



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-septième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA VINGT-DEUXIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Mardi 27 janvier 1981, à 9 h 30

PRESIDENT : Dr D. BARAKAMFITIYE
puis : Dr T. MORK



Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Etude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions : Mise en oeuvre de la résolution WHA33.17 (suite)	
Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires (suite)	2
2. Projet de budget programme pour la période financière 1982-1983 (suite)	
Promotion de la prévention des catastrophes et situations d'urgence et d'un bon état de préparation	8
3. Périodicité et durée des Assemblées de la Santé	9

Note : Le présent procès-verbal est un document provisoire, les comptes rendus des interventions n'ayant pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci. 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 4012, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), cela avant le 13 mars 1981.

VINGT-DEUXIEME SEANCE

Mardi 27 janvier 1981, à 9 h 30

Président : Dr D. BARAKAMFITIYE
puis : Dr T. MORK

1. ETUDE DES STRUCTURES DE L'ORGANISATION EU EGARD A SES FONCTIONS : MISE EN OEUVRE DE LA RESOLUTION WHA33.17 : Point 16 de l'ordre du jour (suite)

Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires
(Document EB67/WP/3) (suite)

Le DIRECTEUR GENERAL souligne que le rapport joint en annexe au document EB67/WP/3 a été rédigé de façon entièrement indépendante par le groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires (HRG), qui s'est réuni de sa propre initiative. En relisant ce rapport à la suite du débat qu'à tenu le Conseil lors de sa précédente séance, il a compris les réactions du Conseil qui a vu une situation conflictuelle dans l'existence même d'un organe qui, bien qu'indépendant, n'en est pas moins étroitement lié à l'OMS. Il se permet de faire remarquer en passant que cette situation n'est pas unique, puisqu'on peut observer certains parallèles avec la situation de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Il lui paraît utile de tenter d'expliquer comment il voit la situation. A n'en pas douter, la Constitution de l'OMS lui fait un devoir d'agir en tant qu'organisme directeur pour tout ce qui concerne la coordination de l'action de santé dans son ensemble, et sous tous ses aspects, y compris la mobilisation et l'utilisation des ressources. En conséquence, en vertu de sa Constitution et de la façon dont l'Assemblée de la Santé a souscrit à cette conception, l'Organisation n'a pas à jouer le rôle d'on ne sait quelle autorité supranationale mais bien, plutôt, à permettre aux Etats Membres de coordonner leurs propres activités du secteur de la santé, en ce qui concerne l'utilisation des ressources tant intérieures qu'internationales. A l'inverse de nombreuses institutions qui soumettent aux pays des propositions de projets qu'elles sont disposées à financer, l'OMS a toujours prétendu que c'est aux pays de prendre la responsabilité de coordonner leurs propres actions de santé, et que l'assistance de l'OMS doit être fournie de façon à cadrer aussi bien que possible avec la planification nationale, sur laquelle les autorités nationales de la santé gardent en toute hypothèse la haute main, au plan de la décision et de la responsabilité. Ainsi, l'OMS s'efforce au maximum de pénétrer les autorités de la santé de la notion d'autoresponsabilité en matière de coordination. L'expérience nous a appris cependant que dans certains cas les autorités nationales de la santé avaient fait montre d'une certaine répugnance à cet égard et qu'il était parfois apparu qu'elles auraient préféré des projets tout prêts, conduits par l'institution chargée du financement. Sous ce rapport, l'action de l'OMS fait souvent contraste avec celle d'autres institutions, qui conservent la haute main sur les projets, comme cela a été le cas, par exemple dans le cadre du Programme élargi de Vaccination.

Une parfaite compréhension de la situation est essentielle à l'égard de la question dont il s'agit ici. Le fait, pour les autorités nationales de la santé, d'assumer la responsabilité de la coordination de l'action représente l'élément essentiel, sans lequel les efforts de coordination au niveau international n'aboutiraient qu'à une dégradation de la situation. Cette notion d'autoresponsabilité, qui est également la clé du succès de la coopération technique entre pays en développement, n'est pas moins centrale pour la réputation que s'est faite l'OMS d'organisme soucieux de dépasser le simple rôle de bailleur de fonds. Au fond, la question revient à se demander, une fois de plus, dans quelle mesure les Etats Membres sont disposés à se servir de l'OMS au mieux de leurs intérêts.

L'article 57 de la Constitution expose la façon dont l'Organisation peut accepter des ressources, sous la responsabilité coordonnatrice de l'Assemblée de la Santé, à la condition que ces ressources soient compatibles avec l'objectif et les orientations de l'Organisation. Cet article contient le principe directeur sur lequel le Directeur général doit fonder toute mesure concernant les ressources. Les prérogatives du Conseil, qui agit à cet égard au nom de l'Assemblée de la Santé y sont en outre clairement exposées. Ces dispositions n'empêchent pas, bien

entendu, que certaines ressources puissent être réservées pour certains programmes et, à ce sujet, il souhaite attirer notamment l'attention sur les articles 6.6 et 6.7 du Règlement financier.

Bien que comme on l'a déjà précisé, le rapport HRG ne constitue pas un document de l'OMS, il a l'impression qu'il doit des excuses au Conseil pour certaines expressions ayant pu induire en erreur. Il rappelle alors l'historique du groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires, dont les origines remontent à l'étude organique rédigée par le Conseil au sujet de la planification des ressources extrabudgétaires et de leurs effets sur les programmes et la politique générale de l'OMS, approuvée par la résolution WHA29.32. Cette résolution priait, entre autres, le Directeur général, dans le cadre de la politique adoptée par l'Organisation, de prendre en considération en particulier la promotion de ceux des programmes planifiés de santé qui sont susceptibles de provoquer l'octroi de ressources additionnelles dans l'intérêt des pays en développement, et de continuer à mettre au point des mécanismes appropriés pour susciter et coordonner un volume accru d'aide bilatérale et multilatérale à des fins de santé. Il appelle l'attention sur les paragraphes 7.8.6 et 7.8.7 de l'étude organique du Conseil (Actes officiels N° 261, annexe 8), dans lesquels il est dit, entre autres, que l'OMS devrait prendre une part active à l'organisation de réunions inter-pays d'Etats Membres et de donateurs d'assistance bilatérale ou multilatérale afin de passer en revue les activités actuelles et d'élaborer des approches coordonnées, et que les principaux fournisseurs gouvernementaux d'aide bilatérale, des organisations intergouvernementales et régionales, des banques de développement, le PNUD, Le FISE et les organisations d'aide non gouvernementales pourraient être invités à participer à ces réunions. Il était dit en outre que ces propositions avaient été jugées dignes de retenir l'attention et de se voir consacrer une part des énergies et des ressources de l'OMS et que, à mesure que des efforts pilotes seraient entrepris, il faudrait que les différentes approches utilisées et les résultats obtenus soient portés à la connaissance du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé dans leur ensemble. Les exposés auxquels il s'est référé pourraient en conséquence être considérés comme pouvant fournir la base de l'action présente.

Il n'a pas avant tout et essentiellement pour objectif d'obtenir des fonds supplémentaires pour l'OMS, dans la mesure où l'action de santé bénéficiant de l'aide internationale est largement financée par les fonds, très considérables, fournis à titre bilatéral mais bien, plutôt, de s'assurer que les moyens de finance vont dans la bonne direction. Après tout, il n'est que logique que les fonds qui sont fournis par des gouvernements qui, en tant que membres de l'Assemblée de la Santé, ont souscrit à certaines priorités, soient utilisés selon des modalités conformes aux décisions collectives prises par l'Assemblée de la Santé. Il considère qu'il est du rôle du Directeur général de veiller à garantir dans toute la mesure possible la rationalisation des transferts de ressources bilatérales dans le domaine de la santé au profit des pays en développement, ainsi que de faire savoir que la situation est mûre pour la mobilisation de fonds supplémentaires au titre de l'aide bilatérale.

