



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-dix-neuvième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATORZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève  
Lundi 19 janvier 1987, 19 h 30

PRESIDENT : Dr Uthai SUDSUKH

Sommaire



	<u>Pages</u>
Projet de budget programme pour l'exercice 1988-1989	
Rapports des Directeurs régionaux sur tout fait notable sur le plan régional, y compris des questions intéressant les comités régionaux (suite)	
Examen du programme (suite)	
Lutte contre la maladie (suite)	
Cécité .....	2
Cancer (y compris le Centre international de Recherche sur le Cancer) ...	2
Maladies cardio-vasculaires .....	4
Autres maladies non transmissibles : prévention et lutte .....	5
Appui au plan de l'information sanitaire .....	6
Services d'appui :	
Personnel .....	8
Administration et services généraux .....	8
Budget et finances .....	8
Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres .....	8
Ajustement du budget programme : activités évoquées au cours des discussions	
Examen financier :	
Barème des contributions pour l'exercice 1988-1989 .....	13
Rapport sur les recettes occasionnelles .....	13

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 1987.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB79/1987/REC/2 : Conseil exécutif, soixante-dix-neuvième session : procès-verbaux.

## QUATORZIEME SEANCE

Lundi 19 janvier 1987, 19 h 30Président : Dr Uthai SUDSUKH

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1988-1989 : Point 7 de l'ordre du jour (documents PB/88-89 et EB79/4) (suite)

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR TOUT FAIT NOTABLE SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX : Point 8 de l'ordre du jour (documents EB79/14, EB79/15, EB79/16, EB79/17, EB79/18 et EB79/19) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 7.2 de l'ordre du jour (documents EB79/5, EB79/6, EB79/7, EB79/7 Add.1 et 2, EB79/8, EB79/9, EB79/10, EB79/11, EB79/12 et EB79/INF.DOC./1) (suite)

SCIENCE ET TECHNOLOGIE DE LA SANTE - LUTTE CONTRE LA MALADIE (section 4 de la résolution portant ouverture de crédits; document PB/88-89, pages 195-268) (suite)

Lutte contre la maladie (programme 13) (suite)

Cécité (programme 13.14)

Il n'y a pas d'observation.

Cancer (y compris le Centre international de Recherche sur le Cancer) (programme 13.15)

Le Dr MUIR (Centre international de Recherche sur le Cancer) annonce que le Centre vient de célébrer son vingtième anniversaire et que la Finlande en est devenue le treizième Etat participant. Commentant certaines activités du Centre, il dit que le document "Cancer in developing countries", qui vient d'être publié, fait ressortir l'énorme diversité des tableaux du cancer dans les différents pays. Une des énigmes qui se pose est le rôle de l'alimentation. Il faudrait pour l'élucider mettre au point des méthodes de détermination des aliments consommés, en particulier des matières grasses. Les études multicentres et multinationales sur la cause de certains cancers se poursuivent, notamment sur la cause des cancers du pancréas, du cerveau, du foie et du col utérin. Cette collaboration permet de réunir un nombre de données suffisamment élevé pour procéder à une analyse adéquate. Grâce à un don généreux du Gouvernement italien, le CIRC et l'Unité OMS du Cancer coopèrent avec le Programme élargi de vaccination à l'instauration, en Gambie, de la vaccination des nouveau-nés contre l'hépatite B, à titre de prévention du cancer primitif du foie. On continue de consacrer beaucoup d'efforts à l'étude des effets cancérigènes du tabac, ce poison universel, et notamment à la quantification des effets du tabagisme passif ou imposé. Le Centre étudie aussi les effets à long terme de la chimiothérapie du cancer sur l'apparition de nouveaux néoplasmes, et continue d'organiser des cours pour épidémiologistes.

Le Dr SAVEL'EV (suppléant du Professeur Isakov) pense que la prévention du cancer interpelle tous les pays car il se situe déjà parmi les trois principales causes de décès dans les pays industrialisés et prendra de plus en plus d'importance dans les pays en développement du fait de l'allongement de l'espérance de vie et des changements de mode de vie (y compris l'usage du tabac). L'analyse du budget programme confirme la nécessité de prendre très rapidement des mesures pour lutter contre la consommation de tabac. La Région européenne fait un important travail dans ce domaine.

Il est heureux de voir que l'OMS va s'efforcer d'élucider le rôle des facteurs alimentaires dans la cancérogenèse; en effet, le diagnostic précoce du cancer est d'une telle complexité, même dans les pays qui disposent d'une solide infrastructure sanitaire, qu'il est vital d'en savoir davantage sur les groupes à haut risque. Le Dr Savel'ev applaudit aussi à la réunion prévue d'un Comité d'experts, à l'importance accordée aux approches préventives, et aux efforts nationaux dans le domaine des soins de santé primaires. Il faut se réjouir que le CIRC ait poursuivi l'étude des cancérigènes environnementaux, en particulier par rapport aux facteurs liés aux modes de vie et aux substances utilisées en agriculture. Il relève qu'il n'y a pas de double emploi entre les activités de l'OMS et celles du Centre.

Il ne peut que regretter la baisse de l'allocation budgétaire au programme à un moment où le cancer est en augmentation dans les pays en développement.

Le Dr YOUNG informe le Conseil que, le 16 janvier 1987, le Comité consultatif des maladies contagieuses de la Food and Drug Administration des Etats-Unis d'Amérique a recommandé que l'Administration envisage d'approuver l'emploi de l'azidothymidine (AZT) pour les malades atteints du SIDA avec pneumonie à Pneumocystis carinii, et pour les malades présentant un complexe avancé de maladies associées au SIDA. Il a formulé cette recommandation sur la base de données cliniques moins nombreuses que d'habitude eu égard à la nature létale de la maladie. Dans une enquête au double-insu, qui a duré six mois, et porté sur 282 malades, un seul décès s'est produit parmi les patients traités à l'AZT contre 19 chez les malades sous placebo. Donc, bien que l'AZT ne soit pas un médicament curatif, elle prolonge la vie dans le court terme. Si l'Administration approuve le médicament, elle fera parvenir à l'OMS une brève justification de son approbation, ainsi que les informations provenant de toute étude ultérieure.

Le Dr DE SOUZA constate que dans de nombreux pays les organisations non gouvernementales font un travail considérable sur la prévention et le traitement du cancer. Quelle est la collaboration avec ces organisations ? Et quelle est la fraction des fonds de la rubrique "Autres sources" qui est attribuée au CIRC ?

M. SONG Yunfu approuve les objectifs et les activités du programme de lutte contre le cancer, cette maladie constituant une grave menace pour la santé dans les pays en développement comme dans les pays développés. Il partage l'avis que les efforts doivent se concentrer sur la prévention, par exemple du cancer primitif du foie. Sous ce rapport, un vaste programme d'éducation pour la santé est nécessaire, notamment pour lutter contre le tabagisme. Cet effort est d'une importance vitale mais on ne pourra l'accomplir que si tous les secteurs de la société sont mobilisés.

Le Dr STJERNWARD (Cancer) remercie les membres du Conseil pour leurs observations constructives et l'importance qu'ils ont accordée à la prévention. Les maladies qui sont aujourd'hui d'une importance majeure dans les pays développés, telles que le cancer, seront demain des maladies majeures dans les pays en développement et c'est maintenant qu'il faut prévenir ces futurs cancers. Un tiers de tous les cancers sont aujourd'hui évitables, par des mesures de lutte contre le tabagisme, la prévention du cancer primitif du foie, et d'autres actions. Le programme fait un maximum avec des ressources minimales. Le cancer est en augmentation dans les pays en développement du fait du vieillissement des populations et de l'amplification de l'usage du tabac; il est déjà la principale cause de décès dans le district de Shanghai. Il serait rentable d'implanter immédiatement des mesures préventives. Il se réjouit que l'Inde par exemple ait doublé le budget de la lutte anticancéreuse dans son septième programme général de travail, consacrant près de la moitié des nouvelles ressources à la prévention primaire, au dépistage précoce et au soulagement de la douleur.

A propos de la question relative aux organisations non gouvernementales, il dit que le programme sur le soulagement des douleurs cancéreuses a été accueilli avec enthousiasme par plusieurs organisations, en particulier par la Fédération mondiale pour les soins apportés aux personnes affligées du cancer et l'Association internationale pour l'Etude de la Douleur, qui mobilise les instituts d'enseignement du monde entier. Une méthode de soulagement de la douleur faisant appel à 21 médicaments - dont 18 figurent sur la liste modèle des médicaments essentiels dans de nombreux pays - a été imprimée en six langues. L'Union internationale contre le cancer, qui est la principale organisation non gouvernementale oeuvrant dans le domaine du cancer, entretient une étroite collaboration avec l'OMS, par exemple sous forme de réunions scientifiques communes et de conférences coparrainées.

Le Dr MUIR (Centre international de Recherche sur le Cancer) ajoute que l'Union internationale est représentée au sein du Conseil scientifique et du Conseil de Direction du Centre. Un fruit récent de leur collaboration est la publication d'un document évaluant les divers programmes de dépistage des cancers du sein, du col utérin et du côlon. Des liens étroits avec l'Association internationale des registres du cancer sont indispensables pour la publication de nombreux ouvrages du CIRC tels que Cancer incidence on five continents.

