un traitement approprié est souvent retardée, ce qui accroît la morbidité et la mortalité et aggrave encore la pauvreté. La co-infection avec le VIH constitue un inquiétant problème de santé publique émergent qui a commencé dans les pays d'endémie d'Europe méridionale et qui touche maintenant quelque 34 pays, dont la plupart sont des pays en développement. L'Espagne en tant que pays d'endémie a proposé que la question soit inscrite à l'ordre du jour du Conseil et a récemment approuvé un don de US \$2,5 millions à l'OMS pour renforcer l'action de lutte contre la leishmaniose en Ethiopie et au Soudan.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) prend note avec satisfaction des observations utiles qui ont été faites ; ces sages avis et orientations seront aussi précieux pour l'avenir. Le Département Lutte contre les maladies tropicales négligées a été créé par le Directeur général disparu afin de mettre davantage l'accent sur des maladies qui touchent les plus pauvres d'entre les pauvres. Des efforts seront faits pour assurer une synergie entre les programmes pertinents et assurer une utilisation optimale des ressources limitées. Elle se félicite du large appui recueilli par le projet de résolution et par les amendements proposés.

Le PRESIDENT dit que l'examen du point sera suspendu jusqu'à la distribution du texte du projet de résolution amendé le lendemain.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la quatrième séance, section 2.)

**Thalassémie et autres hémoglobinopathies :** Point 5.2 de l'ordre du jour (documents EB118/5 et EB118/5 Add.1)

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, appuie le projet de résolution contenu dans le document EB118/5. La prévalence des maladies du sang dans la Région est très variable, allant de 5 % dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe à 27 % de la population dans la province orientale de l'Arabie saoudite. Dans la plupart des pays où la drépanocytose pose un problème majeur, sa prise en charge est inadéquate, des programmes nationaux de lutte n'ont pas été mis en place et il existe un manque de données épidémiologiques fiables. Toutefois, cette maladie peut être évitée par la prévention. Le dépistage prénuptial est particulièrement important là où les taux de consanguinité sont élevés. Bahreïn et l'Arabie saoudite ont rendu ce dépistage prénuptial obligatoire ; les autres pays de la Région devraient faire de même. A Chypre, en Grèce et en Italie, des pays où le dépistage prénuptial est encouragé et où les couples les plus à risque sont identifiés avant la mise en route de la première grossesse, le nombre d'enfants nés avec des maladies du sang a diminué d'au moins 75 %. L'OMS doit établir des stratégies pour le dépistage génétique de la population, en tenant compte des réticences sociales et religieuses qui peuvent exister vis-à-vis des interventions au cours de la grossesse.

Le projet de résolution est complet, mais les pays de la Méditerranée orientale auraient du mal à mettre en oeuvre toutes les actions proposées, comme du reste la plupart des pays en développement, en raison de l'insuffisance des infrastructures et de l'absence de politiques et de stratégies claires. La Région recherche un soutien pour s'attaquer à la drépanocytose au niveau des soins de santé primaires ; pour élaborer des lignes directrices et des politiques nationales d'un bon rapport coût/efficacité sur la prévention et la prise en charge des maladies du sang ; pour promouvoir la

---

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

coopération entre les centres collaborateurs de l'OMS et les institutions dans ce domaine ; et pour renforcer les programmes de lutte contre les maladies du sang importantes sur le plan de la santé publique.

Le Dr SADASIVAN (Singapour) dit que la thalassémie est la maladie génétique la plus répandue dans le monde puisqu'elle touche une soixantaine de pays, dont Singapour. Son pays reconnaît la menace que cette maladie fait planer sur les générations futures et a établi un registre national de la thalassémie. Le dépistage est recommandé aux femmes enceintes, notamment à celles qui souffrent d'anémie. Si l'on découvre qu'une femme enceinte est porteuse de la maladie, elle est renvoyée au registre national de la thalassémie qui propose un dépistage aux autres membres de la famille et offre un conseil génétique. Les taux de thalassémie ont sensiblement diminué à Singapour au cours de la dernière décennie et l'incidence de la bêthalthalassémie est tombée à 0,05 pour 1000 naissances vivantes contre 0,14 pour 1000 naissances vivantes en 1987. Il appuie le projet de résolution qui aidera à souligner l'importance des politiques nationales de lutte contre les maladies héréditaires et à assurer une bonne santé aux générations futures.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que la thalassémie pose un problème de santé publique dans les pays en développement, notamment en Afrique où les patients ont des difficultés pour se rendre dans les services de santé et où le traitement est souvent d'un coût prohibitif. L'action menée devrait être axée sur la prévention tout en respectant l'autonomie de l'individu, le droit à une information adéquate et complète et la confidentialité. Le diagnostic et la prise en charge permettent d'atténuer les risques et devraient être intégrés au niveau des soins de santé primaires afin d'atteindre le plus de gens possibles. En outre, les dirigeants mondiaux devraient mobiliser davantage de ressources en faveur de la génomique et développer des partenariats nationaux, régionaux et mondiaux afin que les pays en développement bénéficient d'un accès équitable aux soins. Elle appuie le projet de résolution.

M. DE SILVA (Sri Lanka) dit qu'il y a environ 2000 cas enregistrés de thalassémie à Sri Lanka. Ainsi que l'a montré l'expérience positive d'autres pays comme Chypre et Singapour, c'est la prévention, plutôt que le traitement, qui est la clé du succès. Les gouvernements nationaux ont une responsabilité sociale vis-à-vis des personnes atteintes de thalassémie et doivent leur fournir les médicaments nécessaires pour améliorer leur qualité de vie. Malheureusement, ceux-ci sont souvent trop coûteux, en raison du monopole détenu par l'industrie pharmaceutique. Appuyant le projet de résolution, il propose d'en modifier le texte pour indiquer que l'OMS devrait promouvoir la recherche sur la maladie et établir un partenariat public-privé avec l'industrie pharmaceutique afin d'assurer que les médicaments nécessaires soient mis à disposition à un prix abordable.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq) dit que la thalassémie et les hémoglobinopathies sont des maladies génétiques pour lesquelles la prévention est préférable au traitement. Jusqu'à ce que l'on dispose d'une carte génétique permettant de traiter ces pathologies, les efforts devraient se concentrer sur la prévention, eu égard aux complications qui sont souvent liées au traitement. La prévention suppose d'éduquer les populations sur les risques des mariages consanguins et d'identifier les porteurs au moyen d'une électrophorèse de l'hémoglobine afin d'éviter qu'ils ne se marient entre eux. Le problème est compliqué et nécessite un appui social et médical approprié.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), formulant des observations sur le débat scientifique et éthique en cours sur le sujet, dit que l'éducation des communautés, le dépistage au sein de la population, le conseil génétique et le diagnostic précoce constituent une partie efficace de toute stratégie de traitement. Dans son pays, un dépistage ciblé des hémoglobinopathies est proposé, y compris un simple test sanguin pour rechercher la drépanocytose chez tous les nouveau-nés, en utilisant les échantillons de sang prélevés pour d'autres examens de routine. Tous les Etats Membres devraient, dans les limites de leurs ressources, adopter des politiques de dépistage similaires fondées sur la prévalence de la maladie dans leur population ou leurs

sous-groupes de population. L'intégration d'un conseil génétique non normatif, volontaire et à visée pédagogique dans les structures de soins de santé primaires pourrait constituer un moyen efficace d'atteindre le grand public. Dans les pays aux ressources limitées, les autorités locales devraient étudier la faisabilité de former tout le personnel médical, comme cela est demandé dans le projet de résolution, en tenant compte des autres priorités de formations antagoniques.

Dans les zones de forte prévalence, des programmes de dépistage et d'éducation du public devraient être mis en place pour informer les individus de leur risque de transmettre la maladie. En ce qui concerne le diagnostic prénatal des hémoglobinopathies, les considérations éthiques devraient l'emporter. Mme Valdez craint que les programmes nationaux tendant à promouvoir le dépistage des sujets porteurs ne favorisent une plus grande acceptation sociale des interruptions de grossesse. Les Etats-Unis sont à l'avant-garde de la génomique et de la recherche biomédicale sur le traitement et la prévention des maladies génétiques et des malformations congénitales qui y sont associées. Des mesures d'incitation devraient être adoptées pour stimuler la mise au point de traitements appropriés. Comme indiqué dans le rapport, les méthodes de traitement actuelles posent plusieurs problèmes qui nécessiteraient des investissements accrus dans une recherche clinique ciblée.

Il faudrait que le rapport révisé tienne davantage compte de certains aspects, en particulier la nécessité de mettre en place des programmes efficaces de surveillance de la sécurité transfusionnelle pour prévenir la propagation des maladies transmises par voie sanguine chez les sujets thalassémiques, et la formulation de recommandations de fond pour prévenir les complications du traitement et les pathologies secondaires liées à la thalassémie.

Dans le projet de résolution, elle propose de remplacer dans la version anglaise les mots « insufficiency of relevant epidemiological data » par « insufficient epidemiological data » au quatrième alinéa du préambule (sans objet en français); de supprimer le mot « officielle » au cinquième alinéa du préambule; de remplacer le membre de phrase « l'inégalité actuelle d'accès ... partout dans le monde » par « l'absence actuelle d'accès ... partout dans le monde » au sixième alinéa du préambule; enfin, les mots « notamment le dépistage prénatal » devraient être insérés après « hémoglobinopathies, » au dernier alinéa du préambule. Les mots « et de soutenir » devraient être supprimés au paragraphe 2.3) du dispositif; le paragraphe 2.4) devrait se terminer par le mot « hémoglobinopathies », le reste du texte étant supprimé; enfin, les mots « de soutenir et de coordonner » devraient être supprimés au paragraphe 2.5).

Le Professeur AYDIN (Turquie) dit que les hémoglobinopathies constituent un problème de santé publique majeur dans son pays. On estime qu'environ 2,1 % de la population – soit quelque 1,3 million de personnes – est porteuse du gène de la bêta-thalassémie et qu'environ 4000 personnes sont malades. La Turquie a lancé des programmes de lutte contre les hémoglobinopathies dans 27 provinces, et il est prévu de les étendre à 33 provinces dans lesquelles une forte proportion de la population présente un risque de thalassémie. Les principaux objectifs du programme sont de dispenser un conseil génétique, d'éduquer le public et de dépister les sujets porteurs en mettant fin, si nécessaire, aux grossesses et en assurant une meilleure qualité de vie aux patients. A la fin de 2005, 70 % des couples avaient été soumis à un dépistage prénuptial dans les provinces où le programme était en place. Pour remplir ses objectifs, la Turquie a entrepris d'établir des centres capables de concevoir des stratégies de prévention et de traitement. Il exprime son entier soutien au projet de résolution.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), exprimant un intérêt particulier pour les questions de santé et de migrations liées aux hémoglobinopathies, dit qu'il est très important de mettre l'accent sur la prévention, car le dépistage des sujets porteurs encourage des changements sociaux. Le Portugal, avec l'appui de l'OMS, a lancé depuis 1984 un programme national de lutte contre les hémoglobinopathies. Sa priorité actuelle est une meilleure intégration des mesures de lutte dans le système de soins de santé primaires, les objectifs stratégiques étant l'amélioration de la qualité des services génétiques, la création des conditions voulues pour la certification des laboratoires de



génétique, notamment ceux axés sur le diagnostic prénatal, et l'établissement de protocoles pour des traitements rentables d'efficacité prouvée. Il appuie pleinement le projet de résolution.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) rappelle les caractéristiques régionales des hémoglobinopathies ; étant donné que les maladies infectieuses constituent une cause majeure de décès dans les pays d'Afrique et d'Asie, l'importance des hémoglobinopathies est souvent sous-estimée. Toutefois, à une époque d'échanges internationaux intenses, la possibilité d'une propagation des maladies héréditaires dans le monde entier ne doit pas être niée. Le rapport devrait jouer le rôle de catalyseur pour inciter l'OMS et les autres organisations internationales et les pays donateurs à reconnaître le problème dans les pays touchés. Il appuie le projet de résolution.

M. RAMOTSOARI (Lesotho), notant que les hémoglobinopathies constituent un problème majeur en Afrique, dit qu'il appuie le projet de résolution, mais propose de modifier comme suit le libellé du paragraphe 1.7) du dispositif : « à soutenir la recherche fondamentale et appliquée sur la thalassémie, en collaboration avec les organisations internationales ».

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que la thalassémie constitue un problème de santé publique important en Thaïlande, où l'on a enregistré plus de 500 000 cas en 2005 et où quelque 12 000 nouveau-nés sont touchés chaque année. Il existe une forte prévalence à la fois de l'alpha et de la bêta-thalassémie, notamment dans le nord-est du pays, et les diverses combinaisons de gènes défectueux peuvent entraîner plus de 60 syndromes thalassémiques différents, avec une gravité allant des formes asymptomatiques aux formes mortelles. Toutes les régions sont dotées de centres de diagnostic prénatal et de programmes de prévention et de lutte destinés aux femmes enceintes. Des efforts sont faits par les organisations gouvernementales et non gouvernementales pour assurer une meilleure prise en charge des patients atteints de thalassémie et promouvoir la prévention et la lutte contre la maladie. La stratégie globale de lutte contre la thalassémie en Thaïlande est polyvalente et comprend une éducation de la population sur la maladie, un dépistage, la fourniture de conseils génétiques et de conseils de planification familiale, un dépistage des couples à risque et un diagnostic prénatal. Un outil de dépistage simple est utilisé à l'échelon communautaire et de bons résultats ont été obtenus sur le plan de la détection précoce par une coopération entre les agents sanitaires bénévoles et les dispensateurs de soins de santé primaires au niveau des districts.

Une bonne connaissance du rapport coût/efficacité des interventions est cruciale pour pouvoir prendre des décisions éclairées et stratégiques permettant d'améliorer la prévention et la lutte contre la thalassémie et les autres hémoglobinopathies. Cette information peut être utilisée par tous les Etats Membres, notamment les pays en développement, pour planifier et mettre en oeuvre des politiques efficaces et efficientes. Les Régions de l'OMS sont toutes concernées par les hémoglobinopathies et, bien qu'il y ait une Journée internationale annuelle de la Thalassémie (le 8 mai), il suggère d'ajouter au dispositif du projet de résolution un nouveau paragraphe 2.6) qui s'énoncerait comme suit : « d'envisager de consacrer bientôt une journée mondiale de la santé aux hémoglobinopathies telles que la thalassémie et la drépanocytose » afin de sensibiliser le public et de susciter un appui politique pour rechercher des solutions à long terme à ce problème.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) précise qu'elle appuie le projet de résolution, à condition que rien, dans son contenu, ne revienne à préconiser ou à soutenir l'avortement comme moyen de lutte contre la thalassémie et les autres hémoglobinopathies.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) attache une grande importance à la question des hémoglobinopathies étant donné qu'environ 80 % de la population azerbaïdjanaise est porteuse du gène. Il soutient le programme de traitement et de prise en charge présenté par le Secrétariat, et insiste sur le rôle de l'OMS et des organisations non gouvernementales dans la gestion de ce problème. L'Azerbaïdjan a déjà créé un centre national de la thalassémie qui sera chargé de la prophylaxie de ces

pathologies. Toutefois, la prise en charge des patients atteints de la maladie est également importante, et une loi a été adoptée en 2005 pour établir les bases organisationnelles et juridiques du soutien de l'Etat, régler les questions ayant trait au traitement et à la prévention et assurer le financement sur le budget de l'Etat du diagnostic et du traitement des patients présentant des maladies du sang héréditaires. Le Parlement a aussi adopté une loi sur la sécurité transfusionnelle qui prévoit une suppression progressive de la rémunération des dons de sang.

Le PRESIDENT souligne l'importance de la discussion tenue par le Conseil, qui a permis aux membres de tirer les enseignements de l'expérience d'autres membres et qui illustre le caractère technique du travail de l'Organisation. En réponse aux préoccupations exprimées par le membre des Etats-Unis d'Amérique, il confirme que rien dans le projet de résolution ou dans les discussions du Conseil n'implique quoi que ce soit concernant l'avortement.

Le Dr LE GALES-CAMUS (Sous-Directeur général) accueille favorablement les suggestions concernant le travail futur, y compris la nécessité de recueillir de meilleures données épidémiologiques et d'élaborer des politiques de santé publique non seulement tenant compte de la prévention, du dépistage précoce, du traitement et de la prise en charge générale de la maladie, mais respectant aussi les valeurs sociales et religieuses des communautés. L'importance de la recherche pour améliorer la situation des patients et des groupes à risque a été notée. Si le projet de résolution est adopté par l'Assemblée de la Santé, le Secrétariat suggérera que sa mise en oeuvre soit étroitement liée à celle de la résolution WHA59.20 sur la drépanocytose afin de favoriser la synergie et de maximiser l'efficacité.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit qu'il a été suggéré de remplacer dans la version anglaise, au quatrième alinéa du préambule, les mots « insufficiency of relevant epidemiological data » par « insufficient epidemiological data » (sans objet en français) ; de supprimer, au cinquième alinéa, le mot « officielle » ; de supprimer, au sixième alinéa, l'expression « l'inégalité actuelle » et de la remplacer par « l'absence actuelle » ; d'insérer, au dernier alinéa, les mots « notamment le dépistage prénatal » après « hémoglobinopathies » ; d'invertir les deux membres de phrase au paragraphe 1.7) du dispositif ; de supprimer « et de soutenir » après « promouvoir » au paragraphe 2.3) ainsi que la fin du texte du paragraphe 2.4) après le mot « hémoglobinopathies » ; et de supprimer, au paragraphe 2.5), les mots « de soutenir et de coordonner ». Il a aussi été proposé d'ajouter un nouveau sous-paragraphe 2.6) qui s'énoncerait comme suit : « 2.6) d'envisager de consacrer bientôt une journée mondiale de la santé aux hémoglobinopathies telles que la thalassémie et la drépanocytose ». Le meilleur endroit pour insérer la proposition du Sri Lanka lui semble être le paragraphe 2.1) où l'on ajouterait les mots « et aux médicaments » après les mots « aux services de santé ».

Le PRESIDENT invite le Conseil à adopter le projet de résolution ainsi amendé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 17 h 30.**

---

<sup>1</sup> Résolution EB118.R1.

## **TROISIEME SEANCE**

**Mardi 30 mai 2006, 9 h 5**

**Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)**

### **1. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 5.3 de l'ordre du jour (suite)**

#### **Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS (documents EB118/6 et EB118/6 Add.1)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le rapport de situation et sur le projet de résolution contenu dans le rapport.

Le Dr WINT (Jamaïque) précise que le rapport insiste sur les montants importants dépensés par les pays en médicaments essentiels. Des pays comme la Jamaïque, qui n'ont pas de capacité de fabrication, doivent consacrer de précieuses devises à l'importation de la plupart de leurs médicaments. Son Gouvernement a mis en oeuvre un grand nombre des stratégies suggérées dans le rapport. Des systèmes d'enregistrement et de surveillance ont été mis en place, une formule nationale a été élaborée afin de limiter le nombre de produits pharmaceutiques dont disposent les prescripteurs et des textes législatifs ont été adoptés pour exiger des pharmaciens qu'ils proposent des substituts génériques. Néanmoins, les médecins se laissent souvent influencer par les représentants de l'industrie pharmaceutique, et les modestes montants que les pays investissent dans la formation et la formation continue ne sont pas suffisants pour changer cette situation. En Jamaïque, des études sur les modes d'utilisation des médicaments ont été menées : les ordonnances sont examinées et les médecins informés des résultats de ces études. Cela a permis de mettre en lumière certaines pratiques irrationnelles en matière de prescription. Toutefois, le consommateur dépense davantage en médicaments en vente libre qu'en médicaments sur ordonnance et ces ventes sont soumises à un minimum de contrôles. Faute d'investissements suffisants dans l'éducation des patients, les consommateurs se laissent souvent influencer à tort par les campagnes de publicité organisées par les laboratoires pharmaceutiques. La question est importante, c'est pourquoi le Dr Wint soutient le projet de résolution.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) souligne l'importance de l'usage rationnel des médicaments et de l'accès à ceux-ci et celle d'en garantir la qualité, l'efficacité et l'innocuité, comme le prévoit la stratégie des médicaments de l'OMS pour 2004-2007. Il se félicite de l'initiative actuelle et des activités mises en oeuvre par l'OMS depuis dix ans pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Les systèmes de santé doivent adopter une approche globale comprenant le renforcement des ressources humaines et la fourniture d'informations aux consommateurs. Les politiques pharmaceutiques devraient aussi comporter des mesures et mécanismes de sécurité permettant de surveiller les activités de promotion. Il accueille favorablement le projet de résolution. L'OMS doit continuer à montrer la voie en favorisant l'usage rationnel des médicaments. Se référant au paragraphe 7 du rapport ainsi qu'au onzième alinéa du préambule du projet de résolution, il fait observer qu'il existe plusieurs initiatives mondiales importantes telles que la stratégie DOTS contre la tuberculose et le Programme mondial de lutte antipaludique, qui tous deux comportent des mesures de

précaution visant à garantir que les médicaments sont utilisés de façon rationnelle, et il souhaiterait avoir de plus amples explications à cet égard.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que l'usage irrationnel des médicaments, qui est un problème sérieux, pourrait se développer du fait de la privatisation des services de soins de santé, de la détérioration des systèmes de santé publique et de l'introduction de mesures destinées à accroître l'accès aux médicaments sans investissement correspondant pour en assurer l'usage rationnel. De ce fait, des patients souffrent souvent d'effets préjudiciables graves dus à la résistance aux antimicrobiens, aux réactions indésirables et aux dépenses inutiles encourues par les patients. Face à l'énormité du problème, l'OMS ne dispose que de modestes ressources : au cours des deux périodes biennales passées, 0,2 % seulement de l'ensemble de son budget a été consacré à l'usage rationnel des médicaments. Bien que de nombreuses résolutions aient déjà été adoptées sur des stratégies de médicaments et des aspects spécifiques connexes, aucune d'elles ne prévoit de moyen concret pour contrôler l'usage rationnel, en partie faute de solution pratique. Or les données concernant les interventions pratiques efficaces pour promouvoir l'usage rationnel sont de plus en plus nombreuses. Le projet de résolution est très complet et propose des interventions pratiques et efficaces. Son adoption prescrirait à l'Organisation de promouvoir l'usage rationnel des médicaments en mettant davantage de ressources à la disposition des Etats Membres, ce qui permettrait de traiter le problème plus efficacement.

