



CONSEIL EXECUTIF

Soixante et unième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATORZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Jeudi 19 janvier 1978, à 9 h.30

PRESIDENT : Dr S. BUTERA



Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Projet de budget programme pour 1978 et 1979 (exercice financier 1979) (suite)	
Programme antipaludique	3
Barème révisé des contributions pour 1979	6
Approvisionnement en eau et assainissement	7
2. Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution	9
3. Projections budgétaires provisoires pour la période biennale 1980-1981 (rapport du Comité du Programme du Conseil exécutif)	10

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent être remises par écrit, dans les 48 heures qui suivent la distribution de ce document, au Chef du service des Comptes rendus, bureau 4012, ou à l'Administrateur du service des Conférences.

MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

(Pour la liste des membres et autres participants à la soixante et unième session, voir le document spécial diffusé le 17 janvier 1978.)

QUATORZIEME SEANCE

Judi 19 janvier 1978, à 9 h.30

Président : Dr S. BUTERA

1. PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR 1978 ET 1979 (EXERCICE FINANCIER 1979) : Point 12 de l'ordre du jour (résolutions WHA26.38, WHA28.75, WHA28.76, WHA29.48 et WHA30.30; Actes officiels N° 236; documents EB61/6, EB61/7, EB61/46, EB61/WP/1, EB61/WP/2, EB61/WP/3, EB61/WP/4, EB61/WP/5 et EB61/INF.DOC N° 4) (suite)

Programme antipaludique

Le Dr LEPES (Directeur de la Division du Paludisme et autres Maladies parasitaires) rappelle que, depuis dix ans, le programme antipaludique a fait l'objet d'un débat à presque chacune des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Douze résolutions ont été adoptées sur ce sujet - cinq par le Conseil exécutif et sept par l'Assemblée mondiale de la Santé - dans lesquelles les gouvernements et l'OMS étaient priés d'accroître leurs efforts pour combattre le paludisme. Si le programme n'a pas atteint son objectif ultime, à savoir l'éradication mondiale du paludisme dans les délais prévus à l'origine, on ne saurait le qualifier d'échec car il a permis de réduire considérablement la morbidité et la mortalité dues à la maladie. La notion d'une couverture totale des populations rurales dans l'espace et dans le temps est désormais acceptée et le programme antipaludique a beaucoup favorisé la mise en oeuvre des programmes de santé publique et leur évaluation sur le plan épidémiologique et opérationnel. Au cours de l'exécution du programme, des milliers de travailleurs sanitaires ont été formés à tous les niveaux et ils constituent aujourd'hui encore l'armature des services de santé publique d'un certain nombre de pays.

Sur le plan purement pratique, le programme d'éradication a affranchi quelque 500 millions d'individus de la menace du paludisme endémique et a permis le développement économique de nombreuses régions, notamment en Asie, en Europe du Sud et du Sud-Est ainsi qu'en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

Toutefois, la situation épidémiologique du paludisme s'est progressivement détériorée dans plusieurs pays au cours des huit à dix dernières années. La maladie est réapparue plus particulièrement dans l'Asie du Sud-Est, dans certains pays d'Amérique centrale et du Sud ainsi qu'en Turquie. Selon les renseignements disponibles, le nombre de cas signalés n'a fait, en moyenne, que doubler ou tripler ces cinq dernières années; mais dans certains pays, l'augmentation a atteint des proportions dramatiques puisque le nombre de cas dépistés au cours de la période 1969-1970 a été de 30 à 40 fois supérieur à ce qu'il était auparavant. Le paludisme menace donc non seulement la santé de la population mais encore tout le développement socio-économique puisque la lutte antipaludique absorbe une grande partie des budgets de la santé. En outre, dans les pays d'Afrique situés au sud du Sahara, on fait bien peu de chose pour les populations rurales qui souffrent du paludisme. Des éléments encourageants ont été relevés en 1976-1977 mais ils ne changent rien au fait que le paludisme menace désormais des pays d'où la maladie avait disparu.

Si les problèmes que pose le paludisme sont bien connus des hommes politiques, des administrateurs de la santé et des techniciens, il semble que les discussions consacrées à la question lors des réunions des organes délibérants de l'OMS aient été trop générales. C'est pourquoi, compte tenu de l'augmentation inquiétante du nombre des cas de paludisme, des problèmes techniques et financiers en jeu et de la pénurie de personnel qualifié, le Directeur général a décidé de soumettre à l'Assemblée de la Santé un document sur la réorientation du programme antipaludique, et notamment sur une stratégie de lutte antipaludique.

Sur le plan des définitions, le Dr Lepes pense que toute intervention, à quelque niveau que ce soit, dans la transmission du paludisme doit être considérée comme une mesure de lutte antipaludique; une intervention visant à réduire la mortalité et la morbidité et une intervention visant à éradiquer la maladie doivent être également acceptables dans le cadre du programme mondial de lutte antipaludique. En d'autres termes, l'organisation des activités de lutte contre la maladie dans les différents pays doit être abordée avec souplesse - cette

souplesse, il faut aussi la conserver dans le choix des moyens les plus économiques et dans l'ajustement continu des programmes à la dynamique de l'endémioépidémicité du paludisme et aux ressources financières et humaines de chaque pays.

Si les travaux se poursuivent en vue de mettre au point des méthodes plus efficaces de lutte contre la maladie, les moyens techniques existent pour résoudre les problèmes de morbidité et de mortalité; les seules contraintes sont d'ordre économique.

La lutte antipaludique exige une certaine liberté d'action, mais elle doit en même temps être intégrée au programme d'action sanitaire du pays. Les services antipaludiques doivent faire partie des services nationaux de santé.

Compte tenu des moyens matériels et des méthodes disponibles pour lutter contre le paludisme, du stade de développement des infrastructures sanitaires et des ressources financières et humaines disponibles, et dans l'esprit de la résolution WHA30.43, qui vise à atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000", le programme antipaludique doit avoir pour but de ramener la mortalité paludique à un niveau minimal, de réduire les incidences de la maladie sur le développement socio-économique et, enfin, d'éradiquer la maladie chaque fois que cela sera possible. Il est impensable qu'à la fin de ce siècle des gens puissent encore être atteints de paludisme.