Répondant à la question concernant les crédits alloués au Centre, le Dr Muir dit que quelque US \$23 millions sont prévus au titre du budget ordinaire et qu'on espère disposer d'un montant supplémentaire de US \$1 670 000 pour des projets particuliers.

Maladies cardio-vasculaires (programme 13.16)

Le Professeur STEINBACH souligne l'utilité des crédits proposés, tant pour les maladies cardio-vasculaires que pour le cancer. Le tabagisme et les modes d'alimentation reposent sur des traditions culturelles et sont liés à de multiples facteurs économiques et politiques. Cette situation confère à l'OMS un rôle d'autant plus important. Par exemple, une déclaration faite par l'Organisation, à l'effet que le tabagisme est le plus grand meurtrier qui soit, aura plus de poids que si elle émanait des seules autorités nationales.

Le Professeur FORGÁCS appelle l'attention sur les avantages indirects du projet MONICA de préparation d'un programme intégré de promotion de la santé à l'échelle nationale dans un pays qu'il connaît bien.

Le Dr MARKIDES souligne la nécessité d'engager contre les maladies cardio-vasculaires une lutte axée sur la communauté, avant que ces maladies ne prennent des proportions épidémiques. En Grèce, où ces maladies figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité, une part considérable du budget est consacrée à des services spécialisés de lutte dans ce domaine, disposant d'un équipement sophistiqué. Le Dr Markides regrette la proposition de diminuer les crédits consacrés à ce programme dans la Région de la Méditerranée orientale. A son avis, cette diminution n'est pas compensée par la faible augmentation des ressources au niveau des pays qu'il est prévu d'allouer pour la lutte contre le tabagisme et divers autres facteurs liés aux modes de vie, dans le cadre du programme 13.17, alors qu'en fait il y a eu une coupe dans les crédits prévus pour les activités interpays. En raison des succès considérables obtenus par certains pays développés dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, le Dr Markides préconise qu'une plus large place soit accordée à ce programme, non seulement dans sa Région, mais encore dans d'autres parties du monde où ce problème devient plus aigu.

Le Professeur ISAKOV déclare que le programme, digne d'éloges, de l'OMS en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies cardio-vasculaires intéresse le monde entier, car ces maladies sont une cause majeure de décès non seulement dans les pays développés mais aussi, et à un rythme croissant, dans les pays en développement. Il convient d'accorder une attention particulière à la prévention, de même qu'à l'élaboration de méthodes permettant d'établir une surveillance de la dynamique de ces maladies.

Le Dr KOINANGE considère que les cardiopathies rhumatismales et l'hypertension demeurent un sérieux problème dans la Région africaine et s'étonne que le paragraphe 26 (page 262) semble suggérer le contraire.

Le Dr BOTHIG (Maladies cardio-vasculaires) remercie les membres du Conseil de leur appui et de leurs observations encourageantes. Comme l'ont souligné de nombreux intervenants, en raison de modifications inopportunes des modes de vie - essentiellement le tabagisme et une alimentation mal équilibrée - et en raison aussi de l'allongement de l'espérance de vie, les maladies cardio-vasculaires ne sont plus confinés aux seuls pays développés.

Le projet MONICA parviendra à mi-parcours en 1988-1989. Les premiers résultats apparaissent aujourd'hui; ce projet, d'une durée de dix ans, a acquis la participation de 41 centres de 26 pays différents et il couvre une population de quelque 30 millions d'habitants. Ainsi que le Professeur Forgács l'a fait observer, ces centres, comme beaucoup d'autres, utilisent également le projet pour évaluer leurs propres activités ainsi que les programmes de prévention.

Le Professeur Isakov a eu raison d'insister sur l'aspect préventif de ces maladies. La prévention, et plus particulièrement la prévention primordiale - c'est-à-dire empêcher l'apparition des facteurs de risque - constitue une activité clé, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés et elle doit reposer sur une action individuelle aussi bien que sur des efforts axés sur la population.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale), en réponse au Dr Markides, indique que, dans la Région de la Méditerranée orientale, on s'efforce principalement d'élaborer et de mettre en place un programme de lutte à vocation communautaire fondé sur la prévention et qui vise les trois composantes suivantes : hypertension, cardiopathies coronariennes, et rhumatisme articulaire. Plusieurs pays ont inauguré des programmes de prévention et de dépistage précoce des cardiopathies rhumatismales, grâce aux ressources mises à leur disposition par l'AGFUND. La diminution des crédits budgétaires notée par le Dr Markides est due à la fois à une réduction des montants disponibles et à une diminution des allocations demandées au niveau des pays.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) fait observer, en réponse au Dr Koinange, que le texte qui figure dans le document du budget programme paraît diverger de celui du document régional correspondant. Le faible niveau des allocations par pays - les chiffres n'ont réellement qu'une importance nominale - est imputable à la pénurie de ressources ainsi qu'à la concurrence d'autres secteurs prioritaires, comme la vaccination et la lutte contre les maladies parasitaires. En outre, étant donné que le programme régional de lutte contre les maladies cardio-vasculaires est orienté sur la communauté, les ressources disponibles, quelles qu'elles soient, devraient figurer sous cette rubrique. Comme le souligne le document régional, l'hypertension devient une cause majeure de décès chez les groupes les plus âgés, bien que les données dont on dispose se limitent la plupart du temps aux malades hospitalisés; des moyens de lutte sont actuellement mis en oeuvre dans une dizaine de pays.

Autres maladies non transmissibles : prévention et lutte (programme 13.17)

Sir John REID exprime ses profonds regrets à propos du décès du Dr Fakhry Assaad, ancien Directeur de la Division des Maladies transmissibles de l'OMS. Le Dr Assaad était un fonctionnaire hautement respecté dont la sagesse, les connaissances scientifiques et la personnalité étaient dignes d'un même éloge. Le Conseil acceptera certainement qu'un message de vive sympathie soit adressé en son nom à la famille du disparu.

Sir John est heureux de constater que la présente session du Conseil sera la dernière au cours de laquelle la rubrique "tabac et santé" sera examinée dans le cadre du programme 13.17. A partir de 1990, cette question fera l'objet d'un programme distinct, en raison de son importance, et cette plus grande transparence sera sans aucun doute un atout pour l'obtention de fonds extrabudgétaires. Peut-être le Directeur général pourrait-il même envisager de procéder à ce changement de caractère fonctionnel avant 1990. Sir John appuie fermement l'augmentation des allocations budgétaires qui est envisagée, même après les réductions que le Directeur général s'est vu dans l'obligation d'imposer.

Il se félicite également des mesures adoptées par le Directeur général et les Directeurs régionaux afin de donner le bon exemple en interdisant de fumer dans les bâtiments de l'OMS et il accueille avec satisfaction la coopération des fonctionnaires de l'Organisation. Il demande que des dispositions soient prises en faveur de la majorité de non-fumeurs chez les participants aux Assemblées mondiales de la Santé; il est intolérable que ceux-ci ne disposent pas d'un secteur à eux, dans les endroits réservés aux réunions communes et au service des consommations.

Pour terminer, Sir John est heureux de constater que l'Organisation conserve le sens des réalités. Le Directeur général a sagement indiqué que le nouveau programme contre le SIDA ne conduirait pas à un abandon des autres priorités de l'OMS. L'Organisation a également jugé utile de rappeler et de déclarer publiquement que les maladies liées au tabagisme tuent déjà un million d'individus chaque année.

Le Professeur ISAKOV exprime sa satisfaction au sujet des mesures actuellement prises pour mettre à exécution le programme intégré de prévention et de lutte dont le lancement a été encouragé par l'adoption de la résolution WHA38.30 ainsi que par le soutien du programme du Directeur général pour le développement. L'approche qui vise à intégrer et coordonner les activités de lutte au sein de la communauté est une initiative importante de la part de l'OMS et il convient de continuer dans cette voie. Il faudrait aussi réserver, dans les programmes intégrés, une place à l'ictus, qui est un facteur concomitant des maladies cardio-vasculaires, ainsi qu'à la lutte contre le diabète sucré, et développer les travaux dans le domaine de la classification des maladies rhumatismales. Le Professeur Isakov appuie les observations de Sir John Reid sur le tabagisme et se félicite de l'attention accordée au choix "tabac ou santé" dans le cadre des programmes de lutte contre des maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires et le cancer du poumon.

Le Dr GRECH se rallie aux vues du Professeur Isakov. Il estime que les activités de prévention et de maîtrise du cancer, des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles doivent constituer une démarche globale dont le but est d'endiguer efficacement les grandes maladies chroniques; il se déclare donc résolument en faveur d'un programme intégré. Il ressort clairement de diverses analyses de situation que les maladies non transmissibles prélèvent un tribut intolérablement élevé d'incapacités et de décès prématurés. Pour

un administrateur sanitaire qui s'emploie à les prévenir et à les maîtriser, leur "attrait morbide", s'il est permis d'utiliser ce terme, vient de ce qu'elles sont toutes liées à des facteurs communs de risque qui constituent une série de dénominateurs fondamentaux - ce qui permet donc de les intégrer dans un même programme de lutte à vocation communautaire. Comme l'a démontré le programme national de lutte contre le diabète exécuté à Malte, tout renforcement des activités de soins de santé primaires relatives à une seule maladie est susceptible d'avoir des effets salutaires sur l'incidence d'autres maladies chroniques. En dehors du projet MONICA, il existe d'autres programmes inter pays tels que le programme CINDI, présentement exécuté sous les auspices de l'OMS, et l'étude INTERSALT, qui est actuellement menée en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Le PRESIDENT invite le Directeur général à transmettre un message de sympathie de la part des membres du Conseil à la famille du Dr Assaad.