Malgré les contradictions apparentes qui pourraient apparaître ici ou là, le HRG a souhaité conserver une complète indépendance d'action, tout en agissant en collaboration aussi étroite que possible avec l'OMS en vue d'appuyer les objectifs de l'Organisation. Il est pour sa part absolument convaincu qu'il n'y a pas eu de la part du groupe la moindre intention d'usurper si peu que ce soit les pouvoirs de décision des organes délibérants de l'OMS. Il n'en est pas moins obligé d'admettre que la situation de fait qui en est résulté a quelque chose d'étrange. Il tient à souligner les obligations qui incombent à l'Organisation tant à l'égard des pays en développement pour veiller à ce que les ressources soient canalisées dans la bonne direction, qu'à l'égard des pays donateurs pour garantir que les contributions sont utilisées avec un maximum d'efficacité. Cette obligation de l'OMS, d'ordre constitutionnel, est généralement reconnue.

Le problème dont il s'agit au fond est de savoir dans quelle direction il convient d'orienter l'action future. Il semblerait que le Dr Venediktov ait donné un prudent "feu vert" ou, si l'on veut, le signal d'aller de l'avant. Malgré les réserves que l'on a entendu exprimer, le Directeur général a été prié de continuer le dialogue. Pour le moment, il semblerait que le Conseil estime que la structure idéale n'a pas encore été trouvée. Le Conseil a admis que le Directeur général avait un rôle à jouer - et, à vrai dire, le contraire serait étonnant - et il est pour sa part ouvert à toutes les suggestions dans ce domaine. Les observations des membres du Conseil resteront présentes à l'esprit dans la suite du dialogue. Les droits des pays en la matière sont reconnus sans conteste mais, comme le Professeur Aujaleu

l'a fait observer plus tôt, il est certaines procédures qui sont inhérentes au fonctionnement de l'Organisation. Il faut bien reconnaître que la mobilisation de nouveaux moyens de finance représente un élément essentiel du développement des soins de santé primaires, et tel est l'objectif fondamental que doit se proposer la rationalisation des ressources. Il propose que le Conseil l'autorise à continuer à négocier, compte tenu des réserves qui ont pu être exprimées, et il se porte garant que les négociations n'enfreindront en aucun cas les dispositions de la Constitution ou du Règlement financier.

Le Professeur DOĞRAMACI estime qu'il aurait mieux valu que le titre du document à l'étude ait simplement fait allusion à un mécanisme destiné à attirer et à coordonner un complément d'aide bilatérale et multilatérale pour la santé - dans le sens du libellé de la résolution WHA29.32. Il admet parfaitement la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires et de prévoir un mécanisme approprié à cette fin. Ce qu'il souhaite, c'est que l'on dispose d'un système souple permettant au Directeur général d'utiliser des fonds supplémentaires dans le cadre des dispositions de l'article 57 de la Constitution; l'utilisation de fonds entre les sessions de l'Assemblée de la Santé doit être régie par les principes existants et confiée au Directeur général à qui il appartient de faire rapport à ce sujet et qui doit être tenu pour personnellement responsable. Tous conseillers ou comités qu'il souhaiterait s'adjoindre pour lui venir en aide dans cette tâche doivent être directement responsable devant lui. Ayant noté dans le document que l'OMS était devenue membre du groupe et avait cessé d'en être le coordonnateur, il demande une explication. Le seul responsable est le Directeur général lui-même et, à ce titre, il risque de se trouver en position équivoque si les donateurs souhaitent influencer l'orientation des activités du groupe. Le prix à payer risque d'être trop élevé. En principe, les ressources bilatérales sont à encourager et il pourrait citer des cas où des situations fort critiques ont pu être évitées grâce, précisément, à l'arrivée de ces ressources; mais, en même temps, il est convaincu qu'il importe d'éviter la création d'un groupe de ressources autonome si celui-ci doit entrer en conflit avec les principes établis de l'Organisation.

Le Dr HIDDLESTONE se félicite des assurances fournies par le Directeur général. Il déplore que toute l'affaire ait paru comme mystifiée par une terminologie malheureuse et inappropriée: des termes comme "groupe de ressources santé 2000", "consortium", "participation restreinte", et "indépendance d'action apparente" rendent tous un son assez équivoque. Il n'en est pas moins convaincu que, en réalité, aucun membre du Conseil n'a vraiment douté des motifs inspirant le document ou soupçonné qu'il contient quoi que ce soit d'irrégulier. Il n'en reste pas moins qu'il a créé un certain malaise.

C'est à juste titre que le Professeur Aujaleu a souligné l'extraordinaire succès rencontré par l'Organisation lorsqu'il s'agit d'attirer des contributions extrabudgétaires et qu'il a posé cette question apparemment logique: pourquoi, devant un pareil succès, éprouve-t-on le besoin de créer un groupe spécial venant s'ajouter aux mécanismes existants? Lorsqu'il est question de mobilisation de fonds, le Directeur général a souvent parlé de la "sébile"; la sébile destinée à la cause dont il s'agit serait-elle trop grande pour qu'il puisse la porter tout seul? A-t-il besoin d'un appui dans ses efforts? Ou bien, pour reprendre l'observation faite par le Dr Kilgour dans son introduction, est-ce que l'obtention de ces ressources cache-rerait quelque chose? S'agit-il de gens dont l'adhésion serait plus réservée sans ce mécanisme supplémentaire? Existe-t-il une réaction en chaîne qui lie l'appui et l'engagement concret en faveur de la santé pour tous en l'an 2000 et, si oui, n'est-ce pas à dire que des mesures spéciales font plus que de simplement renforcer ce qui, comme l'a justement fait observer le Professeur Aujaleu, est déjà un mécanisme fort efficace?

Quant à la supposition du Directeur général, qui estime que le Dr Venediktov lui a donné le "feu vert", il lui semble qu'il s'agit plutôt d'un feu orange. Il lui paraît que le Dr Venediktov s'est fait l'écho de certaines des réticences du Dr Mork, du Professeur Aujaleu et de certains autres quant à la fonction consultative particulière qui, selon le document, incombe à l'OMS. Il décèle pour sa part un déconcertant dédain de l'orthodoxie et des canaux normaux de la responsabilité à l'égard du Conseil et de l'Assemblée de la Santé, à telle enseigne que, à la lecture du document, il ne peut que partager les réticences que l'on a entendu exprimer.

Comme l'a suggéré le Professeur Dođramaci, il devrait être possible de remettre les choses en place, surtout si l'on pouvait éliminer certains des termes les plus malheureux et bien définir la voie hiérarchique, les lignes de communications et les interrelations. Il est fort regrettable que le Conseil ait été saisi d'une question dont la documentation, bien qu'elle ne

procède pas, assurément, directement du Secrétariat, lui soit parvenu par l'intermédiaire de ce dernier et contienne des assertions malheureuses pouvant faire songer à l'existence d'associations irrégulières du point de vue des usages établis. Il est persuadé que les aspirations de gens bien intentionnés souhaitant venir en aide à l'Organisation pourraient être mobilisées de telle sorte que leurs initiatives respectent l'orthodoxie en vigueur au Conseil et à l'Assemblée de la Santé, le Conseil étant ensuite dûment informé selon les règles.

Il s'agit d'une bonne initiative, mais il demande instamment que l'on s'efforce de la formuler en des termes qui ne puissent pas créer de sentiments de malaise.

Le Dr VENEDIKTOV déclare que, comme le Professeur Dođramaci et le Dr Hiddlestone, il est reconnaissant au Directeur général de ses explications qui ont présenté la situation sous une lumière plus claire et de manière plus simple que la veille. Maintenant le Conseil comprend mieux le Directeur général et demande à celui-ci d'essayer de le comprendre. Ce que le Conseil a reçu, ce n'est pas simplement le rapport du groupe, c'est aussi une note du Directeur général le plaçant devant un fait accompli. Des changements ont été apportés au groupe : il est devenu indépendant, l'OMS est devenu un membre du groupe, etc. Cependant, nulle part dans la note le Directeur général n'indique qu'il émet des doutes quant à la validité des recommandations qui lui sont faites par le groupe; et puisque rien de la sorte n'est dit, la responsabilité repose sur les épaules du Directeur général. Le Secrétariat a certainement préparé le rapport et, dans cette mesure, a induit le Directeur général en erreur. Il semble au Dr Venediktov que le Secrétariat n'a pas traité dans un esprit critique ni avec suffisamment de sérieux les recommandations du groupe et n'a pas averti le Conseil que les vues du Secrétariat et du Directeur général pouvaient ne pas coïncider entièrement avec celles du groupe. Voilà le point qui paraît inquiétant. Le Dr Venediktov est entièrement d'accord avec le Dr Hiddlestone que la phraséologie utilisée est inutilement difficile. Il n'est pas entièrement satisfait par l'affirmation du Directeur général selon laquelle les propositions sont conformes à des décisions antérieures. Le Directeur général par exemple a cité des passages des Actes officiels indiquant que des organismes comme le PNUD et le FISE peuvent être invités à participer aux réunions. L'intention est que ces invitations soient lancées par le Directeur général. Or, dans le document actuellement examiné, il semble que ce soit le Directeur général qui est invité.

