



## **Examen de la Constitution et arrangements régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé**

### **Rapport du groupe spécial du Conseil exécutif**

Le groupe spécial du Conseil exécutif sur l'examen de la Constitution de l'OMS, créé en application de la résolution WHA48.14, a tenu six réunions entre mai 1996 et novembre 1997, au cours desquelles il a examiné la mission et les fonctions de l'OMS et les dispositions constitutionnelles qu'il faudrait peut-être examiner plus avant en vue d'une éventuelle révision, ainsi que des questions relatives aux arrangements régionaux de l'OMS dans le cadre de la Constitution en vigueur. Le présent rapport, qui contient des recommandations précises, est présenté en application de la résolution EB99.R24 et de la décision EB99(5).

1. La résolution WHA48.14 demandait au Conseil exécutif de déterminer s'il était nécessaire de réviser la Constitution de l'OMS et, le cas échéant, d'examiner le meilleur moyen de s'acquitter de cette tâche. A sa quatre-vingt-dix-septième session, le Conseil a examiné un rapport du Directeur général sur la question et adopté la décision EB97(11) par laquelle il créait un groupe spécial du Conseil chargé d'entreprendre un examen de la Constitution et de faire rapport au Conseil à sa quatre-vingt-dix-neuvième session.<sup>1</sup>

2. Dans son rapport au Conseil à sa quatre-vingt-dix-neuvième session, le groupe spécial a estimé notamment qu'il devrait continuer d'examiner la Constitution en parallèle et en coordination avec l'actualisation de la politique de la santé pour tous et, éclairé par ses travaux, élaborer des orientations en vue de l'examen de la Constitution par le Conseil exécutif en janvier 1998.<sup>2</sup> Le Conseil a accepté cette recommandation et étendu le mandat du groupe spécial en conséquence (décision EB99(5)). Le Conseil a également adopté la résolution EB99.R24, qui élargissait le mandat du groupe spécial aux questions relatives aux arrangements régionaux de l'OMS dans le cadre de la Constitution en vigueur et demandait qu'un rapport contenant des recommandations soit présenté au Conseil à sa cent unième session.

3. Le groupe spécial a examiné son mandat révisé à sa troisième réunion (3 et 4 avril 1997), à sa quatrième réunion (10 mai 1997), à sa cinquième réunion (9-11 juillet 1997) et à sa sixième réunion (5-7 novembre 1997). Pour donner suite à la résolution EB99.R24, tous les Etats Membres ont été invités à participer à ces réunions conformément à l'article 3 du Règlement intérieur du Conseil exécutif. Les recommandations sur les mesures à

<sup>1</sup> Le groupe spécial est composé de six membres du Conseil (un par Région) et d'un Président. En sont actuellement membres : le Professeur A. Aberkane (membre d'office), le Dr F. R. Al-Mousawi, le Dr L. A. López Benítez, le Dr N. Blewett (Président), le Professeur Z. Reiner, le Dr T. J. Stamps et le Dr B. Wasisto.

<sup>2</sup> Voir document EB99/1997/REC/1, annexe 9.

prendre formulées par le Conseil exécutif, ainsi qu'il le lui avait été demandé dans la résolution EB99.R24 et dans la décision EB99(5), sont présentées ci-après.

## EXAMEN DES DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES

### Préambule : Définition de la santé

4. Le groupe s'est demandé si le préambule devrait être modifié pour faire allusion au bien-être spirituel et à une conception dynamique de la santé. Il a **proposé** de modifier le préambule comme suit :

La santé est un état dynamique de complet bien-être physique, mental, spirituel et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

### Article 2 : Fonctions de l'OMS

5. Dans son rapport à la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif (janvier 1997),<sup>1</sup> le groupe spécial a noté que, s'il est déterminé que les fonctions définies dans l'article 2 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé doivent être révisées, cette révision devrait tenir compte, pour être conforme à la future mission, des points suivants :

- une large gamme de fonctions propres à fournir la souplesse nécessaire et à assurer une mise en oeuvre efficace;
- un regroupement des fonctions par genre;
- une organisation des fonctions par rang de priorité;
- des fonctions qui reflètent l'évolution de la politique sanitaire depuis 1948 et la perspective de la santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle;
- des fonctions définies en termes de principes généraux plutôt qu'en termes d'activités spécifiques.

6. Le groupe s'est déclaré tout à fait favorable au cadre du texte révisé de l'article 2 ci-après. Il a estimé que le texte révisé devrait être **proposé** aux organes directeurs de l'OMS et que les détails devraient être examinés à tous les échelons de l'Organisation dans le courant de l'année 1998. Un texte définitif, tenant compte de ce large processus de consultation, serait ensuite soumis au Conseil exécutif à sa cent troisième session en janvier 1999.

#### *Article 2*

L'Organisation, pour atteindre ses buts, exerce les fonctions suivantes :

1. AGIR EN TANT QU'AUTORITE DIRECTRICE ET COORDONNATRICE, DANS LE DOMAINE DE LA SANTE, AU NIVEAU INTERNATIONAL ET, CE FAISANT

- a) assumer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé;
- b) mettre sur pied un partenariat efficace avec les Etats Membres aux fins de la santé mondiale;
- c) appuyer les Etats Membres dans la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation de leurs politiques de santé;

---

<sup>1</sup> Voir document EB99/14.

