



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-quinzième session



PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA VINGT-DEUXIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Lundi 21 janvier 1985, 19 h 30

PRESIDENT : Professeur J. ROUX

Sommaire

	<u>Pages</u>
Projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987 (suite)	
Examen du programme (suite)	
Lutte contre la maladie (suite)	
Maladies cardio-vasculaires	2
Autres maladies non transmissibles, activités de lutte	4
Appui au plan de l'information sanitaire	6
Services d'appui	
Personnel	9
Administration et services généraux	9
Budget et finances	9
Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres	9
Ajustement du budget programme : activités identifiées au cours des discussions	9
Examen financier	
Barème des contributions pour 1986-1987	10
Recettes occasionnelles	11
Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 1986-1987	15
Examen de la politique générale (reprise de la discussion)	17

Note

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

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), avant le 6 mars 1985.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB75/1985/REC/2 : Conseil exécutif, soixante-quinzième session : procès-verbaux.

VINGT-DEUXIEME SEANCE

Lundi 21 janvier 1985, 19 h 30

Président : Professeur J. Roux

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1986-1987 : Point 7 de l'ordre du jour (résolution WHA36.35, paragraphe 5 2); document PB/86-87) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 7.2 de l'ordre du jour (suite)

SCIENCE ET TECHNOLOGIE DE LA SANTE - LUTTE CONTRE LA MALADIE (section 4 de la résolution portant ouverture de crédits)

Lutte contre la maladie (programme 13; document PB/86-87, pages 200-275) (suite)

Maladies cardio-vasculaires (programme 13.16)

Le Dr REID, en relevant l'intérêt du programme, tant pour les pays développés que pour ceux en développement, rappelle qu'en 1983 le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé avaient recommandé une augmentation des crédits alloués à ce programme et que, à la suite de cette demande, le Directeur général avait dégagé, au titre de son Programme pour le développement, un montant de US \$500 000 pour la planification et la mise à exécution, en collaboration avec les pays intéressés, de stratégies nationales destinées à prévenir les cardiopathies coronariennes et les cardiopathies rhumatismales. Le Dr Reid se félicite des mesures prises contre cette dernière maladie, conformément aux recommandations du Comité d'experts de la Prévention des Maladies coronariennes.¹

Il se demande si le projet OMS MONICA, relatif à la surveillance des cardiopathies coronariennes et des maladies cérébrovasculaires, dont il est fait mention au paragraphe 12 de l'exposé du programme - et pour lequel une collaboration au niveau des pays exige un effort constant et justifie entièrement le maintien des crédits - peut être assuré d'un soutien permanent et approprié à l'échelon central pendant les dix années prévues pour son exécution; il désire également savoir si, dans la colonne 1984-1985 du tableau concernant le programme 13.16 (page 269), sont compris les US \$500 000 provenant du Programme du Directeur général pour le développement. Si tel n'est pas le cas, la colonne 1986-1987 accuse alors une diminution de 15-20 % et, bien qu'il soit disposé à accepter, en cas de réponse affirmative, un budget de "non-croissance", le Dr Reid estime que toute diminution réelle serait inacceptable et exigerait une explication.

M. ZHANG Yin E (suppléant du Dr Xu Shouren) approuve le projet de programme; les maladies cardio-vasculaires affectent non seulement les pays développés, mais deviennent un réel problème de santé publique dans un nombre toujours plus grand de pays en développement. Les approches axées sur le seul traitement conventionnel ne constituent pas une réponse à ce problème et il est nécessaire d'instituer une prévention communautaire dans laquelle les moyens de prévention et de lutte s'appuient sur des services de santé orientés vers les soins de santé primaires. Les études épidémiologiques et la surveillance des maladies cardio-vasculaires entreprises en Chine dans les villes, en milieu rural, à l'usine et dans les mines, s'appuient sur l'infrastructure des soins de santé primaires et la population a été mobilisée en vue de l'adoption de mesures préventives ayant pour objectif de diminuer la morbidité et la mortalité.

La formation d'agents de santé communautaire et l'éducation pour la santé constituent un élément essentiel de la prévention au sein de la société et de la famille. L'apparition et la propagation des maladies cardio-vasculaires sont étroitement liées à la nutrition et au mode de vie. Une coordination doit donc être établie entre le programme 13.16 et les programmes relatifs à l'usage du tabac, à la nutrition et à la santé mentale, ainsi que d'autres programmes appropriés.

Les comités OMS d'experts et les centres collaborateurs ont joué jusqu'ici un rôle important dans l'exécution du programme et l'Organisation a aidé à renforcer les institutions, former du personnel et recueillir et diffuser des renseignements. M. Zhang Yin E est persuadé que le programme continuera de progresser sur cette base.

¹ Voir OMS, Série de Rapports techniques, N° 678, 1982.

Le Dr MAKUTO reconnaît, avec les intervenants qui l'ont précédé, l'importance des maladies cardio-vasculaires. Au Zimbabwe, comme dans d'autres pays en développement, les cardiopathies rhumatismales ont été retenues comme l'une des causes essentielles de décès chez les adolescents et les jeunes adultes, et cette situation exige une action préventive immédiate. Le programme de l'OMS montre que l'on peut faire beaucoup dans ce domaine. Cependant, les crédits accordés à la Région africaine n'ont qu'un caractère symbolique, si l'on se place au niveau des pays. Cela peut provenir d'un manque d'intérêt de la part de ces pays, mais il est possible aussi d'y voir la nécessité d'une évaluation approfondie de la prévalence des maladies cardio-vasculaires en santé publique. Au plan régional, il convient que l'OMS encourage l'exécution des enquêtes indispensables pour situer le problème dans ses dimensions réelles. Le Dr Makuto note une diminution des crédits accordés à l'Afrique pour des activités régionales et interpays par suite de la suppression de certains postes, et il se demande si telle est bien l'attitude à adopter pour un programme qui doit faire face à une situation dont il est admis qu'elle s'aggrave sans cesse.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) désire s'associer aux observations et questions du Dr Reid.

Le Dr SAMBA (fonctionnaire chargé du Bureau régional de l'Afrique) répond au Dr Makuto que la diminution des crédits affectés au programme régional peut effectivement être imputable à un manque d'intérêt de la part des pays. Le Bureau régional a compris la nécessité de leur faire mieux prendre conscience de la situation et les montants qu'il prévoit d'allouer au niveau national pour des services de consultants destinés à pallier cette carence compenseront, pour le moins, le poste qui a été supprimé.

Le Dr DODU (Maladies cardio-vasculaires) rassure le Dr Reid et le Dr Savel'ev et indique que, si le programme, dans son ensemble, se trouve effectivement dans une situation de "non croissance", il est prévu pour le moins de maintenir les activités au même niveau, notamment en ce qui concerne le projet MONICA, auquel s'intéressent une quarantaine de centres. Il est à espérer que la moitié au moins d'entre eux répondront aux critères scientifiques exigés pour leur pleine participation. L'autre moitié pourraient maintenir leur participation en qualité de membres associés. Il est prévu que les travaux s'étaleront, avec l'appui de l'OMS, sur une période de 12 ans, dont deux années seront consacrées à l'analyse finale des données par le centre d'Helsinki qui bénéficie de fonds alloués par le Programme du Directeur général pour le Développement. On s'efforce actuellement d'obtenir les fonds extrabudgétaires nécessaires et des contacts seront sans doute pris avec divers pays participants afin que leurs principaux chercheurs puissent assister aux réunions importantes qui auront lieu tous les deux ans au moins. Il est également prévu d'organiser régulièrement des réunions du comité d'orientation du projet.

Il n'y a pas lieu de s'inquiéter de l'apparente diminution des allocations régionales; le Dr Samba a déjà expliqué la procédure utilisée pour l'attribution des crédits à la Région africaine, qui permet une plus grande souplesse d'emploi de ces fonds, dans le cadre d'un même programme et sans qu'il y ait un ralentissement quelconque des activités. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la diminution du budget régional a également été compensée par un accroissement des activités au niveau des pays. En Europe, une approche intégrée des maladies cardio-vasculaires s'est soldée par une diminution des crédits alloués séparément pour chaque maladie, mais les travaux se poursuivent avec un ventilation des crédits légèrement différente. Dans la Région du Pacifique occidental apparaît nettement une augmentation d'environ 20-25 %, essentiellement destinée à des enquêtes épidémiologiques régionales, de même qu'à la formation professionnelle et à certains développements du programme. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la diminution apparente de 23 % peut être attribuée au transfert de certains postes d'activités particulières à des activités générales du programme. Ainsi, il n'y a aucun ralentissement des travaux de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et, dans certains cas, ils ont même été développés.