Mme HEIDET (Association internationale de Lutte contre la Mucoviscidose) est heureuse que son association ait fait l'objet d'une mention particulière du fait de sa collaboration avec l'OMS dans les activités de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Elle souligne l'appui mutuel que les deux organisations peuvent offrir dans l'exécution du programme - l'OMS avec le ferme soutien politique de ses Etats Membres et l'Association avec sa contribution financière et la collaboration de ces organisations membres nationales.

Il est à espérer que les récents progrès scientifiques accomplis en matière de diagnostic foetal et de génie génétique contribueront à faire mieux connaître l'incidence et la prévalence de la mucoviscidose. La première activité commune de l'OMS et de l'Association sera un programme mondial de dépistage, qui doit débiter dans quelques semaines. L'Association collabore également avec la Division de la Santé de la Famille de l'OMS, en vue d'introduire le dépistage néonatal dans les pays où l'on sait qu'il existe une incidence élevée de cette maladie.

#### Appui au plan de l'information sanitaire (programme 14; document PB/88-89, pages 269-276)

Le Dr HAPSARA, évoquant le fait, confirmé par l'analyse de la situation, que certains pays en développement sont très mal équipés en services de bibliothèque et de documentation sanitaire, spécialement en dehors des facultés de médecine et des institutions de recherche, déclare qu'il souhaiterait un programme intensifié et d'une vaste portée. Dans de nombreuses facultés de médecine et institutions de recherche, le besoin de documentation sur les activités sanitaires mondiales et régionales, sur l'infrastructure des systèmes de santé et sur l'application des récentes techniques sanitaires et médicales se fait grandement sentir.

Le Dr KOINANGE dit que l'existence de l'OMS n'est pas rendue très visible dans les pays, par rapport à d'autres institutions des Nations Unies ou des organismes bilatéraux, situation à laquelle il faudrait remédier.

Le Dr BELLA affirme que l'information est la base même de toute connaissance. L'importance du programme est donc évidente. Ce n'est que grâce à la connaissance, moteur de l'action, que les activités menant à la santé pour tous peuvent être menées.

Le Dr CAMANOR, après avoir exprimé son appui au programme, fait observer qu'il n'est pas logique, si les services de bibliothèque et de documentation sanitaire font défaut dans les pays en développement, comme l'expose l'analyse de la situation, qu'il n'y ait pas de crédits pour les activités de pays dans la Région de l'Afrique. Il demande comment ce besoin criant sera satisfait.

Le Dr HELLBERG (Directeur, Division de l'Information du Public et de l'Education pour la Santé) revient sur la remarque du Dr Koinange concernant la visibilité de l'OMS dans les pays. Malheureusement, le problème que connaît l'OMS, tout comme les administrations sanitaires de nombreux pays, reste dans une certaine mesure inchangé; on observe une répugnance à aller vers le grand public, et le vieux principe selon lequel les médecins ne font pas de publicité est respecté et même étendu aux institutions. Au cours de la discussion du programme 6 (Information du Public et Education pour la Santé), il a mentionné le souci du Directeur général de renforcer le programme, et plus particulièrement d'accentuer le plaidoyer en faveur de l'OMS, tâche qui

est accomplie en étroite collaboration avec le programme d'appui au plan de l'information sanitaire. Les deux divisions étudient et analysent l'éventail complet du matériel d'information disponible pour voir comment l'utiliser plus efficacement ou le modifier, de sorte à rendre les activités et les réalisations de l'Organisation plus aisément perceptibles. Il rappelle qu'il a fait savoir au Conseil lors de la huitième séance que le Directeur général avait l'intention de profiter de certaines célébrations pour plaider en faveur de l'Organisation, et il souligne à nouveau que l'action concrète doit se dérouler dans les pays. A cette fin, il demande l'aide des membres du Conseil aussi bien dans leurs propres pays que sous la forme d'idées nouvelles.

Le Dr VAN WEST-CHARLES, tout en reconnaissant l'importance du programme, met en doute la méthode consistant à investir les ressources au niveau régional. Ne devraient-elles pas plutôt être investies dans les activités de pays, afin de faciliter l'accès à l'information des travailleurs de la santé des pays ? Il se demande si, par exemple, la bibliothèque d'un Bureau régional sert vraiment à ceux qui travaillent dans les pays.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) reprend ce qu'il a dit au cours de la discussion du programme 6 (Information du Public et Education pour la Santé), lors de la huitième séance. Il avait alors expliqué le rôle joué par les journalistes médicaux (responsables de l'information et de la documentation sanitaires) employés sur une base contractuelle et travaillant avec le représentant de l'OMS et d'autres personnels pour que la documentation de l'OMS sur la santé atteigne les intéressés, y compris la presse locale. En fait, de nombreux journaux locaux en Afrique publient des articles sur l'action de l'OMS. Ces mêmes responsables, depuis leur engagement, ont été en mesure de classer la documentation dans les bureaux régionaux et d'y mettre de l'ordre.

La diffusion de l'information exige un point focal. Le Siège dispose de ses excellents services de bibliothèque et il est inconcevable que les membres du personnel d'un bureau régional, dont on attend qu'ils collaborent avec les Etats Membres en tant qu'experts, n'aient pas accès, par le biais d'un système informatique, aux connaissances et aux informations récentes que procure un réseau mondial de bibliothèques. Une bibliothèque classique uniquement faite de livres sur des rayonnages ne fera pas l'affaire. Un système informatisé, grâce auquel en effleurant une touche on peut obtenir des informations provenant de n'importe quel pays du monde, est indispensable à la coopération de l'OMS avec les pays. La bibliothèque du Bureau régional pour l'Afrique fait partie d'un réseau régional africain formé des bibliothèques d'écoles de médecine et d'institutions sanitaires des Etats Membres. Les directeurs des bibliothèques composant ce réseau se réunissent régulièrement pour discuter de ses activités. Ils jouent un rôle moteur dans le renforcement des systèmes d'information de leurs institutions nationales et de celui du Bureau régional.

Le Dr Monekosso poursuit en reprenant ce qu'il a répondu aux observations de certains membres lors de la sixième séance, et il souligne à nouveau que les US \$943 000 provenant du Fonds immobilier et votés par les organes directeurs en 1984 pour réparer et transformer le Bureau régional, dont une partie sera maintenant utilisée pour l'agrandissement de la bibliothèque et non pas la création de nouveaux bureaux, ne peuvent pas être employés pour atténuer les restrictions budgétaires actuelles; en fait, ils ne peuvent servir à aucune autre fin que celle pour laquelle ils ont été votés.

Il existe un projet d'introduction de l'informatique dans les bureaux de pays, ce qui aura des incidences budgétaires, mais il est impossible d'imaginer les années à venir sans de tels moyens de traitement des données, de recherche et de prise de décision.

Le Dr GUERRA DE MACEDO (Directeur régional pour les Amériques) déclare qu'il est complètement d'accord avec le Dr Van West-Charles et qu'il pense que l'information scientifique et technique devrait être aisément accessible aux personnels de santé des pays. Il rappelle au Conseil que le programme d'appui au plan de l'information sanitaire recouvre aussi les publications techniques et la production des actes officiels de l'Organisation, ainsi que les documents destinés à l'information du public. Malheureusement, les institutions, y compris les ministères de la santé, ne perçoivent pas bien l'importance de la diffusion de l'information scientifique et technique par le biais de publications, de documentation et autres moyens. Il déplore le fait que pas un seul Etat Membre de la Région des Amériques n'ait fait une demande de coopération au titre de ce programme. Devant une si triste réalité, il faut maintenir les ressources au niveau régional pour répondre aux besoins des pays. Dans la Région des Amériques, deux programmes sont responsables de l'ensemble de l'information scientifique et technique :

la bibliothèque régionale des sciences de la santé à Saõ Paulo, qui coordonne un réseau de plus de 400 institutions nationales; et un système formé des centres de documentation se trouvant dans chaque bureau de pays qui appuie les besoins quotidiens du programme de coopération. Bien qu'ils soient implantés dans les pays pour stimuler l'intérêt des autorités nationales, les centres sont considérés comme faisant partie du programme régional car, vu le manque d'intérêt actuel, on peut douter que certains Etats Membres soient désireux de les inclure dans leurs programmes nationaux.

Dans la Région des Amériques, il existe un programme interpays, qui complète le programme d'appui au plan de l'information sanitaire, pour la production de manuels et de matériels de formation à l'intention des personnels de santé de niveau intermédiaire. Le programme est autofinancé par une subvention provenant des ressources régionales et répond aux besoins des pays.

Services d'appui (programme 15; document PB/88-89, pages 277-284)

Personnel (programme 15.1)

Administration et services généraux (programme 15.2)

Budget et finances (programme 15.3)

Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres (programme 15.4)

Il n'y a pas d'observation.

