



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-neuvième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DIX-NEUVIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Lundi 25 janvier 1982, 9 h 30

PRESIDENT : Dr H. J. H. HIDDLESTONE

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Méthode de travail de l'Assemblée de la Santé (suite)	2
2. Modifications dans le budget programme pour 1982-1983	10
3. Recrutement du personnel international à l'OMS	11



Note

Le présent procès-verbal n'est que provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci et le texte ne doit pas être cité.

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse) avant le 15 mars 1982.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB69/1982/REC/2 : Conseil exécutif, soixante-neuvième session : procès-verbaux.

DIX-NEUVIEME SEANCE

Lundi 25 janvier 1982, 9 h 30Président : Dr H. J. H. HIDDLESTONE

1. METHODE DE TRAVAIL DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE : Point 24 de l'ordre du jour
(résolution WHA34.29; document EB69/27) (suite)

Modifications proposées à la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé (document EB69/27, paragraphes 2.1 à 2.17) (suite)

Le Dr ORADEAN est entièrement d'accord avec les principaux arguments avancés dans le rapport du Directeur général (document EB69/27), notamment quant à la nécessité de ramener à deux semaines, les années paires, la durée de l'Assemblée. L'expérience a montré que de nombreux chefs de délégations quittent les sessions de l'Assemblée dès la fin de la première semaine, ce qui constitue une raison de plus pour concentrer durant cette première semaine, aussi bien les débats en séance plénière que ceux des commissions, en veillant par ailleurs à mieux les organiser. Il importe également de limiter le nombre de points inscrits à l'ordre du jour. Ainsi, le rapport du Directeur général sur les activités de l'Organisation pourrait comporter un exposé succinct des principaux documents et l'on pourrait éviter d'examiner séparément les questions relatives aux activités et aux responsabilités à l'échelon régional. Il faudrait aussi sélectionner les points de l'ordre du jour de façon à axer les débats sur les questions d'intérêt mondial et de nature constitutionnelle. S'il est en effet possible de réduire la fréquence des discussions techniques, on pourrait laisser au Conseil le soin d'en décider à chacune de ses sessions, sur la base des indications des comités régionaux ou du Directeur général. Enfin, il faudrait améliorer la rédaction et la teneur des documents en général.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Président de l'Assemblée mondiale de la Santé), prenant la parole sur l'invitation du Président, se réjouit de l'occasion qui lui est offerte de parler de la méthode de travail de l'Assemblée mondiale dont elle a une grande expérience, non seulement comme ancien Président de l'Assemblée mondiale, mais aussi comme déléguée à l'Assemblée depuis 1968, ancien Président de la Commission A, Président d'un comité régional et ancien membre du Conseil exécutif.

Des réclamations ont été formulées à diverses reprises à propos de la distribution des documents, notamment les rapports du Directeur général et du Conseil exécutif, que leurs destinataires ne recevaient pas suffisamment tôt avant l'Assemblée. Cette critique suscite d'emblée trois questions : faut-il incriminer le système d'expédition et de distribution du courrier ? Les personnes chargées de la rédaction des rapports disposent-elles d'assez de temps ? Les documents adressés aux ministères sont-ils bien remis à leurs destinataires ?

Le fait que la composition des délégations puisse changer d'une Assemblée à l'autre pose aussi un problème. Il va sans dire que les nouveaux venus à l'Assemblée de la Santé éprouveront quelque peine à s'initier aux méthodes de travail de celle-ci, si des explications appropriées ne leur ont pas été données au préalable. Des membres du Secrétariat ou du Conseil exécutif devraient donc être chargés de mettre les nouveaux délégués au courant dès leur arrivée.

Les présidents des commissions devraient être élus en fonction de leur expérience des travaux de l'Assemblée et être prêts à user de leur droit d'abréger les débats si le besoin s'en fait sentir, ainsi que le prévoient les articles 27 et 38 du Règlement intérieur de l'Assemblée. Comme c'est lui qui, aux termes des articles 24 et 23 dudit Règlement, doit désigner les membres de la Commission de Vérification des Pouvoirs et de la Commission des Désignations, il importe que le Président de l'Assemblée de la Santé soit parfaitement au fait des travaux de celles-ci et connaisse bien les qualifications des candidats.

Comme les vice-présidents élus ont souvent tendance à quitter l'Assemblée mondiale avant la clôture de la session, on peut facilement concevoir qu'il puisse n'y avoir personne habilitée à remplacer le Président, au cas où celui-ci ne serait pas à même d'assumer ses fonctions. L'article 30 du Règlement intérieur de l'Assemblée prévoit que "dans le cas où, ni le Président ni aucun des vice-présidents ne sont présents à l'ouverture d'une session, le Directeur général

assume la présidence par intérim". Peut-être serait-il préférable d'envisager de recourir à une procédure analogue à celle prévue pour les commissions principales qui, aux termes de l'article 37 du Règlement intérieur, peuvent désigner un vice-président par intérim en cas d'absence ou d'empêchement du président et des vice-présidents.

Lors de l'examen du budget programme, la Commission A a tendance à s'attacher à des points de détail au lieu d'axer la discussion sur les questions de politique générale. Il faudrait faire comprendre aux Etats Membres que leur débat serait plus constructif s'ils s'occupaient essentiellement des questions les plus importantes. La participation active de représentants du Conseil exécutif pourrait être utile à cet égard. Par ailleurs, il est indispensable que les Présidents des Commissions A et B se réunissent chaque matin, avec les représentants du Conseil exécutif et les membres du Secrétariat pour établir le programme de travail de la journée et veiller en particulier à ce que l'examen du budget programme ne soit pas conduit trop rapidement.

Pour faciliter une participation démocratique de tous les Etats Membres à la discussion générale et eu égard au fait que certaines délégations sont très peu nombreuses, il faudrait éviter que les Commissions A et B n'aient à se réunir durant les séances plénières. Lors de l'examen des rapports du Directeur général et du Conseil exécutif, les délégués devraient s'attacher essentiellement à faire l'analyse critique de ces rapports, et ne pas s'appesantir sur les problèmes de santé particuliers à leurs pays respectifs. Ils devraient limiter la durée de leurs interventions et, autant que possible, soumettre par écrit les déclarations dont ils souhaitent l'inclusion dans le compte rendu des débats. Une autre raison d'éviter que les Commissions principales ne siègent en même temps que l'Assemblée plénière est que la présence du Directeur général aux réunions de la Commission A est nécessaire, puisque cette commission traite essentiellement du programme et du budget. Or, il est bien évident que le Directeur général ne peut assister à deux séances en même temps.

Les observations formulées au paragraphe 2.15 du rapport au sujet des projets de résolution sont tout à fait pertinentes. Il est vrai que les Commissions, la Commission A en particulier, consacrent trop de temps à l'examen de projets de résolution qui n'ont pas été étudiés au préalable par les comités régionaux ou par le Conseil. Il semble donc nécessaire d'inclure dans le Règlement intérieur un nouvel article invitant l'Assemblée à éviter d'adopter des résolutions difficiles à appliquer ou qui font double emploi.