Les suggestions de M. Zhang vont dans le sens de l'"approche axée sur la population" choisie par l'OMS pour prévenir et maîtriser ces maladies en agissant sur le comportement et le mode de vie, et aussi en coordonnant ces travaux avec les programmes relatifs à la nutrition et à l'influence du tabac sur la santé, de même qu'avec le programme de santé mentale.

Le Dr Dodu remercie les membres du Conseil de leurs observations encourageantes.

Le DIRECTEUR GENERAL, en apportant quelques précisions aux réponses déjà faites au Dr Reid et au Dr Savel'ev, rappelle que, lorsqu'à l'origine il avait été discuté de l'affectation des réserves au programme, il avait été convenu que, pour la période biennale suivante, le budget programme ordinaire prélèverait sur les réserves les crédits alloués à ce secteur particulier de programme, sauf si l'on parvenait, dans l'intervalle, à mobiliser des ressources extrabudgétaires. Il s'agissait en effet d'assurer une continuité d'action en réponse aux encouragements fournis par les travaux de recherche exécutés dans le cadre du programme.

Une gestion financière conservatrice n'a pas autorisé le Directeur général à inclure les ressources additionnelles dans le budget programme ordinaire pour 1986-1987, mais il confirme que des fonds ont été réservés, au titre du Programme du Directeur général pour le développement, à la poursuite des travaux du projet MONICA. Grâce à une utilisation judicieuse des ressources du budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires, le projet doit pouvoir se dérouler selon les prévisions initiales.

Le Dr REID se déclare satisfait des réponses reçues à ses questions; il estime que le rapport du Conseil exécutif doit donner des détails sur l'affectation des fonds.

Autres maladies transmissibles - activités de prévention et de lutte (programme 13.17; pages 270 et 274)

Le Dr REID, se référant au paragraphe 14 de l'exposé du programme, se félicite de ce que l'OMS se propose de participer à des programmes d'action nationaux dirigés contre le diabète. Le caractère universel de cette affection est communément admis et les mesures successives de sa prévalence indiquent qu'elle est en augmentation constante dans tous les pays. Le diabète est le type même de l'affection chronique qui se prête à l'action des soins de santé primaires appuyée par les services d'orientation/recours, les modalités de soins variant d'un pays à l'autre. Se référant à la collaboration avec la Fédération internationale du Diabète, dont il est fait mention au paragraphe 19, le Dr Reid souhaiterait savoir sur quoi elle porte et avoir des précisions sur les ressources financières et en personnel que l'OMS entend consacrer à cette entreprise commune.

Le Dr REGMI lance un appel pour que les mesures spécifiques visant à prévenir la surdité reçoivent une plus grande attention et souligne que l'homme moderne est constamment exposé au bruit, au voisinage des aéroports notamment. Rappelant que le Directeur régional de l'Asie du Sud-Est a entrepris de faire le nécessaire pour que cette question soit examinée à la prochaine session du Comité régional, il souhaiterait que le financement des activités correspondantes fasse aussi l'objet de dispositions spécifiques dans le budget programme et que l'on envisage également de faire appel au Programme du Directeur général pour le développement.

Le Dr QUAMINA estime que les allocations budgétaires prévues ne sont pas à la mesure de l'importance attachée dans l'exposé du programme à des maladies qui touchent plus de 50 millions de personnes, et ce dans tous les pays. Elle souhaiterait que l'on accorde plus d'attention au diabète sucré qui, à Trinité-et-Tobago, est une cause de mortalité chez les personnes âgées de 35 à 60 ans, plus probable que les cardiopathies coronariennes et autres maladies cardio-vasculaires.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) estime que les maladies visées dans le programme revêtent une importance égale à celle du cancer et des maladies cardio-vasculaires dans beaucoup de pays et que cela devrait être pris en compte dans les allocations budgétaires pour l'exercice 1986-1987. L'intégration et la coordination des mesures de lutte demandent donc à être renforcées et il souhaiterait avoir des précisions sur l'état d'avancement de cet aspect du programme.

Le Professeur LAFONTAINE, tout en appuyant les observations qui viennent d'être faites à propos du diabète, ajoute que certains troubles métaboliques ne font pas l'objet d'une attention suffisante. Par ailleurs, il déplore que l'on n'ait pas évoqué à propos de la santé des travailleurs la question de la santé et de la sécurité des femmes au foyer.

Le Dr MITROFANOV (Division des Maladies non transmissibles), répondant aux questions qui viennent d'être posées, rappelle que l'OMS entretient une collaboration de longue date avec

la Fédération internationale du Diabète qui coopère de façon très satisfaisante à l'exécution des activités conjointes et prend notamment à sa charge environ la moitié du coût des réunions conjointes organisées chaque année sur le diabète. Il signale qu'une nouvelle bourse pour des recherches sur le diabète a été créée dans le cadre du programme. Quant aux activités de prévention de la surdité, elles ont un caractère essentiellement régional et ne font pas l'objet d'un programme spécifique du Siège.

Le Dr GRABAUSKAS (Directeur de la Division des Maladies non transmissibles), évoquant la question générale de la budgétisation des activités de prévention et de lutte dans le domaine des maladies non transmissibles, rappelle que le Directeur général a, à maintes reprises, appelé l'attention du Conseil sur le fait que certaines allocations sont relativement trop limitées compte tenu de leur importance potentielle dans les activités du programme. Même si l'on prévoyait pour le programme un budget dix fois plus important, cela ne représenterait pas une très grosse somme ni dans l'absolu, ni par rapport à celles allouées par certaines institutions nationales à certains secteurs du programme. Sans un engagement national et l'élaboration d'une politique nationale, les activités dans les pays marqueraient le pas. Aussi appartient-il à l'OMS d'utiliser les ressources limitées dont elle dispose pour inciter et encourager la fourniture d'un appui accru aux politiques et stratégies nationales visant à prévenir et à maîtriser les principales maladies non transmissibles.

Les recommandations du Comité d'experts sur la Prévention des Cardiopathies coronariennes, dont le Dr Reid a fait état, illustrent bien ce principe et ont favorisé la mobilisation de ressources additionnelles considérables, y compris au titre du Programme du Directeur général pour le développement. Parmi les autres exemples, on peut citer le Programme sur le tabac et la santé, les activités entreprises pour la formulation de politiques nationales de lutte contre le cancer et le programme d'action concernant le diabète qui prévoit des activités de recherche, de prévention et de lutte.

En réponse au Dr Savel'ev, le Dr Grabauskas précise que certains pays et régions ont fait de l'approche intégrée des maladies non transmissibles un élément de leur politique nationale, même si dans bien des cas cette démarche a un caractère essentiellement empirique. Le programme repose sur les connaissances les meilleures dont on dispose actuellement et huit ou neuf pays européens ont déjà entrepris de conjuguer les activités de lutte à l'échelon national pour certains des principaux facteurs de risque. De même, les programmes de la Région des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental prévoient un renforcement de l'intégration et de la coordination des activités préventives. A l'échelon mondial, on a entrepris d'appuyer le développement du programme en examinant et diffusant les connaissances acquises, et en s'efforçant de mettre au point et d'expérimenter des techniques correspondantes. Ainsi, il est prévu de renforcer les activités de recherche opérationnelles, en adoptant une démarche pluridisciplinaire pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie, axée sur l'amélioration des modes de vie et sur les soins de santé primaires dans le cadre d'un programme cohérent. Cela impliquera certainement des recherches poussées sur les systèmes de santé.

Le Dr Grabauskas remercie les membres du Conseil d'avoir évoqué la nécessité de relever les allocations budgétaires pour les maladies non transmissibles, ajoutant qu'à l'instar d'autres directeurs de programme, il compte traduire ces marques d'encouragement et de préoccupation dans une demande pour un supplément d'appui, au titre, par exemple, du Programme du Directeur général pour le développement.

Le Dr ASVALL (Directeur régional désigné pour l'Europe) indique que la prévention des maladies non transmissibles fait l'objet d'activités considérables dans la Région européenne, où quelque huit pays ont décidé d'engager une action commune pour une promotion effective de la santé dans le cadre de programmes à long terme. Les dépenses que doit engager l'OMS pour ces programmes sont minimes par rapport aux résultats qu'ils produiront. En fait, l'Organisation se contente de financer des réunions de coordonnateurs de projets une à deux fois par an, tous les autres coûts étant à la charge des pays participants.

