

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA HUITIEME SEANCE

Salle de conférences, Manille  
Judi 14 septembre 1995 à 14 heures

PRESIDENT : Dr CHHEA THANG (Cambodge)

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. Santé génésique .....	238
2. Décennie internationale des populations autochtones .....	242
3. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : Composition du Comité des politiques et de la coordination .....	247
4. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination .....	248
5. Corrélation des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional .....	248
5.1 Examen des résolutions adoptées par la Quarante- Huitième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à ses quatre-vingt-quinzième et quatre-vingt-seizième sessions .....	248
5.2 Examen de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional .....	255
6. Choix du thème des discussions techniques organisées en marge de la quarante-septième session du Comité régional .....	256

1. SANTE GENESIQUE : Point 16 de l'ordre du jour (document WPR/RC46/15)

Le DIRECTEUR REGIONAL attire l'attention du Comité sur le document WPR/RC46/15, traitant de la santé génésique.

Ces derniers temps, plusieurs instances des Nations Unies se sont saisies de cette question et, tout récemment, elle a constitué l'un des thèmes de la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes tenue à Beijing (Chine) en septembre 1995. Il convient donc d'examiner attentivement cet aspect de l'action de l'OMS, étant donné que la mauvaise santé génésique exerce des effets à longue échéance, tant sur le plan démographique qu'économique.

Le document donne un aperçu succinct de la situation de la santé génésique dans les pays et zones de la Région et propose les interventions les plus pertinentes et les plus urgentes dans lesquelles le secteur sanitaire peut s'engager afin d'améliorer la santé génésique. On y examine l'éventail complexe des aspects économiques et sociaux de la santé génésique, et notamment sa dimension "droits humanitaires".

Quelle que soit la perspective dans laquelle on envisage la santé génésique, elle est et demeure essentiellement une question de santé, du ressort des professions de la santé, et pour laquelle le secteur de la santé doit élaborer des programmes et des activités.

Dans la Région du Pacifique occidental, la reproduction humaine donne toujours des résultats très différents d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Dans certaines parties de quelques-uns des pays en développement de la Région, le taux de mortalité maternelle est plus de 50 fois supérieur à ce qu'il est dans les pays les plus développés. De même, les taux de mortalité infantile vont de 6 à 120 pour 1000 naissances vivantes.

La majorité des décès de nourrissons se produisent au début de la période néonatale, ce qui montre aussi qu'en améliorant les services d'obstétrique et les pratiques suivies en matière d'accouchement, on pourrait efficacement réduire la mortalité.

Une meilleure qualité des services médicaux, un plus libre accès des femmes et des couples à ces services, et l'utilisation de moyens peu coûteux et de technologies simples peuvent spectaculairement réduire l'ampleur de ce drame qu'est la mortalité maternelle et infantile. Ces mesures permettraient également de réduire les conséquences pathologiques à long terme qui font souvent suite à un accouchement mal pris en charge.

Le développement des services de planification familiale, et notamment l'offre d'un plus large choix de méthodes contraceptives dépourvues de risque, demeure un des grands moyens d'améliorer la santé génésique, et de réduire les complications de grossesses non désirées et de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions qui leur font souvent suite.

En outre, la fourniture de contraceptifs sûrs permet aux jeunes couples de retarder la première grossesse. De la sorte, la femme et le couple peuvent décider du moment où ils veulent ou non avoir des enfants, du nombre de ces enfants, ou de l'interruption du cycle procréateur à partir d'un certain âge ou lorsque des risques médicaux ou autres sont à craindre.

L'orientation et le contenu du programme de santé génésique sont propres à chaque pays ou zone et correspondent aux situations locales. Afin d'examiner le programme de santé génésique dans différents secteurs, et de réviser les objectifs et cibles de la Région et des pays, un atelier régional sur la santé génésique sera organisé à Kuala Lumpur (Malaisie) du 11 au 15 décembre 1995.

L'OMS espère que, grâce à des échanges de vue sur l'état actuel de la santé génésique dans la Région, les Etats Membres examineront ce qui est disponible et, en collaboration avec d'autres secteurs, définiront et mettront en oeuvre les interventions les plus opportunes et les plus rentables pour améliorer le résultat du processus de reproduction humaine.