Le Conseil et les comités régionaux devraient analyser avec soin la pertinence et l'importance des discussions techniques, qui, si elles se sont révélées très utiles, à une époque où les communications entre Etats Membres étaient plus difficiles, sont peut-être moins nécessaires aujourd'hui, du fait que les pays reçoivent régulièrement des informations techniques à jour grâce à la Série de Rapports techniques et à la Chronique de l'OMS. On pourrait toutefois établir, et distribuer au début de chaque session de l'Assemblée, des comptes rendus succincts des discussions techniques organisées à l'échelon régional, qui seraient tous examinés au cours de la même séance.

M. FURTH (Directeur général adjoint) dit que le Secrétariat tiendra dûment compte des observations et suggestions formulées. Le Dr Reid, qui s'est livré à une analyse quelque peu critique à propos de la façon dont le débat général est conduit, a suggéré que l'on encourage les délégués à soumettre leurs observations par écrit et à limiter à cinq minutes la durée de leurs interventions en séance plénière. Or, plusieurs résolutions ont déjà été adoptées à cet effet. C'est ainsi que, dans la résolution WHA20.2, l'Assemblée a encouragé les délégués à limiter à dix minutes la durée de leurs interventions, en leur recommandant de soumettre des exposés par écrit pour inclusion in extenso dans les comptes rendus des séances plénières et qu'elle a exprimé l'espoir, dans la résolution WHA25.33, que les délégations se conformeront de plus en plus à ces recommandations. Dans la résolution WHA26.1, elle a aussi recommandé que les délégations désireuses de participer à la discussion du rapport annuel du Directeur général et des rapports du Conseil exécutif, mettent, dans leurs interventions, l'accent sur les questions traitées dans ces rapports et que celles qui souhaiteraient exposer les aspects saillants de leurs activités sanitaires le fassent par écrit, pour insertion dans les procès-verbaux, conformément aux dispositions de la résolution WHA20.2. On peut donc se demander si l'adoption de nouvelles résolutions sur ce sujet serait vraiment efficace.

Le Dr Adandé Menest a fait valoir que si l'une ou l'autre des Commissions principales est appelée à se réunir durant une séance plénière, il sera nécessaire d'étoffer encore les délégations. Or, le même problème se pose lorsque deux Commissions se réunissent simultanément. Le Directeur général tiendra cependant compte de cet argument en signalant à l'attention des gouvernements les diverses conséquences d'une réduction de la durée des sessions de l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général et les Directeurs régionaux prendront aussi note des obser-

vations du Dr Cabral, selon lequel la limitation à deux semaines des sessions de l'Assemblée générale exigerait une amélioration considérable des travaux préparatoires des comités régionaux. A propos des remarques du Dr Kruisinga et du Dr Violaki-Paraskeva quant à l'utilité des discussions techniques organisées durant l'Assemblée générale, il faut rappeler que, dans son rapport (paragraphe 2.7), le Directeur général suggère que le Conseil pourrait souhaiter remettre à sa soixante et onzième session (en janvier 1983) l'examen de la possibilité d'interrompre les discussions techniques ou de modifier fondamentalement la façon dont elles sont organisées. La possibilité de choisir un thème directeur pour la discussion générale, avancée par le Dr Kruisinga, a déjà été étudiée mais demande à l'être plus avant, du fait que l'adoption de cette formule exigerait probablement aussi que le Directeur général remanie quelque peu son rapport.

Le DIRECTEUR GENERAL estime que la discussion générale de son rapport et de celui du Conseil exécutif s'est progressivement améliorée depuis deux ans. Il serait toutefois possible d'en rehausser encore l'intérêt en demandant par exemple au Conseil de choisir à l'avance les thèmes sur lesquels il souhaite que l'Assemblée axe la discussion générale, et de prier le Directeur général d'en aviser les Etats Membres. Se référant au paragraphe 4 du dispositif du projet de résolution soumis au Conseil (page 6 du rapport), il propose de remplacer le membre de phrase "... à proposer à l'Assemblée de la Santé de différer son examen..." par "... à appeler l'attention de l'Assemblée de la Santé sur la possibilité de différer...".

Le Dr Kruisinga serait partisan que l'on organise deux ou trois discussions techniques durant les sessions de l'Assemblée les années où l'examen du budget ne figure pas à son ordre du jour, car la présence simultanée d'un aussi grand nombre de spécialistes des questions de santé ne peut que favoriser un échange de vues des plus fructueux.

Comme l'a très justement fait observer le Directeur général adjoint, ce n'est pas au Directeur général, mais bien au Conseil exécutif, qu'il incombe de présenter à l'Assemblée de la Santé des recommandations définitives touchant sa méthode de travail. Bon nombre d'intervenants ont fait remarquer que le débat général, ou la discussion générale, n'ont jamais revêtu la forme d'un véritable débat ou d'une véritable discussion, et qu'il s'agissait en fait davantage d'une succession d'interventions. Il pense, lui aussi, que la remise d'exposés par écrit permettrait de remédier à cette situation et faciliterait l'instauration d'un véritable débat. Par ailleurs, ne serait-il pas possible d'inclure dans le projet de résolution présenté un nouveau paragraphe indiquant que le Conseil a jugé que les débats en séance plénière devraient être axés sur des questions revêtant une importance prépondérante pour la politique future de l'Organisation.

L'examen du budget programme ne figurant pas à l'ordre du jour de sa trente-cinquième session, l'Assemblée de la Santé pourrait en profiter pour élaborer des directives générales en vue de l'examen du budget programme en 1983. D'une façon plus générale, l'Assemblée pourrait envisager, les années où l'examen détaillé du budget programme ne figure pas à son ordre du jour, d'étudier en profondeur le futur programme à long terme de l'Organisation, en tenant dûment compte des objectifs énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata et des difficultés rencontrées pour mettre celle-ci en oeuvre.

Le Dr REID approuve les modifications proposées par le Directeur général au paragraphe 4 du dispositif du projet de résolution figurant au paragraphe 2.17 du rapport du Directeur général. Il partage pleinement l'avis de celui-ci, selon lequel c'est au Conseil de décider comment il convient d'aider l'Assemblée à organiser ses travaux, mais il n'est peut-être pas opportun d'inclure dans le projet de résolution soumis au Conseil, une suggestion précise sur la façon dont le débat général pourrait être conduit. Il a d'ailleurs l'intention de soumettre des propositions précises à ce sujet lorsque le Conseil étudiera la deuxième partie du rapport du Directeur général, qui est consacrée à la méthode d'examen du budget programme.

De l'avis du Dr CABRAL, il importe avant de trouver un moyen pour transformer en un véritable débat, ce qui n'est en fait qu'une série d'interventions sur les activités sanitaires des différents pays. Il faudrait pour cela que, dans ce rapport, le Directeur général mette davantage l'accent sur la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - en insistant sur les huit éléments principaux des soins de santé primaires et la façon dont ils peuvent être mis en place aux échelons nationaux, régionaux et mondiaux - plutôt que sur les objectifs particuliers du Secrétariat. Cela inciterait peut-être les délégués à considérer que les aspects saillants des activités déployées dans leurs pays sont déjà exposés dans

le rapport du Directeur général, et à limiter leurs interventions sur ce point pour entamer un véritable débat portant sur les questions de principe ou sur celles qui sont décisives pour l'avenir de l'Organisation.

Le Dr BRAGA estime que, les années où l'Assemblée mondiale doit examiner le budget programme, le Conseil exécutif devrait veiller à ce que l'ordre du jour de la Commission A, à laquelle incombe la principale responsabilité en la matière, ne soit pas inutilement surchargé.