Se référant à l'observation du Professeur Lafontaine, le Dr Asvall précise que des dispositions ont été prises dans le cadre du programme régional pour l'exécution, en 1987, d'une étude concernant les femmes au foyer, considérées comme un groupe particulièrement vulnérable surtout en ce qui concerne les accidents.

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) dit que les pays de la Région entretiennent avec la Fédération internationale du Diabète des relations étroites même si elles

ne sont pas officielles et qu'il s'est établi, dans trois pays, des centres nationaux de recherche sur le diabète, dont le budget est financé par l'Etat. Il s'est adressé au Siège pour voir comment il serait possible d'élargir ces activités et de permettre à la Région de travailler en liaison plus étroite avec la Fédération.

S'agissant de la surdité, le Dr Ko Ko rappelle que des études épidémiologiques ont été entreprises dans la Région depuis deux à trois ans; étant donné que les fonds inscrits à ce titre au budget ordinaire sont très limités, il espère pouvoir obtenir l'appui d'autres sources de financement, y compris le Programme du Directeur général pour le développement, de façon à élargir les activités en cours et à lancer des programmes de prévention et de lutte. Il précise à ce propos que le programme intégré de la lutte contre les incapacités évitables (IMPACT) qui est exécuté en Inde par le Gouvernement en coopération avec le PNUD, le FISE et l'OMS, comporte un élément relatif à la surdité.

APPUI AUX PROGRAMMES (section 5 de la résolution portant ouverture de crédits)

Appui au plan de l'information sanitaire (programme 14) (document PB/86-87, pages 275-283)

Le Dr BORGONO se félicite de la création du tableau d'experts de l'information sanitaire et biomédicale, dont il est question au paragraphe 3 de l'énoncé du programme; en effet, des avis extérieurs à l'Organisation seront utiles au processus d'évaluation et de coordination des activités aux différents niveaux.

A propos du paragraphe 4, qui souligne l'importance des bureaux régionaux, il pense qu'il est essentiel, surtout en Europe et dans la Région des Amériques, de se concentrer sur des priorités, d'éviter les doubles emplois et de faire le meilleur usage possible des ressources disponibles.

En ce qui concerne la Région des Amériques, il est évident que les publications en langue espagnole sont une source d'information non négligeable et, à cet égard, il s'inquiète du manque d'efficacité des politiques de distribution aux niveaux national, régional et mondial, qui explique que l'information n'atteigne pas toujours ceux qui en ont le plus besoin. La question demande à être étudiée plus avant.

Les publications de l'OMS sont extrêmement utiles, en particulier le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé et Forum mondial de la Santé. Forum, qui paraît en plusieurs langues, a été une réussite; le Dr Borgoño en approuve l'orientation sur des thèmes en rapport avec les soins de santé primaires (les tables rondes, par exemple).

Enfin, il se demande si les Documents fondamentaux, dont le contenu ne change pas beaucoup d'une année sur l'autre, ne pourraient pas être publiés à moindres frais sous forme de feuillets mobiles; les quelques pages modifiées pourraient alors être changées sans qu'une nouvelle réédition soit nécessaire chaque année.

Le Dr SVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) note qu'il est prévu au paragraphe 14 de réduire le nombre de pages de certaines publications périodiques, pour compenser en partie le coût de la préparation et de la publication du septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Quelles publications ces réductions affecteront-elles ?

Selon le Dr RUESTA DE FURTER (suppléante du Dr Bello), les publications et les documents de l'OMS sont renommés pour leur qualité, qualité que l'on est en droit d'attendre d'une Organisation dont le personnel et la direction sont d'un aussi haut niveau de compétence. Aussi a-t-elle été quelque peu étonnée, au moment de l'examen par le Conseil du point 4 de l'ordre du jour (Rapport sur les réunions des comités d'experts), que le Directeur général laisse entendre que les Etats Membres ne font pas un usage satisfaisant de la masse considérable d'informations produites par l'OMS. Or, si, d'une part, les membres du Conseil sont unanimes à féliciter le Secrétariat pour la qualité et l'importance de la documentation, notamment en ce qui concerne l'objectif de la santé pour tous, mais que d'autre part les pays, les autorités sanitaires, les écoles de médecine, etc., ignorent apparemment l'existence de ces documents, c'est que quelque chose ne va pas. Faut-il rationaliser le système de diffusion ? Si oui, c'est l'Organisation elle-même, au même titre que les Etats Membres, qui est à blâmer. Fait-on vraiment tout ce qu'il est possible de faire pour maintenir tous les courants d'information et de rétro-information existants ?

Le Dr COOPER (Directeur, Programme d'information sanitaire et biomédicale) se félicite que le programme semble satisfaire les membres du Conseil. Pour reprendre le point soulevé par le

Dr Borgoño, le tableau d'experts sera composé d'experts des différentes disciplines en cause et de l'ensemble des Régions. Le Bureau régional pour les Amériques a conscience des difficultés rencontrées en matière de publications en langue espagnole; il a notamment entrepris de former des rédacteurs à l'examen et au traitement des manuscrits. La distribution aux niveaux national et régional est également à l'étude : l'Index Medicus (c'est-à-dire la liste des articles parus dans la Région sur des questions sanitaires et apparentées) en est à sa quatrième édition dans la Région des Amériques, à sa seconde en Asie du Sud-Est et doit paraître pour la première fois en Afrique. La proposition concernant la modification du format des Documents fondamentaux sera prise en considération, mais les éditeurs ne sont généralement pas très favorables aux feuillets mobiles, plus susceptibles d'être égarés.

Le Dr Cooper peut assurer au Dr Savel'ev que les réductions envisagées seront minimes : 4 pages pour le Bulletin; 20 pages pour Forum mondial de la Santé; 4 pages pour le Recueil international de Législation sanitaire; 16 pages pour le Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales et un peu plus pour l'Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales. Ces réductions sont d'ailleurs provisoires et ne se révéleront peut-être pas nécessaires si le coût de la préparation du septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde se révèle inférieur aux estimations.

Pour répondre au Dr Ruesta de Furter, il précise qu'il faut distinguer deux étapes : dans un premier temps, on fait connaître l'existence des publications et documents, dans un second temps ces publications et documents sont distribués aux bons destinataires, au bon endroit et au bon moment; cette dernière tâche n'est pas toujours facile car la chaîne de distribution comporte plusieurs maillons, que l'OMS ne contrôle pas entièrement. Tous les efforts sont cependant déployés pour faire connaître la documentation disponible, soit par le biais des propres publications de l'OMS, soit en distribuant des exemplaires pour compte rendu aux revues médicales. Des listes de distribution ont été mises sur ordinateur pour chaque discipline et nous sommes en train de consulter les pays pour améliorer les listes nationales de distribution. Les documents et publications OMS sont disponibles au Siège, dans les bureaux régionaux, auprès des coordonnateurs des programmes et des ministères de la santé; ces derniers pourraient eux-mêmes dans certains cas améliorer leurs propres systèmes de distribution et éliminer certaines lacunes.

Le Dr GARCÍA BATES espérait que le Dr Cooper parlerait du rôle de l'Organisation dans la diffusion de l'information. La révolution de l'information est un problème difficile à traiter; quiconque serait capable de lire ne serait-ce que 20 % de tout ce qui est publié en matière de littérature technique serait un surhomme. La création du Centre latino-américain d'information sur les sciences de la santé (BIREME), bibliothèque médicale régionale, illustre les résultats qui peuvent être obtenus en un temps relativement court en ce qui concerne la création de centres de référence, de réseaux d'information, de systèmes informatisés et de liaisons avec le système MEDLINE. Ces réalisations ont beaucoup apporté à des groupes d'intellectuels qui avaient besoin d'informations spécialisées qui soient à jour, car ce type d'information est très vite dépassé.

La diffusion sélective de l'information, en vue d'atteindre les usagers éloignés des centres d'information et les professionnels qui travaillent sur le terrain, est un défi important que la Région des Amériques s'efforce de relever par tous les moyens. Grâce à la BIREME, l'information a été rendue beaucoup plus accessible.