M. DE SILVA (Sri Lanka) souligne le lien étroit entre l'usage rationnel des médicaments et la stratégie des médicaments de l'OMS. Sri Lanka connaît des problèmes dus à l'usage irrationnel des médicaments, à l'antibiorésistance et à l'utilisation d'une trop grande quantité de médicaments, autant de facteurs qui ont conduit à une nette augmentation des coûts pharmaceutiques. Le Gouvernement exerce son autorité de réglementation pharmaceutique pour assurer un meilleur contrôle de qualité. Les pays devraient mettre en regard le coût des médicaments et les bienfaits, mais pour cela il leur faudrait une assistance technique accrue. Les ventes mondiales de médicaments se monteraient en 2004 à environ US \$550 milliards, ce qui situe le commerce des médicaments au deuxième rang si l'on considère l'intensité de capital. A Sri Lanka, l'influence des multinationales pharmaceutiques sur les membres du corps médical fait qu'il est très difficile d'appliquer la législation sur les médicaments génériques. Il faudrait donc se concentrer sur l'éducation des professionnels de la santé afin que ceux-ci respectent les politiques adoptées en matière de médicaments essentiels et d'usage rationnel des médicaments.

Le Dr REN Minghui (Chine) souligne qu'en Chine, les dépenses pharmaceutiques représentent la moitié des dépenses hospitalières. L'usage irrationnel des médicaments entraîne un certain nombre de problèmes, notamment la mauvaise utilisation des antibiotiques et, dans les zones rurales, l'existence de médicaments contrefaits et de mauvaise qualité, et le manque de médicaments essentiels. C'est pourquoi la garantie d'un accès universel à des médicaments sûrs, efficaces et d'un coût abordable est devenue une préoccupation majeure de santé publique. L'usage rationnel ne peut être garanti que par la coopération et la coordination des activités à tous les niveaux, depuis le niveau technique et pratique, ce qui comprend la recherche-développement, la production, la prescription et la délivrance, jusqu'au niveau des pouvoirs publics, de l'industrie pharmaceutique et de la société civile. La coopération mondiale doit également être renforcée grâce à un soutien technique et financier accru aux pays en développement. Le Dr Ren Minghui soutient le projet de résolution et propose trois amendements : ajouter à la fin du paragraphe 1.3) « et des étudiants en médecine » après « les professionnels de la santé » ; remplacer au paragraphe 1.5) l'expression « des programmes pharmaceutiques nationaux » par « des politiques pharmaceutiques nationales, y compris des programmes et des directives cliniques » ; et ajouter à la suite du paragraphe 2.3) un nouveau texte qui se lirait comme suit : « de renforcer la coordination du soutien technique et financier des pays développés aux pays en développement s'agissant de l'usage rationnel des médicaments ».

Le Dr SINGAY (Bhoutan) constate que le projet de résolution est plus large que les textes précédents. Les résolutions précédentes intéressaient surtout le corps médical, et en particulier les personnes appelées à prescrire et à délivrer les médicaments, qui ont des intérêts catégoriels ; le problème persistera tant qu'on n'exercera pas une pression sur ces groupes. Il souligne la nécessité de mieux sensibiliser l'opinion et les milieux politiques et de mener une action pédagogique. La participation croissante du secteur privé à la fourniture des soins de santé nécessitera une meilleure surveillance et un meilleur suivi si l'on veut que les médicaments soient utilisés convenablement. Le Dr Singay souhaiterait avoir de plus amples informations concernant la référence faite dans le rapport aux défauts de nombreuses initiatives mondiales destinées par exemple à élargir l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le Dr Singay se félicite de l'approche fondée sur le système de santé adoptée par l'OMS et lance un appel aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur soutien technique, en particulier aux pays en développement, et qu'ils allouent davantage de ressources financières afin d'accroître l'usage rationnel des médicaments dans le cadre de la stratégie des médicaments de l'OMS. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que, dans un effort pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments dans le cadre de la stratégie globale de l'OMS, son Gouvernement a fait passer les crédits consacrés aux médicaments de 10 à 20 % du budget total de la santé. En 2005, les stratégies visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ont également été renforcées grâce à l'application d'une politique pharmaceutique nationale. Des lignes directrices sont établies afin de faciliter le traitement des maladies, en particulier pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Un comité national des médicaments est chargé de mettre en oeuvre la politique pharmaceutique, et la liste des médicaments essentiels a récemment été actualisée. Lors de leur formation, les agents de santé sont encouragés à utiliser des médicaments génériques efficaces dans les centres de santé du secteur public. La pénurie de ressources humaines dans le système de santé limite la formation continue et l'encadrement, ce qui se répercute sur la distribution et la prescription des médicaments, ainsi que sur le contrôle de leur utilisation. Le secteur privé a tendance à ignorer les réglementations et on peut toujours se procurer des médicaments dans la rue malgré l'existence d'une législation. Le Dr Rahantanirina soutient le projet de résolution.

Le Dr SHANGULA (Namibie) pense que des médicaments sûrs et efficaces doivent être accessibles et d'un coût abordable et qu'ils doivent être utilisés de façon appropriée par ceux qui les prescrivent, ceux qui les délivrent et ceux qui les consomment. Dans le secteur public namibien, le coût des médicaments est compris dans le tarif de la consultation. En 1998, afin de mettre en oeuvre la stratégie des médicaments de l'OMS, la Namibie a adopté une politique pharmaceutique nationale, accompagnée d'un plan pharmaceutique assorti d'un budget annuel. La division des services pharmaceutiques est reliée aux régions, aux ministères, aux associations professionnelles, aux différents conseils et fonds d'aide médicale qui ne paient les médicaments génériques que s'ils sont disponibles. Les patients qui insistent pour avoir des produits de marque doivent eux-mêmes verser la différence. Le conseil de contrôle des médicaments est un organisme de réglementation qui exige l'homologation des médicaments avant leur mise sur le marché. Seuls les médicaments sûrs et efficaces sont homologués. Le comité des médicaments essentiels, composé de professionnels de la santé qualifiés, passe en revue et approuve les médicaments à faire figurer sur la liste nationale. On peut se procurer d'autres médicaments en se conformant à la procédure approuvée. L'agence nationale d'achat de médicaments n'achète que les médicaments figurant sur la liste en procédant à des appels d'offres internationaux auprès des fabricants qui respectent les bonnes pratiques. L'utilisation des médicaments est contrôlée au moyen d'enquêtes auprès des établissements de santé publics. Une campagne annuelle d'éducation du public d'une semaine est organisée sur des thèmes tels que l'utilisation judicieuse des antibiotiques, le rôle du pharmacien et le traitement du VIH/SIDA. La mise en oeuvre souffre de la pénurie aiguë de pharmaciens et de professionnels de santé. La Namibie doit

recruter des professionnels de la santé d'autres pays dont la formation n'est pas nécessairement conforme à ses propres politiques et à ses directives thérapeutiques. En outre, les praticiens privés sont souvent réticents à se conformer aux directives thérapeutiques nationales. Diverses manifestations sont organisées pour encourager l'utilisation des directives. Il soutient le projet de résolution, mais propose de supprimer, au paragraphe 2.2), les mots « en collaboration avec les gouvernements et la société civile ».

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays soutient résolument l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs comme par les patients et reconnaît les énormes dépenses entraînées par les erreurs de prescription et autres types d'utilisation irrationnelle des médicaments ; aux Etats-Unis, ces coûts s'élèvent à 10 % des dépenses de santé. Toutefois, le rapport illustre les différences de philosophie entre les Etats Membres et entre les Etats-Unis et le Secrétariat sur cette question. La solution aux problèmes recensés dans le rapport consiste à ne pas limiter le choix du consommateur ou restreindre les informations dont disposent les patients ou les voies par lesquelles ces informations circulent. Il ne s'agit pas d'un problème de « droits de l'homme liés à la santé », et ce n'est pas le secteur privé qui doit en être tenu pour responsable, comme semble le suggérer le rapport.

Le Secrétariat peut travailler avec les Etats Membres de diverses façons. Il faut définir des normes acceptées par tous qui permettent de mesurer exactement l'observance ; centrer les efforts sur les systèmes de santé et améliorer la qualité de l'usage des médicaments ; et s'efforcer de résorber les erreurs observées concernant les médicaments et les problèmes cliniques rencontrés grâce à des stratégies comme la prise en charge des maladies et non pas en mettant l'accent uniquement sur les médicaments. Les Etats Membres et le Secrétariat devraient ensemble faire en sorte que les prescripteurs comme ceux qui délivrent les médicaments aient accès à une formation adéquate et aux pratiques fondées sur des données factuelles concernant les progrès en matière de médicaments vendus sur ordonnance. Dans de nombreux pays, les pharmacies et les pharmaciens ne sont pas convenablement réglementés. Les Etats Membres devraient également s'employer avec le Secrétariat à élaborer des stratégies visant à sensibiliser les patients à la nécessité de prendre tous les médicaments qui leur sont prescrits. La publicité pourrait faire partie de ce processus éducatif mais devrait être contrôlée pour vérifier l'exactitude et la qualité des pratiques en matière de promotion et de publicité pharmaceutique, des sanctions étant prévues en cas de violation des lois nationales. Le Dr Steiger convient que l'usage approprié des médicaments génériques pourrait faire partie de cette stratégie, et que l'accent mis sur l'accès aux médicaments par certains programmes internationaux, en particulier s'agissant du VIH/SIDA, a tendance à détourner l'attention de l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr Steiger propose de supprimer, au septième alinéa du préambule du projet de résolution, le membre de phrase « en tant que condition préalable de l'équité d'accès aux médicaments essentiels ». Au dixième alinéa du préambule, on ne conserverait que les premiers mots « Reconnaissant que de nombreux pays », suivis d'un nouveau texte qui se lirait comme suit : « n'ont pas d'organisme national rendant obligatoire l'observance d'une politique médicale spécifique comprenant notamment l'utilisation des médicaments ». Au douzième alinéa du préambule commençant par « Préoccupée par », les mots « politique et d'investissements économiques » devraient être supprimés. Enfin, au dernier alinéa du préambule, le membre de phrase « de veiller à ce que des investissements suffisants soient faits » devrait également être supprimé. Le paragraphe 1.2) devrait être supprimé. Au paragraphe 1.3), il soutient l'amendement proposé par la Chine consistant à ajouter « et des étudiants en médecine » à la fin. Au paragraphe 1.5), le terme « nationaux » devrait être supprimé et l'amendement proposé par la Chine introduit. Au paragraphe 2.1), les mots « et de sensibilisation » devraient être supprimés. Tout le paragraphe 2.2) devrait être supprimé. Le paragraphe 2.3) devrait être modifié pour se lire comme suit : « de promouvoir la recherche, notamment en ce qui concerne la mise au point d'interventions durables pour l'usage rationnel des médicaments à tous les niveaux du secteur de la santé, public comme privé ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, rappelle qu'en janvier 2005, le Conseil a adopté la résolution EB115.R6 sur l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens. Ce problème n'étant que l'un des aspects de la question, le moment est venu d'adopter une approche plus large. L'usage irrationnel des médicaments est un problème mondial de santé publique, qui a de graves conséquences pour la santé et un coût important. C'est un aspect majeur de la sécurité des patients qui a été examiné la semaine passée par l'Assemblée de la Santé. L'Assemblée de la Santé a adopté sept résolutions sur la question mais la situation n'a guère progressé. Davantage d'efforts sont nécessaires car les solutions sont connues mais les lignes directrices et les recommandations ne sont que partiellement suivies. L'Union européenne renforce son système d'évaluation de la technologie sanitaire afin de recueillir des données sur l'usage rationnel des médicaments susceptibles de contribuer au soutien technique apporté par l'OMS dans ce domaine. Le projet de résolution confiera à l'OMS un nouveau mandat, celui de promouvoir l'usage rationnel des médicaments en préconisant un système de santé et une politique pharmaceutique pour répondre à la crise mondiale qui se développe. L'adoption de cette résolution viendra à point nommé puisque 2007 coïncidera avec le trentième anniversaire de l'adoption de la notion de médicaments essentiels et de la première liste modèle des médicaments essentiels.

S'exprimant en tant que membre désigné par le Portugal, le Professeur Pereira Miguel dit que la promotion de l'usage rationnel des médicaments exige une attitude volontariste des autorités sanitaires de chaque pays, et dépend notamment de la préparation du personnel technique et de la fiabilité du système d'information. Le Portugal partage les préoccupations exprimées dans le rapport. Sa nouvelle réglementation dans ce domaine préconise l'usage rationnel des médicaments et son institut national des médicaments contrôle la consommation hospitalière d'antimicrobiens, en évalue l'impact économique et étudie la corrélation entre le niveau de consommation et la prévalence de souches microbiennes résistantes. Tout en se félicitant du projet de résolution, il suggère d'introduire au paragraphe 2 du dispositif une nouvelle demande adressée au Directeur général qui se lirait comme suit : « de promouvoir un débat international entre les autorités sanitaires, les professionnels et les patients concernant les critères généraux applicables à la préparation et à la communication d'informations sur l'usage rationnel des médicaments à des groupes déterminés de patients ».

Le Dr VOLJČ (Slovénie) dit qu'il soumettra ses observations par écrit au Secrétariat.

Le PRESIDENT le remercie de son pragmatisme mais précise qu'il n'empêchera aucun membre de prendre la parole.

Le Dr GAKURUH (Kenya) dit que le Kenya est actuellement confronté à la tuberculose pharmacorésistante. Au Kenya, le principal problème est celui de l'accès aux médicaments essentiels dans le secteur privé. Lorsqu'il n'y a aucun accès à des médicaments d'un coût abordable, le secteur public les propose dans les posologies appropriées. Un petit projet pilote a été mis en place dans lequel des médicaments sont fournis au secteur privé où ils sont prescrits gratuitement. Les résultats sont encourageants et indiquent que l'un des problèmes courants dans ce secteur est la fourniture des médicaments essentiels. Le Dr Gakuruh soutient le projet de résolution mais propose un amendement au paragraphe 1.5) du dispositif, dans lequel il souhaiterait insérer le membre de phrase « et de fournir des médicaments essentiels au secteur privé » après les mots « des programmes pharmaceutiques nationaux ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) précise que, contrairement aux autres membres, il a été déçu par les travaux du Secrétariat et des Etats Membres, Thaïlande comprise, sur l'usage rationnel des médicaments. Il rappelle que l'actuel Président du Conseil a assumé des responsabilités à l'OMS dans ce domaine il y a une vingtaine d'années, époque à laquelle l'OMS était beaucoup plus active qu'à l'heure actuelle. Depuis l'adoption de la résolution WHA39.27, plus de 13 résolutions connexes ont été adoptées, or 28 % seulement des pays se sont dotés de politiques

pharmaceutiques nationales et de systèmes nationaux de surveillance et, dans 75 % des pays, les antimicrobiens sont encore en vente libre et peuvent donner lieu à une automédication. Il existe une vaste quantité de données sur lesquelles s'appuyer pour préconiser l'usage rationnel des médicaments mais les politiques ne sont pas mises en oeuvre convenablement. La méthode du paiement à l'acte a pour effet pervers d'encourager la surprescription et la surutilisation des médicaments et un gaspillage de ressources, alors que la capitation favorise l'usage rationnel des médicaments et des autres ressources sanitaires. Or le paiement à l'acte reste la méthode de choix dans la plupart des pays. La place croissante du secteur privé dans les pays en développement, une mauvaise réglementation et un usage de plus en plus irrationnel des médicaments dans le secteur privé constituent les principaux problèmes ; en outre, dans la plupart des pays, le secteur privé ne respecte pas la liste nationale des médicaments essentiels sauf si les médicaments sont remboursables par les caisses d'assurance-maladie. Une attention et des mesures particulières s'imposent dans ce secteur. Promouvoir l'usage rationnel des médicaments exige une réforme majeure de la politique et des systèmes de santé. La puissance des groupes d'intérêts catégoriels, en particulier de l'industrie pharmaceutique et des professionnels de la santé, ne doit pas être sous-estimée. L'industrie pharmaceutique investit plus dans la commercialisation que dans la recherche et le développement et dispose de nombreux groupes de pression parlementaires. L'usage irrationnel des médicaments ne peut être corrigé uniquement par l'éducation ou par le système de santé : une coopération étroite avec les associations de consommateurs et avec l'industrie locale et multinationale est essentielle si l'on veut améliorer la transparence et la responsabilité sociale. Il propose 14 amendements au projet de résolution, qu'il soumettra par écrit. Compte tenu des nombreux autres amendements, le Dr Suwit Wibulpolprasert suggère la création d'un groupe de rédaction.

Le Dr TANGI (Tonga) se dit surpris qu'après 20 ans et ces nombreuses résolutions, aussi peu ait été accompli. Il est frappé par la référence faite par le membre désigné par la Chine aux étudiants en médecine ; l'OMS adopte de nombreuses résolutions mais des milliers d'étudiants n'en ont pas connaissance, pas plus que les écoles de médecine et de pharmacie. Les judicieux principes de l'usage rationnel des médicaments devraient figurer au programme des études des professionnels de la santé, sans quoi le problème persistera encore dans 15 ans.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) souligne le fait que les médecins et les patients doivent avoir une information indépendante sur les médicaments. Il s'inquiète cependant de la déclaration figurant au paragraphe 7 du rapport, selon laquelle l'usage irrationnel des médicaments est bien pire dans le secteur privé. Au Brésil, l'usage des médicaments est irrationnel tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans le même paragraphe, il conteste également la déclaration concernant l'élargissement de l'accès aux médicaments pour certaines maladies négligées ; le principal problème n'est pas l'usage inapproprié mais la difficulté d'accès. Le paragraphe devrait être remanié. En ce qui concerne le projet de résolution, il propose que le onzième alinéa du préambule commençant par « Consciente que nombre de grandes initiatives mondiales » soit supprimé et remplacé par le libellé suivant : « Soulignant que les initiatives mondiales destinées à élargir l'accès aux médicaments essentiels devraient également traiter le problème fondamental et très répandu de l'usage irrationnel des médicaments ; ».

Le Dr ÁLVAREZ LUCAS (suppléant de M. Bailón, Mexique) déclare que les institutions sanitaires au Mexique ont appris à coopérer de façon active et transparente avec le secteur privé comme dans le cas de la tuberculose, dont le coût du traitement a été réduit d'environ 40 %. Il soutient le projet de résolution et propose d'ajouter au paragraphe 2 un libellé indiquant que des alliances stratégiques transparentes et équitables devraient être conclues avec les fabricants de médicaments et des politiques encouragées afin de sensibiliser davantage aux questions du coût, de l'accès et de la promotion d'un usage rationnel des médicaments, en particulier s'agissant de programmes prioritaires de santé publique internationale.



Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) dit qu'il a pris note de la préoccupation des membres, y compris de la question de la collaboration entre organismes nationaux et partenaires internationaux ; de la nécessité d'avoir des médicaments qui seraient proposés dans des formulations correctes, utilisés convenablement et disponibles pour tous ceux qui en ont besoin ; des grandes possibilités qui existent pour améliorer les traitements ; de la nécessité d'observer les schémas thérapeutiques ; et de l'endiguement de la pharmacorésistance ; et du fait que la définition et l'application de normes acceptées par tous sont essentielles pour garantir l'usage rationnel des médicaments. L'expérience de certains pays a montré que les programmes d'usage rationnel des médicaments offrent de grandes possibilités de gains de productivité et pouvaient aboutir à des économies d'au moins trois fois le coût du programme.

Le Secrétariat étudie la question des partenariats éducatifs et public-privé, deux types de partenariat essentiels. Certaines des préoccupations concernant le VIH/SIDA et la tuberculose sont analogues à celles qui ont trait à d'autres maladies et, là encore, l'éducation est capitale. D'autres préoccupations concernent les praticiens privés et doivent être examinées. S'agissant de la proposition tendant à encourager un débat international, des réunions sont organisées par l'OMS et devraient peut-être être plus largement annoncées. Il partage les préoccupations au sujet de l'information donnée aux étudiants en médecine et au sujet du rôle des médecins dans l'usage des médicaments. Les patients, les membres de leur famille et les prescripteurs doivent être sensibilisés aux effets de l'usage irrationnel, qu'il s'agisse des résultats du traitement, de la pharmacorésistance ou des coûts.

Avec la célébration du trentième anniversaire de la liste des médicaments essentiels en octobre 2007, l'adoption du projet de résolution attesterait de l'engagement de tous les Etats Membres à faire en sorte que l'usage irrationnel des médicaments soit éliminé en tant que facteur de morbidité.