Le Dr KRASTEV (suppléant du Dr Maleev) pense, qu'en dépit des efforts déjà déployés dans ce sens, les discussions en séance plénière de l'Assemblée pourraient être encore améliorées du point de vue de l'efficacité. Comme d'autres orateurs l'ont déjà fait observer, la documentation de base doit permettre aux délégués d'évaluer les progrès accomplis. D'autre part, il importe que les pays aient la possibilité de procéder à un échange de vues, d'exposer leurs activités à l'Assemblée, même brièvement, et, aussi, de formuler des suggestions visant à améliorer l'ensemble des activités de l'Organisation. Il serait donc souhaitable d'élaborer des directives relatives à la teneur des interventions en séance plénière. Peut-être pourrait-on expérimenter cette possibilité durant la prochaine session, en analysant les interventions faites durant le débat général, afin de recenser les questions qui ont retenu l'attention des délégués et de les reprendre pour orienter le débat général durant les sessions suivantes.

Il ne fait aucun doute que la qualité du rapport présenté par le Directeur général influe sur celle du débat général. Chaque fois que cela est possible et faisable, il conviendrait donc que ce rapport contienne une analyse coût/efficacité des différents projets, ce qui permettrait, là encore, de voir quelles sont les grandes questions qui appellent une attention particulière.

Le PRESIDENT estime que le Conseil semble maintenant en mesure d'adopter le projet de résolution reproduit au paragraphe 2.17 du document EB69/27.

Aucune objection n'ayant été formulée, il en conclut que l'amendement proposé par le Directeur général au paragraphe 4 du dispositif dudit projet de résolution est acceptable et que le Conseil est d'accord pour revenir sur la possibilité de donner un thème directeur au débat général, selon les suggestions du Dr Kruisinga et du Dr Reid, lorsqu'il étudiera la méthode d'examen du budget programme.

Il en est ainsi décidé.

La résolution, telle qu'amendée, est adoptée.

Méthode d'examen du budget programme (document EB69/27, paragraphes 3.1-3.12)

Le Dr REID se félicite de ce que le Conseil procède, dès à présent, tout au moins à un débat préliminaire sur la méthode d'examen du budget programme, et n'attende pas pour cela que l'on examine le prochain budget programme biennal en janvier 1983. L'examen du budget programme est la tâche la plus importante dont s'occupent le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé et, comme on le fait observer au paragraphe 3 du document dont le Conseil est saisi, différents membres du Conseil, à commencer par lui-même, ne sont toujours pas satisfaits de la façon dont cet examen s'opère, malgré les améliorations incontestables apportées ces dernières années. Ces observations ne sont absolument pas une critique à l'égard du Secrétariat dont les efforts consentis en matière de préparation et de présentation du budget programme sont, d'une manière générale, jugés d'une très grande qualité.

A son avis, l'ensemble du processus de programmation-budgétisation cristallise les relations qui existent au sein de l'Organisation entre l'Assemblée de la Santé, les comités régionaux, le Conseil exécutif et le Secrétariat. Chacun a un rôle à jouer; ces rôles doivent être complémentaires et ne pas comporter de duplication inutile des efforts. Ces relations nécessitent - et ont effectivement instauré ces dernières années - une confiance mutuelle et une compréhension des rôles de chacun. Naguère, les différents organes directeurs et le Secrétariat ont trop souvent mené des existences parallèles; désormais, ils s'articulent de façon beaucoup plus cohérente.

L'Assemblée de la Santé a, naturellement, des fonctions constitutionnelles à exercer, mais elle doit s'attacher aux grandes questions d'orientation, s'en remettant au Conseil exécutif du soin de faciliter son action en agissant le plus possible en son nom. De même, le

Conseil exécutif doit confier au Secrétariat le soin d'exécuter toutes les tâches appropriées sous la direction du Directeur général et l'autorité générale du Conseil lui-même, une bonne délégation des fonctions étant un élément fondamental, sinon la condition préalable, d'une bonne gestion.

La confiance mutuelle est actuellement très bonne. L'Assemblée de la Santé, grâce aux efforts des représentants successifs du Conseil exécutif, se rend maintenant mieux compte que jamais des liens véritables qu'elle a avec le Conseil. De même, tant le Conseil que l'Assemblée de la Santé s'accordent à reconnaître la qualité du travail et le dévouement du Secrétariat.

Quant aux autres améliorations que l'on pourrait apporter à la méthode d'examen du budget programme, il ne faut pas oublier qu'il existe déjà une disposition, décrite au paragraphe 3.6 du document, par laquelle les comités régionaux sont invités à mettre en valeur dans leurs rapports les questions importantes résultant de leur examen des propositions régionales de budget programme afin d'aider le Conseil dans son examen. Le Conseil devrait, semble-t-il, adopter une démarche analogue dans le rapport qu'il fait à l'Assemblée de la Santé.

La suggestion faite au paragraphe 3.7 est absolument excellente. Il conviendrait en effet de se servir de la Réserve du Directeur général pour le programme comme d'un moyen supplémentaire de polariser l'attention, tant au Conseil qu'à l'Assemblée de la Santé, sur le caractère plus ou moins satisfaisant de l'équilibre du budget programme. Une autre suggestion intéressante est celle émise au paragraphe 3.8, tendant à ce que le Directeur général mette en relief les questions importantes du programme destinées à faire l'objet d'une attention particulière du Conseil. Une telle façon de faire n'empêcherait aucunement le Conseil d'examiner tout autre aspect du budget programme mais susciterait évidemment le type de polarisation sur les questions importantes qu'il est souhaitable d'obtenir au cours des délibérations du Conseil, et dans une plus large mesure encore, de l'Assemblée de la Santé. En adoptant ces suggestions, on contribuerait beaucoup à améliorer la façon dont le budget programme est débattu à l'Assemblée de la Santé, alors qu'actuellement ce débat laisse beaucoup à désirer.

Le rapport sur le budget programme que le Conseil exécutif adresse à l'Assemblée de la Santé doit être rédigé à toute vitesse pendant les séances au cours desquelles la question est discutée, et c'est d'ailleurs un fascinant exercice de rédaction rapide. L'exploit a certes quelque chose d'impressionnant mais, l'expérience enseigne qu'il est impossible de s'acquitter adéquatement d'une besogne aussi importante dans le délai imparti, et il faut élaborer une méthode plus satisfaisante de préparation du rapport. En particulier, il conviendrait que le Conseil s'entende sur les principales questions à traiter dans son rapport, laissant ensuite la préparation de la version définitive à un petit groupe de membres du Conseil travaillant en collaboration avec le Secrétariat. Il serait d'ailleurs bon qu'un tel groupe comprenne les représentants du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé car ce sont eux qui auront à répondre lors du débat sur le budget programme. Les membres de ce petit groupe pourraient achever la préparation du rapport final du Conseil en partie pendant la session de janvier du Conseil, en restant au besoin un jour de plus à Genève après la conclusion des travaux du Conseil.