Le Dr RIFKA (Programme spécial de la Méditerranée orientale) attire l'attention sur les réalisations du programme régional arabe de la Région de la Méditerranée orientale, où les crédits affectés au programme 14 ont pratiquement doublé. Les objectifs du programme arabe sont, entre autres, les suivants : unifier la terminologie médicale arabe ainsi que celle de la santé publique; répondre aux besoins des Etats Membres et du Conseil des Ministres arabes de la Santé en traduisant, à la demande, des publications OMS en arabe; et collaborer avec le Siège de l'OMS à la sélection, à la traduction, à la révision, à l'impression et à la distribution des publications OMS en arabe. L'une des principales réalisations du programme a été la publication du dictionnaire anglais-français-arabe unifié, qui a fait date dans les efforts d'unification de la terminologie médicale arabe. Le programme prend de l'ampleur, en consultation avec les Etats Membres, et continuera d'assurer la traduction de la Chronique OMS, du magazine Santé du Monde, et de certains matériels d'apprentissage. Un magazine "Santé pour tous" en arabe, destiné aux agents de santé, sera également lancé; il contiendra des traductions d'articles tirés des principales revues internationales. Le programme sera encore élargi selon les vœux des Etats Membres.

Le Dr COOPER (Directeur, Programme d'information sanitaire et biomédicale) précise, à propos de la description du réseau d'information des Amériques faite par le Dr García Bates, que de tels réseaux existent aussi dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

Mme RUFF (Bureau des services de Bibliothèque et de Documentation sanitaire) se félicite que les intervenants aient mis en lumière l'importance de l'information et le rôle de l'OMS dans sa diffusion. Le programme des services de documentation sanitaire vise essentiellement à encourager l'établissement de réseaux nationaux de bibliothèques sanitaires et le partage des ressources aux niveaux national et interpays. L'OMS, qui a conclu des accords avec des donateurs, fournit des services d'appui sur le plan international au réseau MEDLARS et à d'autres formes de diffusion sélective de l'information ainsi que pour la diffusion de textes intégraux. L'OMS insiste sur la formation du personnel des bibliothèques sanitaires et veut faire prendre davantage conscience aux administrateurs de la santé publique que des politiques et un engagement nationaux sont indispensables. Les pays disposent de ressources considérables, encore faut-il atteindre ceux qui travaillent dans des zones rurales, souvent dans l'isolement le plus complet sur le plan de l'information.

Le DIRECTEUR GENERAL répond au Dr Ruesta de Furter et au Dr García Bates que l'OMS doit étudier attentivement la façon de rationaliser non pas tant la distribution de ses publications que l'utilisation de l'information. Il s'agit là d'une notion essentielle pour un système d'information quel qu'il soit. Il ne sert à rien de produire des informations si celles-ci ne sont pas utilisées. Le Directeur général prie les Membres du Conseil de se reporter au paragraphe 3 de l'énoncé du programme, page 275 du document du budget, concernant le tableau d'experts de l'information sanitaire et biomédicale. Il espère que ce tableau d'experts s'emploiera à combler les nombreuses lacunes du mécanisme des publications OMS de sorte que la révolution de l'information ne reste pas lettre morte à l'OMS et qu'un effort réel soit fait pour atteindre les usagers potentiels, qui seuls comptent.

Comme le Directeur général l'a déjà fait observer, il faut qu'il y ait un dialogue, aussi bien au sein de l'Organisation qu'entre l'Organisation et les Etats Membres pour que l'on puisse savoir dans quels domaines l'OMS a échoué par le passé et dans quels domaines elle pourra réussir à l'avenir si elle fait preuve d'un peu plus d'imagination. Le Directeur général a déjà énuméré un certain nombre de solutions qui pourraient être mises en oeuvre dans les pays et qui exigent relativement peu de ressources. Mais il faut avant tout que les pays soient motivés et veuillent utiliser l'information. Lui-même pourrait citer plusieurs exemples, d'après sa propre expérience dans le domaine de la tuberculose, de pays qui n'ont pas osé briser la violente résistance opposée par certains à des politiques de lutte antituberculeuse révolutionnaires.

Certains pays ont eu recours avec succès à la création de groupes d'entente nationaux dans tous les grands secteurs du programme, au sein desquels toutes les personnes violemment opposées au changement peuvent rencontrer des partisans acharnés du changement et débattre de la question jusqu'à parvenir à un accord (décider, par exemple, si un programme de médicaments essentiels est une notion viable). Les ministères compétents peuvent alors aller de l'avant, puisqu'ils sont assurés de l'appui nécessaire. L'OMS pourrait jouer un rôle déterminant en aidant les ministères à constituer de tels groupes et en rendant ce mécanisme attrayant.

Les mauvais résultats de l'OMS dans ce domaine sont, estime-t-il, dus au fait que de nombreux membres du personnel de l'OMS sont incapables de faire comprendre à leurs collègues dans les pays combien il est important d'appliquer la politique recommandée par les comités d'experts. C'est pourquoi il est absolument nécessaire de former le personnel de l'OMS, et de constituer une "masse critique" de chefs de file de la santé pour tous qui auraient expressément pour tâche de s'atteler au problème de l'analyse et de l'utilisation de l'information produite par l'OMS pour le compte des Etats Membres.

Le Directeur général peut assurer au Dr Ruesta de Furter et au Dr García Bates qu'en 1985 un tableau d'experts composé aussi bien de membres du personnel de l'OMS que d'experts extérieurs sera chargé d'une analyse critique de la question, car des améliorations considérables peuvent certainement être apportées à la situation actuelle.

Services d'appui (programme 15; document PB/86-87, pages 284-291)Personnel (programme 15.1)

Le Dr GARCÍA BATES, sans vouloir anticiper sur le futur débat concernant cette question, estime qu'il est important de rappeler le type de travail fait par les femmes, compte tenu, notamment, de la suggestion du Professeur Lafontaine visant à ce que le foyer domestique soit assimilé à un lieu de travail. Elle partage cette façon de voir, d'autant plus que les travaux domestiques ne sont pas ou ne devraient pas être exclusivement l'apanage des femmes. C'est peut-être le cas pour la génération actuelle mais cela ne s'applique pas aux jeunes; il pourrait cependant y avoir un contre-coup très dangereux. C'est pourquoi il importe d'agir avec beaucoup de prudence, par exemple sur le plan du recrutement; les femmes ne doivent être engagées que sur la base de leurs compétences et non pas simplement parce qu'elles sont des femmes. Toute autre attitude leur serait nuisible; la seule chose qu'elles demandent c'est l'égalité de traitement.

M. MUNTEANU (Directeur de la Division du Personnel et Services généraux) informe les membres du Conseil qu'ils auront l'occasion d'entendre ultérieurement le rapport du Dr Maureen Law, Sous-Ministre de la Santé du Canada, qui, à la demande du Directeur général, s'est livrée à une étude spéciale, essentiellement destinée à augmenter le recrutement des femmes à l'OMS. Mais ce rapport et ces recommandations traitent également de la double nécessité d'éviter délibérément tout langage et toute idée sexistes dans les publications et dans le matériel éducatif et informatif de l'OMS, et d'y présenter femmes et hommes dans une position d'égalité comme membres des forces de travail. En réalité le problème va beaucoup plus loin que cela : il s'agit essentiellement d'instaurer un changement d'attitude. Ce changement sera nécessairement graduel mais il ne se réalisera que si l'on revient sans répit sur sa nécessité.

Administration et services généraux (programme 15.2)

Le Président prend acte du fait qu'il n'y a pas d'observations.

Budget et finances (programme 15.3)

Le Dr BORGÓNIO rappelle que la liste ordonnée des programmes a été modifiée quelques années plus tôt. Par souci d'uniformité, il faudrait introduire les mêmes changements dans les budgets régionaux comme l'a fait la Région des Amériques, laquelle a procédé à un certain nombre d'ajustements mineurs, mais il se demande si les autres Régions ont fait de même.

M. IMBRUGLIA (Directeur de la Division du Budget et des Finances) dit que la remarque du Dr Borgoño concerne la classification de tous les programmes. Certaines améliorations ont été faites, en particulier dans la Région des Amériques; une autre Région, sans s'être complètement alignée sur la classification du Siège, s'en rapproche cependant et le problème fait l'objet d'une étude avec le Directeur régional concerné. Toutes les Régions sont en train de s'aligner le plus possible sur la liste ordonnée actuelle des programmes, qui figure à l'annexe 7 du projet de budget programme.

Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres (programme 15.4)

Le PRÉSIDENT, notant qu'il n'y a pas d'observations, déclare que l'examen des divers exposés de programme est donc achevé.

Ajustement du budget programme : activités retenues au cours des discussions

Le PRÉSIDENT rappelle aux membres du Conseil que le moment est venu d'examiner les domaines où des ajustements sont nécessaires et de déterminer les changements à apporter, compte tenu des priorités de l'OMS et de l'emploi possible du fonds du Directeur général pour le développement. S'il se souvient bien, le Conseil a jugé qu'un ajustement du budget ordinaire n'était nécessaire que pour un seul programme, à savoir celui de la promotion et du développement de la recherche (programme 7), y compris la recherche sur les systèmes de santé (programme 3.3). Les deux autres domaines auxquels, selon le Conseil, des crédits supplémentaires devraient être alloués - non pas sur le budget ordinaire mais au moyen de ressources extrabudgétaires - sont le programme 2.4, pour les opérations de secours d'urgence et le programme 12.2 (médicaments et vaccins essentiels).