Le Dr ADAMS (Australie) signale qu'un certain nombre d'experts australiens de la santé génésique souhaiteraient être invités à l'atelier régional qui aura lieu à Kuala Lumpur (Malaisie) en décembre 1995.

Le Dr SHAFIE (Malaisie) précise que la santé génésique est l'un des domaines des soins de santé qui, en Malaisie, nécessiteront une attention particulière au cours de la prochaine décennie, qu'il s'agisse de la contraception chez les adolescents, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et de la contraception pour les groupes à haut risque. En Malaisie, la planification familiale est présentée non pas essentiellement comme un moyen de limiter les naissances, mais aussi de les espacer et de prévenir les grossesses à haut risque. La diminution du taux de fécondité total et des taux de croissance démographique était le résultat d'améliorations apportées à la santé génésique des femmes ainsi que d'autres facteurs tels que l'amélioration de l'éducation, la situation socio-économique du pays et l'accès des femmes à des méthodes de planification familiale efficaces. On s'attend que ces facteurs conduisent à une nouvelle amélioration de la santé génésique des femmes au cours de la prochaine décennie. Le Ministère de la Santé a d'ailleurs affecté des ressources à la santé de la famille qui ont notamment permis de se livrer à des analyses de la planification familiale et de la mortalité maternelle, ainsi

qu'à accroître la couverture des femmes à haut risque grâce au programme d'assurance de la qualité et à accorder davantage d'attention aux groupes et aux secteurs géographiques défavorisés.

M. ZHANG (Chine) dit que son Gouvernement considère la santé génésique comme une question importante, et qu'il est parvenu à faire baisser les taux de mortalité maternelle et infantile, tout en relevant le taux de recours à la contraception. La Chine n'en demeure pas moins un pays en développement et ses réalisations sont toujours décalées par rapport à celles de certains pays développés. Elle souhaite renforcer la coopération avec le bureau régional dans ce domaine.

Le Dr NOGUEIRA DA CANHOTA (Macao) dit que Macao considère l'essor de la famille comme une tâche fondamentale et précise qu'en août 1994, une loi sur la politique familiale a été adoptée qui oblige juridiquement les familles à se préoccuper de la santé, de la nutrition, de l'éducation et du logement de leurs membres, ainsi que de leur développement physique et psychologique. De puissants services de soutien sont assurés pour les aider dans ce domaine. Afin d'échanger des informations et des données d'expérience sur les problèmes liés à la famille, une conférence internationale sur les femmes aura lieu à Macao du 18 au 20 septembre 1995, en collaboration avec l'Union internationale des Organismes familiaux.

Depuis 1993, le programme de santé maternelle et infantile de Macao s'est intensifié, en accordant une attention particulière à la planification familiale et aux soins prénatals; en 1994, on a compté en moyenne plus de sept consultations prénatales par grossesse à Macao. Du fait de l'action de promotion menée par les centres de santé, le taux de natalité a baissé; des services sont également assurés aux couples stériles. A l'occasion des contrôles systématiques, des informations sont fournies sur l'allaitement maternel, la nutrition, la planification et la limitation des naissances ainsi que les soins aux nourrissons. A la suite de ces mesures et d'autres qui leur sont liées, le taux de mortalité infantile a été ramené à 6,2 pour 1000 naissances vivantes en 1994.

Mme RUIZ (Philippines), félicitant le Directeur régional de son rapport, indique que l'amélioration du bien-être des familles, plus spécialement axé sur la santé des femmes, la maternité sans risque et la survie de l'enfant, est une action des pouvoirs publics dans son pays. La fourniture d'une planification familiale de qualité y a été définie comme l'un des moyens les plus efficaces d'améliorer la santé génésique de la femme et la survie de l'enfant. On s'est également rendu compte qu'une planification familiale efficace permet aux femmes d'éviter les grossesses non désirées, les avortements illégaux et la procréation dans des circonstances qui menacent leur propre santé et celle de leur enfant.

M. RODRIGUEZ (Etats-Unis d'Amérique) reconnaît que le Directeur régional a rapidement et efficacement agi en réponse au mandat que lui a confié la Conférence internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire (Egypte), en septembre 1994, de soutenir l'amélioration des services de santé génésique des pays.