En second lieu, les dispositions proposées ne sont pas conformes à la manière dont est compris le rôle du Conseil et de l'Assemblée de la Santé en tant qu'organes suprêmes de l'OMS. Le Dr Venediktov est particulièrement surpris d'entendre que l'OMS et le Conseil exécutif sont censés coordonner les ressources, puisqu'il lui semble que le rôle de coordination est un fait et non une supposition. A l'époque où lui-même était Président du Conseil, aucune contribution volontaire ne pouvait être acceptée sans l'accord écrit du Président du Conseil, et cette procédure lui semble parfaitement valable.

En troisième lieu, le Dr Venediktov doute que les propositions soient conformes à l'esprit et au mandat de la résolution 34/58 de l'Organisation des Nations Unies dont l'objet est de renforcer les responsabilités de l'OMS en tant qu'autorité dirigeant et coordonnant l'action sanitaire internationale. Ceci implique l'obligation pour d'autres organismes de coordonner leur travail avec celui de l'OMS. En outre, comme il l'a dit dans la discussion de la veille, il est convaincu que, dans l'intérêt de la stratégie de l'OMS, le Directeur général doit indiquer clairement dans son rapport au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale ce que l'Organisation attend du Conseil économique et social et des institutions spécialisées. Il est convaincu qu'on peut compter sur leur accord.

Le document inspire d'autres doutes en raison de sa référence au droit de créer un mécanisme consultatif et de se réunir. Les pays et les organisations internationales possèdent et exercent déjà ces droits. Selon le Dr Venediktov, voici un groupe bien curieux auquel participent des représentants de pays et d'organisations internationales et bilatérales. Il demande qui a défini les pouvoirs du groupe, qui l'a organisé, et qui est maintenant habilité à parler au nom des gouvernements. Il a le sentiment que la portée et le mandat du groupe n'ont pas été définis assez soigneusement et que les propositions sont de ce fait assez mal fondées. Il ne nie pas que le Directeur général ait le droit d'attirer des ressources supplémentaires, puisque ce droit lui a été conféré et confirmé par le Conseil à maintes reprises. Ce qu'il souhaite souligner c'est la nécessité, non seulement d'attirer des ressources, mais aussi de rationaliser leur emploi. L'Organisation possède après tout la compétence scientifique et technique nécessaire pour faire en sorte d'avoir un impact sur les canaux bilatéraux et sur les ressources employées. En ce qui concerne le rôle de direction et de coordination de l'Organisation, il faudra avoir soin de ne pas donner l'impression erronée que l'OMS essaie de contrôler les

sources bilatérales de fonds. Cette interprétation est évidemment injustifiée, mais il ne faut pas perdre de vue qu'une telle idée peut très facilement s'accréditer.

Une meilleure rationalisation de l'utilisation des ressources supplémentaires est un point. Le second, à savoir, la nécessité d'une formule précise pour le nouveau mécanisme, est très claire. Il faudra charger le Directeur général d'établir les mécanismes qu'il jugera nécessaires, en tenant compte des doutes exprimés par les membres du Conseil, et de la nécessité d'éventuels ajustements. Le Dr Venediktov attribue beaucoup de valeur au rôle de l'Assemblée de la Santé, du Conseil et du Directeur général lui-même, et les membres du Conseil défendront toujours ces rôles contre les critiques venant de toutes autres organisations internationales.

Le Dr de VILLIERS (suppléant du Dr Law) remercie le Directeur général de son très utile exposé et appuie la suggestion qu'on lui donne le feu vert. En examinant la question, il a noté avec une certaine inquiétude qu'il avait fallu beaucoup de temps pour en arriver au stade actuel, et qu'étant donné la date cible de la santé pour tous fixée à moins de 19 ans, le compte à rebours avait déjà commencé, et qu'il restait peu de temps.

Le défi auquel l'Organisation est confrontée est tel que tout mécanisme pouvant contribuer au progrès mérite d'être examiné attentivement et devra sans doute être introduit.

La question des ressources extrabudgétaires préoccupe tous les membres depuis très longtemps et il est très difficile de la placer dans une perspective correcte. Il y a eu une énorme augmentation du volume des ressources extrabudgétaires mises à la disposition de l'Organisation au cours de ces dernières années.

Le Dr de Villiers appuie l'idée d'un mécanisme du type de celui qui est proposé en espérant qu'il aidera à trouver des approches de la santé pour tous d'ici l'an 2000 nouvelles, pleines d'imagination et axées sur les problèmes.

Le Dr OLDFIELD avoue qu'il a quitté la séance précédente assez déprimé et se demandant s'il était vraiment question des soins de santé primaires et de la santé pour tous ou bien si on se livrait à des acrobaties politiques. Il a relu les documents et est parvenu à la conclusion que la proposition appelait effectivement certaines explications. Il accueille donc avec satisfaction les éclaircissements donnés par le Directeur général sur différents points, ce qui a permis de voir la proposition sous plusieurs autres angles.

L'idée du groupe de ressources est une idée nouvelle, d'une grande importance pour les pays en développement. Il n'y a pas pénurie de donateurs, mais le processus consistant à accorder le donateur au projet présente de nombreux inconvénients. Tout d'abord, ce que le donateur souhaite faire bien souvent ne correspond pas à ce qui est considéré comme constituant les besoins réels de la population; en second lieu les donateurs, au lieu de s'entraider dans les projets, entrent souvent en compétition; en troisième lieu, ils rendent la vie difficile à l'administration des pays en développement de toutes sortes de manières. Les difficultés tiennent à un manque de coordination de cette méthode de financement et à un manque de souplesse dans la manière dont les dons sont faits et sont utilisés. Le Dr Oldfield cite en exemple un exercice auquel il a participé et qui a suscité de nombreuses études de faisabilité et une volumineuse documentation. Il mentionne aussi la disparité entre la facilité avec laquelle on peut obtenir des fonds pour soutenir des projets exotiques et les difficultés rencontrées pour mobiliser des ressources pour un projet fondamental, comme l'achat de pioches pour creuser des cabinets à fosse.

Dans un pays que le Dr Oldfield connaît bien la population est déjà au courant des soins de santé primaires et tout à fait disposée à y participer pleinement. Ses aspirations sont très élevées, et l'on a investi des ressources considérables pour l'amener à ce niveau. Les agents de santé de village sont prêts à venir suivre leur stage de formation et comptent bientôt se mettre au travail pour le plus grand profit de la population. Une équipe envoyée par un organisme a étudié le projet, à grand frais. Elle a été suivie par une seconde et maintenant par une troisième équipe venues discuter le projet et rédiger le document. Or, on a reçu une seule assurance, à savoir que, si le financement du projet est décidé, il ne pourra pas avoir lieu avant 1982. Comme le projet ne peut attendre jusque là, ses organisateurs demandent des dispositions du type de celles que le Directeur général a en vue : les dispositions qui leur permettront de mettre leur document en dépôt, de chercher des gens prêts à le financer, et de pouvoir compter sur tous les donateurs.

Des questions comme celle de savoir s'il convient d'utiliser le mot "conseiller" ou "guider" le Directeur général sont mineures et pourront être réglées ultérieurement. Elles

ne font pas obstacle à l'acceptation de la proposition. Fondamentalement, la meilleure disposition serait celle qui mettrait côte à côte donateur en puissance, bénéficiaire en puissance, et représentants de l'OMS. En conséquence, le Dr Oldfield appuie la proposition et pense qu'il faut autoriser le Directeur général à poursuivre ses négociations.