M. REED (L'Action des Eglises pour la Santé), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, félicite l'OMS des efforts qu'elle déploie pour faciliter l'accès aux médicaments essentiels et faire en sorte que les médicaments soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. La récente demande de l'Assemblée de la Santé tendant à ce que la recherche-développement soit réorientée en faveur des maladies négligées et au profit des plus pauvres contribuera certainement à favoriser cet accès. L'accès aux médicaments essentiels restera limité tant que les médicaments ne seront pas utilisés de manière rationnelle. Les médicaments doivent être prescrits d'une façon correcte sur le plan thérapeutique et efficace par rapport au coût, et l'observance des traitements surveillée. Prenant note des informations concernant ces limites, telles qu'elles ressortent du document EB118/6, le Conseil devrait recommander à la prochaine Assemblée de la Santé d'envisager de prier instamment les Etats Membres de promouvoir et de faire appliquer l'usage rationnel, de renforcer la formation et de limiter les activités de promotion susceptibles de modifier les habitudes des médecins en matière de prescription ou l'observance du traitement par les patients. Le rôle sensibilisateur et directeur de l'OMS dans la promotion de l'usage rationnel des médicaments et son soutien technique à la surveillance de celui-ci devraient être renforcés. Il faudrait effectuer des recherches concernant des interventions durables.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) suggère que, compte tenu du grand nombre d'amendements proposés au projet de résolution, un groupe de rédaction se réunisse juste après la séance de l'après-midi pour examiner le nouveau projet établi par le Secrétariat en tenant compte de tous les amendements.

Le PRESIDENT considère que le Conseil accepte de convoquer un groupe de rédaction à composition non limitée. Il appelle l'attention sur les incidences financières du projet de résolution telles qu'elles figurent dans le document EB118/6 Add 1.

**Il en est ainsi convenu.**

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) demande que les amendements proposés au projet de résolution soient distribués aux membres du Conseil avant la réunion du groupe de rédaction.

Le PRESIDENT précise qu'un texte modifié sera établi pour examen.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 4.)

**Réduction des concentrations d'arsenic et sécurité de la nappe phréatique :** Point 5.4 de l'ordre du jour (document EB118/14)

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), reconnaissant les effets préjudiciables pour la santé de l'exposition à l'arsenic dans l'eau de boisson, déclare que la prévention et la lutte supposent une coordination entre des domaines comme la santé et l'environnement. Des politiques efficaces s'imposent : distribution d'eau de boisson saine grâce à des sources d'eau ne contenant pas d'arsenic, système d'analyse de l'eau pour rechercher les concentrations d'arsenic, sensibilisation des milieux de la santé publique et traitement des sujets intoxiqués. L'OMS devrait jouer un rôle directeur en renforçant les capacités afin de traiter la contamination par l'arsenic et de promouvoir l'échange d'informations.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) rappelle que, depuis 20 ans, la Thaïlande a été confrontée à deux épisodes de contamination de l'eau de boisson, qui ont suscité une surveillance sanitaire à long terme dans les populations touchées. Dans le premier, en 1986, il s'agissait d'une contamination de sources d'eau de surface par de l'arsenic produit par des mines d'étain qui avait entraîné des cas de carcinome basocellulaire. Dans le deuxième, en 1998, il s'agissait de la contamination des eaux d'une crique naturelle par des mines de plomb. La Thaïlande se félicite donc qu'on envisage une préparation à des problèmes analogues et recommande des outils simples d'évaluation rapide et de dépistage. En outre, des registres du cancer, le dépistage du cancer et le diagnostic rapide sont des mesures nécessaires pour la prise en charge à long terme de la population exposée de manière chronique à de fortes concentrations d'arsenic dans l'eau de boisson. Face à des risques de santé prévisibles comme celui-ci, des ressources et un approvisionnement en eau propre sont indispensables.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) dit que son pays aide les pays d'Asie du Sud et de la région du Mékong à faire face au risque pour la santé que constitue la contamination par l'arsenic des nappes phréatiques. L'une des stratégies clés consiste à appliquer à la qualité de l'eau l'approche de la gestion des risques. Un guide de l'eau a été publié et est utilisé par les programmes de la région Asie-Pacifique. Elle prie instamment tous les partenaires d'adopter cette approche pour repérer et atténuer les risques à chaque stade du processus d'approvisionnement en eau, de la source au consommateur.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que la fourniture d'une eau de boisson saine est déterminante pour améliorer l'état de santé des populations. Bien que le risque le plus évident soit la transmission de maladies d'origine hydrique, l'exemple de la présence d'arsenic dans les eaux souterraines utilisées comme eau de boisson, au Bangladesh ou ailleurs, montre que le risque chimique exige au moins autant d'attention. Compte tenu de la rareté des rapports faisant état de problèmes liés à la présence de fortes concentrations d'arsenic dans l'eau de boisson dans la Région, on peut se demander si le problème est mineur, voire inexistant, ou si la surveillance de la qualité d'eau de boisson est insuffisante pour le repérer. Les fluorures sont également un produit chimique dont la présence dans l'eau a des effets défavorables reconnus sur la santé et dont la forte concentration dans la nappe phréatique de certaines zones de la Région est probable. Le Secrétariat devrait recommander aux Etats

Membres de cibler spécifiquement l'arsenic et d'autres produits chimiques dangereux dans leurs programmes de surveillance de la qualité de l'eau. L'utilisation de méthodes d'analyse simples et peu coûteuses devrait être encouragée pour assurer la couverture la plus large possible du programme de surveillance dans tous les pays.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que la contamination par l'arsenic est un problème grave en Chine puisqu'elle touche 500 000 personnes dans plus de la moitié de son territoire et menace la qualité de l'eau de boisson et le développement économique des zones contaminées. A la suite d'enquêtes menées avec l'UNICEF sur la contamination des eaux souterraines et les intoxications par l'arsenic, on a investi dans des méthodes de réduction des concentrations d'arsenic et d'amélioration de la qualité des nappes phréatiques. Des recherches sur l'amélioration de la qualité de l'eau ont été menées et le programme devrait être achevé dans toutes les zones touchées d'ici 2010. La Chine se félicite du rapport et est prête à poursuivre sa collaboration avec l'OMS et d'autres organisations internationales.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) répond que la contamination par l'arsenic montre toute l'utilité de la coopération de l'OMS avec d'autres organisations et partenaires. Au Bangladesh, des spécialistes de la santé et de l'environnement ont collaboré étroitement avec les conseillers dans les Régions et au Siège de l'OMS. Cette méthode s'applique également au programme de partenariat de l'OMS, dont on peut citer comme exemple son partenariat avec l'Australie dans la région Asie-Pacifique, axé sur la qualité de l'eau de boisson, contamination par l'arsenic comprise. Cette coopération doit être considérée parallèlement au rôle normatif de l'OMS, mis en oeuvre par le biais des *Normes internationales pour l'eau de boisson* et des *Directives sur la qualité de l'eau de boisson*. L'approche de la gestion des risques est inscrite dans ces Directives. La qualité de l'eau de boisson est un domaine dans lequel l'OMS exerce un rôle directeur et mobilisateur. Elle est également associée à une charge de morbidité importante et évitable : les diarrhées à elles seules sont responsables de 1,6 million de décès par an. L'une des principales activités de l'OMS consiste à suivre les progrès dans la mise en oeuvre de la cible 10 des objectifs du Millénaire pour le développement consistant à réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base.

L'arsénicose n'étant pas guérissable, la prévention est indispensable. La solution consiste à réduire la maladie d'origine hydrique en sensibilisant au problème et en élaborant des méthodes d'analyse permettant de détecter les concentrations d'arsenic dans l'eau de boisson et, si nécessaire, d'éliminer l'arsenic dans l'eau de boisson. Le Secrétariat est prêt à fournir un appui technique à tout Etat Membre qui en aurait besoin.

#### **Le Conseil prend note du rapport.**

## **2. EXAMEN DE LA QUESTION DE L'ACCELERATION DE LA PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ELECTION DU PROCHAIN DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Point 9 de l'ordre du jour (documents EB118/20 et EB118/20 Add.1) (suite de la deuxième séance, section 1)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la note du Secrétariat (document EB118/20 Add.1) qui contient le calendrier 1A plus, applicable à l'option proposée par certains membres pour la procédure à suivre concernant la désignation et la nomination du prochain Directeur général en novembre 2006, ainsi que les incidences financières de cette formule et un projet de résolution.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, dit qu'il a été demandé de reporter la date limite pour la réception des propositions de candidature au poste de Directeur général du 22 août 2006 à début septembre, compte tenu de la période creuse d'août pendant laquelle il sera difficile de prendre les contacts nécessaires et d'achever les formalités.

Le Dr SHANGULA (Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que les pays de sa Région souhaitent également voir prolonger le délai pour la réception des propositions, compte tenu des formalités nationales et régionales qu'il faudra accomplir pendant cette période. Leur préférence irait à une extension du délai jusqu'à début octobre, mais ils seraient prêts à accepter une prolongation jusqu'à fin septembre.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) suggère de reporter la date limite pour la présentation des candidatures à une date postérieure à celle de la réunion du Comité régional de l'Afrique, prévue entre fin août et début septembre.

Le PRESIDENT dit que toutes les réunions régionales se tiennent en septembre, ce qui pourra peut-être entraîner des sacrifices de la part des Etats Membres, bien qu'il pense que les décisions dans le cas qui nous intéresse incombent aux Etats Membres plutôt qu'aux Régions.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se dit prêt à accepter un compromis concernant la date limite de dépôt des candidatures proposées, mais avertit qu'il faudra laisser suffisamment de temps pour l'examen des candidatures avant la session du Conseil, et notamment du temps pour l'organisation éventuelle d'entrevues avec les membres du Conseil. Cela sera difficile si la date limite est fixée en octobre et si le Conseil doit se réunir début novembre. En outre, il propose d'amender le projet de résolution en insérant un nouveau paragraphe 5 qui se lirait comme suit : « PRIE le Directeur général par intérim d'envisager de mettre en congé temporaire les membres du personnel qui déposent leur candidature pendant la période qui suivra la date limite pour le dépôt des candidatures et jusqu'à la nomination du nouveau Directeur général par l'Assemblée mondiale de la Santé ».

Le Dr REN Minghui (Chine) déclare que l'on peut envisager une certaine souplesse par rapport au calendrier 1A plus, mais souligne également qu'il faut laisser suffisamment de temps entre la date limite pour la présentation des propositions et la session du Conseil. Il soutient l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, mais se demande si le Directeur général par intérim aura l'autorité de mettre en congé temporaire les Directeurs régionaux candidats.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) est favorable au calendrier proposé par le Secrétariat, avec une certaine souplesse pour ce qui est de la date limite. Elle se félicite de l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, qui contribuerait à la stabilité de l'Organisation pendant cette période. Elle propose d'amender le paragraphe 2 du projet de résolution en insérant les mots « aux Etats Membres » après le mot « documentation », par souci de cohérence avec le reste du document.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) pense que le calendrier 1A plus offre un compromis satisfaisant. Il approuve le principe d'une approche souple, mais convient avec le membre désigné par la Chine qu'il faut laisser suffisamment de temps entre la date limite pour la présentation des candidatures et la session du Conseil, qui ne devrait pas être retardée. La marge de manoeuvre concerne la date limite pour la présentation des propositions et l'envoi de la documentation. Avant d'examiner la proposition faite par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, et à la lumière de la question posée par le membre désigné par la Chine, il aimerait avoir des éclaircissements sur la

définition de l'expression « membre du personnel », et savoir si le Directeur général par intérim entre dans cette catégorie, car il croit comprendre que ce dernier ne sera pas candidat. En outre, le congé s'appliquera-t-il à partir de la date limite pour le dépôt des propositions ou à partir de la date où la candidature aura été déposée ?

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) appelle l'attention sur le caractère exceptionnel de la procédure qui se serait normalement déroulée plus lentement que celle qui est actuellement envisagée. Il approuve la demande formulée par le membre désigné par la Namibie pour autant que la date de la session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé prévue pour le 9 novembre ne soit pas modifiée. Il approuve les amendements proposés par les membres désignés par les Etats-Unis d'Amérique et l'Australie.

Le Dr GØTRIK (Danemark) soutient avec force l'opinion selon laquelle la date définitive pour la réception des propositions devrait être reportée à début septembre 2006 au plus tôt. Concernant l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, serait-il alors obligatoire pour les membres du personnel concernés de se mettre en congé ? Et si l'on pousse la question plus loin, dans l'hypothèse où un Directeur général se présenterait en vue d'une réélection, s'attendrait-on à ce qu'il se mette en congé le temps de la procédure ?

Le Professeur PAUNESCU (Roumanie) considère que l'option la mieux adaptée consiste à fixer la date limite pour la présentation des dossiers à début septembre.

Le Dr WINT (Jamaïque) approuve le calendrier 1A plus et demande que l'on retienne les deux dernières dates fixées dans le calendrier, même si les dates qui précèdent pourraient être assouplies. Il soutient la modification proposée par le membre désigné par l'Australie et attend des éclaircissements concernant l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique.

M. MIGUIL (Djibouti) dit qu'il se joindra au consensus parmi les Etats Membres, mais qu'il préférerait que la session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé ne soit pas retardée au-delà du 9 novembre comme indiqué dans le calendrier 1A plus. En ce qui concerne la question des membres du personnel qui seraient candidats et qui se mettraient en congé, il estime que les candidats devraient volontairement se dégager de leurs fonctions à l'OMS, mais qu'on ne devrait pas leur imposer de se mettre en congé. Il demande des éclaircissements sur ce point. Il souhaite que la déclaration du Directeur général par intérim indiquant qu'il ne sera pas candidat au poste de Directeur général soit consignée dans les procès-verbaux de sorte que la situation soit claire.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) estime que la date limite pour le dépôt des propositions devrait être souple et suggère le 1<sup>er</sup> septembre 2006. En ce qui concerne l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, la Constitution de l'OMS ne contient-elle pas de dispositions régissant le cas des membres du personnel qui seraient candidats ?

Le Dr TANGI (Tonga) se dit favorable au calendrier 1A plus. Conformément à l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, un délai de six mois est exigé avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Conseil au cours de laquelle doit être désigné un Directeur général. Il s'écoule quatre mois entre le moment où les Etats Membres sont informés qu'ils pourront proposer des personnes en vue de la désignation pour le poste de Directeur général et la date limite de dépôt des propositions, à partir de laquelle il reste deux mois au Conseil pour ses travaux. Les Etats Membres souhaitent-ils vraiment maintenir un délai de quatre mois pour la présentation des propositions puis raccourcir la période de travail du Conseil, ce qui reviendrait à exercer sur ce dernier une pression énorme ?

Le Dr Tangi est prêt à accepter le calendrier, sous réserve que la documentation concernant les propositions soit envoyée aux Etats Membres rapidement et de manière adéquate en sorte qu'ils

puissent l'examiner. Il approuve l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique demandant que les membres du personnel présentant leur candidature soient mis en congé.

Le Dr SADASIVAN (Singapour) accepte le compromis représenté par le calendrier 1A plus. Une certaine souplesse pourrait être appliquée concernant la date limite de réception des propositions, mais les dates indiquées pour les sessions extraordinaires du Conseil et de l'Assemblée de la Santé devraient être respectées.

Le Dr SHANGULA (Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, se dit satisfait de la souplesse dont ont fait preuve les membres du Conseil concernant la date limite pour le dépôt des propositions. Cette souplesse est nécessaire compte tenu des différences au niveau des procédures régionales pour la présentation des candidatures. En demandant un report de cette date limite, les pays de la Région africaine cherchent seulement à avoir les mêmes possibilités que les autres Régions pour rechercher et présenter de bons candidats.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) demande si le congé sera rémunéré.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) est favorable au report de la date limite pour le dépôt des propositions à début septembre 2006 et approuve l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Se référant à la question soulevée par le membre désigné par Bahreïn, il dit qu'il ne voit aucune raison de ne pas verser de traitement au fonctionnaire pendant son congé.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit avoir proposé l'amendement parce que les dispositions du Règlement du Personnel régissant les congés pour les membres du personnel candidats à des fonctions politiques ne s'appliquent pas dans le cas actuel puisqu'elles concernent des élections politiques dans le pays d'origine du membre du personnel et non une élection au sein de l'Organisation. S'il estime que tout membre du personnel de l'OMS candidat à une élection, dans un bureau régional ou au Siège, devrait prendre congé, et si son Gouvernement n'est prêt à soutenir aucun candidat qui ne le ferait pas, l'amendement tel qu'il est formulé laisse l'application de la résolution à la discrétion du Directeur général par intérim. Le Dr Steiger s'attend à ce que ce congé soit rémunéré. Mais étant donné qu'il serait difficile de fixer la date exacte à laquelle le membre du personnel devient un candidat déclaré et est donc obligé de se mettre en congé, il serait opportun que le congé prenne effet à la date limite de dépôt des candidatures qui, au vu du débat actuel, se situera probablement début septembre.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant aux questions posées, dit que la possibilité de mettre les membres du personnel en congé spécial avec traitement est déjà prévue dans l'article 650 du Règlement du Personnel de l'OMS, qui précise que le Directeur général peut, de sa propre initiative, mettre un membre du personnel en congé spécial avec traitement intégral s'il estime qu'un tel congé est dans l'intérêt de l'Organisation. Il est donc tout à fait opportun pour le Conseil de faire cette demande. Toutefois, il se demande si le libellé de la proposition est adapté puisqu'il oblige le Directeur général par intérim à accorder un congé spécial. Il suggère donc de remplacer les mots « PRIE le Directeur général par intérim de mettre les membres du personnel » par l'expression « PRIE le Directeur général par intérim d'envisager de mettre en congé les membres du personnel ». Il suggère également que le Directeur général par intérim pourrait envisager d'accorder au membre du personnel concerné la possibilité d'assister pendant son congé à des manifestations spéciales telles qu'une conférence importante, s'il juge que cela serait dans l'intérêt de l'Organisation. M. Burci est d'accord avec le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique quant à la date à partir de laquelle la période de congé devrait prendre effet, puisque les enveloppes contenant les propositions ne sont ouvertes qu'à l'expiration du délai prévu pour le dépôt des propositions. La définition de l'expression « membre du

personnel » figure dans la Constitution de l'OMS, dans les articles 30 et 35. Les membres du personnel se définissent d'une manière générale comme toute personne au service de l'Organisation au titre d'un engagement du Directeur général, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit qu'en exigeant un congé spécial, on créerait une vacance temporaire à la tête d'un bureau régional si son Directeur était candidat au poste de Directeur général. Il demande donc si le Directeur général par intérim aurait le pouvoir de désigner quelqu'un pour remplacer ce Directeur régional pendant sa période de congé. Actuellement, la désignation des Directeurs régionaux incombe aux comités régionaux.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) demande des éclaircissements et aimerait savoir si le Directeur général par intérim aurait le pouvoir de mettre des hauts fonctionnaires élus en congé avec traitement.

Le Dr GØTRIK (Danemark) demande si le Directeur général devrait prendre lui-même congé pendant une procédure de réélection.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), faisant siennes les questions soulevées par les membres désignés par la Chine et par Bahreïn, demande pourquoi les noms des candidats ne peuvent être connus avant que l'enveloppe soit officiellement ouverte le jour de la date limite de dépôt des candidatures.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) suggère que la date limite pour le dépôt des propositions devrait être le 5 septembre, ce qui donnerait aux Etats Membres de la Région africaine suffisamment de temps pour transmettre les candidatures que le Comité régional pourrait décider de soumettre à sa réunion du 2 septembre. Il fait écho à la question soulevée par le membre désigné par le Danemark.

Le Dr STEIGER (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) précise que l'amendement qu'il a proposé n'avait pas pour but de créer un précédent concernant la réélection du Directeur général, mais plutôt de régler la situation actuelle, très particulière. Au cas où le Directeur général décide d'être candidat à une réélection, le Conseil pourrait prendre une autre décision sur cette question et un éventuel congé. L'amendement vise toutes les personnes au bénéfice d'un engagement de l'OMS, et il demande si la définition de « membre du personnel » de l'OMS, et donc les conditions de l'octroi du congé, pourrait s'étendre à des personnes au bénéfice d'accords de services administratifs.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) précise que si la date limite fixée pour le dépôt des propositions est le 5 septembre, la date pour l'envoi de la documentation concernant les candidatures aux Etats Membres devrait être le 5 octobre, car l'expérience montre que le Secrétariat a besoin d'un mois pour mener à bien l'important travail que suppose la préparation de cette documentation. Répondant à la question posée par le membre désigné par la Chine, il affirme que le Directeur général pourrait demander aux Directeurs régionaux de se mettre en congé ; dans ce cas, ils désignent généralement eux-mêmes leur remplaçant. Afin de clarifier le fait que le projet de résolution ne s'applique qu'à la procédure d'élection actuelle, il suggère de modifier le nouveau paragraphe proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique afin de faire référence à la « présente élection ».

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM dit qu'il ne sera pas candidat au poste de Directeur général, mais qu'il sera chargé de veiller à ce que l'élection se déroule de façon claire et transparente. Il confirme qu'en raison du volume de travail considérable que suppose le traitement des candidatures, le Secrétariat aura besoin d'un mois entre la réception des propositions et l'envoi de la documentation aux Etats Membres, mais que les dates pourraient être changées. En ce qui concerne le statut des membres du personnel de l'OMS au bénéfice d'accords de services administratifs, ces personnes n'ont pas forcément accès aux mêmes possibilités d'emploi que les autres membres du personnel de l'OMS.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à la question posée par le membre désigné par la Thaïlande, précise que le fait de n'annoncer les noms des candidats qu'une fois reçues toutes les candidatures est une clause de l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif et que cette clause a été prévue dans l'intérêt d'une transparence et d'une légitimité accrues.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) croit avoir compris que le terme « membre du personnel » s'applique depuis le poste le plus élevé, celui de Directeur général, jusqu'au poste de concierge, en passant par ceux de Sous-Directeur général et de Directeur régional. Il accepte les dates proposées pour le dépôt des candidatures et l'envoi de la documentation. Si, en application de l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil, l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique ne s'applique qu'à partir de la date de clôture des candidatures, il accepte l'amendement. Il appelle l'attention sur la nécessité de rester vigilant en ce qui concerne l'utilisation des ressources de l'OMS pour les campagnes en vue d'une élection, et suggère que le Conseil envisage de mettre sur pied un mécanisme pour traiter cette question.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que le Secrétariat est extrêmement vigilant sur cette question et qu'il distribuera à nouveau un mémorandum qui avait été distribué avant l'élection du Dr Lee, où il est précisé que le fait d'utiliser les ressources de l'OMS aux fins d'une élection constitue une faute grave.