M. HIARI (Japon) se félicite que le rapport privilégie l'importance du comportement sexuel et de l'accès à des méthodes de planification familiale adéquates. Le Japon a souligné l'importance de la santé génésique tant à la Conférence internationale sur la Population et le Développement qu'à la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes. A titre d'exemple d'initiative visant à faire baisser les taux de mortalité maternelle et infantile, on peut citer un guide de santé maternelle et infantile qui conseille les femmes japonaises en matière de grossesse, d'accouchement et de soins aux enfants. Pays qui est parvenu à de très faibles niveaux de mortalité maternelle et infantile, le Japon souhaite poursuivre sa participation à l'amélioration de la santé génésique dans la Région.

Le Dr WORKMAN (Nouvelle-Zélande) dit qu'à la suite de la Conférence internationale sur la Population et le Développement, la santé génésique a été l'un des axes d'orientation des organismes publics de Nouvelle-Zélande. Un certain nombre de raisons justifient une amélioration de la santé génésique en Nouvelle-Zélande: les taux de fécondité chez les femmes de 15 à 19 ans sont élevés et, au sein des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, placent la Nouvelle-Zélande juste après les Etats-Unis d'Amérique; les relations sexuelles non protégées sont courantes; 11 460 avortements provoqués ont été pratiqués en 1992, dont près de la moitié des cas chez des femmes de 24 ans ou moins, les taux d'avortement étant d'ailleurs particulièrement élevés chez les femmes des îles du Pacifique vivant en Nouvelle-Zélande; enfin, le condylome est, depuis 1988, la maladie sexuellement transmissible la plus couramment diagnostiquée dans les dispensaires, et les chiffres sont en augmentation constante.

Le Gouvernement de la Nouvelle-Zélande a proposé des initiatives en vue de mener des actions de santé publique visant à améliorer la santé génésique des populations des îles du Pacifique, d'enquêter sur le degré d'exécution des programmes et des politiques de santé génésique dans les écoles, d'abaisser l'obstacle constitué par le coût d'utilisation des contraceptifs, ainsi que d'élaborer et de suivre la réalisation d'objectifs en matière de réduction des taux d'avortements provoqués. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement doit être le document de base permettant de définir la position de la Nouvelle-Zélande pour tout ce qui concerne la santé génésique. Parmi d'autres résultats, la

Conférence a reconnu l'importance vitale de l'émancipation et de l'autonomie des femmes, et la nécessité d'améliorer leur condition sur le plan politique, social, économique et sanitaire.

Le Dr TAUFA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) précise que, dans son pays, les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle sont élevés, et qu'il a reçu le soutien de l'OMS, du FNUAP et d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales. Une politique démographique a été approuvée en 1991, et elle bénéficie actuellement d'un soutien conjoint de la Banque asiatique de Développement et d'AusAID. Quant à l'avant-dernier paragraphe de la section 5 du document WPR/RC46/15, concernant l'application systématique de technologies simples et peu coûteuses, on aimerait qu'un soutien plus grand soit fourni au projet d'accoucheuses de village et de distributrices communautaires de contraceptifs qui, les unes et les autres, s'efforcent d'atteindre les femmes dans les régions rurales les plus reculées.

Mme HOMASI (Tuvalu) signale que la santé génésique a fait l'objet d'échanges de vues dans différentes tribunes organisées à la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes, à laquelle elle a elle-même assisté. Le groupe technique OMS a soulevé la question de la hausse de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans la plupart des pays du Pacifique et, au forum des organisations non gouvernementales qui s'est tenu à Huairou (Chine), Tuvalu fait un exposé sur les programmes de dépistage qui viennent d'être lancés dans l'île, à l'initiative des femmes de ce pays.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant aux questions posées par les membres du Comité, précise que des invitations à l'atelier de Kuala Lumpur ont été envoyées le 29 août 1995, et que les pays ont été priés de désigner chacun un participant.

Le représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée sera sans doute heureux d'apprendre qu'un montant d'environ US \$500 000 de la part du FNUAP vient d'être approuvé pour un projet de santé maternelle et infantile dans ce pays et que cela comprendra un poste de fonctionnaire.