*d)* établir et maintenir une collaboration efficace avec l'Organisation des Nations Unies, les institutions spécialisées et les autres organismes intergouvernementaux;

*e)* collaborer avec les groupes professionnels et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé et favoriser la coopération entre eux et, le cas échéant, les mobiliser pour une action internationale dans le domaine de la santé.

## 2. CONDUIRE L'ELABORATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE INTERNATIONALE

*a)* en prévoyant des systèmes mondiaux de surveillance et d'alerte avancée face aux menaces transnationales pour la santé;

*b)* en réunissant et diffusant des données et des évaluations de traitements contre les maladies;

*c)* en définissant et éprouvant des stratégies visant à éradiquer ou combattre les maladies transmissibles;

*d)* en définissant les déterminants de l'état de santé comme base des programmes de santé et de l'allocation des ressources;

*e)* en élaborant des programmes préventifs contre d'autres menaces pour la santé, y compris les maladies liées aux modes de vie, les maladies mentales et les toxicomanies;

*f)* en élaborant des programmes pour la prévention et la prise en charge, réadaptation comprise, des maladies non transmissibles;

*g)* en faisant progresser la recherche en santé en stimulant et, le cas échéant, en coordonnant les activités de recherche;

*h)* en réunissant et diffusant des données sur les méthodes souhaitables et appropriées d'enseignement et de formation dans les professions de la santé.

## 3. ETRE L'ORGANISATION INTERNATIONALE CHARGEE DE FIXER ET DE SURVEILLER LES REGLES ET LES NORMES EN MATIERE DE SANTE

*a)* en proposant des conventions, des accords et des règlements et en formulant des recommandations concernant les questions sanitaires internationales, et en accomplissant les tâches qui peuvent lui être confiées à ce titre et qui sont compatibles avec ses objectifs;

*b)* en établissant et révisant, en cas de besoin, les nomenclatures internationales des maladies, des causes de décès et des pratiques de la santé publique;

*c)* en élaborant, établissant et favorisant des normes internationales pour les produits alimentaires, biologiques et pharmaceutiques et les produits similaires, ainsi que pour les appareils et les technologies sanitaires;

*d)* en élaborant, établissant et favorisant des normes éthiques internationales concernant tous les aspects de la pratique et de la recherche sanitaires.

## 4. COOPERER AVEC LES ETATS MEMBRES, AVANT TOUT PAR L'INTERMEDIAIRE DES ADMINISTRATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES, ET, SUR DEMANDE, EN APPORTANT DES CONSEILS ET UNE COOPERATION TECHNIQUE

- a) sur les moyens de renforcer et d'améliorer durablement les systèmes de santé et les ressources pour la santé;
- b) sur le renforcement de l'élaboration des politiques, de la capacité gestionnaire et de l'obligation redditionnelle dans le cadre des systèmes de santé;
- c) sur les stratégies d'éradication et de prévention des maladies;
- d) dans des situations d'urgence sanitaire déterminées, par un appui à court terme;
- e) dans d'autres domaines relevant des fonctions de l'Organisation.

5. SE FAIRE AU NIVEAU INTERNATIONAL L'AVOCAT DE LA SANTE POUR TOUS EN S'ATTACHANT PARTICULIEREMENT A PROMOUVOIR

- a) l'équité en matière de résultats sanitaires, et la mobilisation et la gestion internationales équitables des ressources sanitaires;
- b) le caractère central des soins de santé primaires dans le cadre des systèmes de santé;
- c) des réponses intersectorielles aux problèmes de santé;
- d) la promotion de la santé et la prévention, plus particulièrement en ce qui concerne la salubrité de l'environnement, la santé professionnelle et nutritionnelle, et la lutte contre la violence et les toxicomanies;
- e) la prise en compte des étapes de la vie où la santé est la plus vulnérable (enfance, maternité, vieillesse);
- f) une opinion publique informée sur la santé dans tous les peuples;
- g) la mobilisation des ressources pour la santé.

**Article 7 : Conséquences du manquement d'un Membre à ses obligations financières**

7. Le groupe spécial a **proposé** le texte révisé suivant destiné à renforcer les sanctions existantes :
- a) 1) Lorsqu'un Etat Membre ne remplit pas ses obligations financières vis-à-vis de l'Organisation, l'Assemblée de la Santé peut, aux conditions jugées par elle opportunes :
    - i) suspendre les privilèges attachés au droit de vote de l'Etat Membre;
    - ii) retirer à cet Etat Membre le droit d'être appelé à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif; et
    - iii) retirer aux représentants de cet Etat Membre le droit d'être élus membres du Bureau de l'Assemblée de la Santé.
  - 2) L'Assemblée de la Santé peut aussi interdire à l'Organisation de conclure ou renouveler des arrangements prévoyant la rémunération de services assurés par tout Etat Membre qui persiste à ne pas remplir ses obligations financières sans raison valable.