Passant au projet de résolution, tel qu'il a été amendé, il déclare que le paragraphe 2.b) se lirait comme suit : « date limite de réception par l'OMS des candidatures proposées : 5 septembre 2006 ». Le paragraphe 2.c) se lirait : « date limite d'envoi des propositions, des curriculum vitae et de la documentation aux Etats Membres : 5 octobre 2006 ». Le nouveau paragraphe proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, tel qu'il a été amendé, serait inséré à la suite du paragraphe 4 et se lirait : « PRIE le Directeur général par intérim d'envisager de mettre en congé temporaire avec traitement les membres du personnel qui déposent leur candidature à l'élection faisant l'objet de la présente résolution, de façon qu'ils n'exercent pas leurs fonctions entre le 5 septembre 2006 et la date de la nomination du nouveau Directeur général par l'Assemblée de la Santé ».

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) propose d'insérer dans le nouveau paragraphe les mots « les hauts fonctionnaires et » avant « les membres du personnel ».

Le Dr SHANGULA (Namibie) appuie le projet de résolution ainsi amendé et déclare que les dates figurant au paragraphe 3 du document EB118/20 Add.1 devront être modifiées en conséquence.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) demande au Conseiller juridique de répondre à la question posée par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique quant à savoir si les dispositions relatives au congé spécial s'appliqueraient à des membres du personnel employés au titre d'accords de services administratifs.

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que les membres du personnel de l'OMS au bénéfice d'accords de services administratifs, comme ceux employés par l'ONUSIDA et le Fonds mondial de



lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, sont soumis à certaines restrictions qui ne s'appliquent pas aux autres membres du personnel, comme l'a expliqué le Directeur général par intérim. Ils restent cependant membres du personnel de l'OMS et les dispositions applicables au congé en cas de candidature leur seraient en principe applicables. Il s'agit là d'une réponse préliminaire, car la question demande plus ample réflexion.

M. MIGUIL (Djibouti) dit que le Conseil devrait examiner la question importante du roulement entre Régions en vue de la nomination du Directeur général avant d'envisager l'adoption du projet de résolution. Il demande qu'une date soit fixée pour cet examen.

Le PRESIDENT rappelle la décision de constituer un groupe de travail sur les changements nécessaires à apporter au Règlement intérieur en ce qui concerne l'élection du Directeur général. Celui-ci sera constitué sous peu et examinera la question du roulement entre Régions, mais ses travaux seront prospectifs et n'auront pas d'incidence sur l'élection actuelle.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq) approuve l'opinion exprimée par le membre désigné par Djibouti.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) croit comprendre que les changements proposés au Règlement intérieur seront transmis au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Elle demande des éclaircissements sur le mandat et le calendrier des réunions du groupe de travail concerné, le cas échéant.

Le PRESIDENT souligne que le projet de résolution n'est pas nécessairement lié à la question des changements dans les textes fondamentaux. Il a pour but d'examiner une situation exceptionnelle.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) rappelle que le Président a estimé que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration serait le mieux placé pour examiner les propositions relatives au roulement entre Régions et d'autres questions du même ordre. Le Conseil pourrait prendre une décision le lendemain quant à la date de la réunion du Comité. Le Comité pourrait ensuite rendre compte au Conseil en janvier 2007 sur la base d'un rapport établi par le Secrétariat.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda), tout en approuvant le principe du roulement régional, pense que le Conseil doit se montrer pragmatique et adopter le projet de résolution. Le groupe de travail examinera la question du roulement régional, qui est une question distincte.

Le Dr SHANGULA (Namibie) convient avec l'orateur précédent que les deux questions sont distinctes. La question du roulement régional n'a pas à être examinée par un groupe de travail étant donné que la pratique existe déjà dans le système des Nations Unies. Le Conseil pourrait simplement décider d'appliquer ce principe et, faute de décision, de l'appliquer selon les besoins.

Le Dr TANGI (Tonga) convient qu'il n'y a pas de lien entre le projet de résolution et la question du roulement régional. Il se demande si le principe de roulement régional serait compatible avec l'article 52 du Règlement intérieur. A son avis, le principal critère à prendre en compte pour l'élection du Directeur général est de choisir le meilleur candidat possible.

**La résolution, telle qu'elle a été amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) suggère que l'examen de la question du roulement soit reporté à la session du Conseil exécutif qui se tiendra du 6 au 8 novembre 2006.

**La séance est levée à 12 h 35.**

---

<sup>1</sup> Résolution EB118.R2.

## QUATRIEME SEANCE

Mardi 30 mai 2006, 14 h 5

**Président :** Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

**1. EXAMEN DE LA QUESTION DE L'ACCELERATION DE LA PROCEDURE A SUIVRE POUR L'ELECTION DU PROCHAIN DIRECTEUR GENERAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :** Point 9 de l'ordre du jour (documents EB118/20 et EB118/20 Add.1) (suite)

M. MIGUIL (Djibouti) rappelle que la question du roulement géographique pour le poste de Directeur général doit être examinée par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Compte tenu de l'importance et du caractère politique de cette question, elle devrait également être débattue par le Conseil lors de sa session en janvier 2007.

Le PRESIDENT croit comprendre que le Conseil est d'accord avec ces dispositions.

**Il en est ainsi convenu.**

**2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES** (suite)

**Lutte contre la leishmaniose :** Point 5.1 de l'ordre du jour (documents EB118/4 et EB118/4 Add.1) (suite de la deuxième séance, section 3)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution révisé qui n'entraîne pas de répercussions financières supplémentaires pour l'Organisation ; le texte est ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;<sup>1</sup>  
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;  
Reconnaissant que la leishmaniose est l'une des maladies tropicales les plus négligées alors que le nombre de personnes atteintes dans le monde dépasse actuellement 12 millions et que 2 millions de nouveaux cas se produisent chaque année ;  
Notant avec préoccupation que la maladie menace 350 millions de personnes et que le nombre de nouveaux (Namibie) cas augmente ;  
Reconnaissant que l'on manque d'informations exactes sur l'épidémiologie de la maladie pour mieux comprendre et endiguer la maladie (Thaïlande) ;

---

<sup>1</sup> Document EB118/4.

Constatant avec inquiétude que la maladie touche les couches les plus pauvres de la population dans 88 pays et représente une lourde charge économique pour les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;

Notant avec préoccupation que le traitement est inabordable financièrement, peut être toxique, peut provoquer une résistance et donc une baisse d'efficacité du traitement ou impose entraîne une lourde charge économique, y compris une perte de revenu importante, et qu'il enferme les familles dans le cercle vicieux maladie-pauvreté-malnutrition-maladie (Thaïlande) ;

OU

~~Notant avec préoccupation que le traitement est inabordable financièrement ou impose une lourde charge économique, y compris une perte de revenu importante, et qu'il enferme que le traitement peut représenter une charge pour les familles dans le cercle vicieux maladie-pauvreté-malnutrition-maladie (Etats-Unis d'Amérique) ;~~

~~Notant avec préoccupation que la co-infection *Leishmania*/VIH est une maladie émergente dans les pays en développement contre laquelle il faut agir de toute urgence ; (Namibie)~~

Sachant que la malnutrition et l'insécurité alimentaire font souvent partie des facteurs qui prédisposent à la leishmaniose et aggravent la maladie ;

Reconnaissant l'importance du soutien apporté par les Etats Membres et d'autres (Thaïlande) partenaires et leur sachant gré de leur coopération permanente ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où la leishmaniose est un important problème de santé publique (Danemark) :

1) à redoubler d'efforts pour instaurer des programmes de lutte nationaux qui permettront d'établir des lignes directrices et des systèmes de surveillance (Thaïlande), de collecte et d'analyse des données ;

2) à renforcer la prévention, le dépistage actif et le traitement (Thaïlande) de la leishmaniose cutanée et de la leishmaniose viscérale afin de réduire la charge de la maladie ;

3) à rendre les centres de santé périphériques mieux à même d'assurer des services appropriés et financièrement abordables (Thaïlande) de diagnostic et de traitement et de servir de sites sentinelles ;

4) à faire des évaluations épidémiologiques afin d'établir la carte des foyers d'infection et de calculer l'impact réel de la leishmaniose en s'appuyant sur des études exactes de la prévalence et de l'incidence, de l'impact socio-économique et de l'accès à la prévention et aux soins (Thaïlande) ; et en tenant compte de la situation qui prévaut concernant la malnutrition et le VIH ; (Namibie)

5) à instaurer une structure décentralisée dans les régions qui comptent d'importants foyers de la maladie en renforçant la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs, en désignant davantage de centres collaborateurs de l'OMS pour la leishmaniose et en leur conférant un plus grand rôle, et en s'appuyant sur les initiatives prises par les différents acteurs ;

2. INVITE EN OUTRE INSTAMMENT les Etats Membres (Danemark) :

~~16)~~ à plaider pour une baisse du prix des médicaments de qualité et financièrement abordables (Etats-Unis d'Amérique) et des politiques pharmaceutiques nationales appropriées ;

~~27)~~ à encourager la recherche sur la lutte contre la leishmaniose afin :

a) de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte antivectorielle ; (Namibie)

b) de mettre au point d'autres médicaments sûrs, efficaces (Etats-Unis d'Amérique), financièrement abordable (Namibie et Etats-Unis d'Amérique) et moins toxiques (Thaïlande) économiques à administrer en cure plus courte par voie orale ou parentérale ou en application locale, et de nouvelles

associations médicamenteuses, et de définir une posologie et une durée de traitement appropriées pour ces médicaments (Brésil) ;

c) de trouver des mécanismes qui facilitent l'accès aux mesures de lutte existantes, y compris en entreprenant des études socio-économiques et une réforme du secteur de la santé dans certains pays en développement ;

d) d'évaluer et d'améliorer la sensibilité et la spécificité des méthodes de diagnostic sérologique de la leishmaniose viscérale canine et humaine, et d'évaluer notamment leur standardisation et leur efficacité (Brésil) ;

e) d'évaluer l'efficacité d'autres mesures de lutte telles que l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable (Brésil) ;

32. ENGAGE les organismes partenaires à ~~continuer de soutenir~~ poursuivre et à intensifier leur soutien aux programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose, et à accélérer la recherche et la mise au point d'un vaccin contre la leishmaniose (Thaïlande) ;

43. PRIE le Directeur général :

1) de sensibiliser à l'importance de la charge mondiale de la leishmaniose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour la prévention et la prise en charge de la maladie ;

2) de rédiger des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la leishmaniose en s'attachant à mettre à jour le rapport du Comité OMS d'experts sur les leishmanioses,<sup>1</sup> dans le but de dresser des plans régionaux et d'encourager la création de groupes régionaux d'experts ;

3) de renforcer la collaboration entre les acteurs de différents secteurs, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de contribuer à l'élaboration et à l'exécution de programmes de lutte contre la leishmaniose ;

4) ~~de constituer un groupe spécial d'envergure mondiale chargé de fixer les priorités (Etats-Unis d'Amérique) et de concevoir une politique de lutte contre la leishmaniose avec l'appui technique du Tableau d'experts OMS de la leishmaniose ;~~

5) ~~de promouvoir l'accès aux résultats de la recherche sur la lutte contre la leishmaniose et la diffusion des résultats de cette recherche (Etats-Unis d'Amérique) ;~~

6) de suivre les progrès de la lutte contre la leishmaniose en collaboration avec les partenaires internationaux ;

7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes de lutte contre la leishmaniose (Thaïlande).

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) propose d'ajouter le membre de phrase suivant à la fin du paragraphe 1.4) : « et de l'étendue de la maladie chez les personnes touchées par la malnutrition et le VIH », ou un libellé à cet effet. La co-infection par la leishmaniose et le VIH est un problème important dans certaines régions.

Le Dr SHANGULA (Namibie) accepte l'amendement proposé. Il avait suggéré de supprimer le libellé original relatif au VIH, qui aurait pu donner l'impression que la leishmaniose et le VIH étaient associés, ce dont il n'existe aucune preuve scientifique.

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Lutte contre les leishmanioses. Rapport d'un Comité OMS d'experts*. Genève, 1990 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 793).

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) appelle l'attention sur la nouvelle version du sixième alinéa du préambule qu'elle avait proposée, d'une portée plus large, car elle ne fait référence qu'à la « charge » que peut représenter le traitement pour les familles, plutôt que de préciser des problèmes tels que les dépenses, la toxicité et la résistance, qui peuvent ne constituer qu'une partie de cette charge. Au paragraphe 3, l'expression « accroître leur soutien » serait préférable au libellé « intensifier leur soutien » et, étant donné que la recherche ne peut pas toujours être accélérée, elle est favorable au libellé « et, le cas échéant, à accélérer la recherche ».

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution, avec les amendements proposés par les membres désignés par le Portugal et les Etats-Unis d'Amérique.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Technologies sanitaires essentielles :** Point 5.5 de l'ordre du jour (documents EB118/15 et EB118/15 Corr.1)

Le PRESIDENT dit que le point de l'ordre du jour à l'étude sera examiné en même temps que le point 8.3 sur les systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement. Il pourrait également être mis en rapport avec le point 5.3 sur l'usage rationnel des médicaments, examiné la veille. Il invite le Conseil à examiner le projet de résolution suivant, soumis par le Mexique, ainsi que ses incidences administratives et financières pour le Secrétariat :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur les technologies sanitaires essentielles ;<sup>2</sup>  
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur les technologies sanitaires essentielles ;  
Définissant les technologies sanitaires comme toutes les applications du savoir utilisé pour répondre aux besoins sanitaires des personnes en bonne santé ou malades, individuellement ou collectivement, tels les médicaments, le matériel et les appareils médicaux, les actes médicaux et les modèles organisationnels, et les systèmes de soutien utilisés ;

Définissant en outre les technologies sanitaires essentielles comme les technologies qui contribuent à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ; celles qui, dans le cadre d'un processus dynamique, sont adaptées aux besoins et aux contextes épidémiologique, démographique, culturel, éthique, juridique et économique des Etats Membres, à condition qu'elles soient sûres, efficaces compte tenu de leur coût, fondées sur des données scientifiques et conformes aux normes internationales ;

Notant que les technologies sanitaires essentielles sont utilisées à tous les niveaux des systèmes de santé pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation afin d'améliorer l'équité, l'accessibilité et la qualité de la vie, en particulier pour les groupes vulnérables, en aidant à renforcer la solidarité et les droits fondamentaux ;

Reconnaissant que l'évaluation, l'intégration, l'accessibilité ainsi que le fonctionnement, l'entretien et le remplacement des matériels et des dispositifs médicaux

---

<sup>1</sup> Résolution EB118.R3.

<sup>2</sup> Documents EB118/15 et EB118/15 Corr.1.

posent des difficultés aux systèmes de santé de nombreux Etats Membres, en raison de l'inadéquation des mécanismes de gestion, d'évaluation, de rationalisation, de distribution et de planification de ces technologies sanitaires qui permettraient d'en tirer un meilleur parti et de mieux les utiliser tout en assurant leur qualité, leur utilisation rationnelle et leur sécurité, conformément aux procédures cliniques nécessaires et aux infrastructures disponibles ;

Reconnaissant également que les technologies sanitaires essentielles doivent être adaptées et conformes aux besoins locaux et régionaux de chaque système de santé, et en lien avec la formation afin d'assurer leur utilisation optimale aux plans de la qualité, de l'utilisation rationnelle et de la sécurité ;

Ayant présent à l'esprit que les technologies font l'objet d'évaluations destinées à guider la prise des décisions reposant sur l'analyse des risques/avantages et des effets cliniques, éthiques et sociaux de leur utilisation, et que ces évaluations sont importantes lorsque les ressources humaines, techniques et financières sont limitées, pour tenter d'en assurer l'utilisation optimale ;

1. INVITE les Etats Membres :

1) à créer ou adapter des organes interdisciplinaires nationaux reliés aux ministères de la santé et ayant pour mission de définir des politiques et des lignes directrices pour la planification rationnelle, la gestion et l'utilisation sans danger des technologies sanitaires, y compris des matériels et dispositifs médicaux, la mise en oeuvre de systèmes de cybersanté interopérables et l'élaboration de protocoles médicaux adaptés à leurs besoins, ainsi que des modèles organisationnels correspondants ;

2) à évaluer et utiliser les technologies sanitaires essentielles pour améliorer l'équité, l'accès aux soins de santé et la qualité de la vie, l'accent étant mis en particulier sur la satisfaction des besoins des groupes vulnérables ;

3) à reconnaître l'importance des technologies sanitaires ainsi que les facteurs qui en limitent l'application aux différents échelons des systèmes de santé, et à définir et adapter ces technologies en fonction des activités de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation à chaque échelon et Région ;

4) à formuler des stratégies locales afin que les technologies sanitaires fassent l'objet de réglementations et d'une surveillance appropriées ;

5) à appliquer, adopter ou concevoir des méthodes d'évaluation des technologies sanitaires conduisant à des évaluations cliniques, financières, éthiques et sociales qui facilitent la prise de décision afin que la priorité soit donnée à des technologies sanitaires essentielles qui soient sans danger, offrent la meilleure solution possible, améliorent l'accès aux soins, l'équité et la qualité de la vie et renforcent la solution des problèmes, l'efficacité et le suivi des prestations de santé ;

6) à définir des critères et des accords qui facilitent le recours aux technologies sanitaires essentielles et favorisent une plus forte sensibilisation nationale à leurs avantages ;

7) à faciliter l'échange d'informations sur les technologies sanitaires essentielles des points de vue de la sécurité, de l'efficacité, des normes et des politiques et indicateurs de santé publique, l'accent étant mis sur les dispositifs et équipements médicaux, la cybersanté/télémédecine et les recommandations relatives à la pratique clinique ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'encourager la création et l'organisation de réseaux d'information sur les technologies sanitaires aux niveaux local, régional et mondial aux fins de la prise de décision à tous les niveaux ;

- 2) de créer un comité d'experts avec des centres collaborateurs afin de donner des conseils sur la définition des normes et des critères applicables aux technologies sanitaires essentielles et, en particulier, aux dispositifs médicaux, aux recommandations relatives à la pratique clinique et aux systèmes de cybersanté ;
- 3) de collaborer avec d'autres organes du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales afin de renforcer les projets relatifs aux technologies sanitaires essentielles dans les Etats Membres ;
- 4) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

<b>1. Résolution</b> Technologies sanitaires essentielles	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b> Technologies de la santé essentielles	<b>Résultat escompté</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promotion de stratégies appropriées et fourniture d'un appui pour la sécurité et la disponibilité des dons de sang, la sécurité des injections et la prévention des maladies transmises par le sang, dont le VIH et les hépatites B et C, dans les établissements de soins.</li> <li>2. Renforcement de la capacité et amélioration de la qualité et de la sécurité, ainsi que de l'accès à des substances diagnostiques, dispositifs médicaux et services appropriés de laboratoire (dont des épreuves de dépistage du VIH et des hépatites B et C) et des services de transplantation de cellules, d'organes et de tissus.</li> <li>3. Etablissement de principes directeurs et fourniture d'un appui pour la mise en oeuvre d'interventions chirurgicales et d'urgence essentielles dans les structures de soins de premier recours.</li> <li>4. Appui pour le développement des capacités et la mise au point de procédures normalisées, et utilisation de listes modèles de dispositifs médicaux essentiels.</li> <li>5. Promotion et fourniture d'un soutien efficace en vue de l'établissement de modules appropriés d'information sous forme électronique utilisables dans les systèmes de soins de santé.</li> </ol> <p><b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b></p> <p>La résolution correspond entièrement aux résultats escomptés susmentionnés et est liée à tous les indicateurs figurant dans le budget programme 2006-2007 pour ce domaine d'activité. Il existe aussi des liens avec l'indicateur ou les indicateurs liés aux technologies dans d'autres domaines d'activité ; en outre, la résolution demande la mise sur pied d'un programme encore plus large consacré aux technologies, qui couvrirait les technologies de la santé dans leur ensemble et serait axé sur les besoins au niveau des pays.</p>
<b>3. Incidences financières</b>	
<p><b>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)</b> La mise en oeuvre de la résolution n'est pas limitée dans le temps, un montant de US \$5,2 millions est nécessaire par exercice (US \$4,1 millions pour les dépenses en personnel et US \$1,1 million pour les dépenses opérationnelles, y compris la fourniture d'un appui technique aux Etats Membres).</p> <p><b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> Coût estimatif total US \$3,9 millions.</p> <p><b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> US \$1,7 million peuvent être compris dans les fonds disponibles au Siège pour les activités et les ressources humaines.</p>	



**4. Incidences administratives****a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions**

Des travaux seront entrepris aux niveaux mondial, régional et des pays ; une attention particulière sera accordée aux Régions et aux pays qui n'ont pas les ressources nécessaires pour soutenir un programme efficace de technologie sanitaire.

**b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)**

Six fonctionnaires supplémentaires de la catégorie professionnelle à plein temps seront nécessaires à l'échelle de l'Organisation, de même que six fonctionnaires de la catégorie des services généraux à mi-temps. Un membre du personnel de la catégorie professionnelle et un membre du personnel de la catégorie des services généraux seront requis au Siège pour soutenir l'élaboration de normes et de règles pour les technologies sanitaires et cinq conseillers régionaux seront nécessaires, de même que cinq membres du personnel d'appui au niveau des bureaux régionaux pour faciliter les activités régionales et de pays.

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)**

La mise en oeuvre de la résolution s'inscrira dans les activités et services programmatiques continus de ce domaine d'activité. Le suivi fera donc l'objet d'une évaluation périodique portant sur les activités essentielles de l'OMS en matière de technologies de la santé.