Le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer un projet de résolution adéquat.

## 2. DECENNIE INTERNATIONALE DES POPULATIONS AUTOCHTONES :

Point 17 de l'ordre du jour (document WPR/RC46/16)

Le DIRECTEUR REGIONAL observe que l'Organisation des Nations Unies assure activement la promotion de la Décennie internationale des populations autochtones, qui a commencé en décembre 1994, afin d'accroître la participation de ces populations, souvent défavorisées, au progrès économique et social. Dans le cadre de cette décennie, l'OMS s'attache

aux besoins sanitaires des peuples autochtones. Le Gouvernement de la Nouvelle-Zélande a spécialement demandé au Comité régional de traiter explicitement de la question au cours de la quarante-sixième session.

Le document WPR/RC46/16 expose succinctement le problème. A cet égard, il convient de noter que le document de travail et sa terminologie ne se veulent nullement définitifs. Le document est un premier aperçu de la situation dans la Région, envisagé du point de vue de la santé publique et à des fins de discussion. L'OMS s'intéresse avant tout aux besoins sanitaires des groupes défavorisés, en privilégiant l'égalité d'accès aux services et la prise en compte des besoins particuliers de tout être humain, "quels que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale", comme il est dit dans la Constitution de l'OMS. Il convient également d'observer que différents organismes des Nations Unies se penchent encore sur la définition de l'expression "populations autochtones", et que la formulation qu'elle revêt dans le document n'a aucun statut officiel dans le contexte des Nations Unies. Les renseignements donnés dans le document ont été recueillis au moyen d'un questionnaire succinct, et sont destinés à fournir un cadre pour l'exposé des problèmes. Le document a essentiellement pour but de fournir une base simple à partir de laquelle un débat sur les questions présentant un intérêt pour les Etats Membres pourra s'engager.

Le Comité souhaitera peut-être se demander si le Bureau régional doit jouer un rôle particulier dans la coordination ou la promotion d'activités s'inscrivant dans le programme de la Décennie.

Le PRESIDENT rappelle aux membres du Comité qu'étant donné l'action actuellement en cours au sein des organes des Nations Unies chargés des droits de l'homme à propos des populations autochtones, ils ne doivent se préoccuper que du rôle qu'ils souhaitent voir le Bureau régional jouer dans la Décennie internationale ainsi que de la teneur des activités que les Etats Membres souhaiteront peut-être envisager au sujet des problèmes sanitaires des populations autochtones.

M. WORKMAN (Nouvelle-Zélande), s'exprimant également en temps que membre de la population autochtone maorie, souligne l'amélioration de la santé des Maoris est l'une des grandes options de son gouvernement. Du point de vue de la situation sanitaire, il existe un écart entre les Maoris et le reste de la population, et il faut réduire cet écart. Le gouvernement s'emploie à élaborer des stratégies pour améliorer la santé des Maoris, en s'attachant à répondre à leurs besoins en temps qu'individus et en temps que communautés. Les besoins sanitaires particuliers des Maoris ont été expressément visés dans la nouvelle loi sur les services de santé et d'aide aux handicapés adoptée dans le cadre de la réorganisation du système sanitaire néo-

zélandais en 1993. Les réformes du secteur sanitaire qui l'accompagnent ont donné aux Maoris davantage d'occasions de participer à leur propre protection sanitaire ainsi qu'à se doter de leurs propres services de santé. Le gouvernement élabore actuellement des politiques destinées à éliminer tout ce qui entrave l'accès aux services de santé, reconnaissant que les services doivent être culturellement adéquats, culturellement efficaces, abordables, accessibles et équitables tout en comportant des stratégies de gestion des risques. Cette politique fera une place aux pratiques curatives autochtones, à l'herboristerie et à la conception globaliste des êtres humains dans leurs rapports avec la nature. Le Comité consultatif national sur les services essentiels de santé et d'aide en cas d'invalidité examine les moyens d'ériger la médecine traditionnelle maorie en service de santé essentiel. Pas plus tard qu'il y a un mois, l'autorité sanitaire régionale a signé un contrat en vue de la fourniture de soins traditionnels maoris sous la forme de services de soins de santé primaires. Il est important de faire en sorte que la confluence des pratiques sanitaires, majoritaires et maories ne nuise pas à l'intégrité de la médecine traditionnelle maorie dont la connaissance est l'apanage d'un certain nombre de personnes de chaque génération. L'orateur note avec intérêt dans le rapport du Directeur régional que plusieurs autres membres de la Région disposent de programmes importants visant à rapprocher les pratiques sanitaires traditionnelles et modernes, et il souhaiterait avoir l'occasion d'en apprendre davantage à ce sujet.