Quant au contenu du rapport que le Conseil adresse à l'Assemblée de la Santé, il devrait être axé sur les questions jugées les plus importantes; les comités régionaux - on l'a vu - ont été invités à centrer leur attention sur les questions les plus importantes afin d'aider le Conseil dans son examen du budget programme. En outre, comme cela a déjà été dit, il convient de se servir de cette possibilité nouvelle qu'est la Réserve du Directeur général pour le programme comme d'un instrument supplémentaire pour instaurer à l'Assemblée de la Santé un débat utile et non plus à bâtons rompus. Il pourrait donc être bon que le rapport du Conseil de l'Assemblée de la Santé, au lieu d'être un résumé bienveillant de ses discussions, se compose d'une série de questions précises posées à l'Assemblée de la Santé.

La résolution EB59.R8 visait à améliorer l'examen du budget programme par l'Assemblée de la Santé, et elle a été largement acceptée par l'Assemblée de la Santé, à l'exception du paragraphe 1 du dispositif qui, malheureusement, était la pierre angulaire de toute la résolution. Ainsi, l'amendement apporté par l'Assemblée de la Santé a eu pour effet d'anéantir la principale tentative faite par le Conseil pour instaurer un débat efficace sur le budget programme. En conséquence, il faut vraiment que lorsque le Conseil en viendra à examiner le prochain budget programme en 1983, il s'attache une fois encore à faciliter le travail de l'Assemblée de la Santé en lui offrant un cadre permettant à celle-ci de mener son débat sur la question. Cela sera conforme aux rôles véritables respectivement impartis au Conseil et à l'Assemblée de la Santé, ainsi qu'à l'état de confiance mutuelle qui s'est petit à petit établi entre les deux organes directeurs.

Il faut donc espérer que le Conseil se ralliera quant au fond aux suggestions contenues dans les paragraphes 3.7, 3.8 et 3.12 du rapport du Directeur général, tout en donnant également son accord aux suggestions qui viennent d'être formulées. Si tel est le cas, un petit groupe de travail pourrait être constitué pour préparer, en consultation avec le Secrétariat, un rapport contenant des suggestions pratiques sur la façon de procéder, suggestions qui seraient examinées par le Conseil exécutif en janvier 1983 avant qu'il n'entreprenne son étude du nouveau budget programme. En outre, et eu égard au débat qui vient juste de s'achever, il est désormais permis de se demander si le mandat d'un tel groupe ne pourrait pas être élargi et s'étendre à l'examen des moyens permettant d'améliorer le débat général à l'Assemblée de la Santé.

Le Conseil exécutif, après avoir examiné les suggestions du groupe de travail en janvier 1983, serait alors en mesure de transmettre des propositions précises à l'Assemblée de la Santé.

M. BOYER (conseiller du Dr Brandt) est d'accord avec pratiquement toutes les observations du précédent orateur. L'examen des propositions budgétaires par le Conseil exécutif pose les mêmes problèmes que l'examen par l'Assemblée de la Santé. En effet, il semble que les deux organes suivent un processus presque identique; dans un cas comme dans l'autre beaucoup d'attention se polarise inutilement sur des questions secondaires. Or, il semble bien qu'il soit inutile que les deux organes - ou même l'un d'entre eux - passe en revue le volumineux document budgétaire, paragraphe par paragraphe, en entrant dans des détails tels que l'arbre risque fort de cacher la forêt. On perd, en observations superflues sur les différents programmes et projets, beaucoup de temps qui pourrait être mieux utilisé à examiner les premières pages du document budgétaire, lesquelles traitent de questions aussi importantes que la part du budget consacrée aux différents secteurs; habituellement, on ne discute pas suffisamment des priorités ou de la façon dont le budget programme correspond au programme général de travail et à la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous.

On ne dira jamais assez que l'essentiel est de faire en sorte que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé concentrent leur attention sur les questions importantes. Comme le Dr Reid l'a fait observer, l'examen des affectations de ressources qui seront prélevées sur la Réserve du Directeur général pour le programme devrait avoir un effet salutaire en ce qui concerne l'Assemblée de la Santé; le paragraphe 3.8 du document soumis au Conseil contient un certain nombre de suggestions intéressantes grâce auxquelles l'examen du budget programme par le Conseil pourrait être stimulé (il convient de souligner à cet égard le rôle du Directeur général); et le Dr Reid a insisté sur le fait que le Conseil devait indiquer les questions particulièrement importantes dans le rapport qu'il adresse à l'Assemblée de la Santé.

Aussi importantes que soient toutes ces questions de polarisation de l'attention, on pourrait également puissamment contribuer à clarifier une situation quelque peu floue si la documentation de base - qui, après tout, fournit la base des délibérations de l'Assemblée de la Santé et du Conseil - était rédigée dans des termes qui fassent plus clairement ressortir les grandes questions d'orientation. En effet, si on se fait, avant un débat, une idée précise des questions qui y seront posées, il sera évidemment plus facile de leur apporter des réponses précises. Toujours dans cet ordre d'idées, peut-être pourrait-on également suggérer que le Directeur général fournisse aux délégués à l'Assemblée de la Santé, bien avant qu'ils se réunissent, des indications sur la façon dont le débat général sera mené, les questions qui y seront traitées, et - plus particulièrement - un schéma de la méthode d'examen du budget programme dans sa totalité.

En conclusion, il faut espérer que l'expérience d'une Assemblée de la Santé de deux semaines en 1982, ainsi que les améliorations apportées à la méthode d'examen du programme, pourront indiquer s'il est également possible de limiter à deux semaines les sessions se tenant pendant les années impaires, lorsque l'on examine le budget programme.

Le Dr BRAGA rappelle que l'élaboration du budget commence au niveau régional, lorsque les comités régionaux formulent des propositions qui sont ensuite rédigées par les bureaux régionaux. Ces propositions sont ensuite soumises au Conseil exécutif et, à sa connaissance, le Conseil exécutif n'a jamais apporté de modifications à un budget émanant d'un comité régional. Le Conseil exécutif examine ensuite le budget dans son ensemble. Or, il a manifesté une tendance de plus en plus affirmée à entrer dans le détail, non pas des différents budgets régionaux, mais des propositions préparées par le Directeur général concernant les programmes interrégionaux, d'autres programmes particuliers et les activités au Siège.

Le Dr Reid a tout à fait raison de dire que le rapport du Conseil exécutif à l'Assemblée de la Santé doit mettre en valeur les questions importantes et, d'ailleurs, il faut que celles-ci soient envisagées dans une perspective mondiale.

Quant aux méthodes utilisées par l'Assemblée pour examiner les propositions budgétaires, l'orateur sait par expérience que l'examen du budget à la Commission A fournit l'occasion d'un véritable débat général. Les délégués ne proposent pas de modifications mais soulèvent des problèmes et échangent des idées sur les programmes envisagés dans le cadre mondial. Dès lors, on peut se demander si la Commission A ne devrait pas consacrer la totalité de son temps à l'examen du budget et donner ainsi à tous les délégués qui souhaitent prendre la parole le temps de le faire.

Le Dr CABRAL se déclare également d'accord avec les propositions du Dr Reid.

Le volume qui contient le projet de budget programme est quelque peu rébarbatif de par ses dimensions; mais les premières pages qui contiennent, par exemple, l'introduction et la section intitulée "Elaboration, présentation et financement du projet de budget programme", examinées conjointement avec le rapport du Conseil exécutif, fournissent effectivement les grandes lignes d'un tableau d'ensemble de l'évolution au sein des grands programmes, des principales orientations et des tendances; et la section consacrée à l'analyse de certaines questions financières est très utile. Pourtant, ces aspects sont souvent négligés et l'on perd du temps à débattre de questions secondaires.