Ajustement du budget programme : activités évoquées au cours des discussions

Le Dr LARIVIERE (suppléant du Dr Law) déclare qu'il souhaite poser une question de caractère général concernant la réduction de US \$50 millions du plan d'urgence. Si les réductions provisoires dans l'exécution du budget pour 1986-1987 ont clairement été appliquées de façon proportionnelle à tous les niveaux, les réductions prévues pour 1988-1989 au niveau régional et mondial s'échelonnent entre un minimum de 7,13 % et un maximum de 8,71 %. Par rapport à 1986-1987, trois Régions subiront des diminutions de crédits en 1988-1989, la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale étant comparativement les plus touchées. Ces deux régions subiront aussi les plus fortes réductions conjoncturelles en pourcentage. Le Dr Larivière demande une explication sur ce point et pourquoi on s'est écarté de la méthode des réductions proportionnelles appliquée en 1986-1987.

M. FURTH (Sous-Directeur général) renvoie les membres du Conseil à son introduction à la deuxième séance consacrée au plan de réductions conjoncturelles dans l'exécution du budget programme. Avant que les augmentations de coût dues à l'inflation et les ajustements des taux de change aient été ajoutés aux allocations, le pourcentage de réduction était identique à tous les niveaux, soit de 9,2 %. La répartition de la réduction prévue de US \$50 millions entre les activités mondiales et interrégionales et les différentes régions a été faite proportionnellement début 1986, sur la base des allocations pour 1986-1987, avant que le projet de budget pour 1988-1989 ait été établi. La répartition de la réduction de US \$50 millions a donc été faite en termes réels, avant que l'on ait ajouté aux allocations les augmentations de coût et les ajustements des taux de change pour 1988-1989. Ainsi, alors que la réduction était au départ identique en pourcentage au niveau mondial et interrégional et dans les régions (9,2 %), les allocations réelles pour 1988-1989 diffèrent quelque peu, puisque les augmentations de coût dues à l'inflation, tout comme les ajustements des taux de change, ont eu des répercussions différentes sur les différentes régions et au Siège; en conséquence, les réductions diffèrent aussi, mais en pourcentage seulement. Par exemple, la composante mondiale et interrégionale du budget a augmenté considérablement à la suite de la baisse du dollar des Etats-Unis d'Amérique et la réduction de US \$15 730 000 représente donc un pourcentage (7,13 %) de l'allocation pour 1988-1989 inférieur à celui de l'exercice précédent. Les ajustements des taux de change ont eu des répercussions semblables au niveau régional et interpays, ce qui explique pourquoi, en fin de compte, les pourcentages de chaque région sont différents. En termes réels, les réductions sont identiques à tous les niveaux et réparties proportionnellement entre les allocations de 1986-1987.



Le Dr BART (conseiller du Dr Young) demande si, maintenant que le budget programme pour 1988-1989 est établi, on pourrait faire les calculs sur la base de ces allocations et non pas de celles de 1986-1987.

M. FURTH (Sous-Directeur général) ne voit pas ce qui ferait obstacle à une révision des calculs puisqu'il n'y a pas d'augmentation réelle des allocations de base pour 1988-1989 par rapport à celles de 1986-1987 au niveau mondial et interrégional, ni dans aucune des régions. Les augmentations des allocations de 1986-1987 sont entièrement attribuables à l'inflation et aux ajustements des taux de change. Il estime qu'il est plus juste de conserver la répartition proportionnelle initiale des réductions conjoncturelles.

Le Dr BART (conseiller du Dr Young) propose de refaire les calculs sur la base de l'allocation pour 1988-1989, après avoir pris en considération les taux de change actuels, et en procédant à la même réduction proportionnelle à tous les niveaux.

Sir John REID dit que si la question est aussi importante, il est essentiel d'en saisir toutes les implications avant de prendre une décision. Il ne les a pas, quant à lui, toutes appréhendées pour le moment. Il serait peut-être préférable d'attendre pour prendre une décision.

Il en est ainsi décidé.

Le Dr BART (conseiller du Dr Young), se reportant à l'annexe du projet de budget programme sur les activités régionales (document PB/88-89, annexe 1) dit que si l'on analyse le budget programme pour la Région africaine, on constate qu'il y a un décalage entre les priorités définies dans l'exposé du programme et les crédits prévus pour les programmes et les pays de la Région. Le résumé des activités de pays (document PB/88-89, pages 290 et 291) fait état d'une diminution des crédits pour 22 pays, diminution qui touche également certains programmes (pages 303 à 314). Toutefois, une forte augmentation est prévue en ce qui concerne le "développement d'ensemble des programmes" et le budget alloué pour le "processus gestionnaire pour le développement sanitaire national" est également en hausse. Tout en reconnaissant qu'il est important de procéder à une restructuration dans la Région africaine si l'on veut mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous par l'intermédiaire des soins de santé primaires, le Dr Bart a le sentiment que ces mesures sont prises au détriment de programmes de pays prioritaires, qui devraient en réalité être accélérés si l'on veut que les besoins de l'Afrique si clairement mis en lumière au cours de la présente session soient couverts. Il se demande comment l'on pourrait remédier à cette incompatibilité apparente entre les priorités des programmes et les crédits. Les solutions possibles pourraient être d'accroître le budget alloué à la Région africaine en réduisant proportionnellement les crédits des autres régions, de prélever des fonds sur les programmes d'activités mondiales et interrégionales, ou de différer le processus de restructuration afin de donner une plus grande priorité aux programmes de pays. Il souhaiterait que l'on examine toutes les solutions appropriées.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) note que le budget de l'OMS pour la Région africaine est très insuffisant pour faire face aux besoins. Les ressources fournies aux pays sont maigres par rapport à ce qu'ils obtiennent à d'autres sources. Cependant, sur le budget régional total de US \$114 millions proposé pour 1988-1989, près de US \$65 millions sont alloués aux activités de pays, ce qui veut dire que le poids relatif des différentes composantes a été respecté. Il faut noter que les dépenses encourues dans les bureaux sous-régionaux ont été comptabilisées dans le budget du Bureau régional, ce qui se traduit par un gonflement apparent des dépenses régionales. Si ces sommes avaient été comptabilisées séparément ou à l'échelon des pays, les coupures au niveau régional seraient immédiatement perceptibles. En ce qui concerne les fonds alloués à des programmes spécifiques, les pays ont été jusqu'ici libres de décider de l'utilisation des ressources de l'OMS. On ne peut se faire une idée claire de la situation d'ensemble qu'en examinant la totalité des apports externes pour un pays et la manière dont ils sont répartis entre les différentes activités prioritaires. En outre, la faiblesse de l'infrastructure dans beaucoup de pays signifie qu'un petit nombre de programmes seulement peuvent être mis en oeuvre à la fois. Il est clair en conséquence qu'un document qui essaierait de faire une synthèse de toutes ces données budgétaires paraîtrait incohérent car les Etats Membres prennent leurs décisions concernant l'utilisation des ressources de manière individuelle.

La restructuration du Bureau régional coûte évidemment de l'argent mais, en fait, plusieurs postes à l'échelon régional ont été supprimés ou gelés. L'augmentation des coûts est principalement imputable à l'augmentation du coût de chaque poste due à l'inflation. Un effort a été fait pour ne pas diminuer les allocations des pays, et pour absorber les coupures nécessaires à l'échelon du Bureau régional. Dans l'ensemble, le pourcentage de réduction a été moindre dans les pays qu'au niveau du Bureau régional.

Un point fondamental qu'il faut regarder en face est le fait qu'aux yeux des pays, l'OMS apparaît comme une pyramide inversée, où la grande majorité du personnel se situe aux échelons administratifs les plus élevés. L'un des objectifs de la restructuration du Bureau régional est d'avoir plus de gens et plus d'activités à l'échelon des pays. Cela permettrait d'injecter des ressources additionnelles à ce niveau dès qu'elles deviendraient disponibles. Dans beaucoup de pays de la Région africaine, il n'y a pas assez de gens dans l'infrastructure nationale pour effectuer le travail nécessaire à la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. Aussi a-t-il été nécessaire de renforcer l'infrastructure à l'échelon des pays et des bureaux sous-régionaux, en affectant davantage de personnel à ces niveaux. On arrivera peut-être finalement à porter le nombre des fonctionnaires de l'OMS à l'échelon des pays de un ou deux actuellement à environ vingt ou trente. Ces postes ne pourront évidemment être financés sur le budget régional, et les apports de fonds extrabudgétaires seront très importants. Les représentants de l'OMS nouvellement recrutés (et dont le coût est imputé au budget régional) travaillent exclusivement dans les pays.

Donc, pour résumer, le premier point à noter est que la répartition proportionnelle des fonds entre l'échelon régional et l'échelon des pays a été respectée et que, dans toute la mesure possible, les coupures ont été absorbées par le Bureau régional. Deuxièmement, il aurait été plus réaliste de comptabiliser les dépenses à l'échelon sous-régional (équipes de terrain) dans les programmes de pays, car cela aurait mieux reflété la situation effective. Troisièmement, les allocations par programmes correspondent aux décisions prises par les pays eux-mêmes concernant la manière d'utiliser les ressources de l'OMS et peuvent donc paraître incohérentes si on les considère globalement. Des ressources additionnelles seraient évidemment les bienvenues et la Région africaine pourrait aisément absorber le double de l'allocation budgétaire actuelle.