Le Dr CARDORELLE note que le groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires dont la fonction est de réunir de nouveaux fonds pour résoudre les problèmes de santé dans les pays en développement et pour lequel il semble y avoir des antécédents dans l'histoire de l'Organisation a été constitué en vertu de la résolution WHA29.32 pour jouer le rôle de groupe consultatif auprès du Directeur général. Or, le groupe s'est défini un mandat et paraît ne plus être un organe consultatif; il devient en fait une instance indépendante qui organise des réunions et des consultations et propose des solutions aux problèmes concernant les ressources de santé; le statut de l'OMS dans le groupe est simplement celui de membre.

Une telle situation suscite un certain nombre de questions. La principale est le statut juridique du groupe, puisque c'est maintenant un organisme travaillant parallèlement à l'OMS et exerçant certaines des attributions constitutionnelles de l'Organisation. Il faut féliciter le Directeur général d'avoir créé rapidement le mécanisme nécessaire à l'application de la résolution WHA29.32, et l'autoriser à poursuivre ses consultations; mais il faut aussi définir le cadre juridique dans lequel le groupe doit fonctionner puisqu'on ne peut admettre l'existence d'une institution nouvelle exerçant les attributions constitutionnelles de l'OMS.

Le Professeur AUJALEU déclare qu'il faut évidemment trouver des ressources supplémentaires. Il ne conteste pas ce point. Il ne conteste pas davantage que la coordination des questions de santé soit une fonction constitutionnelle de l'OMS; mais elle doit être exercée par l'Assemblée de la Santé, le Conseil exécutif et le Directeur général, et non par un organisme "indépendant". La procédure proposée est donc inadmissible et le Directeur général devrait revoir entièrement la question. Si la procédure proposée est abandonnée, il sera inutile de répondre aux six questions qu'il a posées à la vingt et unième séance. Si au contraire elle doit être maintenue, il demandera des éclaircissements. La référence du Directeur général au précédent fourni par l'Organisation panaméricaine de la Santé est assez curieuse. L'article 54 de la Constitution déclare que l'OPS sera intégrée dans l'Organisation dès que possible. Cette intégration n'a pas encore été effectuée - or la Constitution a été adoptée en 1946.

Le Dr ADANDE MENEST déclare que l'arrière-plan de la question actuellement discutée n'est pas clair. Il est cependant évident que le Directeur général, pour répondre aux vœux des Etats Membres, a dû recourir à certains mécanismes. Les bonnes intentions des intéressés ne sont pas en cause, mais il est apparu au fil de la discussion que de nombreux membres du Conseil avaient des doutes quant à certaines questions ayant trait au groupe, en particulier à son statut juridique. Il est d'accord avec les orateurs précédents sur ce point et pense qu'il faut effectivement demander au Directeur général de clarifier un certain nombre de questions. La vraie question est celle des relations entre l'OMS et le groupe, et porte en particulier sur le point de savoir si l'Organisation doit prendre la direction des activités du groupe. Le Dr Adandé Menest considère que, puisque l'OMS est responsable des activités de santé pour tout le programme, elle doit donner des directives claires - par le biais du Conseil et du Directeur général - quant aux besoins du programme.

Le Dr LISBOA RAMOS dit que la situation semble peu claire mais il a eu l'impression que le groupe qui fait l'objet de la discussion, au lieu d'avoir un rôle de coordination, est devenu un organe indépendant. Il appuie la proposition selon laquelle le Directeur général devrait assumer la direction du groupe dont le statut devrait être clairement défini et dont les activités devraient être coordonnées par l'Organisation.

Le Dr KRUISINGA pense que le besoin d'un mécanisme similaire à celui qui fait l'objet de la discussion ne fait aucun doute. Il faut se montrer souple, et le Directeur général devrait être autorisé à poursuivre l'étude de la question et faire rapport au Conseil en temps voulu.

Un certain nombre de points doivent cependant être précisés. Il faudrait définir avec précision la nature des liens existant entre le Conseil exécutif, le Directeur général et le groupe, étant donné qu'il est parfaitement possible que des conflits apparaissent. Deuxièmement, il serait souhaitable de disposer de plus d'informations quant au mandat du groupe et à son règlement intérieur. Troisièmement, il faudrait préciser le statut du "Fonds de dépôt", notamment à la lumière de l'article VI du Règlement financier de l'Organisation. En outre, étant

donné que le comité directeur du groupe doit se réunir les 2 et 3 mars 1981 et que le groupe se réunira en séance plénière les 9 et 10 avril 1981, certains renseignements concernant ces réunions pourraient être transmis au Conseil exécutif à sa prochaine session en mai 1981.

M. AL-SAKKAF considère que le Conseil devrait faire confiance au Directeur général et le prier de poursuivre ses consultations.

Le Dr OREJUELA dit qu'il faudrait préserver l'unité de l'Organisation et éviter que n'apparaissent des groupes parallèles, à l'origine organes consultatifs qui cherchent par la suite à se transformer en organes ayant pouvoir décisionnel.

Le Dr PATTERSON déclare que le groupe qui fait l'objet de la discussion devra non seulement attirer de nouvelles ressources financières, mais sera également chargé de veiller à leur utilisation plus rationnelle et à aider les pays en développement à les utiliser efficacement. Elle espère qu'il obtiendra rapidement des résultats probants. Il sera bien entendu nécessaire d'apporter les modifications législatives et constitutionnelles appropriées. Il est certain toutefois que l'Organisation a les moyens de résoudre ce problème et, en même temps, de coordonner de façon satisfaisante l'utilisation des ressources nécessaires en vue de progresser vers l'objectif de la santé pour tous.

Le PRESIDENT suggère de demander aux Rapporteurs d'établir, à la lumière des discussions du Conseil, un projet de résolution autorisant le Directeur général à continuer de mobiliser des ressources extrabudgétaires pour les soins de santé primaires, et le priant de faire rapport sur la question au Conseil lors de sa prochaine session.

Le Dr VENEDIKTOV fait remarquer qu'à la suite de la discussion qui vient d'avoir lieu il pourrait être difficile de rédiger un projet de résolution. Il suggère par conséquent d'adopter seulement une décision, qu'il soit pris acte que la question a donné lieu à un échange de vues, et que le Directeur général a été prié de poursuivre ses consultations.

Le Dr REID et le Professeur AUJALEU appuient cette proposition.

Décision : Le Conseil exécutif, ayant examiné la note du Directeur général relative à la création d'un groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires, recommande que le Directeur général poursuive ses consultations sur l'établissement du groupe de ressources sanitaires, conformément aux objectifs et politiques de l'OMS, en tenant compte des discussions du Conseil auquel il fera rapport à sa soixante-huitième session.

Le Dr Mork prend la présidence.

2. PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE FINANCIERE 1982-1983 : Point 9 de l'ordre du jour (suite)

Promotion de la prévention des effets néfastes des catastrophes et situations d'urgence grâce à un bon état de préparation

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le texte révisé d'un projet de résolution présenté par le Dr Patterson :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le projet de budget programme de l'OMS pour les opérations de secours d'urgence pour la période financière 1982-1983;

Remerciant le Directeur général des efforts qu'il a déployés pour répondre aux besoins urgents des pays frappés par les catastrophes;

Préoccupé par le fait que si les ressources pour les secours d'urgence ont été satisfaisantes, en revanche des fonds suffisants n'ont pas été disponibles pour élaborer des méthodes de prévention de certains types de catastrophes ni pour promouvoir dans les pays un bon état de préparation en vue de faire face aux catastrophes,