On pourrait améliorer le rapport du Conseil exécutif sur la question, d'abord, en mettant en relief les tendances observées au cours des dernières années dans les attributions de crédits à certains programmes et en montrant comment celles-ci se répartissent entre les régions et le Siège. On pourrait également indiquer si les moyens extrabudgétaires attendus ont effectivement été obtenus, et donner un résumé des principales conclusions financières ainsi que de la façon dont elles ont été tirées. Deuxièmement, comme l'a fait observer le Dr Reid, il faudrait tenter de convaincre l'Assemblée de la Santé de la nécessité d'admettre l'utilité du paragraphe 1 du dispositif de la résolution EB59.R8.

En outre, il ne faut pas oublier que certains délégués assisteront à l'Assemblée de la Santé pour la première fois et pourront éprouver des difficultés à se préparer aux débats. Par conséquent, il serait utile que le Secrétariat sorte un document exposant la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé et donnant certaines indications sur la façon dont les différentes questions seront examinées. Des améliorations restent possibles dans la présentation de certaines des questions financières, peut-être en fournissant des aides visuelles telles que des graphiques, par exemple.

Le Dr KRASSTEV (suppléant du Professeur Maleev) estime que la forme sous laquelle le budget est présenté est importante pour faciliter la compréhension et stimuler la discussion. Ne pourrait-on, à titre d'expérience - et comme cela se fait parfois dans d'autres réunions internationales - utiliser un système permettant une présentation visuelle continue des questions en discussion au cours d'une réunion donnée ?

Afin d'aider les délégués qui assistent à l'Assemblée de la Santé pour la première fois, ne pourrait-on préparer un petit manuel exposant les méthodes procédurales et fournissant les définitions des éléments essentiels de la terminologie ou du jargon OMS qui ont occasionné des difficultés à certains délégués ?

M. HUSSAIN appuie la suggestion du Dr Braga tendant à ce que la Commission A consacre, les années impaires, tout son temps à l'examen du budget programme. Si d'autres questions sont rayées de son ordre du jour, l'Assemblée de la Santé pourra peut-être être ramenée à deux semaines, même ces années-là.

Deuxièmement, le Dr Reid et M. Boyer ont tout à fait raison de demander que le rapport de l'Assemblée de la Santé mentionne les questions de caractère mondial les plus importantes dont il convient de débattre. Etant donné l'insistance mise à renforcer le rôle régional de l'OMS, les questions régionales doivent être laissées aux régions. L'attention étant ainsi polarisée, tous les programmes et activités à caractère mondial pourraient être examinés et non plus un ou deux seulement.

Ne pourrait-on également entamer les discussions techniques dans les régions, sous la forme de discussions de groupe dont les résultats seraient ensuite transmis à l'Assemblée de la Santé, ce qui permettrait de gagner du temps au cours de celle-ci ?

Le Dr KRUISINGA indique que ce qu'il a dit lors de l'examen de la première partie du document EB69/27 s'applique également à la section 3.

Il approuve les suggestions formulées par le Dr Reid et d'autres orateurs.

Le PRESIDENT demande si les membres du Conseil tiennent à formuler d'autres observations sur la proposition du Dr Reid de constituer un groupe de travail du Conseil chargé de préparer des directives pour l'examen du projet de budget par le Conseil en 1983.

M. FURTH (Sous-Directeur général) suggère, au cas où la proposition du Dr Reid serait approuvée par le Conseil, qu'outre l'étude des méthodes d'examen du budget programme au Conseil et à l'Assemblée de la Santé et la formulation de suggestions pour une meilleure structuration de la discussion générale en séance plénière, le mandat du groupe de travail comprenne également une analyse de l'essai tenté en réduisant la durée de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé à deux semaines. Une telle procédure permettrait de donner suite à la demande énoncée au paragraphe 3 du dispositif de la résolution WHA34.29, à savoir que le Directeur général et le Conseil exécutif soumettent à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, pour examen, un rapport sur les résultats de cet essai en ce qui concerne tant la méthode de travail que la durée de l'Assemblée de la Santé, et elle éviterait d'avoir à tenir deux débats sur les méthodes de travail à la session de janvier 1983 du Conseil. M. Furth se demande en outre si l'étude proposée ne pourrait pas être faite par le Comité du Programme du Conseil plutôt que par un groupe de travail spécialement établi à cette fin.

Le Dr REID serait heureux que soit inclus dans le mandat du groupe de travail l'examen de l'essai concernant la durée de l'Assemblée de la Santé comme l'a suggéré M. Furth, mais n'est pas certain que le Comité du Programme soit l'organe le plus approprié pour cette tâche. Peut-être pourrait-elle être confiée à un sous-groupe du Comité du Programme, mais il préférerait, quant à lui, qu'un groupe distinct en soit chargé. Le rapport du groupe pourrait être transmis par l'intermédiaire du Comité du Programme, mais devrait être discuté avec le Secrétariat avant d'être soumis à cet organe.

Le Dr LAW appuie la suggestion de M. Furth d'inclure dans le mandat du groupe de travail l'étude de l'essai concernant la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, et se joint au Dr Reid pour dire que ce travail devrait être entrepris par un petit groupe avant que le Comité du Programme n'en discute.

Le Dr KRUISINGA se range à cet avis.

M. BOYER (conseiller du Dr Brandt) ne voit pas, si le but visé est de concentrer davantage l'attention sur les questions que devrait étudier l'Assemblée de la Santé, pourquoi le groupe ne devrait pas être un organe distinct institué par le Conseil. Il a cru comprendre que les composantes régionales du budget programme avaient été présentées trop tard au Secrétariat pour que le Comité du Programme puisse, à sa session de novembre, s'acquitter de son rôle en les examinant; et il se demande si le Comité du Programme sera en mesure de le faire à l'avenir - car cela est utile à la fois pour le Conseil et pour l'Assemblée de la Santé - ou si quelque autre organe ne pourrait pas être chargé d'accomplir cette tâche avant que le Conseil n'entreprenne son propre examen.

M. FURTH (Sous-Directeur général) donne lecture du mandat confié au Comité du Programme aux termes de la résolution EB58.R11 et fait observer qu'il n'a jamais été question que le Comité du Programme examine le budget avant que le Conseil exécutif se réunisse - tâche qu'il serait impossible de remplir de toute façon, étant donné les dates auxquelles il est procédé à l'examen des projets de budgets régionaux par les comités régionaux et à la préparation des propositions du Directeur général concernant le budget programme. Le Conseil a, bien entendu, confié parfois au Comité du Programme d'autres tâches spécifiques, par exemple l'étude de points liés à des questions monétaires, mais le mandat fondamental du Comité ne comporte pas l'examen du budget programme pour le compte du Conseil.

En réponse à une question posée par le PRESIDENT, M. Furth dit que le groupe proposé aura bien le temps de se réunir avant le Comité du Programme. Mais il pense que ce groupe pourrait peut-être faire rapport directement au Conseil sans passer par le Comité.