Le Dr REID dit que le programme 13.17 (Lutte contre la maladie : autres maladies non transmissibles) aurait également dû faire l'objet d'un ajustement.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) approuve cette observation du Dr Reid.

Le PRESIDENT reconnaît qu'il a été décidé que le programme 13.17 demandait également des ressources supplémentaires. Le Conseil pourrait-il fournir quelque indication quant au niveau des ajustements à opérer pour les deux programmes visés ?

Le Dr REID est d'avis que le Conseil ne doit pas tenter de le faire. Le Directeur général devra étudier la question et prendre aussi en considération les avis de l'Assemblée de la Santé. En agissant autrement, on risquerait d'aboutir à une répartition incorrecte des fonds; en outre, les chiffres avancés ne pourraient être qu'une estimation brute.

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'il tiendra compte des avis de l'Assemblée de la Santé et du Conseil, puis fera rapport au Comité du Programme après que des discussions auront eu lieu au Siège pour déterminer le niveau utile d'absorption des programmes visés.

Le Dr BORGONO approuve cette proposition mais se demande si elle signifie que d'autres programmes perdront une partie de l'appui financier dont ils bénéficient actuellement.

Le DIRECTEUR GENERAL répond qu'il fera en sorte que cela ne se produise pas.

Le PRESIDENT demande si le Conseil exécutif est d'accord de recommander au Directeur général que certains ajustements soient apportés aux affectations de fonds visant les deux programmes concernés, à savoir la promotion et le développement de la recherche, y compris la recherche sur les systèmes de santé d'une part et, d'autre part, la lutte contre la maladie : autres maladies non transmissibles.

Il en est ainsi décidé.

EXAMEN FINANCIER : Point 7.3 de l'ordre du jour

Barème des contributions pour 1986-1987 (document PB/86-87, pages 28-32)

M. FURTH (Sous-Directeur général) explique que le projet de barème des contributions pour 1986-1987 a été établi sur la base du barème de l'Organisation des Nations Unies pour 1983-1985. Il est identique au barème adopté par l'OMS pour 1984-1985 mais a toutefois été dûment complété de manière à incorporer les contributions des quatre Etats qui sont devenus Membres de l'Organisation depuis la clôture de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1983, à savoir Antigua-et-Barbuda, les Iles Cook, Kiribati et Saint-Vincent et Grenadines. En outre, les contributions de quatre autres Etats Membres, à savoir l'Allemagne (République fédérale d'), l'Espagne, le Japon et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont bénéficié d'une réduction de 0,01 %. Pour tous les autres Etats Membres, les taux de calcul des contributions sont restés inchangés par rapport à 1984-1985. Le projet de barème devra être modifié pour tenir compte de la récente admission à la qualité de Membre de l'Organisation de Saint Kitts et Nevis et de toute autre augmentation du nombre des Membres d'ici à la fin de la prochaine Assemblée de la Santé. Le projet de barème, le montant des contributions et le budget total sont subordonnés à un ajustement et à une décision de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et pourraient également être modifiés si l'un ou les deux Membres inactifs reprenaient leur participation aux travaux de l'OMS ou si l'Afrique du Sud recommençait à verser sa contribution.

Le Dr AL-TAWHEEL fait observer que, chaque année, plusieurs pays ne sont pas en mesure de payer leur contribution en dollars des Etats-Unis. Il demande s'il serait possible que ces pays utilisent leur monnaie locale pour financer des programmes exécutés en dehors de leurs frontières ?

M. FURTH (Sous-Directeur général) répond que les résolutions et décisions de l'Assemblée de la Santé spécifient plusieurs monnaies dans lesquelles les contributions peuvent être versées. La proposition formulée par le Dr Al-Taweel a été soumise à l'Assemblée mondiale de

la Santé quelques années auparavant et a été rejetée. En fait, il est peu probable qu'une telle disposition puisse arranger les choses car les pays qui ont le plus de peine à se procurer des devises convertibles sont ceux où l'OMS utilise en fait peu de devises locales. Certaines organisations internationales appliquent des dispositions plus libérales en la matière mais, d'une manière générale, les pays n'y ont guère recours.

Le Dr RUESTA DE FURTER demande pourquoi certains pays ont bénéficié d'une réduction de leur taux de contribution ?

M. FURTH (Sous-Directeur général) répond que, puisque la contribution des quatre nouveaux Etats Membres a été fixée au taux minimum de 0,01 %, il a été possible de réduire la contribution de quatre autres Etats Membres d'un pourcentage équivalent.

Rapport sur les recettes occasionnelles (document EB75/4)

M. FURTH présente le document EB75/4 qui indique que le montant estimatif des recettes occasionnelles disponibles au 31 décembre 1984 s'élevait à US \$56 560 000. Ce montant est sujet à ajustement en fin d'année. Le Directeur général a proposé que, sur ce total, US \$56,5 millions contribuent à financer le budget programme de 1986-1987, ce qui représenterait 10,2 % du budget effectif.

Le tableau 1, joint en annexe au document EB75/4, présente les montants affectés au titre des recettes occasionnelles au cours des cinq dernières années. Jusqu'ici, l'affectation la plus importante a concerné le budget de 1984-1985 auquel on avait affecté US \$54,5 millions. La possibilité d'accumuler des recettes occasionnelles dépend d'un certain nombre de facteurs dont le principal est la promptitude avec laquelle les Etats Membres s'acquittent de leurs contributions. L'Organisation a la possibilité de toucher des intérêts sur ces fonds avant qu'ils ne soient débloqués pour les besoins des programmes. Si d'ici la fin de 1986 l'on disposait de moins de US \$56,5 millions de recettes occasionnelles pour contribuer à financer le budget programme de 1988-1989, il en résulterait inévitablement une augmentation des contributions, même si le budget demeurait au même niveau qu'en 1986-1987.

Un autre facteur important dont dépend le montant des recettes occasionnelles disponibles est la différence entre le taux de change budgétaire du franc suisse par rapport au dollar des Etats-Unis et les taux de change comptables effectivement appliqués durant la mise en oeuvre du budget programme au cours d'un exercice biennal donné. A cet égard, la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a autorisé le Directeur général à imputer sur les recettes occasionnelles le montant de dépenses additionnelles nettes supportées par l'Organisation par suite de modifications du rapport entre le franc suisse et le dollar des Etats-Unis jusqu'à concurrence de US \$20 millions. Par cette même résolution, le Directeur général a été prié de virer au compte pour les recettes occasionnelles les économies réalisées du fait de ces modifications. Dans la mesure où le taux de change comptable de 1984-1985 a été jusqu'ici égal ou supérieur au taux de change budgétaire, le Directeur général n'a pas encore eu à utiliser les US \$20 millions ainsi mis à sa disposition. Si le taux de change comptable se maintenait à son niveau actuel, ou s'il le dépassait, de substantielles économies seraient dégagées au titre du budget ordinaire, économies dont les recettes occasionnelles seraient créditées après la clôture de l'exercice financier 1984-1985. Il est encore trop tôt pour prévoir avec quelque précision le montant qui pourrait être ainsi dégagé.

Au cours des deux derniers exercices, cette possibilité s'est traduite par de substantielles économies pour l'Organisation. En 1980-1981, les économies dues aux écarts monétaires ont permis au Directeur général de créditer les recettes occasionnelles de plus de US \$18 millions, alors même qu'il n'était tenu de reverser des économies que pour un montant de US \$15 millions. Des économies de plus de US \$12 millions ont été réalisées en 1982-1983 et seront portées au crédit des recettes occasionnelles pour autant que les arriérés de contributions de l'exercice soient recouverts. On propose par conséquent que la possibilité en question soit maintenue pendant la période biennale 1986-1987 au même niveau et dans les mêmes conditions qu'en 1984-1985.

Enfin, le paragraphe 9 du document EB75/4 contient un projet de résolution proposé au Conseil exécutif en vue de son adoption.

Le Dr BORGONO constate que, dans une précédente intervention, M. Furth a indiqué que US \$2 000 000 de recettes occasionnelles seraient utilisés pour diminuer les contributions au budget ordinaire. Or, il apparaît d'après le document EB75/4 que US \$56,5 millions sont affectés à cette fin. Il voudrait savoir quel montant exact se trouve affecté et si cela permettra une diminution des contributions des Etats Membres.