Le Dr VAN WEST-CHARLES dit qu'en tant que nouveau membre du Conseil, il essaie encore de cerner quel doit être son rôle précis. Il semble ne pas y avoir de mécanisme qui permette au Conseil de s'attaquer aux grands problèmes de santé. Le rôle de l'OMS devrait être d'aider les gouvernements à identifier des domaines prioritaires; pour ce faire, il faudrait que les chefs de programmes travaillant à Genève aient accès à une information directe sur ce qui se passe au niveau des programmes dans le monde. Le Directeur général pourrait alors prendre des mesures appropriées sur la base de cette information. La capacité du Conseil à assurer que des programmes appropriés soient mis en oeuvre n'est pas très claire.

Le DIRECTEUR GENERAL souligne que les priorités globales de l'Organisation ont évolué au fil des années par le truchement du processus de prise de décision démocratique du Conseil et de l'Assemblée de la Santé. Ces décisions se reflètent directement dans les programmes de travail généraux et dans les programmes à moyen terme. Il y a eu des déplacements considérables du centre d'intérêt des programmes de l'Organisation pour répondre aux souhaits des Etats Membres. L'orientation actuelle dans beaucoup de régions consiste à définir les principes des programmes en utilisant des méthodologies appropriées et d'aider ensuite les pays à les adapter à leur situation particulière à un moment donné. L'établissement du budget programme doit donc être considéré comme un élément d'un processus continu de définition de priorités, dans lequel aussi bien le Conseil que l'Assemblée de la Santé donnent des indications sur ce qui leur semble être des problèmes importants.

L'une des difficultés fondamentales auxquelles le Conseil est confronté est de parvenir à examiner le budget en fonction des objectifs et des résultats des programmes. Il ne lui est pas possible d'étudier en détail comment chaque dollar sera dépensé. Au fil des années, plusieurs millions de dollars ont été transférés de l'échelon mondial à l'échelon des pays, de sorte que beaucoup de programmes du Siège ont subi des coupures considérables. La décision d'opérer ces transferts de ressources entre les programmes a dû être prise par le Directeur général pour répondre à l'évolution des besoins et maintenir le dynamisme de l'Organisation en dépit des réductions du budget global. Le Conseil et l'Assemblée de la Santé donnent continuellement leur avis sur les secteurs qu'ils estiment prioritaires, et il en est tenu compte dans le processus d'ajustement. Il est cependant inévitable que les préférences personnelles

du Directeur général jouent également un rôle. Par exemple, le plan d'urgence établi pour faire face à la crise financière reflète ses propres conceptions en matière de gestion. Le Conseil a toutefois la possibilité de recommander que des ressources soient transférées d'un programme à un autre au cours de l'exercice budgétaire suivant, en fonction de ce qu'il estime être prioritaire.

Aux termes de la Constitution de l'OMS, le Directeur général est chargé d'allouer les ressources aux Régions. Au cours des années précédentes, la Région africaine a été favorisée et dispose maintenant en conséquence de 50 % de ressources de plus que les autres Régions. Ce traitement préférentiel avait été discuté puis approuvé par le Conseil à l'époque. Il appartient aux Directeurs régionaux de faire en sorte que leur allocation budgétaire soit dépensée d'une manière qui corresponde à la volonté collective des Etats Membres telle qu'elle est exprimée par le Conseil et par l'Assemblée de la Santé. Toutefois, les programmes doivent être définis en partant du niveau du pays, et le problème fondamental est donc de savoir si les pays eux-mêmes ont suivi les directives de l'OMS dans la formulation de leurs programmes. Les Comités régionaux sont chargés de superviser le processus démocratique de formulation du budget programme. Dans le cas particulier de la Région africaine, le Comité régional a approuvé à l'unanimité l'utilisation des ressources pour la restructuration. S'il le souhaite, le Conseil peut exprimer à l'Assemblée de la Santé ses préoccupations concernant la manière dont les ressources ont été utilisées en Afrique. Toutefois, il convient de noter que la mise au point d'un budget programme est un processus complexe qui ne peut s'analyser en quelques minutes. Il peut arriver par exemple que des programmes se heurtent à des limitations d'ordre technique qui ne seront pas nécessairement surmontées avec davantage d'argent. Dans des situations aussi délicates, l'OMS se trouve souvent seule parmi les organisations et organismes internationaux à être prête à s'attaquer à des problèmes de santé spécifiques. Le transfert de fonds d'un programme à un autre est donc en réalité un problème compliqué qui doit être examiné très en détail. Il y avait déjà eu dans le passé une tentative pour donner au Comité du Programme un mandat beaucoup plus détaillé en ce qui concerne la portée et les bases financières du prochain budget programme, mais ce projet ne s'est pas matérialisé. D'autres mécanismes pour obtenir les informations nécessaires devraient peut-être être explorés. En outre, pour que le Comité du Programme puisse s'acquitter de cette tâche, il faudrait éventuellement que certains de ses membres soient présents aux réunions des comités régionaux afin de comprendre comment les décisions sont prises et les priorités définies. En même temps, la répartition globale des ressources pourrait être réexaminée.

Enfin, le Conseil voudra peut-être examiner la possibilité de reprendre au Directeur général la responsabilité des vérifications financières en termes de politique et de programmes. De cette manière, il pourrait se rendre compte par lui-même de ce qui est fait à l'échelon des pays et voir si les décisions collectives des Etats Membres sont respectées, ce qui permettrait de faire disparaître beaucoup des frustrations éprouvées par ses membres. Même si les mécanismes actuels sont très satisfaisants et ménagent des possibilités de dialogue considérables entre les différents niveaux, le Directeur général serait favorable à toute mesure qui permettrait d'accroître l'ouverture et la transparence et donc la démocratie du processus de prise des décisions.

Le Dr BART (conseiller du Dr Young) remercie le Directeur général d'avoir mis le problème en perspective dans toute sa complexité, mais demande à nouveau si la restructuration dans la Région africaine ne pourrait pas être financée sans opérer des coupures dans les programmes à l'échelon des pays. La situation sanitaire en Afrique requiert des mesures immédiates, et en 1990-1991 il sera peut-être trop tard. Il semble qu'il soit dans les pouvoirs du Conseil de procéder à une réallocation des ressources au sein du budget actuel, et il souhaiterait que l'on étudie la possibilité de financer cette restructuration sur d'autres fonds, en maintenant les programmes de pays à leur niveau actuel.

Le DIRECTEUR GENERAL répond qu'il s'agit là d'une question très complexe. Pour accorder des ressources supplémentaires à la Région africaine, il faudrait effectuer des économies correspondantes soit au niveau mondial, soit dans les autres Régions. Au niveau mondial, d'importantes coupures ont déjà été opérées dans les ressources au cours des dix dernières années; en outre, un programme de lutte contre le SIDA vient d'être mis en route. On voit difficilement où l'on pourrait économiser des ressources pour les transférer à la Région africaine. Il n'est pas non plus évident que des réductions puissent être absorbées par les autres Régions. Si le Conseil souhaite redistribuer les ressources, il peut en décider ainsi, mais le Dr Mahler, en sa qualité de Directeur général, est obligé de défendre une gestion responsable.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique), revenant sur la question de la restructuration du Bureau régional qui a des incidences sur le calcul des coûts au titre du programme 2.3 (Développement d'ensemble des programmes), estime malencontreux d'avoir placé l'établissement des nouveaux bureaux sous-régionaux du développement sanitaire dans ce programme (paragraphe 33); l'avoir fait signifie que des membres du personnel qui sont ou qui resteront sur le terrain seront désormais comptabilisés comme faisant partie d'une bureaucratie. Cette question aurait dû être incluse sous quelque autre rubrique, par exemple, le "Renforcement de l'infrastructure des systèmes de santé au niveau des pays". Cela ne compenserait cependant pas la pénurie chronique de crédits dont souffre la Région.

Les chefs de file de la santé dans la Région en sont venus à considérer les crédits attribués par l'OMS à des programmes déterminés, tel le programme élargi de vaccination, comme des "crédits d'amorçage", de sorte que les petites réductions proposées dans de tels secteurs ne feront pas une grande différence. L'Année africaine de la vaccination a pu être instituée grâce essentiellement à une contribution volontaire de US \$10 millions donnée par le Gouvernement italien par l'intermédiaire du FISE, et à laquelle se sont ajoutées d'autres contributions volontaires. La somme de US \$1 488 300 inscrite au budget ordinaire de 1986-1987 pour les activités régionales et interpays au titre du programme 13.4 (Maladies parasitaires) paraît avoir été réduite à US \$342 800 pour 1988-1989, mais l'essentiel des travaux dans ce domaine en Afrique sont menés par le Programme de lutte contre l'onchocercose qui, à lui seul, absorbe près de US \$50 millions en crédits extrabudgétaires. De telles questions auraient peut-être dû être expliquées, par des notes de bas de page par exemple, dans le document de budget programme.

Enfin, le Dr Monekosso rappelle qu'à sa soixante-dix-septième session, le Conseil exécutif avait adopté une résolution sur la santé et le développement en Afrique (résolution EB77.R17); il espère que la communauté internationale rassemblera les fonds nécessaires pour mener à bien les activités supplémentaires envisagées au niveau des districts.