Le Gouvernement néo-zélandais estime que, lorsque les Etats Membres commenceront à calculer des indicateurs de santé selon la nouvelle formule proposée dans *La Santé : Nouvelles perspectives*, il faut que ces indicateurs établissent une différence entre la population autochtone et les autres groupes. En tout cas, le programme de bourses d'études du Gouvernement néo-zélandais rendra désormais compte de l'importance qu'il attache à l'amélioration de la santé des populations autochtones.

La résolution WHA47.27 a prié le Bureau régional "de collaborer, en liaison avec les gouvernements des Etats Membres intéressés, avec les populations autochtones, y compris en créant un groupe central consultatif de représentants des populations autochtones connaissant bien les besoins et les ressources sanitaires de leurs communautés". Il sera donc très intéressant d'en savoir davantage sur les progrès réalisés au Bureau régional dans ce domaine, et de s'informer, grâce aux témoignages d'autres représentants sur les activités que leurs pays mènent pour promouvoir un environnement physique et social qui protège et améliore la santé publique des populations autochtones.

Il semble que le groupe de travail des Nations Unies sur les populations autochtones travaille actuellement à l'élaboration d'une définition de l'autochtone, et sans doute vaut-il mieux que ce soit cet organe qui se saisisse de cette difficile question. En revanche, il est préférable que



les pays se déterminent eux-mêmes sur le point de savoir si la Décennie internationale s'applique à leur propre cas et selon quelles modalités.

La délégation de la Nouvelle-Zélande a diffusé un projet de résolution sur la Décennie internationale aux représentants des autres Etats Membres et les réponses qu'elle a reçues se sont révélées extrêmement utiles à la préparation d'une version révisée que la délégation souhaite soumettre à l'examen du Comité régional.

Le Dr ADAMS (Australie) dit que son pays considère la Décennie internationale des populations autochtones comme un excellent cadre au sein duquel des progrès durables et mesurables pourront être réalisés en matière de santé, en association avec les communautés autochtones. En Australie, les Etats et les territoires sont, en tout premier lieu, responsables de la planification et de la fourniture des soins de santé à tous les citoyens, y compris les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres. Les données disponibles montrent de façon constante que l'état sanitaire des Australiens autochtones est nettement moins bon que celui des Australiens non autochtones. Des différences significatives apparaissent sur le plan des taux de mortalité, de l'espérance de vie, des taux d'hospitalisation et de la morbidité due au diabète et aux maladies transmissibles évitables.

Le Gouvernement a décidé de redoubler d'efforts pour améliorer la santé des populations autochtones, et l'une des premières mesures prises a été de transférer au niveau fédéral la responsabilité des questions sanitaires aborigènes qui, depuis le 1er juillet 1995, sont du ressort du Département des Services humains et de la Santé. Le Département reconnaît la nécessité d'assurer aux communautés autochtones des services de santé et de lutte contre la toxicomanie qui soient culturellement pertinents et, dans leur grande majorité, ces services sont maintenant gérés par des organisations relevant des communautés locales.

Un certain nombre d'initiatives nouvelles ont été annoncées dans le budget de 1995. Au cours des quatre prochaines années, un crédit supplémentaire de A \$103 millions ira au financement d'initiatives de santé spécifiquement autochtones, portant le total des crédits publics affectés à la santé des populations autochtones à A \$482 millions pendant cette période. Un total de A \$3 millions a été attribué pour l'année prochaine afin de créer un organisme national de la santé des autochtones, et A \$1 million afin de permettre aux services de santé des aborigènes d'engager du personnel supplémentaire pour que le personnel permanent puisse suivre des cours de formation. On installe actuellement un Conseil consultatif national de la santé des autochtones qui servira de point de convergence pour toutes les décisions relatives à la santé touchant les populations autochtones.