Mme VELÁSQUEZ BERUMEN (suppléant de M. Bailón, Mexique), présentant le projet de résolution, dit que son pays est très préoccupé par le problème de l'évaluation et de la gestion des technologies sanitaires, en particulier le matériel et les appareils médicaux, les systèmes de cybersanté et de télémédecine, les actes médicaux et les systèmes d'appui. Le projet de résolution ne porte pas sur les produits pharmaceutiques.

Les soins aux patients doivent être sûrs, efficaces et de qualité et faire appel à une technologie appropriée et d'un bon rapport coût/efficacité et être les moins invasifs possible. Le diagnostic et le traitement devraient être accessibles par la télémédecine et les réseaux de cybersanté. Malheureusement ces objectifs ne pourront être atteints car le matériel est souvent dépassé ou n'est pas convenablement entretenu, le personnel médical et les techniciens n'ont pas la formation voulue, le matériel est ainsi surutilisé ou sous-utilisé ou bien n'est pas accessible aux utilisateurs. Les incidents ou les menaces pour la sécurité des patients et des agents de santé sont nombreux et on manque d'informations sur les nouveaux actes médicaux. Parfois, le dossier d'un patient est introuvable parce qu'il a été envoyé à un autre département.

Le projet de résolution appelle les Etats Membres à définir des politiques et des lignes directrices pour la gestion des technologies sanitaires. Les ingénieurs biomédicaux travaillant dans les établissements de santé devraient gérer les technologies sanitaires, ce qui comprend la planification, l'achat, l'entretien et la formation du personnel à l'utilisation sûre et efficace du matériel médical. Le projet de résolution appelle également les Etats Membres à évaluer les technologies sanitaires en tenant compte de considérations éthiques, sociales, économiques et financières pour la prise de décision et l'élaboration des politiques.

Les technologies sanitaires essentielles devraient être celles qui sont indispensables pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. D'autres technologies sont nécessaires pour mettre en oeuvre les protocoles de soins de santé et pour atteindre les objectifs en matière de soins de santé dans une région déterminée.

M. MIGUIL (Djibouti), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que, malgré les milliards de dollars dépensés chaque année en technologies sanitaires, de nombreux Etats Membres ne considèrent toujours pas la gestion de ces technologies comme faisant partie intégrante de la politique de santé publique. Dans sa Région, les politiques et réglementations

nationales font défaut, l'accès n'est pas égal pour tous, des technologies médicales ne sont pas disponibles, il y a un manque de suivi et de sécurité d'emploi et tout porte à croire qu'il y a une mauvaise gestion et que l'entretien est défectueux. La Région a une certaine expérience, acquise notamment pendant la période des sanctions internationales contre l'Iraq, de la sélection, de l'achat, de l'installation, de l'utilisation, de l'entretien et de la réparation des technologies médicales.

Il rappelle la résolution WHA55.18 intitulée « Qualité des soins : sécurité des patients », qui demandait aux Etats Membres d'élaborer des réglementations nationales, des systèmes d'assurance de la qualité et des méthodes d'achat et d'évaluation des risques. Des stratégies relatives à l'inflation et à l'inefficacité de la gestion des technologies médicales devraient être disponibles dans tous les pays de la Région. Mais il faut également des outils pour actualiser et affiner les ensembles de données régionales, créer des centres d'excellence régionaux et nationaux, élaborer des lignes directrices au niveau national et mettre en commun l'information à l'intérieur des Régions et entre elles. En septembre 2006, le Comité régional examinera la question du matériel et des appareils médicaux dans les systèmes de soins de santé modernes.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) dit avoir été choqué de lire dans le rapport que près de 95 % des technologies médicales importées dans les pays en développement ne répondaient pas aux besoins des systèmes de santé nationaux.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que de nombreux Etats Membres de la Région européenne estiment que l'examen de la question des technologies sanitaires essentielles devrait être reporté à la session du Conseil de janvier 2007 pour permettre d'examiner de façon plus détaillée des questions telles que celle que vient de soulever le membre désigné par la Slovénie.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) déclare que les pays en développement sont davantage consommateurs que producteurs de technologies médicales et sont donc plus facilement exploités. Des technologies sont parfois concentrées dans les zones urbaines. Certaines, telles que la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et la radiographie, sont sous-utilisées ou mal utilisées, en particulier dans les établissements du secteur privé où les pouvoirs publics ont du mal à en réglementer l'usage. La sécurité de ces technologies devrait être surveillée. Il faudrait que l'OMS examine la question des dons de matériel d'occasion ou rénové ainsi que des dons par les pays développés de médicaments non sollicités, surtout parce que certains pays ne disposent pas de moyens de laboratoire pour vérifier l'innocuité et l'efficacité des produits. Les organismes qui utilisent des technologies sanitaires devraient établir un rapport annuel faisant apparaître leurs problèmes et d'autres informations. Les différents partenaires de la gestion des technologies sanitaires sont notamment les autorités nationales de réglementation qui vérifient que les technologies utilisées sont sûres, efficaces et adaptées aux besoins sanitaires de la population ; elles peuvent consulter les laboratoires nationaux quant à l'innocuité et à l'efficacité de la technologie avant de l'homologuer. L'autorité de réglementation et les laboratoires sont responsables de la surveillance après commercialisation, de la notification des manifestations indésirables et de la sécurité, et prennent immédiatement des mesures légales s'il y a lieu. Le Ministère de la Santé établit des normes régissant l'ensemble des services, les besoins en ressources humaines et les technologies médicales aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Si nécessaire, il publie un certificat précisant qu'une technologie spécifique est réellement nécessaire, sur la base de données attestant de la charge de morbidité et de la répartition des technologies médicales.

Face à une pléthore de technologies médicales, les capacités réglementaires devraient être élargies. Dans les pays disposant de capacités institutionnelles suffisantes, un système national d'évaluation des technologies sanitaires devrait être mis en place afin de pouvoir comparer la rentabilité des technologies existantes et nouvelles. Ces données devraient être transmises aux acheteurs de soins tant publics que privés.

Le rapport n'est pas suffisamment complet ; il ne traite pas de manière adéquate de la certification des besoins ou du renforcement des capacités institutionnelles d'évaluation des

technologies. La gestion des technologies sanitaires nécessite une approche plurielle comprenant un cadre législatif et des moyens d'application de celui-ci, ainsi que des capacités institutionnelles suffisantes pour pouvoir produire des données relatives à la rentabilité et à la charge de morbidité, certifier les besoins, assurer la surveillance post-commercialisation et prendre des mesures immédiates pour retirer du marché des produits jugés dangereux.

Au paragraphe 2.4) du projet de résolution, le Directeur général devrait être prié de faire rapport sur l'application de la résolution à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé plutôt qu'à la Soixante et Unième. Il appuie le projet de résolution avec cet amendement.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que les technologies sanitaires essentielles soulèvent des questions quant aux soins de santé de base et à leur accessibilité. La notion n'est pas très claire : le terme est compris différemment selon les pays. Il se félicite du travail de l'OMS sur les technologies sanitaires essentielles qui débouchent sur l'élaboration des lignes directrices. Etant donné que l'on ne dispose que de peu de temps pour examiner cette question à la présente session, le Conseil devrait reprendre son examen à sa session de janvier 2007.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) convient que l'examen de la question devrait être reporté à la session du Conseil en janvier pour permettre une révision du rapport et donner aux membres la possibilité de consulter les organismes compétents de leur pays. Le projet de résolution a été soumis tardivement et demande un examen plus approfondi. Le Secrétariat devrait apporter des éléments à l'appui de certaines assertions faites dans le rapport, y compris au paragraphe 7 où il est dit que près de 95 % des technologies médicales des pays en développement ne répondent pas aux besoins des systèmes de santé nationaux, et au paragraphe 14, où il est dit que l'acquisition et l'utilisation des technologies sanitaires essentielles devraient être déterminées par les besoins des patients et par les meilleures données disponibles.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) dit que des technologies sanitaires sûres, efficaces et d'un coût abordable pour tous les peuples du monde sont essentielles à la réalisation de cibles de développement liées à la santé telles que les objectifs du Millénaire pour le développement. Il se félicite du projet de résolution, mais vu sa distribution tardive, il faudrait davantage de temps pour l'examiner.

Le Dr MBOYA (suppléant du Dr Gakuruh, Kenya) fait observer que, pour les pays en développement, la plupart des technologies sanitaires, notamment le matériel médical, sont importées ou fournies gratuitement et que leur utilisation et leur entretien exigent des compétences différentes, ce qui se traduit par un coût élevé. Une liste des technologies sanitaires essentielles qui pourrait être adaptée aux besoins des pays devrait être établie d'urgence. Le Kenya dispose d'un module sanitaire essentiel qui précise quelles sont les interventions pour les différents niveaux de soins à partir de la communauté. Une liste des technologies essentielles est établie pour chaque niveau. Une étude internationale, comprenant un examen des technologies de cybersanté et de la façon dont on pourrait aider les Etats Membres à s'en servir, permettrait de fournir une orientation utile et favoriserait l'harmonisation.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) convient qu'il faudrait davantage de temps pour examiner ce point. Si le Conseil souhaitait toutefois prendre une décision à sa présente session, il proposerait certains amendements au projet de résolution.

Le Dr GØTRIK (Danemark) pense également qu'il faudrait prévoir davantage de temps pour l'examen d'un point aussi important et suggère de l'inscrire à l'ordre du jour de la session de janvier 2007 du Conseil.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) se joint à l'orateur précédent. Pour faciliter la poursuite des débats, l'expression « technologies sanitaires » devrait être clairement définie. S'il comprend également des méthodes, y compris des actes thérapeutiques, outre le matériel et le personnel, le projet de résolution devrait être examiné de beaucoup plus près.

Le Dr SHANGULA (Namibie) pense également qu'il faudrait davantage de temps pour l'examen de ce point. Le Secrétariat devrait réviser le rapport, préciser la définition des technologies sanitaires et revoir les paragraphes 6 et 7 pour que le point et le projet de résolution puissent être examinés à la session du Conseil en janvier 2007.

M. MIGUIL (Djibouti) appuie, en principe, le projet de résolution mais convient qu'il vaudrait mieux reporter l'examen plus approfondi de la question à la session du Conseil en janvier 2007.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) faisant observer qu'aucun programme de lutte contre la maladie ne peut être efficace sans des services de diagnostic et un matériel et des appareils médicaux sûrs, donne l'exemple des secours d'urgence apportés à l'Indonésie à la suite du récent tremblement de terre, qui étaient fortement tributaires des technologies sanitaires pour le traitement des traumatismes et l'administration des transfusions sanguines, la réalisation des tests diagnostiques et de laboratoire, et les techniques d'imagerie et le matériel chirurgical. Des technologies analogues sont également nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Le Secrétariat s'efforce de garantir le transfert de technologies appropriées à tous les pays. Il travaille également à la définition des technologies de la santé et à l'élaboration d'une liste de 100 technologies sanitaires essentielles auxquelles toutes les communautés devraient avoir accès, l'utilisation de matériel plus sophistiqué comme les tomodensitomètres ou les appareils d'imagerie par résonance magnétique étant éventuellement limitée au niveau tertiaire.

Le Professeur NAGEL (Fédération internationale du Génie médical et biologique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation non gouvernementale qu'il représente coopère avec l'OMS depuis plus de 20 ans en matière de politique et de planification et en ce qui concerne la qualité, l'innocuité, les normes, la gestion des technologies et le renforcement des capacités, s'agissant surtout des appareils médicaux. La sécurité de ce matériel et de ces appareils médicaux est assurée par l'ensemble de technologies essentielles pour les soins de santé mis au point par l'OMS, ensemble de lignes directrices visant à améliorer la gestion des ressources matérielles dans les soins de santé, qui comprend un logiciel de planification et de gestion. La Fédération dispose des compétences, des ressources, des capacités de recherche et des moyens d'exécution nécessaires pour fournir un appui au maintien et à la gestion des aspects scientifiques, technologiques et d'ingénierie des technologies sanitaires essentielles et pour faciliter le transfert de celles-ci aux pays en développement. Elle peut également dispenser une formation à l'utilisation efficace des technologies sanitaires, y compris les applications électroniques plus récentes, et soutenir l'élaboration de politiques d'entretien ; elle propose de collaborer plus étroitement avec l'OMS pour ces questions. Elle collabore par ailleurs avec l'industrie, avec la *World Standards Cooperation* (Coopération en matière de normes mondiales) et les autorités de réglementation des Etats Membres pour favoriser de bonnes pratiques de fabrication et de réglementation, y compris la surveillance avant et après commercialisation et les mesures destinées à réduire la mauvaise utilisation des technologies sanitaires. Le rapport aurait dû fournir davantage d'indications pour l'élaboration et la planification des activités futures et sur les liens avec d'autres initiatives de l'OMS telles que l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. La Fédération propose son aide afin de concevoir une stratégie complète pour des technologies sanitaires sûres et efficaces et leur gestion, qui pourrait couvrir l'ensemble des technologies de santé et non uniquement les technologies dites « essentielles ». Malheureusement, le projet de résolution a été reçu trop tard pour pouvoir être examiné de manière détaillée, mais la Fédération l'approuve en principe et est disposée à collaborer afin de faire avancer la

proposition et de s'efforcer d'atteindre les objectifs fixés. Le Conseil pourrait envisager d'y inclure des dispositions destinées à réglementer la profession d'ingénieur clinique.

Le PRESIDENT constate qu'il semble y avoir un consensus sur le fait de disposer de plus de temps pour l'examen de cette question complexe et qu'une décision à la présente session serait prématurée. Le Secrétariat devrait donc être prié de réviser et d'étoffer le rapport afin de tenir compte des préoccupations des membres et de toute information supplémentaire pertinente. La question, accompagnée du projet de résolution, devrait être inscrite à l'ordre du jour de la session du Conseil de janvier 2007.

**Il en est ainsi convenu.**

### **3. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 8 de l'ordre du jour**

#### **Systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement : Point 8.3 de l'ordre du jour (document EB118/16)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution proposé par les délégations de l'Afghanistan, du Bhoutan, du Kenya, de Madagascar, du Mexique, de Sri Lanka et de la Thaïlande et sur un rapport concernant ses incidences administratives et financières pour le Secrétariat :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA58.30 sur la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant la résolution WHA58.28 sur la cybersanté et ayant présente à l'esprit la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

Reconnaissant que des informations fiables sont indispensables pour la formulation de politiques de santé fondées sur des données factuelles et la prise de décision, et essentielles pour le suivi des progrès de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant par ailleurs que les systèmes d'information sanitaire de la plupart des pays en développement sont faibles, fragmentaires, en sous-effectif et dotés de ressources insuffisantes ;

Convaincue de l'importance de l'information sanitaire, en particulier au sujet des inégalités, pour étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Reconnaissant que l'information sanitaire et la recherche en santé sont complémentaires comme bases du renforcement des systèmes de santé et des politiques sanitaires ;

---

<sup>1</sup> Document EB118/16.

Consciente du rôle clé des offices nationaux de la statistique dans la conception et l'application des stratégies statistiques nationales et de leur contribution à l'information sanitaire de la population ;

Notant les fonctions normatives constitutionnelles de l'OMS en matière d'information sanitaire et de notification épidémiologique et réaffirmant le rôle de l'Organisation en tant que partenaire fondateur du Réseau de métrologie sanitaire, dont elle accueille le secrétariat, qui a défini les normes de base des systèmes d'information sanitaire ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à mobiliser les ressources scientifiques, techniques, sociales, politiques, humaines et financières nécessaires pour :

1) concevoir, appliquer, consolider et évaluer des plans destinés à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire moyennant une collaboration entre les secteurs de la santé et des statistiques et d'autres partenaires ;

2) rassembler les partenaires techniques et du développement autour d'une stratégie et d'un plan cohérents et coordonnés dont la direction est confiée aux pays pour renforcer les systèmes d'information sanitaire et qui soient pleinement intégrés dans les principaux programmes et plans sanitaires nationaux ;

3) renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs aux niveaux national et local à synthétiser, analyser, diffuser et utiliser les données factuelles nationales pour étayer la prise des décisions et accroître la sensibilisation du public ;

4) relier le renforcement des systèmes d'information sanitaire aux politiques et aux programmes destinés à accroître le potentiel statistique en général ;

2. EXHORTE les organes d'information et de statistique sanitaires, d'autres organisations internationales dont les initiatives et fonds mondiaux en faveur de la santé, le secteur privé, la société civile et les autres partenaires concernés à apporter un soutien ferme et durable pour renforcer les systèmes d'information sanitaire basés sur les normes et les principes directeurs énoncés dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire et pour couvrir tout l'éventail des statistiques sanitaires, y compris les déterminants de la santé ; les ressources, les dépenses et le fonctionnement des systèmes de santé ; l'accès aux services, leur couverture et leur qualité ; les résultats et la situation sanitaires, et pour accorder une attention particulière à l'information sur la pauvreté et sur les inégalités en matière de santé ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer la culture de l'information et du concret au sein de l'Organisation et de veiller à ce que soient utilisées des statistiques sanitaires exactes et actuelles pour étayer l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;

2) de renforcer encore les activités de statistique sanitaire de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national et de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent se doter des capacités requises pour la mise en place de systèmes d'information sanitaire ainsi que pour la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données ;

3) de promouvoir un meilleur accès aux statistiques sanitaires, d'encourager la diffusion d'informations à tous les partenaires sous une forme appropriée et accessible et de favoriser la transparence dans l'analyse, la synthèse et l'évaluation des données, y compris par des examens collégiaux ;

4) de veiller à améliorer l'alignement, l'harmonisation et la coordination des activités d'information sanitaire en ayant présents à l'esprit la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ainsi que l'Action des

partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques ;<sup>1</sup>

5) de faire régulièrement le point des expériences en cours dans les pays, d'apporter une aide pour la mise à jour du cadre du Réseau de métrologie sanitaire en fonction des leçons apprises et de l'évolution des méthodologies, et de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

<b>1. Résolution</b> Systèmes d'information sanitaire à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement	
<b>2. Lien avec le budget programme</b>	
<b>Domaine d'activité</b>	<b>Résultat escompté</b>
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	1. Consolidation et réforme des systèmes d'information sanitaire des pays qui fournissent et utilisent, en temps voulu, des informations de qualité en ce qui concerne les problèmes et programmes de santé locaux et la surveillance des grands objectifs internationaux.
<b>(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)</b>	
La résolution est entièrement compatible avec le résultat escompté car elle est axée sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire des pays conformément aux normes internationales définies par le Réseau de métrologie sanitaire et la priorité donnée par l'OMS à la prise de décision fondée sur des données factuelles. Elle correspond aux indicateurs et aux cibles concernant une base de données OMS où figurent des indicateurs sanitaires de base avec des métadonnées et mettant l'accent sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et à la mise au point et à l'application par les pays de règles et de normes, comme la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i> et la <i>Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé</i> et aux examens de la situation sanitaire et de la métrologie des systèmes de santé.	
<b>3. Incidences financières</b>	
<b>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)</b> US \$40 millions (ce montant ne comprend pas le budget du Réseau de métrologie sanitaire)	
<b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</b> US \$11 millions (ce montant ne comprend pas le budget du Réseau de métrologie sanitaire)	
<b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> Environ US \$7 millions des dépenses proposées pour l'exercice actuel peuvent être absorbés dans le cadre d'activités déjà programmées. Il faudrait un montant supplémentaire de US \$4 millions pour permettre à l'OMS de jouer un rôle moteur aux niveaux mondial, régional et des pays et de continuer à être un acteur principal dans le Réseau de métrologie sanitaire.	
<b>4. Incidences administratives</b>	
<b>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions</b>	
Le Siège, en collaboration avec les bureaux régionaux, continuera de mettre au point et de tester des outils et des méthodes et de fixer des principes normatifs. Au niveau mondial, l'OMS continuera de servir de dépositaire de statistiques sanitaires et de données factuelles de qualité. L'adaptation des principes normatifs et l'application de plans visant à renforcer le système d'information sanitaire se feront au niveau des pays avec un soutien important du bureau régional.	

<sup>1</sup> L'Action des partenariats pour la santé dans les pays : principes relatifs aux meilleures pratiques. Rapport du groupe de travail sur les partenariats mondiaux pour la santé. Paris, Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, 14-15 novembre 2005.

**b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)**

Au total sept membres du personnel de la catégorie professionnelle en équivalent plein temps seront nécessaires pour permettre aux bureaux régionaux d'apporter un soutien important à la mise en oeuvre dans les pays (un pour chaque Région et deux au Bureau régional de l'Afrique). Le personnel concerné devra avoir les compétences nécessaires en statistique, épidémiologie, planification, surveillance et évaluation.

Des personnels supplémentaires en nombre limité seront nécessaires au Siège (deux membres de la catégorie professionnelle en équivalent plein temps) afin d'assurer des activités techniques de qualité concernant les statistiques sanitaires au niveau mondial et le respect des normes adoptées. Le personnel concerné devra avoir des compétences en statistique, épidémiologie, biostatistique, démographie et économie de la santé.

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)**

La mise en oeuvre des activités normatives et l'appui aux Régions et aux pays commenceront immédiatement, en collaboration avec les activités du Réseau de métrologie sanitaire. L'appui à la mise en oeuvre dans les pays commencera au cours du présent exercice puis s'accélénera à mesure que les capacités augmentent et en fonction des besoins au niveau des pays. Les évaluations des progrès seront effectuées à des intervalles réguliers dans le contexte de l'examen biennal du budget programme.

Le Dr KAKAR (Afghanistan), s'exprimant en tant qu'auteur du projet de résolution, dit que tout bon système de santé va de pair avec un bon système d'information. Pour pouvoir mieux mesurer la performance, il faut pouvoir disposer d'informations fiables. Il invite instamment le Conseil à soutenir le projet de résolution.