3) L'Assemblée de la Santé aura pouvoir de rétablir ces droits et privilèges.

b) Dans d'autres circonstances exceptionnelles, l'Assemblée de la Santé peut suspendre les privilèges attachés au droit de vote et les services non essentiels dont bénéficie un Etat Membre. L'Assemblée de la Santé aura pouvoir de rétablir ces privilèges afférents au droit de vote et ces services.

8. En ce qui concerne les arrangements de l'Organisation relatifs à la rémunération de services assurés par un Etat Membre qui ne remplit pas ses obligations financières, un membre du groupe a fait l'observation suivante :

L'alinéa a) 2) de l'article 7 révisé ne prévoit pas que l'Assemblée de la Santé puisse mettre un terme à la rémunération de services de même qu'interdire la conclusion ou le renouvellement d'arrangements visant à rémunérer des services. Par souci de viabilité financière, il devrait être possible pour l'Organisation de porter la rémunération de services en déduction des sommes dues par un Etat Membre.

Aucun Membre redevable d'arriérés qui suspend délibérément le versement de sa contribution pour manipuler les résultats de l'action de l'Organisation ou modifier les priorités de celle-ci ne devrait avoir le droit de tirer profit de la prestation de services à l'Organisation.

Il faudrait donc inclure un nouvel alinéa a) 1) iv) dans l'article 7 révisé se lisant comme suit : "retirer à l'Organisation le droit de rémunérer des services assurés par un Etat Membre qui persiste à ne pas remplir intégralement ses obligations financières sans raison valable".

9. Un autre membre a en revanche fait valoir que la proposition de mettre un terme à la rémunération de services déjà rendus, telle qu'elle figure au paragraphe 8, introduirait un élément de rétroactivité, car elle pourrait s'appliquer à des services fournis avant même qu'une décision de l'Assemblée de la Santé ne soit intervenue à l'encontre d'un Etat Membre ayant manqué durablement à ses obligations financières sans raison valable. En outre, elle soulèverait des questions relatives aux obligations contractuelles conclues par l'Organisation.

### **Article 11 : Représentation des Etats Membres à l'Assemblée de la Santé**

10. Le groupe a **proposé** le nouveau texte suivant, qui élargit les critères de désignation des délégués à l'Assemblée de la Santé :

Chaque Etat Membre est représenté par trois délégués au plus, l'un d'eux étant désigné par l'Etat comme chef de délégation. Ces délégués devraient représenter de préférence l'administration nationale de la santé de l'Etat Membre.

### **Article 13 : Session annuelle de l'Assemblée de la Santé**

11. Le groupe s'est demandé s'il conviendrait de modifier la Constitution afin de prévoir une session annuelle de l'Assemblée de la Santé. Il n'a pas été favorable à une modification de la Constitution qui aurait permis à l'Assemblée de la Santé, si elle le souhaitait, de se réunir au moins une fois tous les deux ans.

### **Article 19 : Autorité de l'Assemblée de la Santé concernant l'adoption de conventions ou d'accords**

12. Le groupe a estimé que, si l'autorité d'adopter des conventions internationales n'a jamais été exercée, il s'agit d'un pouvoir important qu'il convient de garder en réserve et, par conséquent, de ne pas supprimer dans la Constitution.

### **Article 21 : Autorité de l'Assemblée de la Santé concernant l'adoption de règlements dans cinq domaines précis**

13. Le groupe spécial a **proposé** le texte révisé suivant, qui ajoute un sixième domaine dans lequel l'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter des règlements, et une clause autorisant l'adoption de règlements sur n'importe quel sujet :

- a) L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant :
  - i) telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre;
  - ii) la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique;
  - iii) des standards sur les méthodes de diagnostic applicables dans le cadre international;
  - iv) des normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international;
  - v) des conditions relatives à la publicité et à la désignation des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international;
  - vi) des normes relatives à la transplantation de tissus et au génie génétique, clonage compris.
- b) L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant toutes questions liées à la santé relevant des fonctions de l'Organisation énoncées à l'article 2.

#### **Article 24 : Composition du Conseil exécutif**

14. Un membre a formellement exprimé les réserves que lui inspire le maintien de la disposition selon laquelle les membres du Conseil exécutif siègent à titre personnel. De son point de vue, ces derniers sont en fait les représentants de leurs pays et de leurs Régions, mais l'idée qu'ils agissent à titre personnel affaiblit l'autorité du Conseil par rapport non seulement aux organes exécutifs d'autres organisations, composés de représentants, mais aussi aux comités régionaux dont les membres représentent les Etats Membres. Toutefois, d'autres membres ont souligné que, si les membres du Conseil représentaient officiellement leurs pays, ils seraient obligés de consulter leurs autorités avant de prendre des décisions, ce qui ralentirait considérablement les travaux du Conseil. Il existe déjà un lien direct entre les Etats Membres appelés à désigner un délégué au Conseil et les personnes ainsi désignées.