RECOMMANDE à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

- La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant les résolutions EB51.R43, EB55.R62 et WHA28.48 sur le rôle de l'Organisation mondiale de la Santé dans les situations d'urgence et les catastrophes;
Notant qu'un grand nombre d'Etats Membres, en particulier les pays en développement eu égard à leur situation socio-économique, sont vulnérables aux effets des catastrophes;
- Reconnaissant que les calamités soudaines et les catastrophes affectent d'une manière défavorable les services de santé d'un pays et entravent son développement;
- Soulignant qu'en dépit de l'importance indéniable des secours d'urgence, les mesures préventives et un bon état de préparation sont d'une importance capitale,
1. FELICITE le Directeur général des efforts précieux qu'il a accomplis pour fournir des secours d'urgence aux pays frappés par les catastrophes et pour coordonner ceux-ci;
 2. DEMANDE instamment aux Etats Membres de renforcer le rôle de l'Organisation dans tout ce qui touche aux aspects sanitaires des catastrophes et d'accroître leur coopération directe avec les pays vulnérables;
 3. PRIE le Directeur général, tout en poursuivant l'action utile de l'OMS en matière de secours d'urgence, d'accroître sa capacité de promouvoir l'élaboration de méthodes pour la prévention des catastrophes, quand celle-ci est possible, ainsi que l'état de préparation des Etats Membres pour qu'ils puissent faire face aux catastrophes, et de faire rapport sur la question à une future Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

Le projet de résolution est adopté.¹

3. PERIODICITE ET DUREE DES ASSEMBLEES MONDIALES DE LA SANTE : Point 17 de l'ordre du jour (documents EB65/1980/REC/1, annexe 8; WHA33/1980/REC/1, résolution WHA33.19, paragraphe 4; EB67/16, EB67/16 Add.1 et EB67/INF.DOC./3)

M. FURTH (Sous-Directeur général) déclare en présentant le point que le rapport soumis au Conseil à sa soixante-cinquième session (document EB65/1980/REC/1, annexe 8) présentait relativement en détails l'historique, ainsi que les divers avantages et inconvénients de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales, à la suite des remarques des membres du Conseil exécutif et des délégués à des Assemblées de la Santé antérieures. A cet égard, les membres du Conseil pourraient souhaiter consulter les paragraphes 1 à 21 du rapport de l'année passée. Ce rapport fait également référence à plusieurs conséquences constitutionnelles et autres qu'il faudrait prévoir si l'on décidait d'adopter une périodicité biennale. Ces conséquences sont brièvement décrites aux paragraphes 22 à 47 du rapport de l'année précédente. Il s'agit simplement des conséquences pratiques de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales, qui ne répondent en aucune façon à la question principale qui est de savoir si les Assemblées devraient être biennales ou annuelles. Seuls les Etats Membres de l'Assemblée de la Santé peuvent se prononcer sur cette question de fond. Les recommandations ou solutions proposées concernent tous ces problèmes et conséquences qui figurent dans le document EB67/16 dans l'ordre dans lequel elles apparaissent dans le rapport de l'année précédente.

Par sa résolution WHA33.19, la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a recommandé que la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé "envisage de modifier ... la Constitution ... afin de permettre le passage de l'Assemblée de la Santé annuelle à des Assemblées biennales, et envisage simultanément de prendre d'autres décisions concernant la structure de l'OMS". L'Assemblée de la Santé a également prié le Directeur général de communiquer aux Etats Membres le texte des amendements qu'il a été proposé d'apporter à la Constitution, ce qui a été fait le 24 juillet 1980 en plein accord avec l'article 73 de la Constitution de l'OMS. La Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a en outre invité les comités régionaux à "examiner les conséquences qui résulteraient pour leur activité de la tenue d'Assemblées biennales, et de faire un rapport sur ce sujet au Conseil exécutif à sa soixante-septième session". Les remarques, décisions et recommandations des comités exécutifs figurent à l'annexe 4 du document EB67/16. L'Assemblée de la Santé a également prié le Conseil "d'étudier

¹ Résolution EB67/11.

l'incidence qu'aurait l'introduction d'Assemblées biennales sur les activités et le fonctionnement de toutes les instances de l'Organisation, en particulier du Conseil exécutif et des comités régionaux, en vue de renforcer les organes en question, et de soumettre des recommandations appropriées à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé". Le document EB67/16 a été établi afin de faciliter l'examen de ces questions par le Conseil.

Les amendements envisagés à la Constitution de l'OMS et communiqués aux Etats Membres par le Directeur général figurent à l'annexe 1 du document EB67/16. Deux versions ont été proposées. Selon la version A, l'article 13 de la Constitution de l'OMS spécifierait que "l'Assemblée de la Santé se réunit en session ordinaire tous les deux ans". Cette version offre l'avantage d'énoncer clairement une fois pour toutes, et sans qu'il soit nécessaire de débattre du problème de la périodicité lors de futures Assemblées, que celle-ci ne se réunira en session ordinaire qu'une fois tous les deux ans. Il serait toutefois nécessaire de prévoir un "arrangement transitoire" afin de garantir par une résolution que, quelle que soit l'année d'entrée en vigueur des amendements constitutionnels, l'Assemblée de la Santé se réunirait en session ordinaire les années impaires afin d'examiner et d'adopter le projet de budget programme et, si nécessaire, se réunirait à nouveau une année paire dans un pays ou une région qu'elle pourrait avoir déjà choisi conformément à l'article 14 de la Constitution de l'Organisation. Les diverses possibilités sont décrites aux paragraphes 10 et 11 du document EB67/16.

Dans la version B, l'article 13 de la Constitution de l'OMS spécifierait que "l'Assemblée de la Santé se réunit en session ordinaire au moins tous les deux ans". Elle présente l'avantage de la souplesse, permettant à l'Assemblée de la Santé de se réunir en sessions ordinaires annuelles ou biennales. En outre, il ne serait pas nécessaire de prévoir "l'arrangement transitoire" dont il vient d'être fait mention. Toutefois, il faudrait que l'Assemblée de la Santé décide à chaque session ordinaire tenue une année impaire de tenir la prochaine session ordinaire deux ans plus tard et l'examen de cette question à chaque session pourrait se traduire par des débats et nécessiter un vote dans les futures Assemblées de la Santé.

Dans sa lettre du 24 juillet 1980, communiquant aux Etats Membres les amendements qu'il est envisagé d'apporter à la Constitution, le Directeur général a déclaré que tout commentaire que ceux-ci souhaiteraient formuler seront communiqués aux autres Etats Membres et à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Comme indiqué dans le document EB67/INF.DOC./3, jusqu'à présent, 19 Etats Membres ont transmis leur commentaire, huit se déclarant en faveur de la version A, quatre en faveur de la version B et sept étant opposés aux amendements. Le Conseil pourrait souhaiter étudier les avantages relatifs des versions A et B et conseiller l'Assemblée de la Santé, tout en étant conscient que cette question ne pourra être réglée que par un vote réunissant les deux tiers des Membres présents et votants à l'Assemblée de la Santé.

Un certain nombre de conséquences de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales semblent complexes mais en fait il n'en est rien et il y a une solution évidente pour chaque problème. Il n'est pas nécessaire d'adopter ces solutions dès à présent. On pourrait prendre une décision à ce sujet à une date plus rapprochée du moment où les amendements - s'ils sont adoptés en mai 1981 - entreraient en vigueur après avoir été ratifiés par les deux tiers des Etats Membres conformément à leurs dispositions constitutionnelles respectives. On pense que cette entrée en vigueur se fera au plus tôt en 1985, et il est probable que 1988 marquera la première année où l'Assemblée de la Santé ne se réunira pas. On dispose par conséquent d'un temps largement suffisant pour procéder aux modifications nécessaires présentées dans le document EB67/16.

M. Furth résume les conséquences de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales de la façon suivante. L'élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil serait modifiée comme précisé aux paragraphes 20 à 22. Le Conseil exécutif pourrait porter la durée de sa session de mai à une semaine, et entreprendre certaines tâches pour l'Assemblée de la Santé, comme il ressort des paragraphes 23 à 25. La recommandation selon laquelle les années paires où l'Assemblée de la Santé ne se réunirait pas, le Conseil exécutif aurait le pouvoir d'approuver des prévisions de dépenses supplémentaires jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 3 % du niveau du budget effectif pour la période financière, les dépenses ne pouvant être imputées que sur des recettes occasionnelles, comme précisé au paragraphe 47, constitue la principale délégation de pouvoirs de l'Assemblée de la Santé au Conseil.