Mme WARANYA TEOKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), s'exprimant également en tant qu'auteur du projet de résolution, souligne l'importance des données factuelles pour la prise de décision. De telles données peuvent également servir d'arguments auprès des parlements, de la société civile ou de la communauté internationale, outre qu'elles aident à fixer des priorités et cibles programmatiques, à orienter l'allocation des ressources et à servir d'outils de surveillance et d'évaluation. Le rapport souligne qu'il faudrait utiliser les informations recueillies à la fois par le secteur de la santé et par les offices nationaux de la statistique. Dans la plupart des pays en développement, les systèmes d'information sanitaire demandent à être renforcés pour pouvoir offrir des données de base sur l'état de santé et l'accès aux services de santé, ainsi que sur la répartition des services entre groupes de population.

Le Dr ABEYKOON (suppléant de M. de Silva, Sri Lanka) dit que les systèmes d'information sanitaire ont été examinés à plusieurs reprises au fil des ans mais que la question mérite d'être encore approfondie. Avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, Sri Lanka a lancé des initiatives afin d'obtenir plus rapidement des données ventilées fiables ; de renforcer son système d'information pour la santé publique ; de renforcer le système d'information hospitalier et ses deux composantes, les dossiers des patients et le système d'information gestionnaire ; et de développer le recours aux technologies de l'information pour les consultations électroniques dans les zones périphériques et pour la formation continue du personnel. Ces activités exigent des efforts considérables. Le rapport aurait pu fournir davantage d'indications sur le traitement et la diffusion de l'information sanitaire, et il conviendrait d'amender le projet de résolution pour appeler l'attention sur ces aspects, et notamment le recours accru aux technologies de l'information.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) appuie le projet de résolution.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) précise que l'Australie considère le renforcement des systèmes de santé, y compris les systèmes d'information sanitaire, comme essentiel



pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et comme un élément central du soutien accru qu'elle apportera à la santé dans la région de l'Asie-Pacifique au cours des quatre prochaines années. Elle propose qu'au cinquième alinéa du préambule du projet de résolution, l'expression « en particulier au sujet des inégalités » soit remplacée par « ventilée selon le sexe, l'âge et les principaux facteurs socio-économiques ». Un nouveau paragraphe 1.4) se lirait comme suit « développer la capacité des agents de santé à recueillir des informations sanitaires exactes et pertinentes ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que les Etats Membres de l'Union européenne, reconnaissant l'importance de la question, souhaitent pouvoir disposer de davantage de temps pour examiner le projet de résolution.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) fait sienne l'opinion des orateurs précédents quant à l'importance des systèmes d'information sanitaire et appuie le projet de résolution.

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que les systèmes d'information sanitaire sont essentiels pour le développement des systèmes de santé et en particulier pour la prise de décision fondée sur des données factuelles. Ils font partie de toute action sanitaire, et pas uniquement des efforts déployés pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés par le membre désigné par l'Australie et propose de remplacer au paragraphe 3.2) les mots « de renforcer » par « d'accroître ».

Le Dr MBOYA (suppléant du Dr Gakuruh, Kenya) dit que le Kenya a parrainé le projet de résolution parce que l'insuffisance des investissements dans les systèmes d'information sanitaire compromet la capacité des pays à prévenir les maladies. Des informations de qualité sont nécessaires pour l'élaboration des politiques et l'orientation des programmes.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays soutient avec force l'utilisation des technologies d'information sanitaire pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé et pour fournir des statistiques démographiques et des données épidémiologiques essentielles. Le rapport souligne les nombreux problèmes auxquels sont confrontés les pays pour recueillir et analyser les données qui seront utilisées pour la prise de décision et l'élaboration des politiques au niveau national. Les Etats-Unis soutiennent le rôle de l'OMS et de ses bureaux régionaux qui étudient les moyens d'utiliser les technologies et les systèmes d'information sanitaire pour améliorer la prestation des soins de santé primaires, en particulier dans les milieux pauvres en ressources. Elle se félicite du projet de résolution tel qu'amendé par les membres désignés par l'Australie et la Jamaïque. Etant donné qu'il existe des normes et des principes directeurs autres que ceux qui ont été élaborés dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire mentionné au paragraphe 2, elle propose d'insérer le terme « notamment » après « systèmes d'information ».

M. MIGUIL (Djibouti) soutient le projet de résolution. Des informations fiables, à jour et pertinentes sont indispensables pour une prise de décision éclairée, en particulier maintenant que l'OMS vient d'adopter une approche de la gestion fondée sur les résultats pour la planification de ses activités. Toutefois, le titre de la résolution est trop restrictif : la question des systèmes d'information sanitaire est beaucoup plus large que les trois objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Une liste d'indicateurs devrait être établie afin d'assurer un meilleur suivi des activités de l'OMS à tous les niveaux. Quant aux objectifs du Millénaire pour le développement, l'Organisation devrait élaborer un rapport annuel à l'intention de l'Organisation des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la réalisation des trois objectifs liés à la santé.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) accepte les amendements proposés. Se référant au paragraphe 1.3), il précise qu'il y a parfois des planificateurs et des administrateurs au niveau des provinces et non pas uniquement au niveau national ou local ; le paragraphe devrait être modifié comme suit : « renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs à différents niveaux du système de santé à utiliser l'information sanitaire pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles et pour mieux sensibiliser le public ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que les amendements proposés rendent le projet de résolution acceptable.

Le Dr REN Minghui (Chine) soutient le projet de résolution et souligne l'importance qu'il y a à mettre sur pied des systèmes d'information sanitaire, en particulier pour obtenir des données factuelles sur lesquelles fonder la prise de décision. Il demande des précisions sur le rôle du Réseau de métrologie sanitaire.

Le Dr GØTRIK (Danemark), appuyé par M. PIRONEA (suppléant du Professeur Paunescu, Roumanie), soutient le projet de résolution avec les amendements proposés. Toutefois, il faudrait éviter à l'avenir de soumettre des projets de résolutions au Conseil aussi tardivement.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, se dit d'accord avec le membre désigné par Djibouti. Toutefois, les trois principaux objectifs du Millénaire pour le développement sont liés à la santé, de même que les objectifs concernant l'éducation, car sans une bonne alimentation, l'éducation a peu d'utilité. Il se félicite des amendements proposés par les membres désignés par l'Australie et la Jamaïque. Il existe une relation directe entre les questions de santé internationales et la législation connexe, en particulier s'agissant des maladies endémiques. Des systèmes d'information nationaux valables et exacts en matière de santé sont une condition préalable à l'élaboration des politiques internationales. Il fait donc sien le projet de résolution avec les amendements proposés.

S'exprimant en sa qualité de Président, il convient avec le membre désigné par le Danemark que les documents et les projets de résolutions ne devraient pas être soumis aussi tardivement. Cela ne laisse pas suffisamment de temps aux membres, sans parler des experts nationaux, pour se faire une idée de leur contenu. Le Conseil ne devrait pas non plus soumettre à l'Assemblée de la Santé des résolutions qu'il n'a pas eu suffisamment le temps d'examiner. C'est la qualité et non la quantité des décisions qui compte et il serait sans doute préférable d'adopter moins de résolutions, mais plus représentatives et plus réalistes.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Au cinquième alinéa du préambule, remplacer les mots « en particulier au sujet des inégalités » par le membre de phrase « ventilée selon le sexe, l'âge et les principaux facteurs socio-économiques ». Le paragraphe 1.3) se lirait comme suit : « renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs à différents niveaux du système de santé à utiliser l'information sanitaire pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles et pour mieux sensibiliser le public ». Un nouveau paragraphe 1.4) serait ajouté ainsi libellé : « développer la capacité des agents de santé à recueillir des informations sanitaires exactes et pertinentes », l'actuel paragraphe 1.4) devenant le paragraphe 1.5). Au paragraphe 2, le terme « notamment » serait inséré après « systèmes d'information ». Au paragraphe 3.2), les mots « de renforcer » seraient remplacés par « d'accroître ». Le titre de la résolution deviendrait « Renforcement des systèmes d'information sanitaire ».

Le Dr WINT (Jamaïque) estime que l'analyse de l'information est importante. Il préférerait conserver au paragraphe 1.3) la référence à l'analyse de l'information.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) dit qu'à son avis il est difficile de trouver au niveau local des professionnels capables d'analyser des statistiques.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) suggère de remanier le paragraphe 1.3) qui se lirait ainsi : « renforcer la capacité des planificateurs et des administrateurs à différents niveaux du système de santé à synthétiser, analyser, diffuser et utiliser l'information sanitaire pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles et pour mieux sensibiliser le public ».

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution ainsi amendé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) cite le Directeur général disparu qui, faisant référence à la valeur fondamentale et à l'éthique du renforcement des systèmes d'information sanitaire, avait déclaré que si l'on voulait que les gens comptent, il fallait d'abord être capable de compter les gens. L'accent mis aujourd'hui sur les résultats est l'occasion de renforcer les systèmes d'information sanitaire. Tout ce qui est fait pour suivre des interventions particulières est de nature à renforcer ces systèmes d'information.

Le Secrétariat utilise les technologies de l'information, notamment la gestion des connaissances et la cybersanté, pour diffuser des informations sanitaires et faciliter ainsi l'accès à l'information. Ces activités sont entièrement compatibles avec le cadre de gestion fondé sur les résultats. Les progrès dans la mise en oeuvre du programme général de travail et du plan stratégique à moyen terme sont activement suivis.

En ce qui concerne les progrès à notifier dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, le Secrétariat apporte déjà une importante contribution aux rapports établis pour les Nations Unies sur la question. D'autres organismes, y compris l'UNICEF et le FNUAP, collaborent avec l'OMS à propos des types de données particuliers intéressant les indicateurs élaborés pour les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Le Secrétariat recherchera cependant le moyen d'établir un rapport plus spécifique.

Le Réseau de métrologie sanitaire vise à renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays. Un ensemble d'outils a été élaboré et le Réseau fonctionne dans 50 à 60 pays, en vue de promouvoir un investissement accru dans les systèmes d'information sanitaire.

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

**Allocation stratégique des ressources : Point 6.1 de l'ordre du jour (document EB118/7)**

Le Dr JAKSONS (Lettonie) insiste sur l'évaluation des besoins des pays, la définition de résultats à atteindre, la préparation des programmes et la vérification croisée des résultats comme indiqué au paragraphe 19 du rapport. Le Conseil pourrait examiner les résultats de cette double vérification dans le cadre du budget programme. Un dispositif de validation qui n'a rien à voir avec l'allocation des ressources est utile. Si l'on observe des divergences importantes entre les résultats de l'allocation des ressources et la validation, on pourrait décider lequel des deux ensembles d'indicateurs devrait être modifié à l'avenir. La meilleure façon d'éprouver une méthode est de l'appliquer.

---

<sup>1</sup> Résolution EB118.R4.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) voudrait savoir comment les principes directeurs fonctionneront. Le principe 3 semble vouloir dire que ce sont à la fois les contributions fixées et les contributions extrabudgétaires qui seront allouées conformément aux principes directeurs, et donc soumises au mécanisme de validation. Cependant, conformément au onzième programme général de travail, le Secrétariat est censé consulter les donateurs afin d'aligner les contributions extrabudgétaires sur les priorités de l'OMS. Ce n'est pas aux donateurs de s'adapter au dispositif de validation. On ne sait pas très bien non plus comment on passera d'une approche fondée sur les ressources à une approche fondée sur les résultats. La planification d'une organisation quelle qu'elle soit, y compris l'OMS, doit respecter les limites que lui imposent ses ressources.

M. SHUAAIB (suppléant du Dr Al-Shammari, Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite des efforts déployés par le Directeur général disparu pour décentraliser l'Organisation et développer la budgétisation fondée sur les résultats. Le Secrétariat doit travailler à tous les niveaux pour améliorer la performance. On attendra davantage des bureaux régionaux et des bureaux de pays et les ressources transférées du Siège aux Régions devront être réparties équitablement.

La décision WHA57(10) insiste sur l'appui aux pays les plus démunis comme le fait le dispositif de validation. M. Shuaaib convient tout à fait que les situations d'urgence et l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite devraient être exclues du dispositif de validation. Les besoins sanitaires qui n'auront pas été suffisamment pris en compte par les indicateurs utilisés dans le dispositif de validation devront être traités en tant qu'entités distinctes. Il est favorable au dispositif de validation à plusieurs conditions : que des ressources soient réparties entre le Siège et les Régions en tenant pleinement compte des changements résultant de la décentralisation ; que les Régions les plus démunies reçoivent leur juste part des ressources et ne soient pas privées de nouvelles ressources provenant du budget ordinaire ou des contributions volontaires ; que les ressources allouées pour les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite et exclues des modèles d'évaluation des besoins soient traitées comme un élément distinct de l'allocation des ressources ; que l'indicateur de développement humain soit utilisé pour évaluer les besoins sanitaires des pays ; et que les pays à forte population ne soient pas pénalisés.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) n'approuve pas la déclaration figurant au paragraphe 19 de l'annexe du rapport selon laquelle l'éducation n'est que l'un des nombreux déterminants sociaux de la santé. L'éducation est parfois encore plus importante que la situation socio-économique.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) rappelle les négociations intensives sur la formule d'allocation régionale des ressources qui ont eu lieu à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 1998. A cette occasion, l'Organisation s'était presque déchirée. Le nouveau dispositif de validation et l'allocation des ressources ne font pas apparaître de redistribution des ressources entre les Régions de l'OMS. Aucune Région ne verra son budget réduit, car environ 5 % du budget du Siège sera alloué aux Régions, mais il n'est pas convaincu des avantages de la méthode. Au niveau des pays, les crédits provenant du budget ordinaire de l'OMS sont négligeables par comparaison à ceux qu'ils reçoivent d'autres sources. En outre, la principale fonction de l'Organisation est la génération, la gestion et la mise en commun et la promotion de connaissances et, à cette fin, elle a besoin d'un Secrétariat qui soit à la fois techniquement et intellectuellement solide. Or on s'attaque continuellement au Siège en réduisant son budget et cela est contraire à ce que les pays attendent de l'Organisation.

L'OMS est de plus en plus financée par des sources extrabudgétaires. En 1998, les deux tiers des ressources de l'Organisation provenaient des contributions des Etats contre 25 % en 2006. La quasi-totalité des 75 % provenant d'autres contributions est réservée à des domaines programmatiques particuliers et n'est pas destinée à l'ensemble de l'Organisation. Le fait d'avoir à négocier avec chaque donateur impose au Secrétariat de se mobiliser simplement pour permettre à l'Organisation de fonctionner normalement. Ce n'est pas sain, car les contributions des Etats Membres sont de plus en

plus utilisées conformément aux désirs des donateurs alors que 25 % des ressources provenant des contributions sont utilisées essentiellement pour le fonctionnement du Secrétariat, ce qui laisse peu de chose pour les activités programmatiques. Pour pouvoir agir concrètement, l'Organisation doit négocier une aide avec les donateurs. Cette situation pourrait être exploitée à l'avenir par des donateurs soucieux de faire progresser leurs propres programmes. Le Secrétariat doit donc définir des orientations stratégiques pour résoudre le problème à long terme, donner des avis au Conseil en conséquence et faire en sorte que les recettes perçues par le Secrétariat soient utilisées pour répondre aux besoins des Etats Membres. C'est seulement ainsi que l'OMS pourra maintenir sa crédibilité sociale.

Le Dr SHANGULA (Namibie) rappelle que le contenu du rapport a été débattu à plusieurs reprises et qu'un terrain d'entente a été trouvé sur certains points. Les consultations avec les Régions ont été prises en compte. Le Conseil ne devrait pas rouvrir le débat, mais plutôt se concentrer sur les points qui lui ont été renvoyés pour clarification. Parmi ceux-ci, le principal est le dispositif de validation et le Conseil doit décider si le rapport doit être remanié. Une fois le processus complexe mis en place, il pourra être suivi et des ajustements pourront lui être apportés.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) propose que le Conseil prenne note du rapport, qui traite de préoccupations qui ont déjà été soulevées. La gestion fondée sur les résultats est importante et sa mise en oeuvre devrait être suivie et revue si nécessaire.

Le Dr TANGI (Tonga) est d'accord avec les deux orateurs précédents.

Le Dr GØTRIK (Danemark) dit que la préparation du rapport a été longue et complexe, en particulier lorsqu'il s'est agi de concevoir le dispositif de validation. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a examiné les principes directeurs dans le détail et est parvenu à une conclusion fondée sur un consensus. Il est prêt à accepter le rapport tel quel.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que la préparation du rapport a fait l'objet d'un processus transparent et que les avis de toutes les parties ont été pris en compte. Il soutient le rapport et suivra sa mise en oeuvre.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, dit que le rapport est utile et représente l'accomplissement d'une tâche assignée au Secrétariat. Il ne faut pas oublier que les ressources sont davantage que de l'argent. Outre les fonds budgétaires et extrabudgétaires, l'Organisation possède une mine de connaissances scientifiques, médicales et de santé publique. Elle peut également compter sur ses centres collaborateurs et a des relations avec des établissements universitaires et scientifiques et avec des organisations non gouvernementales. Lorsqu'elle s'efforce de répondre aux besoins des pays en développement et oeuvre à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, l'Organisation devrait prendre en compte toutes ses ressources.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM commente l'observation du membre désigné par la Lettonie selon lequel dispositif de validation et allocation des ressources ne sont pas synonymes. On comprend beaucoup mieux désormais les répercussions pratiques d'une gestion fondée sur les résultats et l'utilité d'un dispositif de validation dans le cadre de ce système. La préparation du projet de budget programme 2008-2009 supposera que l'on reconnaisse les besoins techniques et fondamentaux tant des Etats Membres que du Secrétariat.

En ce qui concerne les préoccupations exprimées par le membre désigné par le Japon, des progrès ont été faits dans la gestion du budget ordinaire et des contributions extrabudgétaires à l'intérieur d'un cadre unique, même s'il reste beaucoup à faire. Toutes les ressources financières de l'Organisation doivent être prises en compte, car, même en présence d'une approche de la

budgetisation fondée sur les résultats, il convient de savoir de quelles ressources on dispose pour établir un budget réaliste. Il faudrait dans ce processus se laisser guider par les résultats escomptés plutôt que de prendre l'allocation des ressources comme point de départ.

Répondant au membre désigné par l'Iraq au sujet de la gestion fondée sur les résultats, de la décentralisation et du transfert des ressources au sein de l'Organisation, il explique que l'essentiel du travail de l'Organisation se fait au niveau des pays, mais que cela ne veut pas dire pour autant que la structure du Siège sera démantelée. Les orientations stratégiques approuvées pour l'action de l'Organisation exigent un équilibre entre un Siège fort, l'exercice de fonctions mondiales et une mise en oeuvre appropriée des programmes au niveau des pays. Les ressources devraient être transférées aux pays là où elles sont nécessaires.

Le commentaire concernant l'éducation dans l'annexe sur les principes directeurs est malvenu et sera supprimé.

Le financement global de l'Organisation, auquel a fait référence le membre désigné par la Thaïlande, a été examiné par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, aussi bien d'une manière générale qu'en ce qui concerne certaines réformes gestionnaires particulières. L'efficacité du financement de l'OMS de même que l'alignement des ressources et des résultats et la charge administrative que représente pour l'Organisation la gestion des contributions volontaires seront inscrits à l'ordre du jour de la prochaine réunion de ce Comité.

Le fait d'associer science médicale et gestion a peut-être donné lieu à une vue d'ensemble un peu simpliste des progrès mais, en ce qui concerne l'alignement entre ressources et résultats, l'écart type a été réduit de moitié. Toutefois, la surveillance des progrès demandera davantage de temps, devra faire l'objet d'un rapport distinct et d'un autre type de consultation. Le financement de l'Organisation pourrait être examiné par les comités régionaux lorsqu'ils examineront le projet de budget programme, par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et par le Conseil en janvier 2007.

Il est important de suivre l'application de l'approche fondée sur les résultats.

Répondant aux observations faites par le Président, il précise que les priorités de l'Organisation ne s'expriment pas uniquement en termes monétaires. Certains domaines d'activité sont d'une importance technique et politique considérable sans être pour autant dotés de budgets conséquents.

Le PRESIDENT dit qu'en l'absence d'objections, il considérera que le Conseil souhaite approuver le contenu du rapport.

## **Il en est ainsi convenu.**

**Comités du Conseil exécutif : sièges à pourvoir :** Point 6.2 de l'ordre du jour (documents EB118/9 et EB118/9 Add.1)

- **Comité permanent des Organisations non gouvernementales**

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) appelle l'attention sur le paragraphe 2 du document EB118/9 Add.1, contenant les propositions du Président pour les quatre sièges vacants au sein du Comité permanent des Organisations non gouvernementales.

**Décision :** Le Conseil exécutif a nommé le Dr P. M. Buss (Brésil), le Dr Ren Minghui (Chine), le Dr R. R. Jean Louis (Madagascar) et le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) 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), qui fait 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.<sup>1</sup>

- **Comité du Programme, du Budget et de l'Administration**

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) précise que les propositions du Président pour les six sièges vacants au sein du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration figurent au paragraphe 3 du document EB118/9 Add.1.

**Décision :** Le Conseil exécutif a nommé membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le Dr F. Kakar (Afghanistan), Mme J. Halton (Australie), le Dr J. K. Gøtrik (Danemark), le Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), le Dr W. T. Gwenigale (Libéria) et M. N. S. de Silva (Sri Lanka) 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 Jigmi Singay (Bhoutan), du Dr A. H. I. Al-Shamari (Iraq), du Dr B. Wint (Jamaïque), du Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), du Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) et du Dr V. Tangi (Tonga), qui font déjà partie de ce Comité ; et le Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie), Président du Conseil, membre de droit, et le Dr J. Nyikal (Kenya), Vice-Président du Conseil, membre de droit. 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.<sup>2</sup>

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) fait observer que le mandat de l'Australie au Conseil exécutif expirant dans un an, la Région du Pacifique occidental devra désigner deux Membres en 2007. Il propose que le Dr J. N. Nyikal (Kenya), en sa qualité de Vice-Président du Conseil exécutif, soit, comme le Président du Conseil exécutif, membre de droit du Comité.