Compte tenu des facteurs techniques, des moyens matériels disponibles et des ressources du pays, toute approche réaliste de la lutte antipaludique doit s'inspirer de l'une des quatre tactiques suivantes :

- a) réduire ou éviter la mortalité due au paludisme et abrégier la durée de l'infection en administrant des médicaments antipaludiques à toutes les personnes atteintes de la maladie;
- b) réduire ou éviter la mortalité spécifique et réduire la morbidité en distribuant des médicaments antipaludiques à toutes les personnes atteintes de la maladie ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables (enfants, groupes de travailleurs, etc.);
- c) éviter la mortalité et réduire la morbidité et la prévalence de la maladie par l'administration de médicaments antipaludiques et l'application de mesures de lutte anti-vectorielle; et
- d) appliquer des mesures de lutte à l'échelle du pays afin d'éradiquer en définitive la maladie.

Il doit être possible de combiner ces tactiques, même à l'intérieur d'un pays, en fonction du contexte écologique.

S'il est important d'aborder avec réalisme la planification de toute activité de lutte antipaludique, plusieurs principes doivent cependant être respectés : a) la volonté nationale de combattre la maladie doit s'exprimer clairement par une décision du gouvernement d'appuyer l'action antipaludique à long terme; b) la lutte antipaludique doit faire partie intégrante du programme de santé du pays; c) la possibilité théorique et pratique de ramener le paludisme à un niveau correspondant aux objectifs fixés doit être démontrée; d) la participation de la collectivité est une condition sine qua non; et e) chaque fois que possible, les mesures permanentes de lutte contre le paludisme devront être intégrées aux programmes d'aménagement du territoire (irrigation, drainage, construction de routes, etc.) et de développement économique, avec la collaboration des ministères et des organismes publics intéressés.

Il faudra choisir les mesures de lutte dans l'arsenal des moyens disponibles mais, là encore, certains principes doivent être respectés. Pour les deux premières séries de mesures, seuls des médicaments antipaludiques sont nécessaires mais, même là, il faut bien choisir l'association des médicaments, la fréquence et la période de prise lorsque le médicament est distribué dans la collectivité, ainsi que les groupes de populations considérés comme particulièrement exposés.

Dans un programme à long terme visant à réduire la prévalence de la maladie, la priorité doit aller aux méthodes bio-environnementales de réduction à la source (techniques de génie appliquées à la lutte antipaludique, emploi de poissons prédateurs), mais il faut aussi envisager d'autres méthodes. Dans les zones urbaines et semi-urbaines, la lutte peut être pratiquée au moyen de larvicides chimiques, avec ou sans manipulation de l'environnement, et, si nécessaire, au moyen d'imagocides. Les insecticides doivent être pour l'essentiel réservés aux programmes de lutte où les chances d'interruption de la transmission sont bonnes, notamment en milieu rural, et à la lutte contre les épidémies de paludisme, pour autant que les vecteurs soient sensibles ou tout au moins réagissent suffisamment bien aux insecticides disponibles. Chaque fois que possible, il faudra recourir à des mesures individuelles de protection afin de réduire les contacts entre le moustique et l'homme.

Il est évident que les pays touchés devront entreprendre plusieurs activités en même temps. La première mesure qui s'impose est la préparation d'un plan d'urgence afin de faire face aux épidémies et d'empêcher la propagation de la transmission paludique aux zones où la maladie a disparu. En même temps, il faut former davantage de personnel et faire des recherches sur le terrain concernant divers problèmes techniques : mécanisme de la transmission, bionomie et résistance des vecteurs, sensibilité ou résistance du parasite aux amino-4 quino- lésines, possibilités pratiques de lutte bio-environnementale contre le paludisme. La formation et la recherche doivent faire partie intégrante du programme de lutte antipaludique et être menées toutes deux essentiellement au niveau national.

Dans ces conditions, les membres du Conseil peuvent se demander, si tout doit être fait par les pays, quel sera le rôle de l'OMS.

Comme l'a souligné le Directeur général, vu la complexité de la lutte antipaludique, le problème principal est la décision politique; le reste est affaire de stratégie, de tactique, d'information technique, de connaissances et d'expérience. L'OMS peut jouer un rôle très important mais le degré de sa participation à tout programme national de lutte antipaludique dépend en grande partie de la volonté des gouvernements des pays concernés. Tout en respectant les décisions gouvernementales en matière de lutte antipaludique, l'OMS doit, en vertu de sa Constitution, soutenir les efforts de tous les pays impaludés, étant donné l'ampleur du problème du paludisme et le danger d'une propagation de la maladie; à cet égard, l'OMS doit mobiliser l'opinion publique mondiale afin d'engager une action concertée.

En résumé, le rôle de l'OMS doit être le suivant :

- informer les Etats Membres du développement général des programmes par des rapports périodiques du Directeur général au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé et des directeurs régionaux aux comités régionaux;
- informer périodiquement les Etats Membres de l'évolution de la situation épidémiologique et des risques de paludisme encourus par les voyageurs internationaux, et signaler notamment la répartition géographique des souches de Plasmodium falciparum résistantes aux médicaments ainsi que les médicaments antipaludiques envisagés en chimioprophylaxie;
- recueillir et diffuser des renseignements sur les revers et les progrès enregistrés dans chaque pays, afin de faciliter les révisions et ajustements de programme entre pays voisins et axer les activités de surveillance sur le risque de paludisme; enfin, diffuser les renseignements disponibles sur les progrès techniques en matière de lutte et sur les nouveaux moyens ou instruments techniques qui peuvent être employés.

De par sa Constitution, l'Organisation doit coopérer avec les Etats Membres aux niveaux national, régional et mondial pour résoudre les grands problèmes de santé publique. Vu l'ampleur du problème du paludisme et les ressources limitées dont l'OMS et, dans bien des cas, les pays impaludés disposent, certains détails de la coopération sont importants si l'on veut optimiser les résultats. Il faut notamment :

- dans les pays où le paludisme a réapparu, élaborer conjointement un programme d'urgence pour combattre les épidémies et empêcher la transmission de la maladie dans les zones précédemment libérées;
- dans les pays où la lutte antipaludique n'a progressé que lentement, réévaluer la possibilité de prendre des mesures de lutte autres que celles utilisées jusqu'à présent et, là où cela est nécessaire, entreprendre avec le personnel national des recherches appliquées afin de choisir dans l'arsenal des moyens existants la méthode de lutte la plus économique. Ces activités préparatoires devraient conduire à l'élaboration d'un plan réaliste de lutte antipaludique à brève ou à longue échéance dans le cadre du programme national d'action sanitaire, selon la situation écologique particulière au pays;
- dans les pays où aucune activité de lutte antipaludique n'a encore été entreprise, aider à évaluer la situation épidémiologique et les ressources disponibles, à déterminer la possibilité d'appliquer localement différentes mesures de lutte, à encourager le lancement d'activités antipaludiques, à évaluer la progression du programme, à faire des travaux de recherche appliquée sur le terrain en vue de résoudre les problèmes locaux, à former du personnel national, et à promouvoir et coordonner la coopération inter-pays et internationale.