Il faudrait bien entendu modifier le Règlement financier afin de tenir compte de la délégation partielle d'autorité permettant au Conseil d'approuver des prévisions de dépenses budgétaires supplémentaires les années paires. Il est également proposé, au paragraphe 49, d'autoriser le Directeur général à contracter des emprunts externes en attendant le recouvrement des

contributions si les ressources internes se révélaient temporairement insuffisantes. Le paragraphe 51 suggère de modifier le Règlement financier en supprimant toute référence à la possibilité de modifier le barème des contributions applicable à la deuxième année de la période financière. Le rapport financier définitif et les rapports du Commissaire aux Comptes devraient être d'abord présentés au Conseil à sa session de mai les années paires. Des exemples de projets d'amendements qu'il faudrait apporter au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé et au Règlement financier de l'OMS figurent à l'annexe 2 du document EB67/16.

On a étudié les conséquences de la tenue d'Assemblées biennales sur la date de la présentation de rapports par le Directeur général (paragraphe 35 à 40 et 52 à 54). Il s'agit du projet de budget programme, du rapport sur les changements apportés au budget, du rapport biennal sur l'activité de l'OMS, du bref rapport sur l'activité de l'OMS l'année précédente, du rapport financier définitif, du rapport financier intérimaire, et de certains rapports ayant trait au fonds de roulement.

Il faudrait alléger la charge de travail de l'Assemblée de la Santé et raccourcir son ordre du jour. Un modèle succinct de bonne organisation du travail d'une Assemblée de la Santé biennale est présenté à titre d'exemple à l'annexe 3 du document EB67/16. Par sa résolution WHA33.19, l'Assemblée de la Santé a prié les comités régionaux "d'examiner les conséquences qui résulteraient pour leurs activités de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales", et les résultats des discussions de ces comités régionaux figurent à l'annexe 4 du document EB67/16, et dans le document EB67/16 Add.1 qui présente le rapport d'un sous-groupe du Comité régional de l'Europe.

Les incidences financières de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales ont été présentées dans le rapport de l'année passée (paragraphe 44 et 45, et appendices 2 et 3). Le montant net des économies que permettrait de réaliser la tenue d'Assemblées de la Santé biennales au cours d'une période financière de deux ans aux prix de 1980-1981 a été évalué à US \$2 080 000.

En ce qui concerne la question de la durée des Assemblées de la Santé, il rappelle que la résolution WHA33.19 estime "qu'entre-temps, la durée des Assemblées de la Santé devrait, le plus tôt possible, être limitée les années paires (où l'Assemblée n'a pas à examiner de budget programme complet) à deux semaines au maximum". Les paragraphes 59 à 82 du document EB67/16 passent en revue certaines des mesures supplémentaires que l'on pourrait prendre afin de raccourcir la durée de l'Assemblée de la Santé; ces mesures pourraient être mises en oeuvre les années paires, les années impaires ou tous les ans. On a souvent dit que la discussion générale en séance plénière de l'Assemblée de la Santé pourrait être l'occasion de réaliser des gains de temps. Si la discussion générale en séance plénière n'était consacrée qu'à un petit nombre de rapports sur les stratégies régionales et mondiale pour la santé pour tous, complétés par des exposés soumis par écrit par chaque Etat Membre pour inclusion in extenso dans les comptes rendus des séances, et traitant des stratégies nationales et des progrès réalisés en matière de santé, la durée de l'Assemblée de la Santé pourrait être réduite de deux à trois journées complètes. On a également déjà fait la preuve que la tenue de séance d'une commission principale pendant la discussion générale en séance plénière pourrait permettre de gagner d'une journée et demie à deux journées complètes de travail. Si les discussions techniques n'étaient pas organisées durant chaque Assemblée de la Santé, cela permettrait de réduire d'un jour et demi la durée globale de la session. Si le Conseil exécutif faisait preuve d'une plus grande retenue lorsqu'il établit l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée de la Santé, et si les comités régionaux et le Conseil mettaient en vedette les questions qui requièrent spécifiquement une décision de l'Assemblée et si cette dernière exerçait un réel contrôle sur les débats, l'Assemblée de la Santé pourrait probablement mener à bien ses tâches actuelles tout en réduisant de deux à trois jours la durée de sa session.

Enfin, pour donner effet à ces mesures, il a été recommandé que le Conseil fixe la date de clôture de l'Assemblée de la Santé de façon à tenir compte du gain de temps que l'on espère obtenir à la suite de l'introduction de procédures destinées à réduire la durée des futures Assemblées de la Santé.

Il suggère que la question de la durée des Assemblées de la Santé ne soit étudiée par le Conseil qu'une fois examinée la question de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales, qui est plus importante, et que les éventuelles décisions ou résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé sur ses méthodes de travail soient séparées de toute résolution adoptant des amendements à la Constitution en vue de la tenue d'Assemblées de la Santé biennales. Le Conseil pourrait souhaiter faire savoir à l'Assemblée de la Santé quelles recommandations celle-ci devrait adopter concernant la durée de ses sessions.

Le Dr RIDINGS fait observer que, malgré trente années de discussion sur la périodicité des Assemblées de la Santé, l'Organisation semble encore résister au changement. Est-ce un signe de conservatisme ou bien un manque de confiance dans les organes directeurs de l'Organisation ? La Déclaration d'Alma-Ata sous-entend des stratégies et des objectifs nouveaux. Serait-ce trop demander à des esprits traditionnels que d'accepter une approche organisationnelle neuve ? Plusieurs raisons militent en faveur du passage à des Assemblées de la Santé biennales. Premièrement, cela permettrait de gagner du temps. Se préparer à des Assemblées de la Santé annuelles, y participer et en assurer le suivi détourne de nombreux spécialistes de la santé de leur activité normale. Dans la plupart des Etats Membres, qui sont de petits pays aux ressources humaines limitées, les professionnels clés en santé sont soustraits chaque année à leurs responsabilités nationales pendant au moins un mois. Cette perte de temps est très grave pour un petit pays. Certains ont dit que les Assemblées de la Santé, si elles étaient biennales, devraient être prolongées pour pouvoir mener à bien leurs travaux, mais le Dr Ridings n'est pas de cet avis. Comme M. Furth l'a souligné, on pourrait gagner beaucoup de temps si les exposés des pays étaient présentés par écrit. On éviterait ainsi des journées de litanie qui pourraient être mieux utilisées. Certains ont également prétendu qu'une réunion annuelle de ministres était un excellent stimulant; mais en mettant davantage l'accent sur les comités régionaux, au cas où l'Assemblée de la Santé se réunirait tous les deux ans, les ministres pourraient certainement accorder plus d'importance encore aux réunions régionales - à l'occasion desquelles les échanges sur leurs activités, leurs problèmes et l'évolution de leur pays prendraient une pertinence et un intérêt accrus.

Deuxièmement, le passage à des Assemblées biennales permettrait d'économiser plus de US \$2 millions tous les deux ans, somme considérable pour bien des pays. De plus, ce chiffre est sans doute sous-évalué car il ne tient pas compte des coûts inapparents du temps du Secrétariat, ni des coûts tangibles que représentent pour les Etats Membres les frais de voyage et l'indemnité journalière des délégués accompagnant celui dont les dépenses sont prises en charge par l'OMS. Bien que l'accroissement des activités régionales risque d'absorber une certaine partie des économies réalisées, il semble que l'économie nette résultant d'un passage à des Assemblées biennales soit encore appréciable. On a beaucoup parlé de la mobilisation des ressources et de leur redéploiement. Mobiliser US \$2 millions et les redistribuer aux soins de santé primaires serait certainement dans l'esprit d'Alma-Ata; on pourrait même dire que ne pas le faire serait renier la cause de la santé pour tous.

Troisièmement, en mettant davantage l'accent sur les régions et les Etats Membres, on décentralise les moyens humains et financiers; il semble logique que les réunions et l'administration aillent dans le même sens. La Déclaration d'Alma-Ata a fait apparaître au sein de l'Organisation des contradictions qu'il faut résoudre. L'insistance sur les Régions ne fait que traduire la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous.