Les données relatives à la santé des communautés autochtones sont profondément inquiétantes, et pendant la Décennie internationale, l'Australie s'efforcera de faire véritablement progresser la santé des autochtones et d'améliorer de façon durable les infrastructures sanitaires. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue que les problèmes de santé des autochtones sont dus à un grand nombre de facteurs liés au dénuement économique, social et culturel, et ne sauraient être résolus uniquement en améliorant les services de santé et de lutte contre la toxicomanie.

Mme RUIZ (Philippines) dit que son Gouvernement appuie la Décennie internationale des populations autochtones. Bien qu'on ne s'entende toujours pas sur la définition de l'expression "population autochtone", le Gouvernement des Philippines reconnaît qu'il existe des communautés qui, pour des raisons historiques ou culturelles, ont des besoins sanitaires particuliers. En conséquence, le service de santé communautaire du Département de la Santé va mettre en oeuvre le Programme de santé des populations autochtones qui vise à offrir à ces populations le même accès aux soins de santé qu'au reste de la population. Tous les Philippines doivent pouvoir se faire soigner, quels que soient leurs antécédents historiques ou culturels.

M. McCUDDIN (Etats-Unis d'Amérique) dit que les Samoans américains sont responsables du fonctionnement du système et de la définition de la politique sanitaire sur leur territoire. En tant que citoyens des Etats-Unis d'Amérique, ils peuvent se déplacer librement et sont maintenant plus nombreux à vivre en métropole que dans les Samoa américaines. Bien que les Samoans qui résident aux Etats-Unis disposent des mêmes possibilités de soins que les autres citoyens, leur état de santé est nettement inférieur en raison de problèmes d'accès, de difficultés économiques et d'une connaissance insuffisante de l'anglais. La question a déjà été évoquée dans différentes instances, et il faut espérer que les Samoans américains et d'autres groupes vivant aux Etats-Unis d'Amérique arriveront prochainement à égalité avec les autres citoyens du point de vue de l'état de santé et de l'accès aux soins.

Le Dr ABU BAKAR (Malaisie) précise que, depuis qu'il a accédé à l'indépendance, son pays a été sensible aux besoins des groupes minoritaires, et notamment des populations autochtones. L'accent a été mis sur l'intégration si bien que seule une petite minorité d'autochtones pâtit encore d'un état de santé inférieur, à savoir les groupes qui continuent à mener une vie nomade. Des programmes spéciaux ont été mis au point par le Département des Affaires aborigènes et le Ministère de la Santé pour s'occuper des besoins sanitaires des populations autochtones.

Le DIRECTEUR REGIONAL, se référant au projet de résolution déposé par la Nouvelle-Zélande, observe qu'il serait plus opportun qu'on lui demande de faire rapport au Conseil exécutif à sa quatre-vingt-dix-septième session, en janvier 1996, qu'à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution adéquat.

3. PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE, DE DEVELOPPEMENT ET DE FORMATION A LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE :  
COMPOSITION DU COMITE DES POLITIQUES ET DE LA COORDINATION :  
Point 18 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/17)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que le Comité des politiques et de la coordination (CPC) est l'organe directeur du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Il se compose de 32 membres répartis en quatre catégories. L'une de ces catégories, la catégorie 2), compte 14 membres. Trois sièges sont attribués à la Région du Pacifique occidental. Les membres sont élus par le Comité régional pour une durée de trois ans en fonction de la répartition démographique et des besoins régionaux. Lors de l'élection des membres, il convient de tenir compte du soutien technique ou financier apporté par un pays au Programme spécial, et de l'intérêt qu'il porte à ces questions, tel qu'il ressort des politiques et des programmes nationaux.

Actuellement, les trois pays élus au titre de la catégorie 2) sont Fidji, les Philippines et la Nouvelle-Zélande. Le mandat du membre de Fidji va expirer le 31 décembre 1995.

Afin de maintenir au complet la représentation de la Région du Pacifique occidental au Comité des politiques et de la coordination, il est demandé au Comité régional d'élire un Etat Membre chargé de désigner un membre dont le mandat de trois ans commencera le 1er janvier 1996. Le Directeur régional suggère au Comité la possibilité d'élire le Japon.