15. En conclusion, la majorité des membres sont convenus de conserver la disposition selon laquelle les membres du Conseil siègent à titre personnel, ce qui ne les empêche pas d'exprimer les vues de leurs pays ou Régions.

16. Un membre du groupe a jugé que la stricte application de la disposition concernant les qualifications "techniques" dans le domaine de la santé serait par trop restrictive et a suggéré de parler plutôt d'"expérience" dans le domaine de la santé. Les autres membres se sont en revanche opposés à tout assouplissement de cette disposition selon laquelle les membres du Conseil doivent être "techniquement qualifiés" dans le domaine de la santé.

#### **Article 25 : Election et mandat des membres du Conseil exécutif**

17. Le groupe spécial a préconisé le maintien du mandat de trois ans pour les membres du Conseil.

18. Le groupe a examiné la question de la réélection des Membres permanents du Conseil de Sécurité. Il a **proposé** que, comme il est stipulé à l'article 24 que la composition du Conseil doit tenir compte d'une "répartition géographique équitable", la phrase suivante soit ajoutée à la fin de l'article 25 :

Aucun Membre ne devrait avoir, explicitement ou implicitement, davantage le droit que tout autre Membre de désigner un délégué au Conseil.

Cela ne signifierait pas que les comités régionaux ne pourront pas proposer des Membres permanents du Conseil de Sécurité si tel est leur souhait, mais qu'une représentation semi-permanente au Conseil exécutif n'est pas un *droit*. Un membre a fait valoir que, si la pratique actuelle consistant à élire les Membres du Conseil de Sécurité de façon semi-permanente est peut-être injuste, il était préférable de maintenir cet arrangement en raison de la diversité des procédures informelles appliquées dans les Régions pour le choix des Etats Membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil.

19. Il a toutefois été souligné que les comités régionaux pourraient adopter de nouvelles pratiques sans qu'il soit nécessaire d'amender la Constitution et que l'Assemblée de la Santé pourrait aussi prendre une décision à ce sujet. Enfin, l'élection des Membres habilités à désigner une personne devant siéger au Conseil incombe en fin de compte à l'Assemblée de la Santé qui peut modifier les choix effectués au niveau régional.

20. Cette question a également été examinée sous le point 3 de l'ordre du jour : Arrangements régionaux (paragraphe 45).

### **Article 50 : Fonctions des comités régionaux**

21. On a exprimé l'avis qu'il faudrait donner un élan régional supplémentaire aux opérations au niveau des pays et que les comités régionaux devraient intervenir au coeur des activités au niveau des pays. Le groupe a **proposé** d'ajouter à l'article 50 un nouvel alinéa libellé comme suit :

encourager et promouvoir les activités de l'Organisation au niveau des pays.

### **Article 55 : Prévisions budgétaires**

22. Le groupe spécial a **proposé** le libellé ci-après pour l'article 55 :

Le Directeur général prépare et soumet au Conseil les prévisions budgétaires de l'Organisation. Le Conseil examine et revoit ces prévisions budgétaires et les soumet à l'Assemblée de la Santé, en les accompagnant de telles recommandations qu'il croit opportunes.

### **Article 73 : Amendements à la Constitution**

23. Certains membres du groupe ont estimé que les conditions actuellement requises pour apporter des amendements à la Constitution, en particulier la procédure de ratification, devraient être conservées, car des Etats Membres souverains ne peuvent être liés sans leur consentement, donné conformément à leurs règles constitutionnelles respectives. Par ailleurs, l'acceptation des amendements par tous les organes concernés pourrait prendre un temps considérable dans les Etats fédérés. D'autres membres ont estimé qu'il faudrait fixer un délai pour la procédure de ratification dans la mesure où l'acceptation de certains amendements prend beaucoup de temps. Il a été **proposé** qu'après l'adoption d'un amendement constitutionnel par les deux tiers de l'Assemblée, les Etats Membres disposent d'un délai précis pour notifier leur désaccord, après quoi l'amendement entrerait en vigueur, à moins qu'il ne soit rejeté par plus d'un tiers des Etats Membres. Le texte de l'article 73 ainsi modifié serait le suivant :

Les textes des amendements proposés à cette Constitution seront communiqués par le Directeur général aux Etats Membres au moins douze mois avant d'être examinés par l'Assemblée de la Santé. Les amendements

entreront en vigueur à l'égard de tous les Etats Membres dix-huit mois après avoir été adoptés à l'Assemblée de la Santé par les deux tiers des Membres de l'Organisation, à moins que pendant cette période plus d'un tiers des Membres de l'Organisation n'aient déposé un instrument officiel de refus entre les mains du Secrétaire général des Nations Unies.

24. Il a été noté que l'amendement proposé serait soumis à la procédure d'acceptation actuellement exposée à l'article 73.

## **MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS WHA18.48 ET WHA31.18**

25. Le groupe a estimé qu'étant donné le temps considérable écoulé depuis l'adoption des résolutions WHA18.48 et WHA31.18 ayant amendé, respectivement, les articles 7 et 74, le **Conseil exécutif devrait prier** le Directeur général de rappeler aux Membres de l'Organisation que les deux amendements doivent encore être acceptés par les deux tiers des Membres de l'Organisation pour entrer en vigueur en incluant le texte des amendements dans son rappel.