M. FURTH (Sous-Directeur général) répond que les US \$56,5 millions disponibles sur les recettes occasionnelles à la fin de 1984 représentent US \$2 millions de plus que ce dont on disposait à la fin de 1982 pour financer le budget de 1984-1985. L'augmentation totale du budget entre 1984-1985 et 1986-1987 a été de US \$33,9 millions, ce qui exige une augmentation correspondante des recettes. Les recettes de l'Organisation proviennent de trois sources : les sommes reversées par le PNUD au titre de l'appui aux programmes, les recettes occasionnelles et les contributions des Membres. Les reversements du PNUD au titre de l'appui aux programmes devraient être en 1986-1987 du même ordre qu'en 1984-1985; les recettes occasionnelles n'ont augmenté que de US \$2 millions; en conséquence, les contributions des Membres doivent augmenter de US \$31,9 millions, soit une augmentation moyenne de 6,92 %.

M. BOYER (conseiller du Dr Gardner) souhaite soulever trois points. Premièrement, en ce qui concerne les recettes occasionnelles, il estime qu'aucune autre organisation internationale ne se montre plus habile gestionnaire des contributions de ses Etats Membres que l'OMS. En janvier 1983, lorsqu'on a débattu le budget programme de 1984-1985, on avait estimé que l'on disposait de US \$50 millions pour contribuer au financement du budget ordinaire. Par la suite, il s'est révélé que l'on disposait de US \$54,5 millions. En mai 1983, la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a retenu pour règle rigoureuse que le montant des recettes occasionnelles destinées à financer le budget ordinaire représenterait au moins le montant disponible à la fin du mois de décembre précédent. C'est pour cela que l'on a utilisé US \$54,5 millions il y a deux ans. En 1985, l'estimation était au 31 décembre 1984 de US \$56,5 millions, étant entendu que la somme était sujette à fluctuation dans un sens ou dans un autre. Il souhaiterait s'entendre confirmer que, en mai 1985, au moment de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, on imputera au minimum aux recettes occasionnelles le montant estimatif disponible au 31 décembre 1984, soit US \$56,5 millions. Ce serait une des manières de réduire les contributions des Etats Membres.

Deuxièmement, il se réfère au paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution figurant au paragraphe 9 du document EB75/4. Il comprend que la disposition selon laquelle les virements aux recettes occasionnelles ne doivent pas excéder US \$20 millions est destinée à se prémunir contre le cas où le taux de change du dollar des Etats-Unis par rapport au franc suisse tomberait au-dessous de celui qui a été retenu pour préparer le budget programme de 1986-1987. Mais que se produirait-il si le taux de change devait monter au lieu de descendre, et si l'on dégagait des profits et non pas des pertes ? Il est entendu que les gains sur les taux de change sont virés aux recettes occasionnelles, ainsi qu'il ressort clairement de la première partie du paragraphe du dispositif, mais rien n'empêche que le total des gains dépasse US \$20 millions. Il suggère que cette échappatoire soit éliminée en supprimant les trois dernières lignes du paragraphe 2 du dispositif et que ce soit au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé de décider de l'emploi des gains résultant des taux de change.

Troisièmement, il se réfère aux gains sur taux de change dans les bureaux régionaux, c'est-à-dire les profits réalisés sur les taux de change des pays dans lesquels se trouvent les bureaux régionaux. Ces gains devraient être virés aux recettes occasionnelles afin que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé puissent décider de leur emploi. Depuis que le budget programme de 1986-1987 a été établi sur la base d'une croissance budgétaire zéro, ce dont il convient de féliciter le Directeur général, et étant donné que les taux de change utilisés pour établir les budgets programmes régionaux sont désormais caducs, on pourrait s'interroger sur deux questions : le fait que, compte tenu de la latitude d'utiliser 10 % des gains réalisés sur les taux de change pour la croissance des programmes, les directeurs régionaux sont assurés de pouvoir accroître leurs programmes, et, d'autre part, la possibilité de recalculer les taux de change utilisés dans les Régions.

M. FURTH (Sous-Directeur général) déclare qu'il est exact que le Directeur général a proposé en janvier 1983 d'affecter au financement du budget ordinaire US \$50 millions correspondant au montant des recettes occasionnelles jugées en octobre 1982 devoir devenir disponibles à la fin de 1982. En mai 1983, on a constaté que le montant disponible au

31 décembre 1982 était en fait un peu plus important et l'Assemblée de la Santé a décidé de l'affecter en totalité au financement du budget ordinaire. Cela dit, elle n'a pas érigé en principe que la totalité du montant disponible à la fin de décembre de l'année précédente devrait toujours être affectée au financement du projet de budget programme. On peut peut-être parler de précédent, mais certainement pas d'une décision de principe. Si le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé envisagent d'ériger cette pratique en principe, il faudra en discuter très sérieusement. D'ailleurs, il apparaît rétrospectivement que la décision de l'Assemblée de la Santé en 1983 d'affecter la totalité du montant au financement du budget ordinaire n'a peut-être pas été une bonne décision. Si l'on avait suivi la proposition du Directeur général de limiter ce montant à US \$50 millions, il serait maintenant possible de proposer que US \$62 millions de recettes occasionnelles soient affectés au financement du projet de budget pour 1985-1987, si bien que les contributions des Etats Membres augmenteraient seulement de 4,75 %. L'inquiétude exprimée par certains Etats Membres face à l'augmentation des contributions pour 1986-1987 n'aurait pas eu de raison d'être si la proposition initiale du Directeur général avait été acceptée en 1983. Avant d'instituer un principe, il faudra donc considérer les conséquences pratiques à long terme. De toute manière, il est extrêmement peu probable que le montant des recettes occasionnelles devant être disponibles au 31 décembre 1984 soit inférieur à l'estimation actuelle qui est de l'ordre de US \$56 560 000. Si tel était le cas, le Directeur général en informerait naturellement l'Assemblée mondiale de la Santé.

En ce qui concerne le paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution, le chiffre de US \$20 millions qui est mentionné est seulement une garantie destinée à protéger le programme dans certaines circonstances. Il n'impose pas de limites au montant résultant des gains sur les taux de change que le Directeur général a l'intention de virer aux recettes occasionnelles; pour 1980-1981, il a transféré US \$18 millions sur ces gains, alors qu'il aurait eu besoin de transférer seulement US \$15 millions. Une augmentation du dollar des Etats-Unis et une chute du franc suisse, bien qu'avantageuses au départ pour l'Organisation, pourraient avoir de sérieuses conséquences si l'écart se creusait trop. Une diminution rapide du taux de change d'une monnaie nationale et un taux d'inflation élevé vont souvent de pair. S'il n'y a pas la limite de US \$20 millions mentionnée au paragraphe 2 du projet de résolution et que le Directeur général doive retourner toutes les économies réalisées sur les taux de change, il pourra en résulter une sous-utilisation des crédits budgétaires de l'ordre de 20 à 25 millions de dollars des Etats-Unis, et il faudra pourtant opérer des coupes sur le programme parce que les fonds disponibles seront insuffisants pour faire face aux augmentations de coûts plus élevées que prévu. La limite de 20 millions de dollars protège donc le programme.

M. Furth est d'accord que les taux de change budgétaires utilisés pour l'établissement des budgets régionaux au début de 1984 sont dépassés. Le dollar a augmenté rapidement, mais peut descendre tout aussi rapidement, et personne ne sait quels seront les taux de change au cours de la période d'exécution du budget programme 1986-1987. Si les taux de change comptables descendent au-dessous des taux budgétaires, les Directeurs régionaux n'ont aucun moyen de faire face aux coûts additionnels. Ils en seront réduits à opérer des coupes sur le programme ou à demander au Directeur général des fonds supplémentaires, qui probablement ne seront pas disponibles. Il est donc nécessaire que les Directeurs régionaux aient la possibilité de conserver 10 % des montants gagnés sur les taux de change. Ils serviront non pas à augmenter les activités du programme, mais plutôt à compenser les fluctuations des monnaies et l'inflation dans les Régions. Une marge de 10 % n'est pas excessive étant donné qu'il est impossible d'estimer avec précision les augmentations et diminutions de coûts, y compris des coûts de change des devises, pour les nombreux pays d'une Région; mais il est vrai que certains taux de change budgétaires des principales monnaies des bureaux régionaux sont très inférieurs aux taux de change effectifs (de 30 % ou 40 % dans certains cas). Toutefois, il serait sans doute prématuré que le Conseil exécutif présente maintenant une recommandation sur le sujet à l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général continuera d'étudier la question et, si le dollar continue d'augmenter, envisagera de proposer des ajustements à l'Assemblée de la Santé en mai.