Le dénominateur commun de ces trois situations est l'évolution constante de la situation épidémiologique dans un contexte socio-économique en perpétuel changement. C'est pourquoi l'évaluation doit être permanente, de façon à faciliter l'ajustement périodique des plans à l'évolution de la situation.

Il existe deux domaines importants où l'OMS peut jouer un rôle positif : ce sont la formation et la recherche. L'OMS peut collaborer à l'organisation de cours de longue ou de courte

durée destinés aux personnels de santé, notamment en préparant des programmes d'étude et en fournissant du personnel enseignant et du matériel pédagogique. Quant à la recherche sur le terrain ou en laboratoire, des protocoles pourraient être établis conjointement, mais l'Organisation pourrait aussi fournir des services de consultants ou livrer des fournitures et du matériel dans la limite des ressources dont elle dispose.

Il est également d'autres secteurs techniques et administratifs où la coopération pourrait être renforcée. En dépit de la réduction des effectifs opérée ces dernières années, il existe encore à l'Organisation un noyau d'experts techniques qui connaissent bien le parasite, le vecteur et l'épidémiologie de la maladie. Les Etats Membres pourraient faire appel à ces experts.

Enfin, l'Organisation continuera à renseigner les Etats Membres sur la disponibilité et les prix des médicaments antipaludiques et des insecticides, ainsi que sur tout fait nouveau qui surviendrait dans ce domaine. Le manque de fonds est l'un des obstacles majeurs qui empêchent les gouvernements de soutenir les programmes antipaludiques nationaux. C'est pourquoi l'OMS continuera à coopérer avec les Etats Membres pour essayer d'obtenir une aide financière auprès de sources internationales (autres que l'OMS) et bilatérales.

Si l'accent a été mis sur les décisions nationales et sur l'organisation de la recherche et de la formation au niveau national, ceci ne signifie nullement que l'OMS désire se soustraire à la responsabilité du programme antipaludique. Au contraire, tout en respectant les décisions des gouvernements, l'OMS est prête à partager avec les autorités nationales la responsabilité de la planification et de l'exécution du programme.

Le PRESIDENT pense que, comme le programme antipaludique a déjà fait l'objet de longs débats, les membres du Conseil devraient peut-être se contenter de faire des observations brèves.

M. PRASAD estime que le Dr Lepas a clairement exposé la politique de l'OMS concernant la lutte antipaludique et l'éradication de la maladie. Il souhaite que le programme antipaludique se maintienne au premier plan des activités de l'Organisation. Il ne fait aucun doute que le programme portera un jour ses fruits.

M. ANWAR fait siennes ces observations.

Barème révisé des contributions pour 1979

M. FURTH (Sous-Directeur général) appelle l'attention du Conseil sur le barème révisé des contributions pour 1979 qui figure à l'appendice 3 du document EB61/46. Les notes explicatives présentées à l'annexe I du document EB61/6 se rapportent également à ce document. Comme indiqué au paragraphe 6 de ces notes, le barème des contributions de l'OMS proposé pour 1979 a été calculé sur la base du barème de l'ONU pour 1978-1979 tel qu'il a été recommandé par le Comité des Contributions de l'ONU et depuis lors approuvé par l'Assemblée générale dans sa résolution 32/39. Dans la préparation du barème de l'OMS pour 1979, il a fallu tenir compte des critères fixés dans les résolutions WHA24.12 et WHA26.21, qui demeurent en vigueur; ces critères sont résumés aux paragraphes 3 et 4 des notes explicatives. Toutefois, la référence au principe du maximum par habitant faite au paragraphe 3 est une erreur et il ne faut pas en tenir compte. Ce principe a été abandonné à l'ONU à compter de l'établissement du barème pour 1977, et à l'OMS - en vertu de la résolution WHA30.5 - à compter de l'établissement du barème pour 1978.

En résumé, le calcul du barème des contributions proposé pour 1979 a été effectué en tenant compte de la différence de composition de l'ONU et de l'OMS ainsi que deux paramètres fixes qui sont les mêmes pour l'ONU et pour l'OMS, à savoir : le pourcentage maximal des contributions fixé par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA26.21 est de 25 % et la nouvelle contribution minimale fixée par l'ONU pour 1978-1979 est de 0,01 %. Dans les barèmes des contributions de l'OMS pour les exercices 1975, 1976, 1977 et 1978, il a été nécessaire d'utiliser - outre les contributions des nouveaux Membres - les relèvements triennaux imposés à certains Membres par les barèmes correspondants de l'ONU, afin de ramener la contribution la plus forte à 25 %. Il n'est plus nécessaire d'utiliser ces relèvements dans le calcul du barème des contributions proposé pour 1979, de sorte que non seulement le barème de l'OMS comporte les mêmes limites maximale et minimale que le barème de l'ONU mais encore les pourcentages des contributions des Membres de l'OMS sont désormais directement proportionnels aux contributions correspondantes du barème de l'ONU. Par conséquent, pour la première fois

depuis l'adoption du barème de 1975, le barème de contributions de l'OMS est en harmonie avec celui des Nations Unies et cela en application de nombreuses résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies recommandant que les institutions spécialisées qui appliquent des méthodes de fixation des contributions analogues à celles de l'ONU mettent le plus tôt possible leurs barèmes en harmonie avec celui de l'ONU en tenant compte des différences de composition des organisations et d'autres facteurs pertinents.

Etant donné que l'OMS compte davantage de membres que l'ONU, les pourcentages des contributions de l'OMS tels qu'ils sont fixés dans le barème proposé pour 1979 sont inférieurs ou égaux aux chiffres correspondants du barème de l'ONU pour 1978 et 1979. Les contributions de 114 pays (y compris les 65 Etats Membres dont la contribution est fixée au nouveau minimum de 0,01 %) sont au même niveau dans les deux barèmes, et les pourcentages des contributions de 36 pays sont moins élevés dans le barème de l'OMS que dans celui de l'ONU.