Le PRESIDENT invite le Conseil à étudier la manière dont les allocations régionales devraient être redistribuées. Il reste à aborder le réajustement des priorités dans la Région africaine et l'utilisation du programme du Directeur général et du Directeur régional pour le développement. Les suggestions du Dr Bart doivent être prises en considération, bien qu'il ne soit évidemment pas possible de transférer des fonds d'un budget régional à un autre ou de suspendre la restructuration du Bureau régional pour l'Afrique.

Sir John REID déclare que s'il est devenu de tradition qu'à ce stade de son examen du budget programme le Conseil indique les programmes qui devraient bénéficier d'un financement supplémentaire provenant du programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement, il ne l'a encore jamais fait dans un contexte interrégional, mais qu'il n'y a aucune raison valable pour que la suggestion du Dr Bart à cet égard ne soit pas prise en considération. Il a toutefois vivement conscience du fait que, s'il a été possible d'envisager de telles augmentations dans le passé même avec des budgets "stables", le Conseil se trouve actuellement confronté à une situation beaucoup plus grave, dont il va lui falloir s'occuper au cours de l'examen financier qui fait l'objet du prochain point de l'ordre du jour. Il n'est peut-être pas opportun d'innover, par conséquent.

Si Sir John devait critiquer la relation existant entre les différents organes de l'OMS, il dirait que le seul décalage est celui qui existe entre le Conseil et les Comités régionaux, et qu'il faut s'en occuper sérieusement. Sir John compatit avec le Dr Van West-Charles; le Conseil se réunit pour une durée totale d'environ trois semaines par an et sa session représente pour la plupart de ses membres une tâche en sus de celles dont ils doivent s'acquitter dans leur administration nationale. Trois semaines par an pendant un mandat de trois ans ne donnent guère le temps de comprendre les méthodes du Conseil. Le Conseil serait certainement en mesure de mieux s'acquitter de sa tâche en ce qui concerne le budget programme s'il agissait en tant que commission d'enquête et analysait les programmes aux niveaux mondial, régional et des pays, mais pour ce faire, il faudrait qu'il soit doté d'une autre structure et qu'il ait davantage de temps et d'argent. Sir John n'y est pas opposé, des problèmes épineux ont été soulevés qui méritent d'être étudiés; le Conseil pourrait vouloir s'en saisir à ce stade, d'autant que le Directeur général semble approuver une telle approche. Des progrès ont déjà été accomplis, puisqu'il y a seulement quelques années le budget programme imprimé était resté intact sans qu'un seul dollar ait été réaffecté, même après une semaine de débats. On pourrait sans doute faire beaucoup plus, mais il est d'abord nécessaire d'éliminer l'obstacle qui attend le Conseil lors de l'examen du prochain point de l'ordre du jour, examen qu'il serait bon d'entreprendre le lendemain matin.

Le Professeur GIRARD partage l'opinion de Sir John Reid. Il se trouve à peu près dans la même situation que le Dr Van West-Charles; il a plus d'interrogations que de certitudes et les questions qu'il se pose ont également trait à la méthode de travail du Conseil, celle-ci devrait être examinée au cours d'une réunion des membres du Conseil avec certains membres du Secrétariat, peut-être les membres du Comité pour le Programme mondial.

EXAMEN FINANCIER : Point 7.3 de l'ordre du jour (document EB79/13)

Barème des contributions pour l'exercice 1988-1989 (document PB/88-89, pages 22 à 28 et 530)

M. FURTH (Sous-Directeur général) explique que le barème des contributions proposé pour l'exercice 1988-1989 aux pages 22 à 28 du document PB/88-89 a été établi sur la base du barème de l'Organisation des Nations Unies pour les années 1986 à 1988 tel qu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la résolution 40/248 adoptée en décembre 1985. Le barème OMS proposé pour 1988-1989 est en fait exactement le même que celui qui a été adopté pour l'année 1987, deuxième année de l'exercice 1986-1987, par la résolution WHA39.9 de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986. Le barème proposé devra le cas échéant être modifié pour tenir compte de toute augmentation dans le nombre des membres de l'Organisation d'ici la fin de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé. Le barème proposé, le montant des contributions et le budget total sont subordonnés à un ajustement et à une décision de cette Assemblée.

Le PRESIDENT note qu'il n'y a pas d'observation.

Rapport sur les recettes occasionnelles (document EB79/13)

M. FURTH (Sous-Directeur général) dit en présentant le rapport que celui-ci est inhabituel dans sa longueur comme dans son contenu, si on le compare aux rapports des années précédentes sur ce sujet. Il est divisé en quatre parties, qui portent chacune sur un problème ou un sujet précis. La première partie - paragraphes 1 à 4 - concerne l'utilisation des recettes occasionnelles pour aider à financer le budget ordinaire. Bien que, dans le passé, le Directeur général ait presque toujours été en mesure de recommander l'utilisation à cette fin de certains montants de recettes occasionnelles disponibles, comme il l'a déjà précisé dans son Introduction au budget programme, il ne se sent pas en mesure de le faire pour l'instant en ce qui concerne le projet de budget programme pour 1988-1989. Par conséquent, même si, comme il ressort du document, on estime qu'un montant de US \$47 millions de recettes occasionnelles était disponible au 31 décembre 1986, le Directeur général ne recommande pas l'affectation de recettes occasionnelles au financement du projet de budget programme. La raison en est la crise financière exceptionnellement grave dans laquelle se trouve l'Organisation, crise dont elle n'est pas responsable. Les membres du Conseil n'ignorent pas la nature et l'ampleur de cette crise, ni les diverses mesures que le Directeur général a prises ou se propose de prendre pour en réduire ou en atténuer les effets sur le programme de l'Organisation.

C'est ainsi qu'il a proposé, comme il est dit dans le paragraphe 3 du document EB79/13, de conserver dans le compte pour les recettes occasionnelles la totalité des recettes occasionnelles disponibles afin de combler la part d'un éventuel déficit dans le recouvrement des contributions que l'on enregistrerait au cours des exercices 1986-1987 et 1988-1989 et qui n'est pas déjà compensée par les réductions faites ou prévues dans l'exécution du programme. Cette proposition revient simplement à emprunter des recettes occasionnelles dans l'attente du recouvrement des contributions, ce que le Directeur général est autorisé à faire en vertu du Règlement financier. Les recettes occasionnelles ne seront pas, et ne peuvent pas, être utilisées pour accroître le niveau du budget programme que l'Assemblée de la Santé approuvera pour 1988-1989 ni pour décharger quelque Etat Membre que ce soit de son obligation constitutionnelle d'assumer sa part des dépenses de l'Organisation.

Enfin, comme il est dit dans le paragraphe 4 du document, si, au moment de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé en mai prochain, ou de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1988, les difficultés financières de l'Organisation paraissent moins aiguës, le Directeur général proposera d'affecter des recettes occasionnelles jusqu'à concurrence de US \$47 millions pour aider à financer le budget programme de 1988-1989 et réduire ainsi les contributions demandées aux Etats Membres, soit en 1988 et 1989, soit au moins en 1989.

Dans la deuxième partie du document, les paragraphes 5 à 8 ont trait à l'utilisation autorisée de recettes occasionnelles pour réduire les effets défavorables des fluctuations monétaires sur le budget programme de 1986-1987. Comme l'a décidé la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1986, lorsqu'elle a approuvé la proposition du Directeur général tendant à élargir les dispositions concernant l'utilisation des recettes occasionnelles de manière à couvrir également les principales monnaies utilisées par les bureaux régionaux en plus du franc suisse, un plafond de US \$31 millions de recettes occasionnelles pourrait être utilisé en 1986-1987 à cette fin. Toutefois, comme il est dit dans le paragraphe 7, si les taux de change comptables entre les six monnaies concernées par la disposition relative aux recettes occasionnelles et le dollar des Etats-Unis restaient en 1987 à "leur niveau actuel" (comme il est dit dans le document), c'est-à-dire celui d'octobre 1986, date à laquelle le document a été rédigé, les différences entre les taux de change budgétaires correspondants pour toute la période biennale 1986-1987 et les taux comptables moyens pour la même période entraîneraient pour l'Organisation des coûts additionnels au titre du budget programme ordinaire d'environ US \$43 200 000, soit US \$12 200 000 de plus que le montant maximum de US \$31 millions autorisé par l'Assemblée de la Santé. Etant donné les mesures déjà prises pour faire face à la crise financière actuelle, c'est-à-dire des réductions dans l'exécution du programme de 1986-1987 de l'ordre de US \$35 millions, on comprendra que l'Organisation ne puisse absolument pas absorber des efforts budgétaires supplémentaires d'une telle ampleur. Bien que le Directeur général, grâce à des mesures spéciales, ait pu réaliser de nouvelles économies de fonctionnement de plus de US \$2 millions au cours du présent exercice biennal, il reste un montant non couvert d'environ US \$10 millions au titre de la charge budgétaire additionnelle mentionnée plus haut. Par conséquent, et afin d'éviter de recourir à un budget supplémentaire pour 1986-1987, le Directeur général recommande de porter exceptionnellement à un plafond révisé de US \$41 millions le montant de recettes occasionnelles qui peut être utilisé pour réduire les effets défavorables des fluctuations monétaires sur le budget programme 1986-1987. Le paragraphe 8 du document contient un projet de résolution sur ce sujet qui est soumis pour examen au Conseil.