Le Dr REID déclare que le Comité régional pour l'Europe s'est inquiété des fluctuations des taux de change. Il est donc très réconfortant que M. Furth ait donné l'assurance que le Directeur général ferait rapport à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) déclare que les recettes occasionnelles devraient d'abord et avant tout servir à financer le budget ordinaire et à réduire les contributions des Etats Membres. Les effets adverses éventuels des fluctuations des devises devraient

être couverts par des économies internes et par des redistributions au sein du budget. L'expérience a montré que les taux de change comptables utilisés pour le budget programme prévoyaient une certaine marge et, au cours des dernières années, ils ont été inférieurs aux taux de change effectifs.

En réponse à une observation du Professeur LAFONTAINE, le PRESIDENT déclare qu'on étudiera sous le point 23 de l'ordre du jour la nomination d'un comité du Conseil exécutif chargé d'examiner certaines questions financières avant l'Assemblée de la Santé.

Mme DE LA BATUT (suppléante du Professeur Roux) déclare qu'il est essentiel de protéger le programme contre l'inflation et contre les conséquences des fluctuations des taux de change. Elle se félicite donc des explications fournies par M. Furth concernant les bases sur lesquelles sont fondées les mesures visant à combattre ces conséquences et à revoir, le cas échéant, les affectations budgétaires. L'idée de réunir un comité chargé d'examiner certaines questions financières avant l'Assemblée de la Santé lui paraît excellente.

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) déclare qu'en ce qui concerne les montants gagnés sur les fluctuations du taux de change de la roupie indienne, ils sont très réduits dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Le budget ordinaire pour le Bureau régional en 1986-1987 s'élève à US \$7 millions et au taux de deux roupies pour un dollar, on gagnera au mieux environ US \$1 200 000. Même si le taux est de quatre roupies pour un dollar, on gagnera seulement US \$2,4 millions et au rythme actuel d'augmentation des coûts, le Dr Ko Ko sera très heureux de pouvoir exécuter ce qui a été prévu sans demander d'aide au Directeur général.

Le PRESIDENT, notant qu'il n'y a pas d'observations sur la proposition de supprimer les trois dernières lignes du paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution, demande à M. Boyer s'il souhaite mettre sa proposition aux voix.

M. BOYER (conseiller du Dr Gardner) déclare qu'il n'insistera pas pour que sa proposition soit mise aux voix. En fait, s'il se rappelle bien, la même discussion a eu lieu à la soixante et onzième session du Conseil exécutif en janvier 1983. La question est de savoir à quelle hauteur les recettes occasionnelles sont utilisées. Certains Etats Membres aimeraient qu'on utilise immédiatement le montant maximum sans garder de fonds en réserve pour une période biennale ultérieure. Il est vrai que la question pourra être revue et discutée à nouveau avant l'adoption effective du budget programme par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai.

Mme DE LA BATUT (suppléante du Professeur Roux) se réfère aux paragraphes 4 et 5 du dispositif du projet de résolution. Le contenu lui paraît un peu irréaliste au vu des cycles budgétaires de nombreux pays et du fait que l'OMS souhaite recevoir les contributions des Etats Membres le premier jour de l'année pour laquelle ils sont dus. Les contraintes budgétaires imposent parfois un certain échelonnement des versements. Comme indiqué au paragraphe 5 du dispositif, le versement des contributions en temps opportun permet donc de gagner des intérêts importants (US \$21 millions en 1984), mais il peut être contreproductif de présenter cet argument dans les négociations avec les autorités budgétaires nationales.

En réponse au Dr Reid qui demande comment la discussion qui a eu lieu à la présente réunion pourra être présentée au Comité chargé d'examiner certaines questions financières, le PRESIDENT déclare que le Secrétariat fera des propositions sous le point 23 de l'ordre du jour.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution qui lui est soumis.

La résolution est adoptée.¹

¹ Résolution EB75.R6.

Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 1986-1987 (document PB/86-87, page 33)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 1986-1987 dont le texte est reproduit à la page 33 du document du budget programme.

M. BOYER (conseiller du Dr Gardner) se dit quelque peu préoccupé, l'approbation de cette résolution sous-entendant celle de l'ensemble du budget programme, par certaines propositions de modifications formulées au cours du débat au Conseil, propositions qui paraissent parfois procéder de considérations politiques au lieu de s'inscrire strictement dans le cadre des programmes de la santé pour tous de l'OMS. Les ressources de l'Organisation étant limitées, le Conseil devrait faire preuve de discipline pour éviter que l'Organisation puisse dévier du cap technique qui est le sien. L'orateur n'en adhère pas moins aux tendances générales du programme et à l'importance accrue attachée aux programmes régionaux et nationaux.

C'est le financement du budget qui soulève des problèmes. De nombreux pays ayant de la peine à s'acquitter de leurs contributions, tout doit être fait pour en abaisser le niveau sans que le programme en pâtisse. Les questions qui se posent à propos, par exemple, des taux de change utilisés, du calcul de l'augmentation des coûts, de la résorption d'une telle augmentation ou du meilleur usage possible des gains aux changes méritent, bien qu'elles aient déjà été examinées, d'être plus mûrement pesées avant que la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé prenne en mai 1985 des décisions à leur sujet.

La question essentielle est de savoir pourquoi les contributions devraient augmenter plus en 1986-1987 qu'en 1984-1985. Tous les Etats Membres sont touchés par cette progression de plus de 4 % à plus de 6 %, qui n'est pas imputable uniquement aux recettes occasionnelles, mais aussi à d'autres facteurs. Peut-être serait-il possible, en adoptant une attitude plus prudente vis-à-vis des taux de change et du calcul des augmentations de coûts, ainsi que de l'utilisation des recettes occasionnelles, d'abaisser le niveau des contributions.

Les organes directeurs ayant de la peine à traiter en détail de ce sujet, le Conseil ne s'est guère attardé sur le mode de calcul des augmentations de coûts et sur la manière d'amortir les répercussions de l'inflation. Un examen plus poussé de cette question par le Secrétariat, cela avant l'Assemblée de la Santé, se justifierait. L'intervenant espère que certaines révisions susceptibles de se traduire par une baisse du niveau des contributions pourront être effectuées.

Le projet de résolution portant ouverture de crédits lui paraît acceptable, mais il ne faudrait pas en déduire qu'il votera en ce sens à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. En effet, le projet de budget programme, ainsi que les observations des membres du Conseil, seront analysés à fond dans son pays dans l'intervalle qui s'écoulera entre la fin de la présente session du Conseil et le début de l'Assemblée de la Santé. Il espère que d'autres en feront de même.

Le Dr REID se demande si M. Boyer a vraiment voulu laisser entendre que l'OMS s'écarte d'une certaine manière de la voie qui est la sienne et ne s'en tient pas suffisamment aux questions de santé. Il lui semble, quant à lui, que l'OMS passe généralement pour être l'institution spécialisée la plus efficace et la moins politisée.

M. BOYER (conseiller du Dr Gardner) explique qu'il souscrit sans réserve aux activités proposées dans le document du budget programme et que, dans son intervention, il ne faisait que reprendre les remarques faites à leur sujet par divers membres du Conseil.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) constate que le projet de budget programme pour 1986-1987 n'est pas en augmentation, en termes réels, par rapport à la précédente période biennale. L'inflation et les dépenses de personnel réglementaires ont pourtant entraîné une augmentation du budget effectif supérieure à 6 % qui se répercute largement sur les contributions. A son avis, l'Organisation devrait être tout à fait en mesure, en recourant aux fonds extrabudgétaires disponibles, de stabiliser son budget sans porter atteinte aux activités du programme. Il s'abstiendra en conséquence de participer au vote sur le projet de résolution portant ouverture de crédits.

Mme DE LA BATUT (suppléante du Professeur Roux) estime que le Conseil aurait pu faire l'économie de la résolution sur les recettes occasionnelles qui vient d'être adoptée puisque, si elle a bien compris, les chiffres seront actualisés sur des bases plus solides et que de nouvelles solutions seront peut-être proposées pour protéger le budget. La révision des augmentations de coûts, des taux d'inflation et d'autres facteurs permettra peut-être de réviser aussi le niveau du budget et celui des contributions. Le vote de la France à l'Assemblée de la Santé en sera influencé.