Comme indiqué au paragraphe 6 des notes explicatives, eu égard à la situation particulière des deux seuls Membres associés de l'Organisation et à la possibilité qu'il n'y ait plus à l'avenir de nouveaux Membres associés, le Directeur général n'a proposé aucune modification du taux de contribution des Membres associés dans le barème pour 1979. Le barème de l'OMS, le budget total et, par conséquent, les montants des contributions seront révisés et soumis à l'approbation de l'Assemblée de la Santé si les deux Membres inactifs - ou l'un de ceux-ci - reprenaient une participation active aux travaux de l'Organisation, si l'Afrique du Sud ou la Rhodésie du Sud recommençaient à verser leurs contributions, ou si le nombre des Membres de l'OMS venait à augmenter d'ici là.

En application de la résolution WHA21.10, les montants des contributions des gouvernements devront être ajustés pour tenir compte des sommes effectivement remboursées par l'OMS à ses fonctionnaires au titre des impôts nationaux sur les traitements versés par l'Organisation.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice financier 1979 (appendice 4 au document EB61/46); ce texte fera partie du rapport du Conseil à l'Assemblée de la Santé. Aux termes de l'article 72 du Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé (applicable au Conseil exécutif en vertu de l'article 43 de son propre Règlement intérieur), les décisions relatives au montant effectif du budget sont prises à la majorité des deux tiers.

Le Professeur REID souscrit sans réserve au projet de résolution portant ouverture de crédits.

Le Dr KLIVAROVÁ (suppléant du Professeur Prokopec), tout en appuyant dans sa forme le projet de résolution, ne peut accepter un budget effectif s'élevant à US \$182 120 000. Elle s'abstiendra donc de voter.

Le Professeur SPIES indique qu'eu égard à ses précédentes observations, il s'abstiendra également de voter.

Décision : Le projet de résolution portant ouverture de crédits est adopté par 27 voix contre zéro, avec 2 abstentions, pour transmission à l'Assemblée de la Santé sous couvert du rapport du Conseil.

Approvisionnement en eau et assainissement

Le Dr CASSELMAN souligne l'importance de la question de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement. Il croit comprendre que l'OMS va jouer un rôle directeur au cours de la décennie 1980-1990, désignée comme décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement par la Conférence des Nations Unies sur l'Eau. Le Secrétariat peut-il fournir au Conseil un bref aperçu des principaux faits nouveaux intervenus dans ce domaine depuis la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, tant à l'OMS que chez les pays Membres, ainsi que de la participation des autres organisations et institutions, notamment la Banque mondiale ? Disposera-t-on de moyens financiers suffisants pour que l'OMS puisse adéquatement remplir sa mission ?

Le Dr DIETERICH (Directeur de la Division de la Salubrité de l'Environnement) estime que cette question est à la fois opportune et pertinente. La Conférence des Nations Unies sur

L'Eau 1977 a recommandé que l'on se fixe pour objectif d'assurer pour tous un approvisionnement en eau saine d'ici à 1990 et que la décennie 1980-1990 soit désignée comme décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Ces deux recommandations ont été adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies. La Conférence a également recommandé que l'on élabore des programmes réalistes au cours de la période allant jusqu'en 1980 et que la communauté internationale intensifie sa coopération technique avec les gouvernements dans le cadre de la préparation de la décennie. Différentes mesures sont actuellement prises par le Conseil économique et social des Nations Unies, l'OMS et d'autres institutions internationales, ainsi que dans le cadre de la coopération multi-institutions.

Le Conseil économique et social va réunir une session spéciale du Comité des Ressources naturelles en août 1978 afin d'examiner la mise en oeuvre ainsi que les incidences des recommandations de la Conférence de 1977. A cette occasion, il examinera en particulier la possibilité d'une approche coordonnée de la part du système des Nations Unies et étudiera en profondeur les quatre thèmes suivants : évaluation des ressources en eau; eau et alimentation; approvisionnement en eau potable et assainissement; moyens d'accroître les ressources financières afin de mettre en oeuvre le plan d'action de Mar del Plata. Le Secrétaire général a demandé au Directeur général de l'OMS d'assurer un rôle de chef de file en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, en particulier dans le cadre de la préparation des discussions du Comité portant sur cette question. L'OMS collabore avec la Banque mondiale et d'autres institutions à une analyse visant à déterminer si les Etats Membres sont prêts à entreprendre des programmes de grande envergure pendant la décennie ainsi qu'à formuler des recommandations concernant les mesures à prendre pendant la période s'étendant jusqu'en 1980, tant par les pays que par les institutions internationales. L'Organisation formulera des propositions en vue de faire le point en 1980 des progrès réalisés au cours de la période préparatoire, dans le but de favoriser un apport accru de crédits. On espère également formuler des propositions concernant la façon dont les institutions des Nations Unies pourraient collaborer. Une série de réunions régionales, organisées sous les auspices des commissions économiques régionales, se déroulent actuellement en vue de préparer la session du Comité et les Bureaux régionaux de l'OMS collaboreront également à ces activités.

L'un des principaux éléments du programme de coopération technique de l'OMS consiste à privilégier la planification nationale et non les projets individuels. L'accent est également mis sur l'approvisionnement en eau des régions rurales, étant donné que les statistiques montrent que moins d'un être humain sur cinq est approvisionné en eau saine et que la situation est encore pire en matière d'assainissement. La diminution des ressources extrabudgétaires, provenant notamment du PNUD, est un sujet de préoccupation. Cette diminution est en partie due, non pas à un manque d'empressement du PNUD à soutenir le programme, mais au fait que certains gouvernements n'ont pas accordé un rang de priorité suffisamment élevé à l'approvisionnement en eau, particulièrement en milieu rural. Dans la plupart des régions, la diminution des moyens fournis par le PNUD n'est pas compensée par une augmentation correspondante du budget ordinaire, ce qui se traduit par une légère tendance à la diminution des ressources qu'il convient absolument de renverser. Le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires va étudier la contribution fournie par l'approvisionnement en eau aux soins de santé primaires. La coopération entre l'OMS, les organismes bilatéraux et les programmes de financement s'est intensifiée, et le Directeur général a constitué un petit groupe composé de personnel du Siège qui est chargé de renforcer les liens avec ces différents programmes et d'accroître considérablement la fourniture de renseignements essentiels au niveau mondial.