Quatrièmement, la santé pour tous d'ici l'an 2000 signifie la santé pour tous les gens et, comme ces gens vivent dans les Etats Membres, c'est certainement à la périphérie que doivent être élaborées et appliquées les stratégies destinées à concrétiser les objectifs de l'OMS, même si elles ont besoin d'un appui politique et financier au centre. Discussions, débats et échanges d'expériences doivent se situer le plus possible là où se déroule l'action : les confortables discussions de salon sont un refuge douteux qui n'est plus de mise aujourd'hui.

Enfin, les adversaires du passage à des Assemblées biennales ont estimé que le Conseil exécutif, dont la taille est déjà suffisante devrait compter un représentant supplémentaire et risquerait ainsi de devenir une mini Assemblée de la Santé. Le Dr Ridings reconnaît qu'il faudrait peut-être renforcer le Conseil mais il lui semble qu'il faut le faire en améliorant sa représentation et non pas en lui adjoignant de nouveaux membres. Sans doute est-il temps de revoir l'accord tacite en vertu duquel cinq Etats Membres ont des sièges quasi permanents au Conseil. Si deux d'entre eux seulement siégeaient au Conseil à un même moment, on aurait alors d'autres sièges, qui pourraient être attribués démocratiquement.

A mesure que se précisent les besoins sanitaires des peuples du monde, il devient impératif de trouver de nouvelles stratégies; les objectifs d'Alma-Ata risquent de ne jamais se réaliser si l'OMS se fige dans la tradition et conserve une vision bornée de ses modalités d'organisation. La Déclaration d'Alma-Ata est novatrice et courageuse; l'OMS doit faire preuve des mêmes vertus dans sa façon d'aborder son organisation. Le passage à des Assemblées de la Santé biennales est l'une des étapes essentielles de la décentralisation - laquelle, on s'en rend compte progressivement, est plus que jamais indispensable à la réalisation de la santé pour tous.

A son avis, voici ce que le Conseil devrait proposer à la prochaine Assemblée de la Santé : 1) il faudrait passer à des Assemblées de la Santé biennales selon l'option A exposée dans le document EB67/16. Dans toute grande entreprise, il faut faire le premier pas, et ce premier pas doit être constructif; les mesures prévues par l'option B semblent être, par comparaison, quelque chose de bien timoré qui ne mènera qu'à des progrès hésitants; 2) les Assemblées de la Santé biennales devraient avoir la même durée que les Assemblées actuelles; 3) les sessions de janvier du Conseil devraient avoir la même durée qu'à l'heure actuelle, mais peut-être la session de mai devrait-elle être légèrement prolongée les années paires. Pour accomplir la tâche supplémentaire dans ces délais, le Conseil devra travailler plus efficacement. Ses membres devront s'abstenir de faire de longues déclarations répétitives, limitant leurs observations à des questions pratiques sans philosopher sur des thèmes médicaux. Le Secrétariat, pour sa part, devra se borner à répondre brièvement aux questions soulevées et éviter lui aussi les exposés de philosophie médicale; 4) la composition du Conseil exécutif devrait être revue de façon que les cinq sièges réservés quasiment en permanence à certains Etats Membres soient réduits à deux.

Le Professeur AUJALEU fait observer que le Conseil est saisi de deux questions tout à fait différentes, comme l'a très bien dit M. Furth : la durée des Assemblées de la Santé et leur périodicité. L'Assemblée de la Santé elle-même est très divisée sur la question de la périodicité, comme les discussions antérieures l'ont montré. Le Conseil n'a pas à prendre une décision ni la communiquer à l'Assemblée de la Santé, ce que n'a d'ailleurs pas suggéré M. Furth; il doit seulement indiquer à l'Assemblée de la Santé ce que seraient les conséquences de la décision qu'elle pourrait être amenée à prendre. Ces conséquences sont admirablement exposées dans le document soumis au Conseil et le Professeur Aujaleu ne voit rien à y ajouter. Il n'est absolument pas d'accord avec le Dr Ridings, qui veut que le Conseil se prononce; comment le Conseil pourrait-il prendre position au nom de 150 Etats Membres sur une question qui les divise autant ? Pour le Professeur Aujaleu, tout ce que l'on attend du Conseil est qu'il reconnaisse comme tout à fait valables les différentes conséquences - décrites dans le document - de la décision qui pourrait être prise par l'Assemblée de la Santé.

Quant à la durée de l'Assemblée, il semble que le consensus se soit fait sur la réduction de sa durée, quoique le Professeur Aujaleu soit très sceptique ? On parle depuis longtemps de réduire la durée des Assemblées de la Santé, mais on n'y est jamais vraiment parvenu. Le Conseil peut certes fixer les dates d'ouverture et de clôture de l'Assemblée de la Santé et en réduire la durée, ce qui n'aurait pour seul résultat que d'accumuler un certain nombre de séances dans une atmosphère de ruche.

Le Dr BRAGA aimerait savoir si les mesures exposées par M. Furth en vue de réduire la durée des Assemblées de la Santé permettrait de réaliser autant d'économies que le passage à des Assemblées de la Santé biennales.

Le Dr AL-GHASSANI (suppléant du Dr Al-Khadouri) souligne que les contacts entre pays dans les Régions, de même qu'entre les pays et le Siège, permettent à l'OMS de mener à bien des activités fructueuses. Ces contacts ont conduit dans le passé à des échanges de vues sur diverses questions de santé et à un examen critique du rôle de l'OMS. Il lui semble qu'avec un système d'Assemblées de la Santé biennales, ces contacts seraient considérablement réduits, sans doute au détriment des programmes de l'OMS. Le moment n'est pas venu de songer à des Assemblées de la Santé biennales, d'autant plus que l'Organisation cherche à mettre en oeuvre une stratégie importante qui exige contacts et dialogues réguliers. Il est quant à lui en faveur du maintien d'Assemblées de la Santé annuelles, qui devraient durer de dix jours à deux semaines.

Le Dr VENEDIKTOV indique qu'avant le débat son intention était d'intervenir brièvement pour rappeler que la question était assez complexe et qu'elle avait été examinée par de nombreuses Assemblées de la Santé, qui avaient toujours décidé de maintenir le statu quo - l'Assemblée annuelle constituant un important forum où l'on pouvait délibérer des problèmes et trouver ensemble des solutions. Les choses sont particulièrement complexes maintenant du fait de la Conférence d'Alma-Ata; il ne s'agit plus seulement d'une restructuration complète du secteur sanitaire de tous les pays, mais également d'une restructuration de la pensée dans les organismes des Nations Unies et dans beaucoup de pays à la lumière de la décision d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Les choses sont complexes, parce que la question de la structure et des

fonctions de l'OMS et celle de la relation entre le Siège et les Régions d'une part et l'Assemblée de la Santé et le Conseil exécutif d'autre part sont encore en discussion et que des transformations de grande portée sont encore en cours. Les conséquences qu'entraînera toute décision sont très importantes. Le Directeur général a présenté, à la demande de la dernière Assemblée de la Santé, un rapport qui est extrêmement clair, qui pèse soigneusement toutes les conséquences possibles d'une décision. Il convient donc de prendre acte de ce rapport, de présenter un certain nombre d'observations et de les soumettre à l'Assemblée de la Santé pour qu'elle décide. Si l'Assemblée de la Santé décide de se réunir tous les deux ans, on pourra alors examiner à nouveau les conséquences pratiques de ce choix; si elle se prononce contre la périodicité biennale, beaucoup des points qui ont été soulevés perdront alors leur intérêt et n'auront pas besoin d'être discutés plus avant.

C'est là ce que le Dr Venediktov avait l'intention de dire initialement mais l'exposé clair et précis du Dr Ridings l'a conduit à y ajouter quelques autres commentaires, d'autant plus que le Dr Ridings a très justement souligné l'importance des décisions adoptées à la Conférence d'Alma-Ata et exprimé le voeu que l'on réalise le maximum de progrès au cours des années à venir. Le Dr Venediktov ne partage pas l'opinion selon laquelle la résistance de l'Assemblée de la Santé au changement de l'ordre existant peut s'expliquer par un conservatisme ou l'absence de désir d'adopter de bonnes suggestions. Au contraire, la ferme décision qui a été prise par l'Assemblée de la Santé en plusieurs occasions de ne pas modifier la périodicité des sessions montre que l'Assemblée a une conception précise de son rôle dans la modification des conditions et qu'elle ne veut pas perdre ses prérogatives, ni les possibilités qui lui sont données chaque année.