## **COORDINATION DES MANDATS DANS LE CADRE DU SYSTEME DES NATIONS UNIES**

26. Le groupe spécial s'est félicité des initiatives de réforme à l'OMS et dans l'ensemble du système des Nations Unies. Le travail de réforme est un processus continu qui exige que l'Organisation et ses Etats Membres surveillent étroitement les modifications institutionnelles apportées aux mandats et aux énoncés de mission des différents organismes concernés. Le groupe a vivement engagé l'Organisation, à tous ses échelons, à coopérer au processus de réforme du système des Nations Unies.

27. Le groupe a souligné combien il était important de conserver à l'OMS son rôle directeur de l'action de santé lors de l'examen des propositions de réforme intéressant l'ensemble du système. Etant donné les changements proposés et les efforts fournis en vue d'une coordination plus efficace des activités entre les institutions spécialisées, il est de la plus haute importance que l'OMS maintienne une présence appropriée dans les pays et que soient exécutés à l'échelon national des programmes de santé clairement identifiables préparés en coopération avec l'autorité sanitaire locale.

## **ARRANGEMENTS REGIONAUX DE L'OMS**

28. A sa réunion des 3 et 4 avril, le groupe spécial a retenu neuf points à examiner au cours de ses réunions ultérieures. Il a étudié chacun de ces points (certains à plusieurs reprises) sur la base de la documentation qu'il avait demandée. Le groupe a également sollicité l'avis des comités régionaux sur ces points, et ces avis lui ont été présentés à sa réunion du 5 au 7 novembre 1997. On trouvera ci-après les conclusions et recommandations du groupe spécial sur chacun des neuf points.

### **Point 1) Situation et progrès des réformes effectuées dans les bureaux régionaux et au Siège compte tenu des 47 recommandations formulées par le groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS aux changements mondiaux**

29. Le groupe a étudié ce point à sa cinquième réunion. Il a conclu que, si la mise en oeuvre des réformes, en tant que processus continu, avait bien progressé au niveau mondial, les progrès réalisés dans les Régions avaient été inégaux et demandaient à être suivis de près par les comités régionaux, Région par Région. La décentralisation qui caractérise la structure de l'OMS a été considérée comme un atout, mais un effort s'impose pour préserver l'unité de l'Organisation. Le premier module du système d'information gestionnaire sera bientôt opérationnel, ce qui devrait beaucoup faciliter la délégation des responsabilités et l'information en retour depuis les Régions et les pays.



## **Point 2) Procédures actuellement en vigueur au Siège et dans les bureaux régionaux pour : la préparation du budget, la détermination et l'exécution des activités prioritaires, les engagements de personnel et la mise en oeuvre des programmes; et impact des fonds extrabudgétaires sur les budgets et les priorités des Régions**

30. Le groupe a étudié ce point à sa cinquième réunion. Il a apporté une attention toute particulière à la modernisation de la préparation du budget. Le groupe a examiné le processus selon lequel les objectifs prioritaires fixés par les organes directeurs et énoncés dans le neuvième programme général de travail sont poursuivis aux échelons mondial, régional et national. Notant que, dans la mesure du possible, les mêmes priorités sont appliquées aux ressources extrabudgétaires, plusieurs participants à la discussion ont souligné le risque que l'orientation des priorités ne soit influencée par les donateurs.

## **Point 3) Crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire**

31. Il a été convenu que les allocations de crédits au titre du budget ordinaire reposaient sur des précédents historiques dépassés et qu'il faudrait établir des critères plus transparents et objectifs.

32. En réponse à la demande formulée à sa cinquième réunion,<sup>1</sup> le groupe a examiné les modèles reposant soit sur l'indicateur du développement humain et la couverture vaccinale (scénario A), soit sur une association (scénario B) de quatre indicateurs spécifiques (le PNB par habitant, le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité des moins de cinq ans et la couverture vaccinale).<sup>2</sup> Les deux indices ont été pondérés pour tenir compte de la population et calculés pour trois bases budgétaires différentes : les budgets de pays, les budgets de pays et interpays, et les budgets de pays, interpays et régionaux. Le montant maximum du PNB au-delà duquel un pays ne peut bénéficier de fonds de l'OMS a été fixé à US \$9386 par habitant, définition actuellement appliquée par la Banque mondiale aux économies à revenus élevés.

33. Les résultats obtenus pour chaque Région figurent aux annexes 1, 2 et 3. Ils donnent aussi, pour information, les allocations actuelles et les allocations qui résulteraient de l'utilisation de données démographiques brutes et non pondérées.

34. Le groupe a **décidé** de soumettre ces trois annexes à l'examen du Conseil exécutif, dont les scénarios A et B. Il a été noté que, dans l'ensemble, les résultats des scénarios A et B n'étaient pas fondamentalement différents. La plupart des participants se sont prononcés en faveur du scénario A, mais il faudra encore étudier les effets des deux scénarios sur les pays les moins avancés. Une majorité s'est prononcée pour l'application aux budgets de pays.