Plusieurs autres institutions internationales s'intéressent vivement à la question. La Banque mondiale collabore étroitement avec l'OMS et certaines fonctions sont accomplies par ces deux institutions sans qu'il y ait superposition des efforts. La Banque mondiale, qui doit accroître le volume de ses prêts dans une proportion atteignant peut-être jusqu'à 50 % au cours des cinq prochaines années, appuie également des recherches technologiques. Le FISE renforce son programme à long terme d'approvisionnement en eau et d'assainissement des régions rurales et cherche à renforcer ses liens avec l'Organisation. Le Directeur général a conclu un arrangement avec le Directeur général de la FAO pour ce qui concerne ce nouveau secteur de coopération. Les programmes bilatéraux s'étoffent et sont davantage axés sur les populations rurales que par le passé.

De toute évidence, il n'est pas une institution qui puisse à elle seule s'acquitter de la tâche énorme de coopérer avec tous ses Etats Membres. Le Directeur général a donc pris l'initiative de rassembler les organismes intéressés, qu'il s'agisse d'institutions techniques, de financement ou de développement. Des consultations sont d'ores et déjà en cours et un

certain consensus s'est réalisé sur la façon d'unir les efforts. On peut espérer qu'au cours des prochains mois les chefs de secrétariat du PNUD, de la Banque mondiale, du FISE, de la FAO et de l'OMS pourront mettre au point des dispositions en vue d'une action coopérative. Ces dispositions auront quatre grands objectifs : accroître le niveau de coopération technique avec les Etats Membres dans le cadre de la préparation des programmes nationaux pour la décennie conclure des arrangements en vue de la coordination à l'échelon des pays; promouvoir l'approvisionnement en eau et l'assainissement, en tenant tout particulièrement compte des populations nécessiteuses; coordonner les apports et stimuler l'action d'autres programmes internationaux ainsi que des programmes multilatéraux et bilatéraux.

L'idée est la suivante : au niveau des pays, les organismes doivent s'en remettre au personnel national pour la planification et la mise en oeuvre de programmes. Les représentants résidents du PNUD se verront confier un nouveau rôle de telle sorte que, dans ce domaine, ils puissent parler au nom des cinq organismes. Il s'agira essentiellement de préparer des plans pour la décennie, de stimuler l'engagement des pays dans l'entreprise, d'accroître les capacités gestionnaires et de susciter un développement institutionnel. A l'échelon régional, notamment à l'OMS, les organismes fourniront un appui technique aux représentants résidents. L'OMS sera également chargée de suivre les progrès réalisés, de jouer le rôle d'agent de liaison avec les commissions économiques régionales et de favoriser la coopération technique entre les pays en développement. A l'échelon mondial, il y aura des réunions consultatives annuelles auxquelles participeront toutes les parties intéressées - les institutions internationales, les programmes bilatéraux, les banques et les gouvernements. L'OMS continuera également d'assurer la liaison à l'échelon mondial avec le Conseil économique et social et ses comités et, dans l'intervalle des sessions des réunions consultatives, avec les prestataires et les organismes internationaux intéressés. De nombreux détails restent à régler mais le Directeur général ne manquera pas de rendre à nouveau compte de la question au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr CASSELMAN remercie le Dr Dieterich de sa réponse circonstanciée. Tous ces renseignements seront des plus utiles.

M. PRASAD demande à quel moment il pourra présenter à l'examen du Conseil un projet de résolution réaffirmant le rôle de l'OMS en matière de coopération technique dans le cadre des discussions des Nations Unies concernant une approche centralisée des problèmes de développement. La résolution est rédigée en termes généraux et neutres et bénéficie du soutien du Dr Cumming et du Professeur Spies.

Le PRESIDENT répond que le projet de résolution pourra être examiné lorsque le Conseil exposera le rapport sur le budget révisé pour 1979 que le groupe de rédaction est en train de préparer.

2. MEMBRES REDEVABLES D'ARRIERES DE CONTRIBUTIONS DANS UNE MESURE POUVANT DONNER LIEU A L'APPLICATION DE L'ARTICLE 7 DE LA CONSTITUTION : Point 13 de l'ordre du jour
(document EB61/48)

M. FURTH (Sous-Directeur général) présente le rapport du Directeur général sur les Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure pouvant donner lieu à l'application de l'article 7 de la Constitution. Il ressort de ce rapport qu'au 1er janvier 1978, six Membres - Empire Centrafricain, Tchad, Congo, Kampuchea démocratique, République Dominicaine et Grenade - étaient redevables d'arriérés d'un montant supérieur à celui des contributions dues par eux pour les deux années complètes antérieures à 1978. Aucun versement n'a été reçu de l'un quelconque de ces Membres depuis la fin de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé. A la lumière des renseignements fournis par le document, le Conseil désirera peut-être, comme les années précédentes, adopter des résolutions distinctes au sujet de chacun des Membres en question. Les projets de résolutions soumis à l'examen du Conseil sont reproduits dans les annexes au document déjà mentionné.

Le Dr ABDUL HADI déclare que, tout en reconnaissant que certaines circonstances ont pu empêcher plusieurs Etats Membres de payer leurs arriérés, il lui semble cependant que leur nombre a augmenté ces dernières années et que cette tendance va persister. Il aimerait savoir si le Secrétariat a pu déterminer les raisons pour lesquelles ces Etats Membres n'avaient pas versé leurs arriérés. Le Conseil pourrait alors prendre les mesures nécessaires en connaissance de cause.

M. FURTH précise que, ces dernières années, le nombre des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions n'a pas augmenté en réalité - les chiffres pour 1976 et 1977, par exemple, étant de l'ordre de six ou sept. Il est toutefois fâcheux de constater que trois ou quatre Etats Membres négligent systématiquement de verser leur contribution. M. Furth n'est pas en mesure de fournir beaucoup de renseignements sur les motifs de cette attitude car, dans certains cas, l'Organisation n'a pratiquement aucun contact avec les Etats Membres en cause. C'est ainsi que le Kampuchea démocratique n'a jamais répondu aux communications de l'OMS depuis un certain nombre d'années déjà; la République Dominicaine, qui n'a pas été représentée aux récentes Assemblées de la Santé, n'a accusé réception d'aucune communication relative à sa contribution. Pour ce qui est des quatre autres Etats Membres visés, il semble que le versement des contributions se heurte à des difficultés temporaires et il faut espérer que la situation s'améliorera en temps voulu.

Le Dr DE CAIRES félicite la Bolivie et Haïti - deux pays dont les noms figuraient dans le rapport de l'année dernière sur ces mêmes questions - d'avoir versé leurs arriérés de contributions.

Le Dr KLIVAROVÁ (suppléant du Professeur Prokopec), tout en admettant qu'il convient de rappeler aux Etats Membres en cause l'obligation dans laquelle ils se trouvent de verser leurs arriérés, se demande s'il est vraiment nécessaire d'invoquer l'article 7 de la Constitution.