M. BOYER (conseiller du Dr Brandt) juge important de connaître l'opinion du Secrétariat concernant les commentaires du Dr Braga sur les conflits possibles entre les grandes orientations au niveau mondial et les propositions des comités régionaux, et sur la mesure dans laquelle des modifications pourraient être proposées au cours de l'examen du budget programme s'il y avait désaccord entre le Conseil et l'Assemblée de la Santé au sujet des propositions des comités régionaux.

Le DIRECTEUR GENERAL rappelle les améliorations apportées au fonctionnement de tous les organes directeurs de l'OMS. Comme l'a noté le Dr Cabral, on a observé ces dernières années une cohésion croissante dans les débats du Comité régional de l'Afrique au sujet des politiques générales de l'OMS émanant de l'Assemblée de la Santé. A vrai dire, tous les comités régionaux s'efforcent maintenant de fournir des principes directeurs pour l'évolution de l'OMS. C'est pourquoi les budgets programmes sont pour la première fois élaborés à tous les niveaux et deviennent plus homogènes - bien qu'il reste matière à amélioration. En étudiant les moyens d'accroître cette homogénéité, il est clair que le Conseil devrait éviter de perdre son temps à des débats prolongés sur des détails du genre de ceux qui l'occupaient voici dix ans. D'autre part, il devrait mettre en relief les cas où il estime, par exemple, qu'une région ne consacre pas assez de ressources au renforcement des moyens gestionnaires dont disposent les pays pour appliquer la stratégie de la santé pour tous. C'est sur ce genre de question qu'à son avis, le Conseil devrait se concentrer et prendre des mesures. Il y a de bonnes raisons de s'attendre à de grandes améliorations, étant donné la productivité des dernières sessions du Conseil exécutif et l'équilibre des dialogues et le degré de participation démocratique qui les ont marquées. De même, le Conseil devrait débattre de l'équilibre programmatique des tâches de l'OMS, dans un esprit d'impartialité reflétant la composition de l'Organisation dans son ensemble, afin que le Directeur général et les Directeurs régionaux soient en mesure de communiquer les vues du Conseil aux organes directeurs, aux comités régionaux et aux Etats Membres.

C'est donc au Conseil lui-même qu'incombe l'ultime responsabilité en ce qui concerne l'approche des conflits entre les politiques régionales et mondiales; de l'avis du Directeur général, cette approche devrait être axée sur les questions fondamentales, concentrée non sur des détails mineurs, mais sur la conformité au concept des soins de santé primaires et aux stratégies de la santé pour tous ainsi que sur l'affectation appropriée des ressources. A moins que le Conseil ne se compose de généralistes neutres travaillant objectivement, il sera très difficile pour le Directeur général d'avancer des propositions spécifiques. Des progrès considérables ont toutefois été faits et le Conseil, grâce à sa productivité accrue, va de plus en plus être en mesure de fournir à l'Assemblée de la Santé des informations objectives, qui permettront des discussions plus fructueuses sur le budget.

Même si elle donne lieu à des critiques considérables, l'affectation régionale est une question que le Conseil ne devrait pas hésiter à étudier objectivement afin que, dans le cas de la Région africaine, par exemple, il ne reste aucun motif de supposer que les affectations sont entachées de partialité. La représentation régionale au sein du Conseil est une autre question à étudier, compte tenu notamment de certaines situations existant dans le Pacifique occidental et l'Asie du Sud-Est; là encore, le Conseil devrait être en mesure de fournir à l'Assemblée de la Santé une opinion impartiale qui la guiderait dans ses décisions. De l'avis du Directeur général, les travaux des organes directeurs de l'OMS pourraient être encore améliorés et le Conseil pourrait débattre des questions d'une manière constructive, ce qui permettrait au Secrétariat de juger plus facilement des suggestions les plus appropriées à présenter.

Le PRESIDENT note que le Conseil approuve l'idée de la création d'un petit groupe de travail suggérée par le Dr Reid; la question de la composition de ce groupe sera étudiée à un stade ultérieur.

2. MODIFICATIONS AU BUDGET PROGRAMME POUR 1982-1983 : Point 14 de l'ordre du jour (suite)

Examen d'un projet de résolution

Le PRESIDENT appelle l'attention des membres du Conseil sur le projet de résolution suivant proposé par les Rapporteurs (EB69/Conf.Paper N° 6) :

Le Conseil exécutif,

Ayant pris acte du rapport du Directeur général sur les modifications au budget programme pour 1982-1983;

Rappelant ses recommandations antérieures concernant l'examen du budget programme et du rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS (partie I de la résolution EB55.R46);

Rappelant en outre la résolution WHA34.29 limitant la durée de l'Assemblée de la Santé à un maximum de deux semaines les années paires;

Reconnaissant que la pratique de la budgétisation-programmation biennale fournit un moyen d'améliorer l'efficacité de l'Assemblée de la Santé et de réduire sa durée,

RECOMMANDE à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé l'adoption de la résolution suivante :

La Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur les modifications au budget programme pour 1982-1983 et les recommandations du Conseil exécutif à ce sujet;

Rappelant ses décisions antérieures concernant les rapports annuels du Directeur général sur l'activité de l'OMS, le cycle budgétaire biennal et le rapport financier intérimaire;

Rappelant en outre la résolution WHA34.29 limitant la durée de l'Assemblée de la Santé à un maximum de deux semaines les années paires,

1. DECIDE que le bref examen des changements apportés au budget programme auquel l'Assemblée doit procéder les années paires en application de la résolution WHA28.69 sera entrepris par le Conseil exécutif;
2. PRIE le Conseil exécutif d'examiner, les années paires, les changements apportés au budget programme approuvé pour la période biennale en cours lorsqu'il est saisi des rapports des Directeurs régionaux sur des questions intéressant les comités régionaux qui réclament l'attention particulière du Conseil;
3. PRIE le Directeur général de faire rapport au Conseil les années paires, lorsqu'il le juge nécessaire ou approprié, sur tout fait important concernant des activités mondiales ou interrégionales qui ont des incidences majeures sur le budget programme biennal en cours.

La résolution est adoptée.

3. RECRUTEMENT DU PERSONNEL INTERNATIONAL A L'OMS : Point 30 de l'ordre du jour (résolutions EB63.R25, paragraphe 5, et WHA32.37, paragraphe 2; document EB69/32)

M. FURTH (Sous-Directeur général), qui introduit le rapport du Directeur général reproduit dans le document EB69/32, indique que ce rapport a essentiellement un caractère provisoire et qu'il a pour objet de faire le point des progrès accomplis au cours des douze derniers mois - depuis octobre 1980 - en ce qui concerne l'amélioration de la représentation géographique et la proportion des postes tenus par des femmes.

Dans la section 2 du rapport, les chiffres présentement disponibles sur la situation au 1^{er} janvier 1982 montrent que, à la suite de mouvements entre les pays surreprésentés et les pays adéquatement représentés, le nombre de pays de cette dernière catégorie, comme l'indique le paragraphe 2.6, s'est élevé à 80. Le Tchad n'est plus représenté; le nombre de pays non représentés est donc tombé à 41 - ou 39 selon que les deux pays, la Dominique et Sainte-Lucie, qui sont devenus Membres de l'OMS en 1980, sont inclus ou non dans cette statistique. Le nombre de pays surreprésentés, mentionné au paragraphe 2.5, est tombé à 28.