35. Les participants se sont déclarés dans l'ensemble favorables à une atténuation du facteur démographique, mais de nouvelles études seront nécessaires pour déterminer dans quelle mesure atténuer ce facteur.

36. Le groupe a reconnu que, quel que soit le modèle appliqué, les considérations suivantes devraient être prises en compte :

- Le modèle devrait être à la fois dynamique – susceptible d'être adapté à l'évolution de la situation dans un pays – et souple. Il faudrait créer des dispositifs appropriés pour le suivi et l'évaluation des résultats.
- Le modèle devrait être sensible à d'autres déterminants de la santé, y compris à des facteurs qualitatifs.
- Afin de réduire les risques de dysfonctionnement, il faudrait passer progressivement des arrangements actuels à l'application du nouveau modèle.

<sup>1</sup> Voir document EB/Constitution/5/9, paragraphe 8.

<sup>2</sup> Voir document EB/Constitution/6/5.

- Le modèle devrait être appliqué de manière sensible plutôt que mécanique.

37. Certains membres ont suggéré que la disponibilité de ressources extrabudgétaires soit prise en compte lors de l'introduction de tout nouveau système. D'autres n'ont pas estimé que la question de l'existence de ressources extrabudgétaires devait intervenir dans la répartition des crédits du budget ordinaire.

#### **Point 4) Etat actuel des relations entre l'OMS et l'OPS**

38. L'attention a été appelée sur l'accord conclu entre l'OMS et l'OPS, dont les articles 2 et 3 sont particulièrement pertinents. Reprenant les discussions qui avaient eu lieu lors d'une réunion précédente concernant l'interprétation du terme "intégration",<sup>1</sup> les membres du groupe ont noté que, si l'OMS et l'OPS fonctionnaient de la même façon, dans d'autres domaines, des différences existent et que les deux entités sont juridiquement distinctes. Toutefois, il n'y a pas double emploi entre les activités des deux organisations, étant donné que c'est le même bureau qui fonctionne simultanément comme partie de l'Organisation des Etats américains et comme bureau régional de l'OMS.

39. En ce qui concerne l'article 54, le groupe spécial a **recommandé**, étant donné que l'intégration prévue de l'OPS et de l'OMS n'a pas été entièrement réalisée en 50 ans, que l'Organisation examine avec l'OPS si a) l'article devrait être amendé ou supprimé, ou b) l'intégration devrait être réalisée.

#### **Point 5) Critères appliqués à la détermination des Régions, au rattachement des Etats Membres aux Régions et au choix du siège des bureaux régionaux**

40. Il a été reconnu qu'historiquement, aucun critère précis sur lequel fonder les décisions n'avait été établi, même si des questions telles que la position géographique, l'analogie des problèmes de santé et les économies avaient été prises en compte. La résolution WHA49.6 vise à réglementer les aspects administratifs des changements dans ces domaines et, bien que les Etats soient libres de choisir leur Région, la décision finale incombe à l'Assemblée de la Santé.

41. Le Conseil exécutif, agissant en qualité d'organe exécutif de l'Assemblée de la Santé, s'est généralement prononcé sur le siège des bureaux régionaux même si l'Assemblée de la Santé peut aussi intervenir dans ces décisions, ce qu'elle a d'ailleurs fait par le passé. Dans la pratique, les comités régionaux ont fait des recommandations à ce sujet. Il a été reconnu qu'en cas d'urgence, le Directeur général était autorisé à choisir un lieu d'installation temporaire du bureau régional. Il a été **recommandé** que les critères à retenir pour le choix du Siège de l'Organisation, à savoir la proximité d'un centre reconnu pour l'excellence de sa santé et de ses services médicaux et doté de moyens de communication importants et efficaces,<sup>2</sup> s'appliquent également aux sièges des bureaux régionaux.

42. Le groupe a **recommandé** que l'OMS coopère activement avec l'ONU dans le cadre des efforts visant à rationaliser les Régions dans l'ensemble des institutions spécialisées.

#### **Point 6) Représentation des Régions au Conseil exécutif et au sein d'autres organes**

43. Le groupe était saisi de diverses propositions tendant à améliorer l'équilibre entre les Régions.<sup>3</sup> Il a examiné une nouvelle formule mathématique – suggérée par un membre du Conseil – pour calculer une répartition équitable des sièges par Région. En prenant comme base trois sièges et dix Etats par Région, il s'agit de diviser l'excédent de sièges (par rapport au minimum prévu par la Constitution) par l'excédent d'Etats (nombre de

---

<sup>1</sup> Voir document EB/Constitution/4/5, paragraphe 10.

<sup>2</sup> Voir document EB/Constitution/6/4, paragraphe 13.