**Il en est ainsi décidé.**

- **Comités des fondations**

Le PRESIDENT annonce qu'il n'y a de postes vacants dans aucun des comités de fondations.

### **Représentants du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé**

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) appelle l'attention sur les propositions contenues dans le document EB118/9 Add.1 concernant la nomination des représentants du Conseil exécutif à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

**Décision :** Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, le Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie), et ses trois premiers Vice-Présidents, M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), le Dr B. Sadasivan (Singapour) et le Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande) pour représenter le Conseil à la Soixantième 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. Nyikal (Kenya), et le

---

<sup>1</sup> Décision EB118(1).

<sup>2</sup> Décision EB118(2).

Rapporteur, le Dr A. H. Saheli (Jamahiriya arabe libyenne), pourraient être invités à représenter le Conseil.<sup>1</sup>

**Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé :** Point 6.3 de l'ordre du jour (document EB118/10)

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) déclare qu'à la suite de la décision du Conseil de convoquer sa prochaine cent dix-neuvième session en novembre 2006, le libellé de la première des décisions figurant au paragraphe 5 du rapport devra mentionner à la fois cette session et la cent vingtième session en janvier 2007. La décision concernant la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé reste inchangée.

Le Dr SHANGULA (Namibie) aimerait savoir si la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé durera dix jours alors que la Cinquante-Neuvième a achevé ses travaux en six jours. Des efforts devraient être faits pour mieux gérer le temps de l'Assemblée de la Santé, en particulier au sein de la Commission A.

Le Dr REN Minghui (Chine) demande pourquoi la prochaine session du Conseil est numérotée comme une session ordinaire.

M. BURCI (Conseiller juridique) explique qu'il s'agira d'une session ordinaire convoquée en vertu de l'article 5 du Règlement intérieur.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que la décision du Conseil visant à accélérer la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général fait référence à la session de novembre 2006 comme à une « session extraordinaire ».<sup>2</sup>

Le PRESIDENT fait observer que cette divergence devra être rectifiée.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) s'interroge au sujet de la numérotation de la session extraordinaire du Conseil exécutif tenue le 23 mai 2006 et de celle de l'Assemblée de la Santé extraordinaire qui doit se tenir en novembre 2006.

Le Dr KAKAR (Afghanistan), se référant à la déclaration du membre désigné par la Namibie, déclare qu'il aurait préféré que les deux dernières Assemblées de la Santé aient disposé de plus de temps, car certaines décisions ont été trop précipitées et plusieurs décisions ont dû être renvoyées au Conseil exécutif.

M. BURCI (Conseiller juridique) explique qu'une session extraordinaire du Conseil exécutif est convoquée en vertu de l'article 6, c'est-à-dire à la demande conjointe de dix membres et dans les 30 jours suivant la réception de la demande, ou par le Directeur général en consultation avec le Président, dans le cas où surviendraient des événements exigeant une action immédiate conformément aux dispositions de l'article 28 *i*) de la Constitution. La session extraordinaire qui s'est tenue le 23 mai 2006 entrerait clairement dans cette catégorie. La session de novembre 2006 de l'Assemblée de la Santé sera convoquée en vertu de l'article 2 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, selon lequel le Directeur général peut convoquer une session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé

---

<sup>1</sup> Décision EB118(3)

<sup>2</sup> Décision EBSS(2).



à la demande du Conseil exécutif et « à la date et au lieu que le Conseil détermine ». La session de novembre sera en fait la première session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr GØTRIK (Danemark) demande que l'on se penche sérieusement sur la durée de l'Assemblée de la Santé. La gestion du temps fait effectivement partie du problème. Il félicite le Président de son excellent travail à cet égard, résultat d'un respect strict des heures de début des séances ; on gagnerait beaucoup de temps à l'Assemblée de la Santé en procédant ainsi.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) fait remarquer que la longueur des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé a été progressivement réduite depuis dix ans. Et si la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé est plus longue que la Cinquante-Neuvième, c'est qu'elle devra examiner le projet de budget programme.

Le PRESIDENT confirme que les sessions au cours desquelles l'Assemblée de la Santé examine le budget programme sont plus longues car de nombreux Etats Membres souhaitent faire des déclarations.

Le Dr SHANGULA (Namibie) dit qu'il accepte cette explication, mais qu'il continue de croire qu'il y a moyen de mieux gérer le temps.

**Décision :** Le Conseil exécutif a décidé que sa cent dix-neuvième session s'ouvrirait le lundi 6 novembre 2006 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le mercredi 8 novembre 2006. Il a en outre décidé que sa cent vingtième session s'ouvrirait le lundi 22 janvier 2007 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le mardi 30 janvier 2007.<sup>1</sup>

**Décision :** Le Conseil exécutif a décidé que la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 14 mai 2007 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le mercredi 23 mai 2007.<sup>2</sup>

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, déplore l'envoi tardif de la documentation de la session, surtout qu'il s'agit d'un problème récurrent. Le paragraphe 15 du document EB118/2 sur les résultats des travaux de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé fait référence à un amendement à l'article 14 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé visant à ce que les documents soient disponibles six semaines avant une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé. Le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif contenu dans le document EB118/3 fait observer qu'un point de l'ordre du jour du Comité a été renvoyé au Conseil pour examen en raison de la distribution tardive du document correspondant. L'article 5 du Règlement intérieur du Conseil exécutif précise que les documents en vue de la session sont envoyés pas moins de six semaines avant le début d'une session ordinaire du Conseil. A l'avenir, il conviendrait que cet article soit mieux respecté et que les seuls documents que le Conseil examine en disposant d'un délai inférieur soient ceux qui ont trait à l'Assemblée de la Santé précédant immédiatement sa session.

---

<sup>1</sup> Décision EB118(4).

<sup>2</sup> Décision EB118(5).

Le PRESIDENT dit que le Secrétariat prendra note de ces observations. L'article pertinent doit être respecté, mais le Conseil doit aussi avoir à l'esprit qu'il faut du temps pour établir les documents, qui doivent être le plus à jour possible.

**5. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 8 de l'ordre du jour (reprise)**

**Rapport de situation sur la mise en oeuvre d'une résolution : incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (résolution WHA58.23) :** Point 8.1 de l'ordre du jour (document EB118/12)

**Le Conseil prend note du rapport.**

**Comités d'experts et groupes d'étude :** Point 8.2 de l'ordre du jour (document EB118/13)

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), citant le rapport du Comité d'experts FAO/OMS des Additifs alimentaires, fait observer que, ces dernières années, l'OMS et la FAO sont parvenues à améliorer la transparence des décisions du Comité et le processus par lequel sont désignés ses experts. Elle s'en félicite et souligne qu'il convient de rester vigilant pour garantir l'intégrité du programme du Comité. Les comités d'experts doivent être équilibrés sur le plan géographique et acceptés au niveau international. Le Secrétariat doit concilier ces besoins avec l'exigence d'un haut niveau de compétences scientifiques ; il devrait veiller à ce que le Comité dispose des meilleurs chercheurs dans le monde lorsqu'il élabore des normes de sécurité applicables aux additifs et aux contaminants fondées sur des données factuelles. Le fait de maintenir un tel niveau d'excellence permettra d'accroître la confiance des consommateurs dans l'approvisionnement alimentaire au niveau mondial. Malheureusement, la viabilité financière du Comité a récemment été remise en question. Elle demande au Secrétariat et aux Etats Membres de considérer comme prioritaire le soutien financier au Comité, de sorte que les Etats Membres et la Commission du Codex Alimentarius puissent compter sur des avis scientifiques solides concernant les questions de sécurité sanitaire des aliments.

Le PRESIDENT convient que le tableau d'experts doit être tenu à jour et invite instamment les Etats Membres à fournir les noms de scientifiques qui pourraient y siéger, de sorte que le Secrétariat puisse obtenir l'équilibre géographique souhaité tout en respectant l'exigence de compétence scientifique. Les experts de pays en développement n'ayant pas une réputation internationale devraient également être pris en considération.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**La séance est levée à 17 h 25.**

## **CINQUIEME SEANCE**

**Mercredi 31 mai 2006, 9 h 5**

**Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)**

### **1. HOMMAGE AU DR LEE**

Le PRESIDENT annonce qu'un film vidéo de cinq minutes va être projeté en hommage au Directeur général disparu.

#### **Le film est projeté.**

Le PRESIDENT rappelle le grand vide laissé par le décès inopiné du Dr Lee. S'il n'a occupé le poste de Directeur général que pendant trois ans, il a néanmoins marqué de son empreinte la santé publique. Le meilleur hommage que l'on puisse lui rendre serait de poursuivre l'action en vue d'instaurer la santé pour tous, en particulier pour les plus défavorisés. Le Conseil poursuivra ses efforts dans ce sens et, ce faisant, rendra un hommage permanent et utile au Dr Lee.

### **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 EB118/INF.DOC./1)**

Mme LALIBERTÉ (représentant des Associations du Personnel de l'OMS), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, exprime la tristesse ressentie par tous les membres du personnel de l'OMS à la suite de la disparition soudaine du Directeur général.

Elle remercie le Président de permettre au personnel de l'OMS d'exercer son droit fondamental à la liberté d'expression. Le personnel se sent honoré de servir l'OMS et l'Association du Personnel du Siège s'efforce de promouvoir une organisation efficace, juste et respectueuse des règles, de façon à favoriser un travail productif dans un climat de confiance et de respect mutuel. Des solutions aux préoccupations du personnel sont actuellement recherchées. Certaines informations attestent de cas de non-respect des règles et procédures et d'inégalités flagrantes dans le traitement du personnel dans plusieurs Départements, le travail productif étant souvent compromis par des exercices de restructuration répétés. L'Association du Personnel est fermement opposée à un processus d'examen des compétences dénué de transparence, arbitraire et injuste, en particulier du fait que les hauts responsables en sont exclus. Le document formule quatre suggestions concrètes pour améliorer les relations personnel/administration.

L'Association du Personnel du Siège souhaite ouvrir une nouvelle ère dans les relations personnel/administration dans le cadre de la réforme des Nations Unies et prie le Conseil d'établir des mécanismes qui permettront de suivre les progrès accomplis dans ce sens et d'assurer le respect des règles. Elle invite le Président à offrir ses bons offices en vue d'améliorer les relations personnel/administration.

Le PRESIDENT indique qu'après consultation, il ressort que rien n'a été fait pour empêcher le représentant des Associations du Personnel de faire sa déclaration. Le Conseil souhaite favoriser de bonnes relations entre le personnel et l'administration et sera disposé à prendre toutes les mesures nécessaires à cet égard. Il se félicite que le personnel ait donné l'assurance de sa coopération et de sa solidarité, non seulement au cours de la période de transition, mais, d'une manière générale, dans toutes les activités de l'Organisation. Comme l'avait déclaré le Dr Lee, les progrès accomplis par l'OMS n'auraient pas été possibles sans le dévouement, la compétence et le travail de l'ensemble du personnel.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM confirme que l'administration se félicite de l'engagement résolu du personnel et des Associations du Personnel. Le Dr Lee avait encouragé cet engagement et la représentation du personnel. Aucune tentative n'a été faite pour empêcher les Associations du Personnel de faire une déclaration au Conseil. Mais certains se sont inquiétés du fait que la déclaration n'avait pas reçu le soutien de toutes les Associations du Personnel des Régions. Il est important que les membres du personnel, qui représentent toutes les Associations du Personnel et pas uniquement l'Association du Personnel du Siège, puissent s'adresser au Conseil. Toutefois, les préoccupations du personnel au sujet de la situation à Genève devraient pouvoir être exprimées au Conseil. L'administration est attachée à améliorer le fonctionnement de l'Organisation et sa gestion fondée sur les résultats. Le Secrétariat est guidé dans son action par la nécessité de répondre aux besoins des Etats Membres. Les compétences requises ont été définies dans la politique de recrutement et l'évaluation des services du personnel. On a beaucoup investi au cours des 18 derniers mois dans la formation à la gestion et à la direction et dans le perfectionnement du personnel. Mais des lacunes et des problèmes subsistent. On a procédé à un examen des fonctions des différents Départements du Siège et des effectifs nécessaires compte tenu du budget. Un comité d'orientation était chargé d'assurer une étroite coopération avec l'Association du Personnel. Les problèmes ont été traités, pas entièrement, certes, mais la contribution des Associations du Personnel est jugée utile.

Le Directeur général par intérim est prêt à revoir le système de justice interne. Sur la question des nominations directes, le Dr Lee avait eu une réunion avec l'Association du Personnel juste avant sa mort. Il avait exprimé une nette préférence pour le processus de sélection normal mais avait indiqué que, parfois, les nominations directes étaient la solution la mieux adaptée. Par rapport à d'autres organisations internationales, l'OMS enregistre un faible taux de nominations directes (7,8 %), et le Dr Lee n'a jamais été lui-même à l'origine d'une nomination directe. Celles-ci ont toujours reposé sur un processus approfondi et une documentation adéquate.

Dans une version antérieure de la déclaration, des allégations très graves de corruption au sein de l'Organisation avaient été formulées. Le Dr Lee, très attaché à un comportement éthique, avait alors prié le vérificateur intérieur des comptes d'enquêter sur ces allégations et avait demandé au personnel d'apporter son témoignage, le cas échéant. Dans ce cas particulier, il avait été convenu qu'à titre exceptionnel, les membres du personnel pourraient s'adresser au Commissaire aux Comptes. Le Directeur général par intérim s'engage à suivre cette question. Toute infraction aux règles devra faire l'objet d'une enquête. Il est possible que des cas se soient produits, mais, dans l'ensemble, les administrateurs s'acquittent de leurs fonctions de manière responsable.

La demande de l'Association du Personnel du Siège de participer aux travaux du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a été transmise au Président du Comité. C'est au Conseil de décider de revenir ou non sur la décision prise à cet égard.

Le PRESIDENT estime que la déclaration témoigne de la bonne foi de l'administration et de son souci de maintenir le dialogue avec le personnel.

Le Dr SHANGULA (Namibie) s'interroge sur la contradiction apparente entre le membre de phrase « au nom des membres du personnel de l'OMS dans le monde » et l'appel de note figurant au bas de la première page de la déclaration indiquant que les opinions exprimées n'engagent pas les Associations du Personnel des bureaux régionaux de l'OMS.

Le Dr TANGI (Tonga) rappelle le principe selon lequel tous les membres du personnel de l'OMS à tous les niveaux sont responsables devant les Etats Membres et donc devant les contribuables du monde entier. Le rôle du personnel est en outre de remplir la mission de l'OMS. Toute déclaration faite au nom du personnel devrait représenter l'opinion majoritaire de l'ensemble du personnel, y compris celui des bureaux régionaux ; il propose le chiffre d'au moins 70 %. Quant à la représentation du personnel au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, la décision doit être laissée au Comité lui-même. En ce qui concerne l'évaluation des services du personnel, il est important que les membres du Conseil soient informés de tous ses aspects, y compris de l'avis de ceux qui évaluent l'exécution des tâches. Quant aux nominations, il appelle l'attention sur l'article 35 de la Constitution, qui fixe le cadre réglementaire à cet égard.

M. MIGUIL (Djibouti) voudrait savoir pourquoi l'étude indépendante demandée au paragraphe 6.b) de la déclaration ne devrait s'appliquer qu'aux classes inférieures à D1. Si une étude a lieu, elle devrait s'appliquer à toutes les catégories de personnel.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) rappelle le thème de la Journée mondiale de la Santé 2006 « Travailler ensemble pour la santé ». Les Etats Membres devraient prendre grand soin du personnel de l'OMS, qu'il s'agisse de son recrutement, de sa fidélisation ou de sa productivité. Il convient avec le membre désigné par Tonga que le personnel de l'OMS, rétribué par l'argent du contribuable, est aussi le personnel des Etats Membres.

Le Dr Suwit Wibulpolprasert soutient les quatre recommandations et est heureux d'apprendre que le Dr Lee n'a jamais voulu empêcher le personnel de s'exprimer. Lui-même a cependant assisté à des situations où de hauts responsables de l'OMS avaient empêché, directement ou indirectement, des membres du personnel de s'exprimer. Responsabilité et transparence s'imposent si l'OMS veut conserver sa crédibilité. Tous les membres du personnel sont des fonctionnaires internationaux et doivent faire preuve de loyauté vis-à-vis de leur Organisation comme de l'ensemble de ses Etats Membres, qui à leur tour doivent rester vigilants sur toutes les questions relatives au personnel.

Il partage les préoccupations exprimées par l'orateur précédent au sujet de la portée de l'étude indépendante proposée. Les nominations de membres du personnel hors classes sont beaucoup plus importantes pour les activités de l'Organisation. Il souhaite également savoir pourquoi les Associations du Personnel ne devraient pas être représentées au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Il n'y a aucune raison apparente à ce que les représentants de l'ensemble des Associations du Personnel ne soient pas autorisés à assister aux réunions des comités du Conseil, par exemple en qualité d'observateurs. Des questions graves, transactions financières manquant de transparence, népotisme, favoritisme et autres conduites contraires à l'éthique, ont été soulevées par le vérificateur intérieur des comptes et examinées par l'Assemblée de la Santé. Le Secrétariat devrait prendre des mesures et rendre compte au Conseil et à l'Assemblée de la Santé. La crédibilité de l'OMS ne doit pas être compromise par des actes individuels ou impliquant une partie de l'Organisation.

Mme LALIBERTÉ (représentant des Associations du Personnel de l'OMS), répondant aux observations formulées au sujet de la non-représentation du personnel des bureaux régionaux de l'OMS, précise que l'Association du Personnel du Siège a pris sa décision démocratiquement. Les autres Associations du Personnel ont été invitées à deux reprises à soumettre leurs points de vue de sorte qu'une déclaration plus représentative puisse être rédigée, mais le CIRC a été le seul à le faire.

Elle est prête à mettre à la disposition des membres du Conseil le refus écrit d'autoriser l'Association du Personnel à s'exprimer devant le Conseil, adressé à celle-ci par l'administration au nom du Directeur général par intérim. Elle assure les membres désignés par Tonga et la Thaïlande que l'Association est très soucieuse de l'argent du contribuable mais peut-être encore davantage du sort des plus démunis qui, eux, ne paient pas d'impôts et qui sont touchés par la maladie ; elle en appelle à plus de démocratie dans l'Organisation de façon à ce que leur voix aussi puisse être entendue.

Au cours de la préparation de sa déclaration au Conseil, l'Association du Personnel s'est heurtée à divers problèmes touchant sa liberté d'expression, ce qui n'est pas tolérable. Les préoccupations exprimées au sujet de la corruption, du népotisme et du favoritisme ne concernaient pas le Dr Lee mais d'autres éléments de l'Organisation. L'Association est tout à fait disposée à fournir des preuves à l'appui de sa déclaration aux membres du Conseil qui en feraient la demande, moyennant des garanties adéquates pour le personnel.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM souligne que l'Organisation défend la liberté d'expression mais que certains aspects techniques du travail d'un fonctionnaire international comportent des responsabilités particulières. Des exemplaires du message qu'il a adressé au personnel indiquant que l'Association du Personnel n'était pas et ne serait pas empêchée de faire sa déclaration au Conseil peuvent être communiqués à tous les membres. La crainte qu'il a exprimée concernait le fait de savoir si la déclaration soumise représentait l'avis de l'ensemble des Associations du Personnel. La responsabilité de la décision de soumettre une déclaration partiellement représentative ne lui incombe pas, elle revient aux membres élus des Associations du Personnel de l'ensemble de l'Organisation. Il a consulté le Président concernant la présentation de la déclaration en faisant usage du droit que lui confère le Conseil exécutif de soumettre, par l'intermédiaire du Directeur général, une déclaration reflétant le point de vue des Associations du Personnel sur ces questions. Le Président n'a pas émis d'objection.

Dans ses fonctions antérieures, le Directeur général par intérim a apprécié de pouvoir collaborer avec les membres du Conseil pour améliorer les conditions d'emploi de l'Organisation et de son personnel. Il se félicite du débat sur la façon d'améliorer le système de justice interne. Il ne considère pas opportun d'effectuer une étude indépendante qui ne concernerait que le personnel au-dessous de la classe D1 pour les raisons que le Dr Lee a expliquées à l'Association du Personnel du Siège la semaine passée. Cela ne préjuge en rien de la possibilité de passer en revue les cas individuels si nécessaire, et des méthodes ont déjà été mises en place à cette fin. Un exercice de grande envergure a été entrepris afin d'offrir à un nombre important de membres du personnel engagés au titre de contrats à court terme la possibilité de se porter candidats à des postes de durée déterminée. En ce qui concerne l'enquête sur les allégations de faute grave, des mécanismes, y compris le recours au Bureau des services de contrôle interne et au vérificateur intérieur des comptes existent déjà, et ils pourraient être encore renforcés. La protection du personnel est une priorité et il est attaché à offrir des garanties accrues à cet égard, en particulier en cas de soupçon de comportement répréhensible. La représentation de l'Association du Personnel au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration est une question qu'il incombe au Conseil d'examiner.

Le PRESIDENT, répondant à une question de M. MIGUIL (Djibouti), dit que la question de l'étude proposée a été traitée par le Directeur général par intérim dans sa réponse. Il est clair qu'une telle étude devrait s'appliquer à toutes les catégories de personnel.

Un dialogue positif et ouvert a pu s'instaurer et le Conseil pourrait contribuer à favoriser ce dialogue, car le bien-être du personnel est essentiel au bon fonctionnement de l'Organisation.