Le Professeur REID, en sa qualité de Membre du Comité chargé de l'examen de certaines questions financières avant l'Assemblée de la Santé, se déclare convaincu que ce problème sera étudié avec le plus grand soin et que l'article 7 de la Constitution ne sera invoqué qu'en dernier recours.

Le PRESIDENT, notant qu'il n'y a pas d'autres observations, invite le Conseil à examiner les six projets de résolution qui lui sont soumis.

Décision : Les résolutions sont adoptées.

3. PROJECTIONS BUDGETAIRES PROVISOIRES POUR LA PERIODE BIENNALE 1980-1981 (RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME DU CONSEIL EXECUTIF) : Point 15 de l'ordre du jour (document EB61/14)

Le Dr CUMMING, en qualité de Membre du Comité du Programme du Conseil exécutif, présente le rapport du Comité sur les projections budgétaires provisoires pour la période biennale 1980-1981; le Comité du Programme a étudié en détail le rapport du Directeur général sur la question : celui-ci figure en annexe à son propre rapport. Ce rapport traite trois points essentiels : l'évolution récente du niveau du budget ordinaire de l'OMS; les projections budgétaires provisoires pour 1980-1981, et les tendances comparées de la croissance économique des Etats Membres. Le propos du Programme a été de donner des avis au Directeur général, d'abord, sur le niveau qu'il convient d'assigner au budget ordinaire pour 1980-1981 et, ensuite, sur les facteurs à prendre en considération pour déterminer la croissance future du budget ordinaire. C'est la première fois que les organes délibérants de l'Organisation participent à un stade aussi précoce à la planification du budget.

Le Comité du Programme s'est rendu compte qu'il convenait d'établir un juste milieu entre deux approches fondamentales de la planification du budget programme : il s'agissait, pour l'une, d'élaborer un programme, puis de trouver les ressources pour l'exécuter et, pour l'autre, de fixer un niveau de budget et, ensuite, d'élaborer sur cette base, un programme. En fait, l'OMS a adopté les deux approches à la fois, en commençant par opérer des projections provisoires, sur lesquelles ont été fondées des estimations budgétaires générales. Ces projections n'ont toutefois qu'une valeur purement statistique et, n'étant pas le résultat d'un processus de programmation, il n'a pas été possible de déterminer la part du budget qui est due aux augmentations des dépenses et celle qui résulte d'un développement réel du programme. En même temps, le budget programme de l'OMS a été planifié dans les limites budgétaires générales. Cependant, comme le programme de l'OMS est financé non seulement par le budget ordinaire, mais également à l'aide de ressources extrabudgétaires, il ne se limite pas à un chiffre budgétaire pré-établi et, à mesure que des programmes sont élaborés, on cherche d'autres sources de financement extrabudgétaires.

Le Comité du Programme a jugé utile d'avoir certaines indications de l'incidence sur les programmes de différents taux de croissance budgétaire. Une manière de parvenir à ce résultat

consisterait à élaborer, dans le cadre d'une programmation à moyen terme, plusieurs stratégies de programme différentes sur la base desquelles pourraient être prises des décisions relatives aux futurs taux de croissance budgétaire. On a constaté que le pourcentage de croissance du budget ordinaire de l'OMS, entre 1972 et 1977, a été de loin le plus faible des institutions spécialisées des Nations Unies, mais la réalité comporte d'autres aspects. La reprogrammation instituée par le Directeur général, conformément à la résolution WHA29.48, doit mettre un montant supplémentaire de US \$42 millions à la disposition de la coopération technique entre 1978 et 1981, ce qui montre bien que le développement du programme n'exige pas toujours un accroissement correspondant des prévisions budgétaires. De l'avis du Comité, il convient de préciser avec plus de clarté quelle est la part des nouvelles activités s'inscrivant dans le cadre de l'ensemble du budget ordinaire.

Le Comité du Programme a également noté que ce sont les augmentations de coût plutôt que les augmentations réelles qui ont représenté de loin la plus grande partie de la croissance budgétaire de l'OMS. A son avis, le document du budget programme devrait contenir des renseignements plus détaillés au sujet des facteurs et des hypothèses de coût sur lesquels sont fondés les budgets. Il est particulièrement important de savoir quelle est la portion des augmentations de coût qui doit être attribuée aux fluctuations monétaires, par rapport aux autres augmentations de coût. Le Comité a noté en outre qu'en Suisse l'indice des prix à la consommation n'influe que peu sur le genre de services et de biens dont l'OMS a besoin, car il se fonde sur le panier de la ménagère.

Le taux de change entre le franc suisse et le dollar des Etats-Unis reste toujours préoccupant. Etant donné qu'il n'est guère possible de prévoir avant la fin de 1978 les taux qui prévaudront en 1980-1981, les projections provisoires ont dû être établies pour permettre des comparaisons sur la base du taux de change déjà appliqué pour les prévisions de 1977, 1978 et 1979 (2,65 francs suisses pour un dollar des Etats-Unis).

Pour la répartition des projections provisoires entre les Régions, le Directeur général a adopté les critères énoncés dans le document établi à cet effet pour la cinquante-cinquième session du Conseil. En tenant compte de la complexité des facteurs en présence, il a pu parvenir à une répartition équitable, en prêtant tout particulièrement attention aux besoins des pays les moins développés.

La croissance réelle du budget ordinaire de l'OMS est restée très largement dans les limites de celle des économies des Etats Membres. Le Comité du Programme a estimé que la croissance en valeur réelle de l'économie de tous les Etats Membres - et non simplement des dix plus forts contributeurs - est l'un des facteurs à prendre en considération pour déterminer la croissance future en valeur réelle du budget ordinaire de l'OMS. Il n'est cependant pas possible de fixer une formule mathématique rigoureuse en raison des délais nécessaires à la communication des statistiques nationales : c'est ainsi que les derniers chiffres mis à la disposition du Comité du Programme concernaient l'année 1974, ce qui n'est manifestement d'aucune utilité pour l'établissement des prévisions budgétaires de 1980-1981.

En conclusion, le Comité du Programme a recommandé une augmentation "réelle" (ou accroissement de programme) allant jusqu'à 2 % par an pour le budget ordinaire de 1980-1981, en plus des augmentations de coût correspondant à des estimations raisonnables. La question essentielle, à son avis, est toutefois de savoir si l'actuelle réorientation des ressources budgétaires et du programme suffira pour permettre à l'Organisation d'appliquer sa politique et sa stratégie.