Le DIRECTEUR GENERAL pense que les remarques de M. Boyer pourraient s'interpréter comme signifiant que le Secrétariat cherche à gonfler le budget. Il tient à préciser que lui-même passe, en ce qui concerne les taux de change, pour être presque obsédé par l'idée de rendre aux Etats Membres chaque dollar que l'Organisation gagne grâce aux taux qui lui sont favorables. Dans le cas des bureaux régionaux, il n'existe pas de formule mathématique inflexible permettant de calculer l'influence des mouvements ascendants et descendants des taux de change dont ils subissent les répercussions. Pour sa part, il s'est efforcé de présenter la situation en toute honnêteté et de s'en occuper de même. Réaliser des profits d'occasions sur les taux de change favorables est une idée qui ne l'a jamais effleuré.

En ce qui concerne les augmentations de coûts, d'aucuns pensent qu'il s'est montré trop prudent, et non le contraire, en décidant de leur progression maximale. L'expérience le porte à partager cette opinion. Il serait de mauvais ton de donner l'impression qu'il s'efforce de gonfler le budget en prévoyant une trop forte augmentation des coûts.

Pour ce qui est des recettes occasionnelles, le Conseil, auquel il incombe de prendre une décision, a eu à ce sujet les explications voulues. Le Directeur général s'est simplement évertué à réduire au minimum le fardeau imposé aux Etats Membres.

Il a été question du Comité du Conseil qui étudiera, avant l'Assemblée de la Santé, certaines questions financières. Le Conseil discutera ultérieurement, lorsqu'il en arrivera au point 23 de son ordre du jour, de la nomination de ce comité. En attendant, le Directeur général tient à préciser que les fonctions du Comité sont très limitées et qu'il ne pourra être tenu pour responsable des décisions importantes prises au sujet du projet de budget programme et des principes mêmes sur lesquels il repose. Ces décisions sont du ressort du Conseil exécutif tout entier, auquel il appartient de se prononcer sans plus attendre sur les questions fondamentales, c'est-à-dire le niveau du budget et le niveau des contributions qu'il proposera à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr BORGONO convient que le Conseil doit maintenant se décider. Toutes les cartes financières sont sur la table, les activités du programme ont été longuement débattues, le projet de résolution portant ouverture de crédits doit être approuvé. Les arguments de M. Furth devront être étudiés par le Comité qui se réunira avant l'Assemblée de la Santé; le budget programme dans son ensemble n'en est pas remis en question.

Le Professeur BAH déclare que le Comité pourrait certes se pencher avant l'Assemblée de la Santé sur des points de détail concernant certaines questions financières, mais qu'il ne pourra se substituer au Conseil pour traiter de questions fondamentales.

Le Professeur LAFONTAINE pense que le Conseil est sur le point d'aboutir à la conclusion que le Comité, si le Conseil lui en donne pouvoir, pourra, d'ordre du Conseil et du Directeur général, apporter au budget toutes les adaptations de dernière minute nécessaires.

Le Dr REID, soulevant un point d'ordre, estime que le Conseil commence à discuter de questions qu'il ne devrait aborder qu'au point 23 de l'ordre du jour. Il ne faut pas en débattre à l'avance. Le Conseil devrait s'occuper uniquement du projet de résolution dont il est saisi.

Le PRESIDENT invite le Conseil à se prononcer sur le projet de résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 1986-1987 dont il recommandera l'adoption à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Le projet de résolution portant ouverture de crédits est approuvé par 25 voix, sans opposition, avec deux abstentions.

Mme DE LA BATUT (suppléante du Professeur Roux) explique qu'elle a voté en faveur de la résolution, étant entendu que le Secrétariat rédigera certains critères de calcul. Ce vote ne préjuge pas de l'attitude qui pourrait être prise ultérieurement.

EXAMEN DE LA POLITIQUE GENERALE : Point 7.2 de l'ordre du jour (résumé)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution ci-dessous, portant sur la politique régionale en matière de budget programme, élaboré par le groupe de rédaction constitué lors de la douzième séance :

Le Conseil exécutif,

Rappelant la résolution WHA33.17 dans laquelle la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a notamment,

- décidé de centrer les activités de l'Organisation au cours des prochaines décennies sur le soutien des stratégies nationales, régionales et mondiale visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000;
- demandé instamment aux Etats Membres de prendre une série de mesures dans l'esprit des politiques, des principes et des programmes qu'ils ont adoptés collectivement à l'OMS, y compris le renforcement de leurs mécanismes de coordination afin de pouvoir s'assurer que leur propre stratégie en matière de développement sanitaire d'une part et leur coopération technique avec l'OMS et avec les autres Etats Membres de l'Organisation d'autre part s'accordent bien et s'étayent mutuellement;
- demandé instamment aux comités régionaux de développer leurs fonctions de surveillance, de contrôle et d'évaluation afin de s'assurer que les politiques sanitaires nationales, régionales et mondiale soient bien reflétées dans les programmes régionaux et que ces derniers soient exécutés judicieusement, et d'inclure dans leur programme de travail l'examen de l'action entreprise par l'OMS dans les Etats Membres de leur région; et
- prié le Conseil exécutif d'examiner, au nom de l'Assemblée de la Santé, comment les comités régionaux reflètent dans leurs travaux les politiques que celle-ci a fixées; Ayant présente à l'esprit la résolution WHA34.24 dans laquelle la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a notamment,
- réaffirmé que le rôle unique conféré à l'OMS par sa Constitution en matière d'action de santé internationale comprend essentiellement les attributions indissociables et intercomplémentaires qui consistent à agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international et à assurer la coopération technique entre l'OMS et ses Etats Membres, attributions essentielles pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000; et
- prié instamment les Etats Membres de s'employer collectivement à ce que l'OMS s'acquitte le plus efficacement possible de ses fonctions constitutionnelles et formule des politiques appropriées en matière d'action de santé internationale, ainsi que des principes et des programmes pour mettre en oeuvre ces politiques, et de formuler leurs demandes de coopération technique avec l'OMS en s'inspirant des politiques, des principes et des programmes qu'ils ont adoptés collectivement au sein de l'OMS;

Désireux de garantir, à tous les niveaux de l'Organisation, une utilisation optimale des ressources limitées de l'OMS, notamment des fonds prévus dans les budgets programmes régionaux pour la coopération avec les Etats Membres;

1. PRIE les comités régionaux :

- 1) de préparer des politiques régionales en matière de budget programme qui assurent la meilleure utilisation possible des ressources OMS, au niveau tant régional que national, pour donner un effet maximum aux politiques collectives de l'Organisation;
- 2) de favoriser par ces politiques le progrès des stratégies nationales de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et un développement autonome des programmes nationaux de santé qui sont une part essentielle de ces stratégies;
- 3) de faciliter par ces politiques la préparation de budgets programmes nationaux et une utilisation rationnelle de toutes les ressources nationales et extérieures en vue du développement sanitaire national;
- 4) de soumettre ces politiques, pour examen, au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé et de préparer des projets de budget programme régionaux pour 1988-1989 qui leur soient conformes;

- 5) de surveiller et d'évaluer l'exécution de ces politiques afin d'assurer qu'elles soient appliquées dans les activités de l'Organisation au sein de la région;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de préparer, avec les Directeurs régionaux, des lignes directrices afin que les comités régionaux puissent disposer d'un cadre de référence à l'intérieur duquel ils pourront établir leurs politiques régionales en matière de budget programme et un système pour en surveiller l'exécution;
 - 2) de continuer à promouvoir la mobilisation de ressources nationales et extérieures pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;
 - 3) de faire régulièrement rapport au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les mesures qu'il aura prises conformément à cette résolution;
3. DECIDE que le Conseil exécutif devra :
 - 1) surveiller la préparation des politiques régionales en matière de budget programme;
 - 2) surveiller et évaluer, à intervalles réguliers, l'application de ces politiques et faire rapport sur ce sujet à l'Assemblée mondiale de la Santé tous les deux ans lors de l'examen du budget programme.
4. RECOMMANDE à l'Assemblée mondiale de la Santé de soutenir activement l'adoption de politiques régionales en matière de budget programme, d'en surveiller étroitement et d'en évaluer l'exécution.

Le Dr REID présente succinctement le projet de résolution d'ordre du groupe de rédaction qui indique qu'il faut modifier le paragraphe 1 4) dans le sens suivant : "de soumettre ces politiques, pour examen, au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé et de préparer des projets de budgets programmes régionaux pour 1988-1989 et les exercices suivants qui leur soient conformes."

La résolution ainsi modifiée est adoptée.¹

La séance est levée à 23 h 00.

¹ Résolution EB75.R7.