La répartition géographique régionale est demeurée inchangée, la Région du Pacifique occidental et celle des Amériques étant toujours sous-représentées; alors que les Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale sont adéquatement représentées et que la Région de l'Asie du Sud-Est est surreprésentée. Comme l'indique le paragraphe 2.9 du rapport, le nombre total de ressortissants de pays surreprésentés excédant les limites supérieures des "fourchettes souhaitables" atteignait 308 en 1980 et 281 en 1981, soit une diminution approximative de 9 %, pour l'ensemble de cette surreprésentation.

Il ressort du paragraphe 3.2 concernant l'objectif de recrutement que, en octobre 1981, 35 % des nominations à des postes soumis à la répartition géographique intéressaient des ressortissants de pays non représentés ou sous-représentés. Les statistiques disponibles en janvier 1982 indiquent que cette proportion est aujourd'hui de 36 %. Il convient de remarquer que, si ce principe n'avait été appliqué qu'aux nominations faites à partir de mai 1981, époque à laquelle un objectif a été fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé, le pourcentage aurait été de 39 % en octobre 1981; en d'autres termes, sur l'ensemble des 79 nominations qui ont eu

lieu entre mai et octobre 1981, 31 concernaient des ressortissants de pays sous-représentés et non représentés.

Certains progrès ont déjà été réalisés dans le sens de l'objectif majeur qui est d'augmenter la proportion de femmes occupant des postes des catégories professionnelle et supérieure. Cette proportion est passée de 18,00 % à 18,35 % dans les bureaux permanents; on a toutefois noté un fléchissement de 15,05 % à 14,34 % dans la proportion des femmes occupant des postes de projets sur le terrain. En décembre 1981, cependant, les chiffres étaient respectivement de 18,77 % et 14,65 %. M. Furth appelle l'attention sur les mesures énumérées au paragraphe 4.4 et notamment sur le paragraphe 4.6, qui fait mention des réponses décevantes des Etats Membres à une invitation qui leur a été lancée par l'OMS d'aider le Directeur général dans ses efforts, en proposant dans une proportion nettement plus élevée des candidats de sexe féminin possédant les qualifications requises. Depuis la publication du rapport, le Directeur général n'a reçu qu'une seule réponse supplémentaire, dans laquelle l'Etat Membre concerné regrettait de n'être pas actuellement en mesure de proposer des candidats qualifiés de sexe féminin. Malgré ces réactions peu favorables, on note pour la période d'octobre 1980 à octobre 1981 une proportion de femmes légèrement supérieure à 20 % sur le total des nominations à des postes des catégories professionnelle et supérieure, comme l'indique le paragraphe 4.2; en novembre et décembre 1981, 33 % et 29 % de l'ensemble des nominations, respectivement, concernaient des femmes.

Le Dr CHRISTIANSEN (suppléant du Dr Mork) pense que les chiffres donnés au paragraphe 4.2 et à l'annexe 5, en ce qui concerne les emplois féminins à l'OMS, ne sont ni satisfaisants ni encourageants, mais les observations du Directeur général quant au rôle des Etats Membres et des gouvernements dans ce domaine sont irréfutables. Dans le recrutement des femmes, comme dans d'autres secteurs, c'est aux Etats Membres qu'il appartient d'assumer leurs propres responsabilités. Néanmoins, et même si l'on tient compte des circonstances actuelles et des contraintes qui en résultent pour le Directeur général, deux domaines méritent d'être explorés plus à fond.

Il s'agit en premier lieu de l'accession des femmes à des postes de responsabilités à l'OMS. Cette promotion dépendra, dans une certaine mesure, non seulement du recrutement féminin en général, mais aussi des efforts qui sont actuellement déployés pour garantir cette promotion. A ce propos, le Dr Christiansen se réfère à certaines promotions à des postes supérieurs, dont ont bénéficié, au Bureau régional de l'Europe, des femmes possédant des qualifications et des compétences éminentes; ce mouvement ne peut être qu'encouragé et tous les intéressés, ainsi que le Directeur général lui-même, méritent d'être félicités. Le Dr Christiansen, depuis qu'il fait partie du Conseil, est devenu intimement convaincu des hautes qualités du personnel féminin de l'OMS.

Le second point concerne la représentation des femmes dans les organismes inter-institutions et intra-institutions. Le Dr Christiansen ne peut rien concevoir de plus purement poétique que l'union quasi sacrée de la femme et de l'eau; c'est là un symbole que l'on rencontre dans la plupart des langues et qui est associé à la source même de la vie. Sans compter également toutes les tâches quotidiennes qu'implique l'usage de l'eau. Qui d'autre que la femme s'occupe de ces lourdes tâches ? Et pourtant, le rôle de la femme n'a pas été pleinement reconnu dans la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Pourquoi les comités d'orientations inter-institutions de la Décennie, où sont représentées les organisations compétentes du système des Nations Unies - dont l'OMS - ne comptent-ils qu'une seule femme ? L'eau qui coule pendant les séances dans le gosier des représentants est probablement servie par des femmes, mais le flot des paroles demeure l'apanage de l'homme. Il existe cependant des exceptions à cette règle et le Dr Christiansen demande au Directeur général d'appuyer de son prestige les efforts actuellement consentis pour augmenter la représentation féminine dans les organismes inter-institutions et autres.

Il se rend compte que ce qu'il vient de dire peut sembler n'être qu'une simple digression; mais il estime qu'en négligeant de présenter ce genre d'observations, il aurait failli à son devoir. Il désire que ses propos soient inscrits au procès-verbal, en hommage aux femmes de l'OMS et à celles qui oeuvrent dans le domaine de la santé publique en dehors de l'Organisation.

Le Dr AL-GHASSANI (suppléant du Dr Al-Khaduri) remarque que le Directeur général a pris des mesures afin que 40 % au minimum de l'ensemble des postes soumis à la répartition géographique soient attribués à des ressortissants de pays non représentés et sous-représentés; cet objectif a été atteint en 1980-1981. A ce propos, il souhaiterait que le Secrétariat donne quelques précisions sur le sens de la dernière phrase du paragraphe 3.1 du document.

Le Professeur SEGOVIA, tout en appuyant les efforts du Directeur général pour atteindre un équilibre adéquat dans la représentativité du personnel international de l'OMS, souligne que cette volonté ne suffit pas à elle seule et qu'un large éventail d'autres facteurs doivent également être pris en considération. Il existe des différences entre les pays figurant dans la liste de ceux qui sont adéquatement représentés; si égalité il y a, celle-ci est plus stricte dans certains cas que dans d'autres.

Une répartition géographique et une représentation adéquates ne suffisent pas; une formation technique et des compétences appropriées à chaque emploi s'imposent également. Telle est la priorité absolue que l'OMS doit observer pour garantir l'efficacité de son action. Les descriptions de postes doivent être précises afin que l'on puisse recruter la personne qui convient; cela n'est pas toujours facile. En fait, cette tâche s'avère de plus en plus délicate, car, de l'avis du Professeur Segovia, le départ d'un fonctionnaire de son propre pays n'offre plus aujourd'hui l'attrait qu'il avait conservé jusqu'ici.

A propos du recrutement des femmes, le document indique clairement que la responsabilité en incombe essentiellement aux pays intéressés. Ici encore, il est nécessaire de choisir les personnes ayant les meilleures qualifications et qui possèdent la meilleure formation. Les femmes, en raison de leur sensibilité plus vive, sont particulièrement aptes à s'occuper de certains problèmes et c'est pourquoi il conviendrait d'accroître les effectifs de personnel féminin.