Le Professeur JAKOVLJEVIĆ souligne l'importance du paragraphe 19 du rapport du Comité du Programme, d'où il ressort que des augmentations "réelles" de programme sont nécessaires pour que l'OMS puisse travailler de façon pleinement efficace à atteindre le principal objectif social défini dans la résolution WHA30.43, et que la question essentielle qui se pose est de savoir si la réorientation des programmes en vue d'accroître leur pertinence sociale sera suffisante.

Comme l'a dit le Dr Cumming, la croissance réelle de l'économie ou de la productivité nationale de tous les Etats Membres fournirait une base appropriée pour prévoir la croissance budgétaire, mais il serait très difficile de parvenir à une estimation sûre d'une telle croissance si on se sert de chiffres déjà périmés. Néanmoins, le Dr Cumming peut appuyer la recommandation concernant une augmentation "réelle" jusqu'à concurrence de 2 % par an qui - même limitée, au regard des besoins inhérents au programme de l'OMS - représente probablement la valeur la plus réaliste.

Le Professeur REID remercie le Dr Cumming d'avoir clairement présenté le rapport du Comité du Programme. Le Comité a considérablement facilité la tâche du Conseil en traitant

avant lui certains points très difficiles de son ordre du jour, et c'est une sage décision qu'on a prise quand on l'a créé.

La discussion des projections budgétaires provisoires pour 1980-1981 représente un jalon historique, car elle a intensifié le dialogue entre le Directeur général et les membres du Conseil sur la formulation du budget. Le Professeur Reid approuve les conclusions du Comité telles qu'elles figurent au paragraphe 20 du rapport.

Le rapport traite essentiellement de la nécessité d'une augmentation en termes réels pour 1980 et 1981. Les débats sur les augmentations de coût et sur l'effet de la dépréciation du dollar sont hors de propos sauf dans la mesure où ils peuvent amener à envisager une réduction du budget en termes réels. D'un autre côté, on peut estimer qu'un accroissement très substantiel serait nécessaire. Le Comité du Programme a recherché un compromis entre ces deux points de vue, et sa conclusion a été que l'accroissement en termes réels devrait être d'au maximum 2 %.

En fait, c'est là à peu près l'augmentation que l'on se proposait d'adopter pour 1978 et 1979; compte tenu des réductions en cours au Siège, une augmentation générale de 2 % aura pour effet une augmentation d'environ 5 % dans les Régions, et il y a des régions où l'augmentation sera sans doute encore plus forte.

Le Professeur Reid est persuadé que, sur la base des recommandations du Comité du Programme, le Directeur général pourra présenter au Conseil en 1979 un budget programme détaillé mettant en oeuvre la politique et la stratégie définies par l'Assemblée de la Santé. Il faut, en particulier, atteindre l'objectif fixé par la résolution WHA29.48, à savoir l'affectation de 60 % du budget, en termes réels, à la coopération technique. Le Professeur Reid approuve par conséquent les conclusions du Comité.

Le Dr LEPPA note avec plaisir que les projections budgétaires provisoires pour chacune des périodes biennales à suivre ne seront plus considérées comme des projections purement statistiques à présenter à l'Assemblée de la Santé. Il est heureux de constater que le Comité du Programme a examiné les divers aspects de ces projections dans une optique équilibrée et réaliste, et il fait siennes les recommandations formulées au paragraphe 20 du rapport.

Pour le Dr ACOSTA, il résulte du rapport que depuis 1975 il y aurait eu stagnation et croissance zéro en ce qui concerne l'accroissement réel du budget de l'OMS. Est-ce une bonne chose ou une mauvaise chose? Si on peut se féliciter de ce qu'il n'y ait pas eu d'accroissement inutile du budget, en revanche des accroissements substantiels pourraient être considérés comme un signe heureux de la capacité de l'OMS à fournir des ressources selon les besoins de ses Membres. Comment se fait-il que d'autres organisations des Nations Unies, sujettes aux mêmes contraintes et aux prises avec les mêmes difficultés, aient pu se permettre des accroissements de budget bien supérieurs à celui de l'OMS?

Le Dr SEBINA félicite le Comité du Programme de son excellent travail. Il se réjouit de la tendance à un dialogue élargi entre les organes délibérants de l'OMS et le Secrétariat, et il est persuadé que le travail du Comité facilitera l'examen du budget programme.

La conclusion du rapport, selon laquelle la croissance en valeur réelle de l'économie ou de la productivité nationales constitue l'un des facteurs à prendre en considération pour décider de la croissance future du budget programme ordinaire de l'OMS, est très importante, puisque la croissance des économies nationales est un indicateur clé du développement général du pays. Un taux de croissance en augmentation affecte toute l'infrastructure du pays concerné, son niveau de vie, son marché du travail, etc.; il agit aussi sur l'opinion de la collectivité en ce qui concerne la mesure dans laquelle les programmes sanitaires doivent contribuer à son développement général. Faute d'être lié à la croissance des économies nationales, le budget ordinaire ne serait pas à même de contribuer comme il le devrait au développement socio-économique des Etats Membres.

Le Dr DE CAIRES félicite également le Dr Cumming pour la manière dont il a présenté un sujet complexe et difficile. Il estime lui aussi que l'aspect le plus important du rapport du Comité du Programme tient au fait que le Directeur général et le Conseil ont maintenant l'occasion d'engager, plus tôt qu'ils n'ont jamais pu le faire dans l'histoire de l'Organisation, un dialogue sur les problèmes budgétaires.

Compte tenu des difficultés de la conjoncture, les conclusions du rapport sont valables. La proposition concernant une augmentation "réelle" jusqu'à concurrence de 2 %, en plus

d'accroissements raisonnables des estimations de "coût", est réaliste et viable. Le Dr de Caires ne croit pas en revanche qu'il serait sage de chercher à formuler des projections de taux de croissance pour 1980-1981 sur la base de données ayant trait à 1974; à son avis, une telle approche ne fait qu'introduire une nouvelle inconnue dans une situation déjà difficile.

Le Dr KLIVAROVÁ (suppléante du Professeur Prokopec) se félicite que le Conseil exécutif, en examinant les tendances essentielles du budget programme des années 1980-1981, tienne compte de facteurs qui n'étaient pas précédemment retenus, notamment de la croissance réelle des économies nationales. Elle estime toutefois, comme le Dr de Caires, que les chiffres sur lesquels on se fonde pour estimer cette croissance sont périmés, et qu'il faut faire appel à des chiffres plus récents pour planifier à l'horizon 1980-1981. D'autres ajustements s'imposent en outre en raison de la poursuite des fluctuations du taux de change du dollar.