La troisième partie du document, qui fait l'objet des paragraphes 9 à 17 et des annexes 2 à 6, représente la suite donnée à la suggestion faite à la Commission B de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1986 pour que le Secrétariat fasse une étude sur les autres moyens possibles de faire face aux effets des fluctuations monétaires et d'en communiquer les résultats au Conseil. Comme il avait alors été décidé, la plupart des éléments présentés sont un rappel de ce qu'a examiné le Conseil lors de sessions antérieures et un exposé de tous les faits nouveaux importants qui ont pu survenir dans ce domaine depuis les études faites auparavant vers la fin des années 70. Il s'agit donc d'une question qui a été examinée de façon approfondie par le Conseil et l'Assemblée de la Santé en plus d'une occasion; M. Furth voudrait seulement appeler l'attention du Conseil sur le paragraphe 17 et sur l'annexe 6, qui résument l'expérience acquise par l'Organisation ces quinze dernières années face aux effets des fluctuations monétaires. Le coût total net pour les Etats Membres des fluctuations monétaires qui se sont produites après l'adoption des budgets au cours de la période de quinze ans allant de 1971 à 1985 n'a été que de US \$4 578 910, chiffre remarquablement bas. Les membres du Conseil doivent se rendre compte que, si ce n'eût été les dispositions relatives à l'utilisation des recettes occasionnelles - en vertu desquelles les économies réalisées du fait des taux de change sont automatiquement retournées aux Etats Membres -, le chiffre aurait en fait été tout autre. Le Conseil voudra peut-être prendre note de la conclusion selon laquelle, sur la base de l'expérience acquise par l'Organisation, et pour les raisons exposées dans le document qui lui est soumis, il paraît improbable que l'on puisse trouver une meilleure approche que l'utilisation des recettes occasionnelles pour réduire ou atténuer les effets défavorables des fluctuations monétaires sur le budget programme de l'OMS.

La quatrième et dernière partie du document, paragraphes 18 à 20, contient une proposition visant à utiliser les recettes occasionnelles pour réduire les effets défavorables des fluctuations monétaires sur le budget programme de 1988-1989 de la même façon et dans les mêmes conditions que celles qui étaient stipulées dans la résolution WHA39.4 adoptée par la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Etant donné la situation monétaire internationale, il se peut très bien que l'on ait à faire face à des taux moyens de change comptables encore plus bas entre le dollar des Etats-Unis et le franc suisse ainsi que les principales monnaies utilisées par les bureaux régionaux au cours de la période biennale à venir. Aussi le Directeur général espère-t-il que le Conseil décidera d'adopter le projet de résolution contenu dans le paragraphe 21.

Le PRESIDENT pense que, pour ce point extrêmement important de l'ordre du jour, le Conseil devrait examiner une par une les parties du rapport présentées par le Sous-Directeur général.

Utilisation des recettes occasionnelles pour aider à financer le budget ordinaire  
(document EB79/13, paragraphes 1 à 4)

M. BOYER (conseiller du Dr Young) rappelle que la proposition du Directeur général tendant à ne pas utiliser les US \$47 millions de recettes occasionnelles disponibles pour financer le budget programme de 1988-1989 a été débattue pendant environ deux journées de la session et que, quant à lui, sa position n'a pas changé : point n'est besoin de relever de 31 % les contributions des Membres de l'OMS et il faut absolument utiliser les recettes occasionnelles pour financer le budget programme afin d'éviter d'accroître les contributions.

Le Professeur STEINBACH pense que la discussion sur le budget programme "fantôme" a elle aussi été irréaliste, car on a contourné les faits concrets, ce qui n'était pas satisfaisant. On a parlé d'ajuster les priorités mais il faudrait plutôt examiner les "postériorités" - le Directeur général doit être invité à faire en 1987 d'autres économies, en plus des US \$35 millions envisagés. En même temps, il semble logique de poser en principe que ceux qui s'acquittent de leurs obligations ne doivent pas payer pour ceux qui ne le font pas. Comme par le passé, les recettes occasionnelles doivent être utilisées pour réduire les contributions des Etats Membres.

Il faut inclure d'autres activités dans le plan d'urgence proposé, en plus de celles qui sont évaluées à US \$50 millions. Quant au montant proposé pour le budget - environ US \$636 millions - le Professeur Steinbach aimerait savoir si les calculs habituels de "croissance zéro" et d'"augmentation nominale" peuvent s'appliquer en une période de déficit prévu : un ministre des finances avancerait - et un ministre de la santé corroborerait - qu'un montant de US \$543 millions a été approuvé pour le budget de 1986-1987 mais, avec un déficit prévu de US \$35 millions, ce total tombe à US \$508 millions, ce qui, avec l'augmentation nominale envisagée de 70 %, signifiera un budget d'environ US \$596 millions pour 1988-1989, soit US \$41 millions de moins que celui qui est proposé - avec un déficit de US \$82 millions, on peut arriver à un budget de US \$541 millions pour 1988-1989. Cela ne signifie-t-il pas qu'il y a augmentation réelle pour la prochaine période budgétaire si l'on prend en compte le déficit pour la période actuelle ?

Le Dr JAKAB (suppléant du Professeur Forgács) dit qu'après avoir étudié les documents et pris en considération les débats du Conseil, elle souhaite faire consigner que la Hongrie appuie l'OMS et son Directeur général; il est particulièrement regrettable que leur réputation soit aujourd'hui en péril, en partie à cause de la crise financière, des fluctuations monétaires et du fait que certains Membres ne s'acquittent pas de leurs obligations constitutionnelles. Il faut faire front face aux menaces qui pèsent sur la stabilité de l'OMS et poursuivre ses objectifs moyennant une planification encore plus rigoureuse, en se concentrant sur les priorités essentielles et en mobilisant des ressources. Il lui semble qu'il est aussi dans l'intérêt de tous d'éviter un relèvement des contributions des Membres et de stabiliser le budget programme - il faut là rendre hommage aux efforts sérieux déployés par le Secrétariat - conformément à la pratique en vigueur. Mais, dans la situation actuelle, le Dr Jakab appuie la proposition du Directeur général tendant à utiliser les recettes occasionnelles disponibles au 1<sup>er</sup> janvier 1987 pour compenser les effets défavorables des fluctuations des taux de change.

Le Dr HAPSARA relève que la discussion sur la situation financière et les détails du programme a permis au Conseil d'affiner la définition des priorités programmatiques. Il tient à féliciter le Directeur général de son esprit d'initiative, de la franchise et de l'ouverture de son engagement ainsi que des progrès rapides qui ont été accomplis. L'OMS ne saurait être entravée par des difficultés financières qui ne seront peut-être que temporaires. Le Conseil doit continuer à se préoccuper des besoins réels en période de crise.

Le Dr Hapsara souhaite instamment que l'unanimité se fasse sur les propositions, y compris le plan d'urgence, le réajustement du programme élargi de vaccination et le projet d'utilisation des contributions volontaires disponibles.

Le Dr BELLA est en faveur de la proposition du Directeur général.

Le Dr CAMANOR évoque les succès de l'OMS et regrette que l'extension des effets de la crise financière compromette maintenant la continuité des progrès. Il félicite le Directeur général de son inébranlable engagement à l'égard des buts que l'Organisation s'est assignés. Le Conseil est réellement fier des réalisations de l'OMS et très soucieux devant la crise. Il

faudrait qu'ayant l'assurance, de la part des principaux contributeurs, du versement des contributions pour 1987, le Directeur général se sente soutenu pour la mise en oeuvre des programmes prioritaires grâce au recours aux recettes occasionnelles selon les besoins et à la mobilisation d'autres ressources.

Ce n'est pas les décisions sur le rôle de l'OMS qui peuvent résoudre les difficultés présentes et les réalités du présent sont des réalités à prendre en compte dans la détermination de la voie à suivre dans l'avenir. C'est pourquoi, il faut que les membres du Conseil apportent leur soutien à la proposition du Directeur général.

M. SONG Yunfu note que la description de la crise financière donnée aux paragraphes 50 et 51 de l'Introduction du Directeur général au projet de budget programme est complétée par le paragraphe 3 du document EB79/13. L'OMS n'est en aucune façon responsable. Le point de vue du Directeur général est parfaitement compréhensible et les membres du Conseil ne peuvent pas se désintéresser de ses difficultés. L'OMS est une organisation efficiente et les décisions du Directeur général dans les moments de crise ont toujours été bonnes.

Le surcroît de charges qu'impose aux Etats Membres la décision de ne pas recourir au compte des recettes occasionnelles pour aider à financer le budget programme affecterait plus particulièrement les pays qui souffrent déjà des conséquences néfastes des fluctuations monétaires. Il faut donner au Conseil plus de temps pour arriver à une conclusion réfléchie. Il n'y a rien à perdre à attendre pour voir l'évolution; on peut parfaitement annoncer une décision juste avant la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé. On pourrait prier le Directeur général de demander à nouveau aux gouvernements des pays qui n'ont pas réglé en totalité leurs contributions de s'acquitter de leurs obligations puisqu'ils sont la principale cause des difficultés de l'OMS.

Le Dr MARUPING se dit à son tour préoccupée par la situation financière et par la nécessité de la continuité dans l'action de l'OMS si l'on veut qu'elle soit efficace. Pour sa part, elle donne son soutien à la proposition du Directeur général : il ne faut pas qu'il ait les mains liées par une décision empêchant le recours aux recettes occasionnelles.