<sup>3</sup> Voir document EB/Constitution/6/3.

membres du Conseil – 18/nombre d’Etats Membres – 60). Ce quotient viendrait alors multiplier le nombre des Etats Membres de chaque Région moins la base de dix, pour donner le nombre théorique de sièges par Région. Ce calcul donne le nombre total de sièges et la répartition régionale figurant au tableau ci-après dans le cas où le Conseil compterait 34 membres, le nombre théorique des sièges (calculé à la deuxième décimale près) étant plus proche du nombre effectif (arrondi). Le groupe spécial a donc **proposé** que, si l’on utilisait cette formule mathématique, le nombre total de sièges devrait être porté à 34, soit un siège supplémentaire pour la Région européenne et un pour la Région du Pacifique occidental.

### REPARTITION DES SIEGES AU CONSEIL EXECUTIF APRES L’ADJONCTION DE DEUX SIEGES

Région	Nombre d’Etats Membres	Nombre théorique de sièges (rapport de (34-18)/131) à ajouter à la base de 3 sièges	Nombre de sièges <sup>1</sup>
Afrique	46	7,40	7 [7]
Amériques	35	6,05	6 [6]
Asie du Sud-Est	10	3,00	3 [3]
Europe	51	8,01	8 [7]
Méditerranée orientale	22	4,47	5 [5]
Pacifique occidental	27	5,08	5 [4]
<b>Total</b>	191	34,00	34 [32]

<sup>1</sup> Nombre actuel de sièges entre crochets.

44. Un membre s’est déclaré en faveur de l’introduction dans la Constitution d’une déclaration plus générale concernant la composition du Conseil, dans laquelle le pouvoir de déterminer la composition et la répartition des membres du Conseil exécutif serait délégué à l’Assemblée de la Santé sur proposition d’un nombre significatif de Membres, ce qui éviterait des amendements ultérieurs de la Constitution lorsqu’il serait jugé souhaitable de modifier le nombre des membres du Conseil exécutif.

45. Concernant la réélection des Membres permanents du Conseil de Sécurité, les conclusions contenues aux paragraphes 18, 19 et 20 ont été approuvées.

#### **Point 7) Mandat des Directeurs régionaux; qualifications et méthode de sélection**

46. Reprenant ses discussions antérieures,<sup>1</sup> le groupe spécial a **proposé** que le mandat des Directeurs régionaux soit de cinq ans, renouvelable une fois, mais que cette disposition ne s’applique pas aux titulaires actuels et qu’on envisage d’appliquer à toutes les Régions ce qui a déjà été fait concernant les critères relatifs à la sélection et à la nomination du Directeur général et du Directeur régional pour l’Europe.

47. Le groupe spécial n’est pas favorable au fait que le Conseil exécutif choisisse les Directeurs régionaux parmi plusieurs candidats proposés par le comité régional. Si l’on considère que les comités régionaux appliquent les critères de sélection établis, ils devraient être chargés de proposer une candidature au poste de Directeur régional, qui serait ensuite examinée par le Conseil exécutif.

<sup>1</sup> Voir document EB/Constitution/4/5, point 2.7.

**Point 8) Mission et fonctions des comités régionaux; fréquence des sessions des comités régionaux**

48. La plupart des membres du groupe ont convenu que l'article 48 concernant la fréquence des sessions des comités régionaux ne devrait pas être modifié. Les comités régionaux doivent pouvoir se réunir aussi souvent que nécessaire, conformément aux termes de l'article 48. En ce qui concerne leurs fonctions, un amendement à l'article 50 a été proposé (voir paragraphe 21).

**Point 9) Relations entre les bureaux régionaux et les bureaux dans les pays et impact de celles-ci sur l'activité de l'Organisation**

49. Cette question étant abordée par le Conseil exécutif et figurant à l'ordre du jour de sa cent unième session (bureaux de l'OMS dans les pays), il a été décidé de ne pas l'examiner en détail.

**ACTION DU CONSEIL EXECUTIF**

50. Le Conseil exécutif est invité à examiner les recommandations contenues dans le présent document et à décider des autres mesures à prendre.

## ANNEXE 1

## RESUMES REGIONAUX DES CREDITS ALLOUES AUX PAYS AU TITRE DU BUDGET ORDINAIRE

Scénario A	Indicateur : indicateur du développement humain et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	95 765 500	29,76	141 717 200	44,03	80 411 500	24,98
Amériques	42 549 100	13,22	38 293 500	11,90	27 990 100	8,70
Asie du Sud-Est	74 032 500	23,00	29 417 700	9,14	81 643 500	25,37
Europe	5 284 900	1,64	37 835 100	11,76	26 614 200	8,27
Méditerranée orientale	59 691 400	18,55	44 088 900	13,70	41 279 300	12,83
Pacifique occidental	44 506 300	13,83	30 478 300	9,47	63 906 500	19,86
<b>Total</b>	<b>321 829 700</b>	<b>100,00</b>	<b>321 830 700</b>	<b>100,00</b>	<b>321 845 100</b>	<b>100,00</b>
Scénario B	PNB par habitant, taux de mortalité maternelle, taux de mortalité des moins de cinq ans et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	95 765 500	29,76	146 531 300	45,53	141 717 200	44,03
Amériques	42 549 100	13,22	35 423 900	11,01	38 293 500	11,90
Asie du Sud-Est	74 032 500	23,00	37 203 300	11,56	29 417 700	9,14
Europe	5 284 900	1,64	30 830 900	9,58	37 835 100	11,76
Méditerranée orientale	59 691 400	18,55	43 244 500	13,44	44 088 900	13,70
Pacifique occidental	44 506 300	13,83	28 595 900	8,89	30 478 300	9,47
<b>Total</b>	<b>321 829 700</b>	<b>100,00</b>	<b>321 829 800</b>	<b>100,00</b>	<b>321 830 700</b>	<b>100,00</b>

<sup>a</sup> **Populations converties** : populations converties en logarithme naturel dont le carré est multiplié par un facteur d'«étirement».