Le Dr Klivarová aimerait savoir jusqu'à quel point le rapport du Comité du Programme traduit les directives de la résolution WHA29.48 et les orientations du sixième programme général de travail.

Si l'on veut que la répartition des ressources budgétaires entre les régions (paragraphe 15 du rapport) soit conforme aux véritables besoins, il faut tenir compte de facteurs tels que les tendances de la démographie et de la morbidité, ainsi que des ressources que les différents gouvernements consacrent à la santé.

L'intervenante appelle l'attention sur le tableau de la page 8 (annexe I du rapport du Comité) qui montre que le taux de croissance du budget de l'OMS est resté à un niveau considérablement inférieur à celui du budget d'autres organisations. Il serait intéressant de connaître les augmentations en pourcentage annuel (plutôt que les augmentations sur une période de cinq ans), et de savoir dans quelle mesure ces augmentations sont dues à l'instabilité monétaire, ou à la hausse des prix en Suisse.

Se référant au tableau de l'annexe III du rapport, le Dr Klivarová demande pourquoi on a jugé nécessaire de réserver une mention spéciale à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, comme si elle devait contribuer à grever le budget. Le fait que des contributions bénévoles aient été mises à la disposition de la Conférence n'apparaît pas, bien entendu, dans le tableau, qui ne prend en considération que le seul budget ordinaire.

Le Professeur SPIES souhaite mettre en évidence quelques-uns des principaux courants de pensée qui se sont dégagés des discussions du Comité du Programme. De nombreux membres du Comité ont insisté sur la nécessité d'articuler les projections budgétaires provisoires avec le processus de planification à moyen terme. D'autres ont estimé qu'il faudrait s'efforcer de définir certains des objectifs ultimes qu'il convient d'atteindre. On a estimé que le Comité du Programme devrait être saisi de plusieurs propositions de rechange sur la manière d'atteindre ces objectifs, ce qui lui permettrait de présenter des recommandations appropriées au Conseil. Passant au paragraphe 20 du rapport, le Professeur Spies indique qu'il croit avoir compris que le Comité avait conclu qu'une augmentation jusqu'à concurrence de 2 % était acceptable, mais qu'elle ne devait pas être activement recommandée. Le Comité a estimé que son principal travail devait consister à rendre le budget plus efficace et plus efficient, et qu'il ne fallait envisager d'augmentation budgétaire qu'en cas d'absolue nécessité.

Le Dr DLAMINI indique que, en tant que membre du Comité, il est conscient des difficultés qu'on a rencontrées pour parvenir à la conclusion qu'une augmentation de 2 % pouvait être recommandée. Le Dr Cumming a déjà signalé les nombreux obstacles auxquels on se heurte quand on veut estimer la croissance réelle des économies nationales ou la productivité des Etats Membres. Ce qu'il ne faut pas oublier c'est que, au cas où le dollar continuerait à décrocher par rapport au franc suisse, une hausse des contributions serait réclamée aux Etats Membres.

Tout en se disant disposé à appuyer la recommandation préconisant une augmentation de 2 %, le Dr Dlamini se demande si le Comité du Programme s'est posé la question de savoir si cette augmentation permettrait à l'Organisation d'atteindre son objectif de "la santé pour tous d'ici l'an 2000".

Le Dr ALENCASTRE GUTIERREZ, tout en se disant satisfait du rapport du Comité du Programme, estime que l'augmentation de 2 % qui a été recommandée est un peu trop modeste par rapport à cet objectif. Il souhaite fortement qu'en transmettant son rapport à l'Assemblée de la Santé le Conseil fasse preuve d'un peu plus d'optimisme, et montre aux Etats Membres qu'il accorde davantage d'importance à la santé en tant que facteur essentiel du développement socio-économique.

Le Dr ABDUL HADI félicite le Comité du Programme pour son excellent rapport. Dans son introduction, le Dr Cumming a indiqué qu'il y avait deux façons de formuler des projections budgétaires provisoires : soit commencer par préparer un programme pour chercher ensuite les moyens de le financer, soit commencer par fixer le budget pour se prononcer ensuite sur le programme. Le Dr Abdul Hadi estime pour sa part que c'est la première de ces deux options qu'il convient de retenir. Aux termes de la résolution WHA29.48, il importe tout d'abord de décider quel programme l'OMS doit mettre en oeuvre pour atteindre son objectif et, en deuxième lieu, de s'interroger sur le budget qui sera nécessaire pour mettre ce programme à exécution.

Le Dr Abdul Hadi nourrit quelques doutes à l'égard du choix d'une augmentation de 2 % du taux de croissance, compte tenu des nombreux facteurs qu'il est impossible de prévoir à l'heure actuelle, et notamment de nouvelles fluctuations du taux de change et de nouvelles hausses des prix. Si l'Assemblée de la Santé tient véritablement à atteindre l'objectif fixé par la résolution WHA29.48, il lui faudra prendre toutes ses responsabilités et mettre les ressources nécessaires à la disposition de l'Organisation.

Il semble au Dr Abdul Hadi qu'il existe une certaine contradiction entre la recommandation 20.1 et la recommandation 20.2 du rapport. Alors que la première préconise une augmentation "réelle" allant jusqu'à 2 % par an, la seconde semble exprimer des réserves en indiquant que le taux de croissance doit être de nature à permettre à l'OMS de remplir sa mission constitutionnelle. Tout en appréciant hautement les efforts du Comité du Programme, l'intervenant ne pense pas qu'une augmentation de 2 % soit véritablement de nature à aider l'OMS à remplir cette mission, et il demande instamment que la question soit envisagée avec beaucoup de circonspection.

Le Professeur SPIES fait observer que le Conseil s'est exclusivement occupé de la recommandation du Comité préconisant une augmentation de 2 %, sans tenir compte des nombreuses autres suggestions présentées dans le corps du rapport. Il souligne que le problème en discussion est une projection budgétaire provisoire et que le rapport a pour but d'aider le Directeur général et le Secrétariat à améliorer le processus de planification et de programmation pour les années 1980-1981. Il n'est pas possible pour l'instant de prévoir tous les facteurs qui pourraient éventuellement influencer sur le budget au cours des années à venir. La mise en oeuvre du programme de l'OMS doit fournir une précieuse rétro-information qui permettra d'améliorer le futur processus de planification.

La séance est levée à 12 h.30.

* * *