Revenant sur des arguments qui ont été invoqués, le Dr Venediktov rappelle que le Dr Ridings a fait état d'une économie de temps pour les responsables sanitaires. Il doute pour sa part, de cet avantage; on gagnerait peut-être en effet deux semaines de leur temps, mais on perdrait beaucoup, comme le Dr Al-Ghassani l'a souligné, sur le plan du fonctionnement de ce forum mondial et de cette communauté mondiale de la santé publique qui s'est formée au cours des années grâce aux activités de l'OMS. Lors de l'Assemblée, des contacts s'établissent entre les ministres, des liens se créent entre les pays et entre les régions, les ministres se comprennent mieux et l'on voit se dessiner l'interrelation entre la santé d'un peuple et celle des autres. Il semble que la modification de la périodicité nuirait à cette situation qui s'est créée au cours des années. Il y aurait peut-être une économie de temps, mais on y perdrait par ailleurs.

S'agissant de l'économie de US \$2 millions que l'on pourrait, pense-t-on, utiliser pour augmenter les crédits au profit des soins de santé primaires et de la santé pour tous, le Dr Venediktov ne pense pas que l'on pourrait économiser ce montant. Selon ses calculs, tout cet argent - et peut-être davantage - serait absorbé par le renforcement du rôle des comités régionaux et les activités accrues du Conseil exécutif. Mais on perdrait autre chose : l'impulsion qui mobilise l'opinion publique, apportant de nouvelles ressources et qui mobilise toutes les autres organisations internationales. Peut-être économiserait-on 2 millions sur un budget de 250 millions; mais ce n'est pas de 2 millions que l'on a besoin, mais de 2000 - 20 000 millions, pour réaliser les buts que s'est donnés l'Organisation. Si l'on se place au plan financier, l'OMS pourrait gagner un cent mais en perdant un dollar.

On a beaucoup parlé de décentralisation, mais si l'on veut alerter l'opinion mondiale comme on l'a fait par la Conférence d'Alma-Ata, l'unité de l'Organisation est également un élément important.

S'agissant de ce que deviendrait le rôle du Conseil exécutif si l'Assemblée de la Santé se réunissait tous les deux ans, il faut souligner que c'est l'Assemblée qui a la responsabilité globale de la gestion et du contrôle de toutes les activités de l'OMS. En outre, si les Assemblées se tenaient tous les deux ans, leur rôle catalyseur à l'égard des travaux des comités régionaux ne résoudrait pas le problème car leur périodicité ne serait pas liée à celle de l'Assemblée de la Santé.

Il a été suggéré de réduire la durée des interventions à l'Assemblée de la Santé, notamment lorsqu'elles exposent d'obscures conceptions philosophiques de la médecine, mais la philosophie devrait être tout à fait claire - il s'agit de promouvoir le droit de chaque individu à la santé. Même si les participants sont des techniciens de la santé, ils ont besoin d'une philosophie - et les considérations philosophiques comportent souvent des éléments politiques et économiques.

Le seul point sur lequel le Dr Venediktov s'accorde avec le Dr Ridings est celui de l'objectif, qui doit être l'amélioration de la santé de tous; mais il a d'autres opinions sur la façon d'y parvenir.

Le Dr RADNAABAZAR estime que chaque session du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé constitue un pas en avant vers les buts que s'est donnés l'OMS; leur fréquence ne doit donc pas être réduite. Toutefois, on pourrait essayer d'améliorer la qualité des résolutions et décisions adoptées et instituer une forme de contrôle de leur mise en oeuvre. On ne voit pas très bien comment, si l'Assemblée de la Santé ne se tenait que tous les deux ans, l'OMS pourrait remplir sa mission de promotion du progrès scientifique et technologique ni comment la coordination avec l'action d'autres organisations du système des Nations Unies n'en souffrirait pas. Le Dr Radnaabazar estime donc qu'il convient de maintenir les sessions annuelles de l'Assemblée et, si nécessaire, d'en réduire la durée.

Le Dr OREJUELA rappelle que la résolution WHA33.19 invitait le Conseil exécutif à soumettre des recommandations appropriées à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur la périodicité et la durée des sessions de l'Assemblée. Il n'est pas convaincu que la périodicité biennale entraînerait véritablement des économies qui pourraient être utilisées pour d'autres activités, car les sessions de l'Assemblée et du Conseil exécutif dureraient plus longtemps. Sans doute économiserait-on du temps puisque le Secrétariat n'aurait pas à préparer chaque année une Assemblée de la Santé de plus en plus complexe. Mais là encore, il faut souligner que si l'Assemblée de la Santé ne se réunissait que tous les deux ans, elle aurait à déléguer certaines de ses activités au Conseil exécutif ou au Directeur général.

Le facteur le plus important ne réside pas dans la périodicité ni dans la durée des sessions de l'Assemblée, mais dans ses travaux. Le document à l'examen donne à entendre que les discussions techniques prennent trop de temps sans donner les résultats espérés; peut-être pourrait-on ne tenir ces discussions techniques que lorsque l'Assemblée de la Santé le jugerait nécessaire ou peut-être les exposés techniques des régions suffiraient-ils.

Il conviendrait de mettre mieux à profit la présence des ministres de la santé aux Assemblées, puisque c'est à eux qu'incombent les grandes décisions de politique et notamment les décisions de nature à promouvoir l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000. Leur participation ne doit pas se limiter à la lecture d'un exposé, mais ils doivent être invités à prendre part à des discussions approfondies sur l'élaboration des stratégies.

Le Dr AL-SAIF considère que les Assemblées de la Santé constituent une occasion unique d'échange de vues et d'expériences. Il se déclare en faveur de la périodicité annuelle.

M. AL-SAKAAF estime que les sessions annuelles de l'Assemblée ont un bon impact et que la participation est bonne. Il ne faut pas réduire à moins d'une par an les occasions qu'elles offrent aux ministres de la santé et hauts fonctionnaires de s'entretenir sur les problèmes sanitaires, d'avoir des échanges de vues avec leurs homologues d'autres pays, avec le Directeur général et avec les Directeurs régionaux sur les questions d'intérêt international, régional ou national et enfin de promouvoir la coopération technique entre pays en développement et avec les pays développés.

Le Dr KYAW MAUNG se déclare également favorable aux sessions annuelles parce qu'elles permettent aux Etats Membres d'échanger des renseignements ainsi que de se tenir au courant de la situation sanitaire mondiale et de certains aspects de la situation socio-économique qui y sont liés. La périodicité annuelle permet aussi de moins tarder à prendre les décisions urgentes. Enfin, les ministres de la santé qui ont la responsabilité de mettre en oeuvre les politiques sanitaires peuvent ainsi avoir annuellement d'utiles discussions avec leurs homologues, avec le Directeur général et avec les Directeurs régionaux.

Le Dr YACOB (suppléant du Dr Fakhro) exprime sa préférence à l'égard de sessions annuelles, de durée variable, permettant les échanges d'expériences et d'informations et la surveillance de la mise en oeuvre des stratégies. Les discussions techniques apportent d'utiles informations aux décideurs, qui doivent se tenir au courant des changements rapides intervenant dans la situation sanitaire. La session devrait durer deux semaines les années où l'on examine le projet de budget programme; huit à dix jours suffiraient pour les années intermédiaires.

Le Professeur DOGRAMACI souligne que, si l'Assemblée décide de se réunir tous les deux ans, il faudra modifier la Constitution. Le document actuellement à l'examen mentionne deux possibilités; il en existe une troisième, qui consisterait à tenir une session ordinaire tous les deux ans et des sessions extraordinaires à fixer par le Conseil exécutif ou par décision d'un tiers des Etats Membres. Cette solution permettrait d'examiner sans retard toute question importante.

Le Dr OLDFIELD préconise la périodicité biennale, les sessions annuelles n'étant pas indispensables à son avis. Avant que les résolutions et décisions d'une Assemblée aient pu être mises en oeuvre, le moment de la suivante est venu. Un an sur deux, les questions pourraient être examinées à l'échelon régional.

La séance est levée à 12 h 35.

= = =