<sup>b</sup> **Population brute** : données brutes sur la population des pays sans pondération.

## ANNEXE 2

## RESUMES REGIONAUX DES CREDITS ALLOUES AUX PAYS ET AU NIVEAU INTERPAYS AU TITRE DU BUDGET ORDINAIRE

Scénario A	Indicateur : indicateur du développement humain et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	125 988 000	27,40	202 540 900	44,06	115 045 700	25,02
Amériques	74 857 700	16,28	54 611 900	11,88	39 529 200	8,60
Asie du Sud-Est	89 257 200	19,41	42 052 500	9,15	117 100 900	25,47
Europe	30 225 600	6,57	54 085 200	11,76	38 001 200	8,27
Méditerranée orientale	74 066 400	16,11	63 025 100	13,71	59 114 400	12,86
Pacifique occidental	65 343 800	14,21	43 423 700	9,45	90 955 700	19,78
<b>Total</b>	<b>459 738 700</b>	<b>100,00</b>	<b>459 739 300</b>	<b>100,00</b>	<b>459 747 100</b>	<b>100,00</b>
Scénario B	PNB par habitant, taux de mortalité maternelle, taux de mortalité des moins de cinq ans et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	125 988 000	27,40	209 394 700	45,55	113 968 000	24,79
Amériques	74 857 700	16,28	50 570 900	11,00	34 478 000	7,50
Asie du Sud-Est	89 257 200	19,41	53 177 100	11,57	148 590 100	32,32
Europe	30 225 600	6,57	44 069 100	9,59	29 048 000	6,32
Méditerranée orientale	74 066 400	16,11	61 812 400	13,45	52 500 500	11,42
Pacifique occidental	65 343 800	14,21	40 715 000	8,86	81 162 400	17,65
<b>Total</b>	<b>459 738 700</b>	<b>100,00</b>	<b>459 739 200</b>	<b>100,00</b>	<b>459 747 000</b>	<b>100,00</b>

<sup>a</sup> **Populations converties** : populations converties en logarithme naturel dont le carré est multiplié par un facteur d'«étirement».

<sup>b</sup> **Population brute** : données brutes sur la population des pays sans pondération.

## ANNEXE 3

## RESUMES REGIONAUX DES CREDITS ALLOUES AUX PAYS ET AUX NIVEAUX INTERPAYS ET REGIONAL AU TITRE DU BUDGET ORDINAIRE

Scénario A	Indicateur : indicateur du développement humain et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	157 413 000	28,12	246 613 300	44,06	140 144 500	25,04
Amériques	82 686 000	14,77	66 440 800	11,87	47 901 400	8,56
Asie du Sud-Est	99 251 000	17,73	51 207 500	9,15	142 783 200	25,51
Europe	49 823 000	8,90	65 859 500	11,77	46 283 900	8,27
Méditerranée orientale	90 249 000	16,12	76 745 700	13,71	72 046 300	12,87
Pacifique occidental	80 279 000	14,34	52 834 000	9,44	110 547 700	19,75
<b>Total</b>	<b>559 701 000</b>	<b>100,00</b>	<b>559 700 800</b>	<b>100,00</b>	<b>559 707 000</b>	<b>100,00</b>
Scénario B	PNB par habitant, taux de mortalité maternelle, taux de mortalité des moins de cinq ans et couverture vaccinale					
	Montant alloué	%	Populations converties <sup>a</sup>	%	Population brute <sup>b</sup>	%
Afrique	157 413 000	28,12	254 939 500	45,55	138 840 000	24,81
Amériques	82 686 000	14,77	61 575 900	11,00	41 730 500	7,46
Asie du Sud-Est	99 251 000	17,73	64 749 100	11,57	181 194 400	32,37
Europe	49 823 000	8,90	53 658 500	9,59	35 360 200	6,32
Méditerranée orientale	90 249 000	16,12	75 263 400	13,45	63 971 400	11,43
Pacifique occidental	80 279 000	14,34	49 514 200	8,85	98 610 000	17,62
<b>Total</b>	<b>559 701 000</b>	<b>100,00</b>	<b>559 700 600</b>	<b>100,00</b>	<b>559 706 500</b>	<b>100,00</b>

<sup>a</sup> **Populations converties** : populations converties en logarithme naturel dont le carré est multiplié par un facteur d'«étirement».

<sup>b</sup> **Population brute** : données brutes sur la population des pays sans pondération.

= = =