Le Dr DIALLO souhaite se joindre au Dr Bella pour appuyer la proposition du Directeur général, qu'il félicite de son énergie et de son courage.

Sir John REID fait observer que l'essentiel du problème est que le besoin de recourir aux recettes occasionnelles est lié au fait que certains Etats Membres, et notamment le principal contributeur, n'ont pas versé la contribution fixée. Les recettes occasionnelles pourraient aider à financer le budget ordinaire et permettre ainsi de réduire les contributions. Les membres du Conseil sont parfaitement fondés à exprimer leur préoccupation à l'égard de ce type d'emprunt dans le passé puisque cela revient, en fait, à faire subventionner ceux qui n'ont pas versé leur contribution par ceux qui ont rempli leurs obligations; et s'il entrainait dans l'usage que les pays fidèles à leurs engagements compensent auprès de l'OMS les défaillances des autres, sans doute les pays qui ont vraiment de la peine à faire face à leurs charges financières seront-ils tentés de régler tard, ou moins que leur dû, - et ce sera alors le chaos.

Quelles que soient les décisions auxquelles on parviendra sur cette question, il faut qu'elles soient le résultat d'un consensus; toute division au sein du Conseil serait indéfendable devant l'Assemblée. Pour sa part, Sir John Reid est généralement favorable au recours aux recettes occasionnelles pour aider à financer le budget; le montant qu'on se propose d'emprunter cette fois est particulièrement élevé, mais la situation est exceptionnelle. Il devrait être possible, après une réflexion du Conseil et du Directeur général sur la question, de parvenir à une solution qui obtiendrait le consensus. Parvenir à une décision dans toutes autres conditions que le consensus serait une tragédie.

Le Professeur ISAKOV partage totalement le point de vue de Sir John Reid et donne son soutien aux suggestions qu'il a faites. Il faut prendre toutes les mesures propres à assurer le respect par les Etats Membres de leurs obligations financières. S'ils les respectaient, il ne serait pas nécessaire de recourir aux recettes occasionnelles pour le financement des budgets. Il semble que le Conseil pourrait recommander à l'Assemblée de la Santé d'utiliser les recettes occasionnelles en compte au 1<sup>er</sup> janvier 1987 pour compenser les effets des fluctuations monétaires, mais qu'on pourrait y recourir aussi pour réduire les contributions des Etats Membres.



Le Dr KOINANGE constate que les franches discussions de la semaine ont montré que l'Organisation et ses Membres sont confrontés à de dures difficultés et à des choix également difficiles ayant des incidences à longue portée. Personne n'a suggéré d'annuler un quelconque programme; comme le Directeur général l'a fait observer, beaucoup d'intervenants, au contraire, ont déploré le manque de fonds. Personne non plus n'a émis de réserves à l'égard de la gestion de l'OMS, le personnel de l'OMS a même été loué. Cet esprit de confiance doit guider le Conseil dans sa décision. Ainsi que l'a dit Sir John, le Conseil doit être circonspect car la crise financière pourrait n'être que temporaire; il serait donc préférable de remettre la décision finale au lendemain.

Le Dr LAW pense, comme certains des intervenants précédents, que le consensus est essentiel non seulement pour les travaux du Conseil, mais aussi parce que, dans le cas d'un vote divisé au sein du Conseil, un consensus à l'Assemblée est impensable. C'est au Conseil qu'il incombe de résoudre le problème.

Le Dr Law voit que deux séries de principes s'opposent. Elle les comprend l'une comme l'autre, ainsi que la profonde conviction de leurs défenseurs respectifs. Un compromis tel que celui suggéré par le Dr Larivière pourrait être la meilleure solution, puisqu'il ne laisserait chacun des membres qu'un peu déçu au lieu de laisser, dans le cas où la question serait réglée par un vote, la moitié du Conseil profondément mécontente. Elle espère que le Directeur général pourra, dans l'intérêt du consensus, envisager une solution de ce genre.

Le Dr GRECH répète que la prudence dont le Directeur général fait preuve en n'engageant pas de fonds du compte des recettes occasionnelles est compréhensible étant donné l'incertitude de la situation financière. Il y a quelque ironie à devoir prendre des mesures d'économie conjoncturelles alors que la vraie solution serait que tous les Etats Membres règlent promptement leur contribution. Il est important, cependant, d'arriver à un consensus sur cette question.

Le Professeur GIRARD pense que, comme nul ne sait ce que sera la situation en 1988-1989, le Conseil devrait éviter de s'engager. Plusieurs Etats Membres ont indiqué ne pas vouloir pallier la défaillance d'autres Etats. Il faut pourtant trouver une solution à court terme, ce qui ne sera possible que par un compromis et un partage provisoire des charges entre les Etats Membres.

Le DIRECTEUR GENERAL indique qu'il a reçu comme instruction de l'Assemblée de la Santé d'établir le budget programme 1988-1989 sur la base d'une croissance budgétaire zéro. Ce point a été débattu et négocié avec différents groupes avant l'Assemblée de la Santé, et les pays en développement ont fait preuve d'une maturité remarquable en acceptant ce principe. Si l'on fait abstraction des augmentations de coût dues à l'inflation, aux fluctuations des taux de change, etc., personne ne peut contester le fait que le budget proposé est un budget à croissance zéro établi conformément aux instructions de l'Assemblée de la Santé sur la base d'un consensus entre les Etats Membres. La situation désagréable dans laquelle l'Organisation se trouve actuellement, et où l'argent - on peut le dire - parle haut et fort, est due à la convergence de différentes causes, parmi lesquelles il faut mentionner la défaillance de certains Etats Membres dans le règlement de leur contribution et les fluctuations monétaires. Le Directeur général est convaincu que l'Organisation a besoin d'une certaine sérénité dans les exercices à venir et il ne pense pas qu'il serait bon pour le moral et la productivité du personnel et la pertinence des programmes de l'OMS que s'établissent des divisions dramatiques parmi les Etats Membres de l'Organisation lorsque les organes directeurs étudient le budget programme. C'est pourquoi il suggère au Conseil d'adopter un projet de résolution dans ce sens. Il est indispensable que les organes directeurs fondent leurs décisions sur un consensus. Pour toutes les questions techniques, à l'exception d'une ou deux, il y a unanimité.

Ayant écouté tous les commentaires qui ont été formulés, il propose maintenant une solution qui devrait servir les intérêts à long terme de l'OMS et venir à l'appui de la résolution sur le consensus que le Conseil doit examiner. Pour préparer cette proposition, il a adopté le type d'approche préconisé par le Dr Larivière, c'est-à-dire la recherche d'une solution de compromis. On peut être optimiste et pessimiste devant la situation actuelle, et d'après l'information recueillie auprès de différentes sources pendant la présente session, il semble que le Conseil et le Directeur général puissent s'entendre pour choisir le "demi-optimisme". Il est impossible au Directeur général d'assumer seul les risques financiers de 1986-1987 et 1988-1989; il faut que ce soit une attitude collective, fondée - il le répète - sur un consensus. Sa proposition

"semi-optimiste" se résume à ceci : utiliser US \$25 millions de recettes occasionnelles pour financer la première année de l'exercice 1988-1989. A cette somme il faut ajouter US \$2,9 millions d'économies résultant de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les rémunérations soumises à retenue pour pension. Dans ce cas, on réduirait les contributions de 1988, en gros, de 31 % à 20 %. S'il s'avère, dans le courant de 1987, que la prévision est imprudente et qu'il faut protéger l'Organisation de la désintégration, le Directeur général devra alors informer le Conseil exécutif en janvier 1988 que le pronostic établi collectivement se révèle faux. Il n'y aura alors pas d'autre possibilité que de demander au Conseil de reconstituer les US \$25 millions au moyen de contributions additionnelles des Etats Membres. C'est la solution qu'il propose, étant fermement convaincu qu'opérer une réduction de plus de US \$50 millions serait porter un coup inexcusable aux programmes prioritaires et à leur mise en oeuvre.

Mais si l'on choisit l'optimisme, on peut imaginer un autre scénario. Le Directeur général espère être en mesure de proposer au Conseil, en janvier 1988, d'utiliser le reste des recettes occasionnelles pour financer la deuxième année de l'exercice et réduire ainsi dans une proportion considérable les contributions demandées aux Etats Membres. Il n'est pas inconcevable que, selon ce que seront les chiffres comptables de fin 1986, on puisse même proposer à l'Assemblée en 1988 de disposer, pour aider au financement des programmes dans la deuxième année de l'exercice de montants en sus des US \$22 millions restant sur le compte des recettes occasionnelles après déduction de US \$25 millions pour 1988.

Telle est la solution de compromis que le Directeur général propose personnellement au Conseil dans le but de conserver à l'action de l'Organisation la dimension spirituelle qu'il convient. Il pense refléter ainsi l'opinion consensuelle. On ne cessera pas de rechercher les moyens de faire d'autres économies; il semble que les membres du Conseil aient raisonnablement foi en un déroulement du processus sans aucune manipulation ni distorsion.

Le PRESIDENT, persuadé également de la nécessité d'un consensus, demande instamment aux Etats Membres de maintenir la tradition de soutien au Directeur général dans ses entreprises qui a été celle du Conseil jusqu'à présent, et à oeuvrer pour une solution de compromis.

La séance est levée à 23 heures.

= = =