Les tentatives faites pour obtenir une représentation équilibrée du personnel international de l'OMS sont dignes d'éloges et méritent d'être soutenues, mais il ne faut pas oublier que la solution de tous ces problèmes présente de très grandes difficultés et que l'on devra encore attendre quelques années avant de parvenir à des résultats satisfaisants. Il convient d'aider le Directeur général dans les efforts qu'il déploie pour atteindre progressivement l'objectif final.

Le Dr SHINOZAKI (suppléant du Dr Tanaka) se félicite de la fixation de nouvelles "fourchettes souhaitables", selon le mode de calcul adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies - l'objectif minimum à atteindre étant 40 % de l'ensemble des nominations soumises à la répartition géographique. Dans le cas d'un pays qu'il connaît bien, toutefois, il n'y a eu récemment que peu de progrès à cet égard; ce pays figure parmi ceux qui sont sous-représentés, mais il existe toujours un large fossé entre les effectifs souhaitables et les effectifs réels de personnel, par comparaison avec d'autres pays de cette même catégorie. Le Dr Shinozaki demande donc au Directeur général d'intensifier ses efforts pour recruter davantage de personnel de ce pays.

Le Dr LAW avait l'intention de présenter diverses observations à propos de la représentation féminine à l'OMS, mais que l'éloquence et la sincérité du Dr Christiansen l'ont laissée pratiquement sans voix. Elle désire toutefois exprimer ses regrets en apprenant que les Etats Membres ont négligé d'apporter une ferme coopération dans ce domaine et elle félicite le Directeur général ainsi que le Secrétariat des progrès réalisés, malgré cette absence de soutien.

M. BOYER (Conseiller du Dr Brandt) se déclare satisfait de constater que des améliorations ont eu lieu grâce au nouveau système, bien qu'il n'ait été adopté qu'en mai 1981. Le Secrétariat doit être encouragé à poursuivre son action dans cette voie.

Le Dr ADANDE MENEST estime qu'il ne suffit pas d'encourager les pays à présenter des candidatures parmi leurs propres ressortissants. Il existe certaines contraintes qui créent des difficultés de recrutement. Certains pays ne possèdent pas d'effectifs suffisamment nombreux de personnel formés aux tâches qui les attendent à l'OMS ou dans d'autres organisations. D'autre part, un certain nombre de personnes qui parviennent à se faire engager le font souvent à titre privé. Les avis de vacances de postes de l'OMS ne font pas l'objet d'une publicité suffisante dans les pays.

La question de la rémunération joue également un rôle; certains pays ne peuvent offrir aucune rémunération attrayante à leurs propres ressortissants, qui cherchent donc des emplois ailleurs. Le Dr Adandé Menest invite instamment le Directeur général et les directeurs régionaux à fournir régulièrement des informations sur les postes vacants et à veiller à ce que celles-ci parviennent non seulement aux Etats Membres, mais aussi à tous ceux qu'elles sont susceptibles d'intéresser. Il pense que la méthode qui consiste à prendre contact avec des candidats susceptibles d'être intéressés par ces postes est meilleure que celle qui consiste simplement à informer des Etats Membres de leur sous-représentation.

M. AL-SAKKAF désire savoir si le Secrétariat tient compte de la densité de population dans le calcul d'une répartition géographique correcte.

Le Dr MARQUES DE LIMA appelle l'attention sur une erreur du texte français, dans le paragraphe 2.5 du document, où il est écrit que quatre pays qui, précédemment, étaient adéquatement représentés, sont maintenant "sous-représentés"; il convient de lire "surreprésentés", en concordance avec la version anglaise.

M. FURTH (Sous-Directeur général), répondant aux remarques formulées au cours de la discussion, dit que le Directeur général et le Secrétariat souscrivent entièrement aux propos du Dr Christiansen. Il fait observer à ce sujet que, depuis le 1^{er} janvier 1982, une femme occupe le poste de Directeur du Bureau de liaison de l'OMS à New York; elle représente l'Organisation dans la plupart des réunions inter-institutions.

Répondant au Dr Al-Ghassani, M. Furth indique que ce sont les chiffres d'octobre 1980 qui ont été choisis comme base du rapport présenté au Conseil en 1981 ainsi que pour l'évaluation des progrès accomplis jusqu'en octobre 1981. Comme l'indique le paragraphe 3.2, sur les 181 nominations faites au cours de cette période, 63 - c'est-à-dire 35 % - concernaient des pays sous-représentés et non représentés. Si l'on évalue les progrès accomplis depuis mai 1981, c'est-à-dire l'époque où un objectif précis a été fixé par l'Assemblée de la Santé, le pourcentage correspondant atteint déjà 39,5 %.

En réponse au Dr Shinozaki, M. Furth dit que les efforts se poursuivront afin de recruter davantage de personnel originaire du pays en question. Il fait toutefois observer que des progrès sans précédent ont déjà été accomplis entre novembre 1980 et octobre 1981, période pendant laquelle six ressortissants de ce pays ont été recrutés, sur un total de 63 personnes recrutées dans les pays non représentés et sous-représentés, ce qui équivaut à environ 10 % du chiffre total. M. Furth espère que cette orientation pourra être maintenue.

Il se demande si le Dr Adandé Menest est bien en droit d'affirmer que l'absence d'informations dans les pays sur les avis de vacances de postes de l'OMS constitue la principale raison de l'échec des tentatives visant à améliorer le recrutement de ressortissants de pays sous-représentés. Les avis de vacances de postes sont envoyés à tous les gouvernements. Il existe également une longue liste de recrutement contenant les noms de candidats de la plupart des pays. La difficulté consiste à trouver des candidats qualifiés dans certains pays. Il est particulièrement difficile d'obtenir des candidatures féminines de certains pays en développement qui ne disposent que de faibles effectifs de personnel qualifié en santé publique, dont peu ou pas de femmes. Les postes de projets sur le terrain n'attirent pas de candidats ou bien les conditions de travail ne les intéressent pas; beaucoup de ces postes sont situés dans des régions éloignées où les conditions de vie sont précaires et la rémunération offerte ne suffit pas à compenser ces inconvénients.

Dans sa réponse au Dr Al-Sakkaf, M. Furth explique que les "fourchettes souhaitables" ne tiennent pas compte du facteur population, en tant que tel. Sur le nombre total de postes soumis à la répartition géographique, selon le système approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies, 37 % sont répartis également entre tous les Etats Membres, alors que 55,8 % le sont en fonction du barème des contributions, qui prend en considération le chiffre de population des pays. Un certain nombre de postes (7,2 %) sont réservés de manière à tenir compte du facteur population, mais ils ne figurent pas dans les "fourchettes souhaitables"; ils sont inclus dans les fourchettes régionales, comme l'explique le paragraphe 2.8 du rapport du Directeur général. Toutefois, les progrès réalisés dans l'obtention d'une répartition géographique satisfaisante du personnel sont mesurés sur la base des "fourchettes souhaitables" nationales, et non pas régionales.

M. Furth reconnaît, avec le Dr de Lima, que le texte français du paragraphe 2.5 comporte une erreur.

La séance est levée à 12 h 35.

= = =