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

**Confirmation d'amendements au Statut et au Règlement du Personnel :** Point 7.2 de l'ordre du jour (documents EB118/11 et EB118/11 Add.1)

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) constate que le rapport contient un grand nombre d'amendements. Il indique également (au paragraphe 2) que la Commission de la Fonction publique internationale a fait de nombreuses recommandations qui doivent encore faire l'objet d'une décision de l'Assemblée générale des Nations Unies. La date proposée pour

l'entrée en vigueur des amendements étant le 1<sup>er</sup> janvier 2007, elle préférerait que l'approbation soit reportée à une date où les décisions auront été prises. Les coûts supplémentaires qui n'ont pas été prévus dans le budget programme 2006-2007 seront couverts en fonction de la disponibilité de fonds. L'examen des amendements pourrait donc être reporté à la session de janvier du Conseil et, s'ils étaient approuvés, ils pourraient être appliqués de manière rétroactive plutôt que prématurément.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) demande comment le Secrétariat prévoit d'absorber les coûts supplémentaires de US \$22,8 millions en 2007 et si des stratégies d'accroissement de l'efficacité et de la productivité seront appliquées. Si les amendements sont approuvés, elle aimerait avoir une mise à jour, éventuellement à la session de janvier du Conseil, concernant l'absorption de ces coûts.

Le Dr GØTRIK (Danemark) voudrait savoir si la question considérée a été examinée par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et si une recommandation aurait dû être faite au Conseil par le Comité.

M. HENNING (Ressources humaines), répondant aux observations du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, dit que l'approbation des recommandations par l'Assemblée générale des Nations Unies a été reportée à plus tard dans l'année en raison des récentes propositions de réforme présentées par le Secrétaire général. Ces propositions sont entièrement indépendantes des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale. L'une des raisons pour lesquelles les recommandations sont présentées avant la tenue de l'Assemblée générale est que l'on s'attend à ce qu'elles soient approuvées avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Toutefois, le manque de synchronisation n'a pas permis au Secrétariat de prévoir très à l'avance des modalités de mise en oeuvre. Une autre solution consisterait à approuver les recommandations de la Commission sous réserve que l'Assemblée générale les approuve. Cela laisserait encore la possibilité de préparer et de mettre en place certaines mesures, par exemple la dérogation à la règle des 44 mois à laquelle sont soumis de nombreux membres du personnel au titre des arrangements contractuels actuels, pour autant qu'un cadre pour la mise en oeuvre de ces mesures soit mis en place d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Répondant aux questions soulevées par le membre désigné par l'Australie, il précise que le coût n'avait pas été envisagé à l'époque en raison de la présentation tardive par la Commission de ses recommandations sur la réforme des contrats et donc que les calculs figurant dans le document EB118/11 Add.1 représentent une estimation maximale des dépenses. Certains droits ne seront pas appliqués avec effet immédiat en 2007, puisque tout dépend de la durée des contrats. Si le Conseil n'est pas prêt à recommander une augmentation du budget de l'Organisation, il faudra recourir à d'autres stratégies en consultation avec les partenaires régionaux. Passant à la question posée par le membre désigné par le Danemark, il déclare qu'en raison des retards déjà mentionnés, le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration n'a pas reçu le document suffisamment tôt pour pouvoir entamer des consultations et a donc renvoyé la question au Conseil.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM dit qu'il espère que le Conseil approuvera les amendements au Règlement du Personnel sous réserve de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies des recommandations de la Commission qui constituent une réforme gestionnaire importante pour le système des Nations Unies et amélioreront le fonctionnement de l'Organisation. L'orateur précédent a décrit la conduite préférable à tenir concernant les dépenses associées à ces amendements. Une fois confirmés par le Conseil, les amendements pourraient être appliqués le 1<sup>er</sup> janvier 2007 sous réserve d'un réexamen de leur faisabilité financière.

Le Dr SHANGULA (Namibie) aimerait savoir s'il y aurait des répercussions négatives pour les membres du personnel au cas où la décision de confirmer les amendements serait reportée. Il émet en effet des réserves quant à l'approbation d'amendements à certaines conditions. Que se passerait-il si

ces conditions n'étaient pas remplies ? Etant donné que la date prévue pour la mise en oeuvre des amendements est le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le Conseil ne pourrait-il pas prendre une décision à sa session de janvier 2007 et l'appliquer de manière rétroactive ? Si les amendements étaient mis en oeuvre fin janvier, par exemple, il n'y aurait sans doute aucune répercussion négative pour les membres du personnel. Il aurait préféré que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration traite de la question et adresse ensuite une recommandation au Conseil.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) considère qu'une décision conditionnelle n'est pas souhaitable mais dit comprendre la nécessité de mettre en marche certains processus entre cette décision et janvier 2007. Elle pourrait faire preuve de souplesse mais demande des éclaircissements au Secrétariat quant aux processus en question. Il est important que les coûts associés à ces amendements soient absorbés dans la mesure du possible.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, convient avec le membre désigné par la Namibie de l'importance de pouvoir disposer de l'avis du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, en particulier au regard des incidences financières qui n'ont pas été prises en compte dans le budget actuel. Les économies et gains de productivité possibles seront utiles même si, dans ce cas, l'approbation des amendements serait moins urgente. Il aimerait également savoir quels sont les processus encore à mettre en oeuvre. Aucun membre du Conseil ne souhaite ralentir les travaux de l'Organisation, notamment en ce qui concerne la coopération avec les pays.

M. HENNING (Ressources humaines) précise que l'un des processus concerne le système mondial de gestion, qui en est à son stade final de conception. Les modes opératoires à utiliser dans le cadre du système doivent être définis d'ici le 30 juin. Si les amendements proposés au Règlement du Personnel ne sont pas approuvés avant, le système reposera sur les politiques et procédures actuelles et devra par la suite être reprogrammé à grands frais. La mise en oeuvre de tous les changements contractuels doit être prévue. Les transformations simples en contrats de caractère continu n'impliqueront pas de dépenses supplémentaires. L'examen des engagements à durée déterminée n'aura peut-être pas de répercussions financières mais exigera des mesures pratiques. Les engagements temporaires restent le principal problème en raison de la règle des 44 mois et parce qu'il serait préférable de commencer l'année 2007 avec le nouveau type de contrat, qui suppose des économies d'échelle et repose sur les amendements proposés au Règlement du Personnel. Cela serait dans l'intérêt de l'Organisation et de l'exécution des programmes, car l'on s'est aperçu que, dans certaines Régions, l'OMS perd un personnel très compétent au profit d'autres organisations, notamment des organisations non gouvernementales, qui proposent des traitements et des conditions d'emploi plus attrayants. Les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale sont mondiales et devraient s'appliquer à toutes les organisations. Les amendements proposés au Règlement du Personnel ont cependant des incidences financières découlant de l'alignement des conditions d'emploi, y compris les indemnités du personnel à court terme, sur celles du personnel bénéficiant d'engagements à durée déterminée, afin d'attirer et de retenir un personnel du plus haut niveau.

Le Dr TANGI (Tonga) se dit surpris que les amendements proposés au Règlement du Personnel n'aient été soumis au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration qu'à la dernière minute étant donné que, dans le contexte du processus de réforme, ils étaient sans doute à l'étude depuis un certain temps. A son avis, le Conseil n'a probablement pas d'autre choix que d'approuver les amendements mais il espère qu'à l'avenir, ces décisions se prendront dans les formes et que suffisamment de temps sera alloué à l'examen de ces questions.



Le Dr GØTRIK (Danemark) a cru comprendre que les fonds inscrits au budget 2007 étaient insuffisants pour financer les mesures proposées. Il aimerait savoir si, en approuvant les amendements proposés au Règlement du Personnel, le Conseil approuvera aussi une augmentation budgétaire ou si les mesures proposées pourraient être financés au titre du budget existant.

M. HENNING (Ressources humaines) précise que, conformément aux procédures révisées, les incidences administratives et financières des amendements proposés au Règlement du Personnel ont été présentées au Conseil. Les membres doivent décider si le Conseil souhaite approuver une augmentation de budget ou s'il souhaite recommander, comme l'a proposé le membre désigné par l'Australie, que les amendements proposés au Règlement du Personnel soient couverts au moyen d'économies d'échelle à effectuer par l'Organisation.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme que, pour la période biennale actuelle, les coûts devront être absorbés par des économies et des gains de productivité découlant du processus de réforme en cours, étant donné que toute augmentation du budget devrait être approuvée par l'Assemblée de la Santé. Les incidences financières pour la période 2008-2009 seront présentées au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé l'année prochaine.

Le Dr SHANGULA (Namibie) voudrait savoir si les mesures qui, de l'avis de M. Henning, doivent être prises d'ici l'entrée en vigueur des amendements en janvier 2007 ne pourraient pas être appliquées par anticipation, avant leur approbation ultérieure par le Conseil à sa session de janvier 2007.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) ne refuse pas en principe de prendre une décision conditionnelle mais précise que l'application des amendements au Règlement du Personnel sur cette base serait impossible. La question devrait être renvoyée au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, qui pourrait ensuite rendre compte au Conseil en janvier 2007 et proposer un budget correspondant. Le Conseil pourrait alors prendre une décision, qui pourrait être appliquée de façon rétroactive, comme l'a suggéré le membre désigné par la Namibie.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM s'excuse de la transmission tardive du document considéré au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et explique que l'on avait espéré connaître les résultats de l'Assemblée générale des Nations Unies avant de soumettre les propositions. Rien n'empêche le Conseil d'approuver les propositions sans l'approbation de l'Assemblée générale; la décision du Conseil n'a pas à être conditionnelle. Il serait souhaitable cependant d'assurer une certaine continuité et une cohérence dans le cadre du processus général de réforme des Nations Unies, auquel l'OMS a participé activement. Les incidences financières sont considérables mais, en réalité, elles correspondent à une augmentation à l'échelle de l'Organisation de 2 % maximum pour ce qui est des dépenses en personnel. Une coopération constructive s'est instaurée avec les Associations du Personnel sur la question de l'amélioration des conditions d'emploi.

Le Conseil pourrait approuver les amendements au Règlement du Personnel et demander au Directeur général par intérim de rendre compte au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en janvier 2007 sur leur application. Le Conseil pourrait, à sa session de janvier 2007, approuver l'application *de facto* de ces amendements. Le système mondial de gestion est un facteur majeur à prendre en considération, tout comme d'ailleurs la nécessité d'éviter tout coût supplémentaire à cet égard. L'augmentation maximum de 2 % devra être absorbée tout en préservant le plus possible le fonctionnement de l'Organisation.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit qu'elle est prête à confirmer les amendements au Règlement du Personnel à la condition que l'Assemblée générale des Nations Unies approuve les recommandations de la Commission de la Fonction publique

internationale. Elle demande au Secrétariat de rendre compte sur cette question au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et au Conseil exécutif en janvier 2007.

Le Dr SHANGULA (Namibie), notant que certains processus nécessitant l'approbation du Conseil devront être menés à bien avant que les amendements au Règlement du Personnel ne puissent prendre effet en janvier 2007, répète sa question : serait-il possible, pour éviter de nouveaux retards, que ces processus soient mis en place en partant du principe que les amendements seront ensuite approuvés ?

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) dit qu'en tant que Ministre de la Santé il comprend les problèmes posés par la perte de personnel qualifié. Il pense donc également que les amendements proposés devraient être approuvés en principe, étant entendu que les incidences budgétaires seraient communiquées au Conseil à sa session de janvier 2007, avec une indication des domaines dans lesquels des coupures seraient éventuellement opérées.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, convient avec le membre désigné par Tonga que si le Conseil n'approuve pas les amendements proposés au cours de la présente session, l'Organisation en souffrira. Les incidences financières devront alors être traitées par le Conseil à sa session de janvier 2007.

Le Secrétariat ne pourra pas aller de l'avant sans savoir clairement que le Conseil n'a aucune objection à la réforme proposée. Le Conseil a donc trois solutions : donner son approbation sous réserve des conditions mentionnées par les membres désignés par les Etats-Unis d'Amérique et la Namibie ; donner son approbation sans condition ; ou reporter la question à sa session de janvier 2007.

M. HENNING (Ressources humaines), répondant au membre désigné par la Namibie, dit que sans les changements nécessaires au Règlement du Personnel, on ne pourra pas non plus apporter de changements aux procédures officielles et aux manuels. Il sera également impossible de définir les règles pour le système mondial de gestion, qui sont nécessaires pour fixer les paramètres de la composante informatique du programme des ressources humaines, ou d'offrir des engagements dans le cadre des nouvelles formules contractuelles proposées, car tous ces changements dépendent des changements apportés au Règlement du Personnel.

Le Dr SHANGULA (Namibie) précise qu'il a demandé s'il serait possible d'apporter les changements nécessaires préalablement à l'approbation par le Conseil, de sorte que les processus pertinents puissent être menés à bien et que tout soit prêt pour l'application des amendements à la date prévue.

M. HENNING (Ressources humaines) dit que les changements au Règlement du Personnel doivent être approuvés avant que les procédures ne puissent être modifiées. Il est impossible de changer les procédures sans cette approbation.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) exprime son soutien de principe aux amendements proposés. Leur application devra cependant attendre jusqu'à la session de janvier 2007 du Conseil, date à laquelle les répercussions budgétaires apparaîtront clairement. Si le Conseil n'approuve pas les amendements à sa présente session, leur mise en oeuvre sera retardée d'autant. Il propose donc que le Conseil donne son approbation sous réserve de l'approbation des incidences budgétaires par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le PRESIDENT considère donc que le Conseil souhaite approuver les amendements proposés au Règlement du Personnel sous réserve de leur approbation par l'Assemblée générale des Nations

Unies et de l'approbation des incidences budgétaires par l'Assemblée de la Santé, après leur examen par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

**Il en est ainsi convenu.**

### **3. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 8 de l'ordre du jour (suite)**

#### **Cybersanté : normalisation de la terminologie : Point 8.4 de l'ordre du jour (document EB118/8)**

Le PRESIDENT aimerait, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, rendre hommage à tous ceux qui se sont mobilisés pour réduire la consommation de tabac dans le monde, en particulier dans l'intérêt des fumeurs passifs, qui sont trop souvent des enfants.

Il sollicite les commentaires sur le rapport concernant la normalisation de la terminologie de la cybersanté.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) se félicite des précieuses informations concernant les faits nouveaux en matière de technologie de l'information liée à la santé et souligne l'importance d'un accès à des données fiables pour la prise de décision. L'OMS devrait participer à la normalisation de la terminologie et des nomenclatures en participant à un groupe de travail ou à une commission indépendante d'experts, comme indiqué aux paragraphes 13 et 14 du rapport.

Le Dr GØTRIK (Danemark), approuvant les observations de l'orateur précédent, exprime l'espoir que le Conseil réexaminera la question à sa session de janvier 2007 et que le rôle de l'OMS tel qu'indiqué aux paragraphes 13 et 14 sera encore élargi.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se dit favorable à l'option exposée au paragraphe 14, mais aimerait avoir davantage de précisions sur les incidences techniques et financières du rôle envisagé pour l'OMS.

Le Professeur AYDIN (Turquie) pense que les systèmes de santé profitent de l'informatisation, mais que les progrès dans ce domaine dépendront de la définition de normes communes. L'expertise de l'OMS en matière de systèmes de santé internationaux, de systèmes d'information sanitaire et d'établissement de classifications internationales facilitera une telle entreprise, qui, à son tour, devrait permettre de renforcer les systèmes d'information sanitaire électroniques et des activités telles que la surveillance mondiale et la sécurité des patients. Le rôle directeur de l'OMS garantira une égalité d'accès à une terminologie normalisée pour tous les Etats Membres. De nombreux pays se sont dotés de plans de cybersanté et seront heureux de recevoir des lignes directrices de l'OMS. L'élaboration de terminologies normalisées demande à être examinée plus avant par le Conseil. Il faudrait également envisager de rédiger une résolution sur le rôle de l'OMS en rapport avec des options décrites aux paragraphes 14 ou 15.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) dit être favorable à un recours accru aux outils et aux services de cybersanté et à l'élaboration et à la tenue à jour d'une terminologie clinique internationale. Les progrès mondiaux devraient être conformes à l'évolution de la situation dans les pays. L'approche adoptée par l'OMS ne devrait pas retarder les initiatives internationales ou avoir d'incidences financières importantes. Elle soutient l'appel à de plus amples informations sur les répercussions techniques et financières des différentes options énoncées dans le rapport.

Le Dr ABEYKOON (suppléant de M. de Silva, Sri Lanka) dit que l'importance des technologies de cybersanté et d'une terminologie cohérente augmente. Il soutient donc la participation

de l'OMS dans ce domaine. Il est favorable aux options énoncées dans les paragraphes 13 et 14 du rapport et attend également de plus amples informations.

Mme VELÁZQUEZ BERÚMEN (suppléant de M. Bailón, Mexique) soutient les propositions contenues dans le rapport et demande si un groupe de travail sera chargé de définir des applications spécifiques : les dossiers médicaux électroniques, les systèmes d'information et d'imagerie diagnostique hospitaliers, la confidentialité, la sécurité des patients et la sécurité de l'information. Les pays qui envisagent d'utiliser des systèmes électroniques d'administration et d'information hospitaliers, et en particulier la télémédecine dans le cadre des systèmes d'information clinique, pourraient avoir recours à des programmes et à des systèmes de cybersanté pour améliorer la qualité du traitement des patients de même que l'accès à l'information.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit que l'OMS devrait insister sur la mise au point de nouvelles technologies de cybersanté et qu'une décision sur les activités futures devrait être prise rapidement. Elle est favorable aux options définies au paragraphe 14 et voudrait avoir davantage d'informations pour permettre un débat plus approfondi au Conseil, à sa session de janvier 2007.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) pense aussi que les technologies de cybersanté ont un grand avenir, notamment pour les pays comme le sien, et que l'OMS devrait jouer un rôle directeur dans ce domaine. Il est favorable aux options énoncées aux paragraphes 13 et 14 et se joint aux orateurs qui ont demandé que de plus amples informations soient soumises au Conseil à sa session de janvier 2007.

M. FAHY (Commission européenne) dit que la Communauté européenne a entrepris des travaux dans le domaine de la normalisation de la terminologie et se félicite qu'il ait été fait référence dans le rapport au Comité européen de Normalisation. La Commission européenne sera heureuse de collaborer avec l'OMS afin d'éviter les doubles emplois. Il est favorable à l'examen plus approfondi du point par le Conseil et propose son aide pour les travaux préparatoires.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) prend acte de la préférence pour les options définies aux paragraphes 13 et 14 du rapport. Les travaux sur le rôle futur de l'OMS se poursuivront. De plus amples informations sur ce sujet, sur les incidences techniques et financières des différentes options, les récentes enquêtes entreprises par l'Observatoire mondial OMS de la cybersanté et sur d'autres questions soulevées au cours du débat seront communiquées au Conseil à sa session de janvier 2007. L'offre de soutien de la Commission européenne est vivement appréciée.

#### **Le Conseil prend note du rapport.**

#### **4. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 5 de l'ordre du jour (suite)**

**Usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS :** Point 5.3 de l'ordre du jour (documents EB118/6 et EB118/6 Add.1) (suite de la troisième séance, section 1)

Le PRESIDENT dit qu'un groupe de rédaction s'est réuni afin d'examiner les amendements proposés au projet de résolution. Le groupe n'a pas achevé son travail et a suggéré que l'examen de la question soit reporté à la session du Conseil en janvier 2007. L'usage rationnel des médicaments est une question très large et la résolution devrait être davantage ciblée et ne pas répéter des questions abordées dans des textes antérieurs.

Le Dr GØTRIK (Danemark) dit que les Etats Membres de l'Union européenne sont également prêts à reporter l'examen du texte.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit préférer également reporter l'examen à la session du Conseil de janvier 2007, tout en étant prêt à accepter d'autres solutions.

Le Dr SHANGULA (Namibie) dit que si la question est reportée, les membres du Conseil devront recevoir de plus amples informations sur l'orientation du projet de résolution.

Le PRESIDENT considère donc que le Conseil souhaite reporter l'examen de la question à sa session de janvier 2007 et prie le Secrétariat de communiquer aux membres du Conseil dans l'intervalle un texte du projet de résolution intégrant les amendements ainsi que les informations supplémentaires demandées.

**Il en est ainsi convenu.**

## **5. CLOTURE DE LA SESSION**

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM rappelle que l'une des dernières mesures prises par le Dr Lee avait été d'inviter le nouveau Groupe de haut niveau sur la cohérence de l'action du système des Nations Unies dans les domaines du développement, de l'aide humanitaire et de la protection de l'environnement à une réunion avec les organisations basées à Genève. L'OMS accueillera cette réunion le 2 juin 2006.

Après avoir examiné les travaux qui se sont déroulés pendant la présente session, y compris l'examen de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général, il indique que des discussions ont déjà eu lieu pour savoir comment le Secrétariat pouvait donner suite aux décisions prises lors de l'Assemblée de la Santé, par exemple en ce qui concerne le Règlement sanitaire international (2005). Le Secrétariat a également pris des mesures rapides et efficaces à la suite du récent tremblement de terre en Indonésie, avec la participation du bureau de pays, du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et du Siège.

Le PRESIDENT estime que le Conseil a pleinement rempli son rôle lors de sa présente session en clarifiant les procédures et qu'à sa prochaine session, il aura la lourde responsabilité de désigner un nouveau Directeur général. Sans oublier l'esprit dans lequel le Directeur général disparu a conduit l'Organisation, le Conseil devra aller de l'avant de façon constructive pour relever les importants défis qui l'attendent lors des prochaines sessions.

Après les remerciements d'usage, le Président déclare la session close.

**La séance est levée à 12 heures.**

---