La désignation est approuvée.

La prochaine réunion du Comité des Politiques et de la Coordination aura lieu du 19 au 21 juin 1996.

4. PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION : Point 19 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/18)

Le DIRECTEUR REGIONAL indique que le paragraphe 2.2.2 du Protocole d'accord relatif à la structure administrative et technique du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales prévoit que les comités régionaux de l'OMS choisissent deux Etats Membres parmi ceux qui sont directement touchés par les maladies visées par le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent un soutien scientifique ou technique au programme spécial.

Les deux Etats Membres de la Région du Pacifique occidental ainsi choisis sont la Malaisie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Comme le mandat de trois ans de la Malaisie expire le 31 décembre 1995, le Comité va devoir nommer un Etat Membre pour représenter la Région à partir du 1er janvier 1996. Il souhaitera peut-être que la Chine remplace la Malaisie.

La désignation est approuvée.

Les dates et lieu exacts de la réunion de 1996 du Conseil conjoint de coordination seront communiqués aux Etats Membres en temps voulu.

5. CORRELATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE, DU CONSEIL EXECUTIF ET DU COMITE REGIONAL : Point 20 de l'ordre du jour

5.1 Examen des résolutions adoptées par la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à ses quatre-vingt-quinzième et quatre-vingt-seizième sessions : Point 20.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/19)

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que le document WPR/RC46/19 traite des résolutions adoptées dans le courant de l'année 1995 par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif qui ont de l'importance pour la Région du Pacifique occidental. Il en relève les incidences, et fournit certains renseignements sur des activités correspondantes dans la Région. Le texte des résolutions est annexé au document. Les autres résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé qu'il convient de porter à l'attention du Comité ont trait à d'autres points de l'ordre du jour et figurent dans la documentation relative à ces points.

L'attention du Comité est particulièrement attirée sur les paragraphes du dispositif intéressant des activités que les Etats Membres de la Région peuvent entreprendre dans le cadre de l'application des résolutions.

#### 5.1.1 Résolution WHA48.1 - Transfert de la Mongolie à la Région du Pacifique occidental

Le PRESIDENT invite le Directeur régional à exposer la situation.

Le DIRECTEUR REGIONAL, attirant l'attention sur l'analyse succincte du problème général du transfert d'une région à l'autre figurant dans le document WPR/RC46/19 (page 2), précise qu'il n'y a pas de procédure précisément fixée pour le transfert. En l'occurrence, le Gouvernement de la Mongolie a formulé sa demande par l'intermédiaire du Siège et la décision de transfert a été prise à ce niveau. La question plus générale consiste à se demander si les deux comités régionaux intéressés doivent ou non être impliqués et, si oui, de quelle façon. Il attire l'attention des représentants sur trois aspects. Premièrement, conviendrait-il de fixer des règles de consultation préalable des deux comités régionaux intéressés ? Deuxièmement, conviendrait-il d'appliquer certains critères dans une décision de ce genre : nombre d'habitants, situation politique et géographique, problèmes de santé particuliers ou communs, etc. ? Troisièmement, devrait-on en fait, ne rien changer à la procédure ?

Le Dr TAPA (Tonga) estime qu'il ne faut rien changer à la procédure.

Il en est ainsi convenu.

#### 5.1.2 Résolution WHA48.2 - Opérations de secours d'urgence et d'aide humanitaire

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.3 Résolution WHA48.3 - Intensification de la coopération avec les pays les plus démunis

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.4 Résolution WHA48.7 - Révision et mise à jour du Règlement sanitaire international

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.5 Résolution WHA48.8 - Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.6 Résolution WHA48.9 - Prévention des troubles de l'audition

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.7 Résolution WHA48.12 - Lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës : prise en charge intégrée de l'enfant malade

Il n'y a pas d'observations.

#### 5.1.8 Résolution WHA48.13 - Lutte contre les maladies transmissibles : maladies infectieuses nouvelles, émergentes et réémergentes

Il n'y a pas d'observations.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) s'inquiète de ne pas voir figurer la résolution WHA48.11 sur la stratégie internationale de lutte antitabac dans le document WPR/RC46/19. Le rapport biennal du Directeur régional (document WPR/RC46/2) indique que la consommation de tabac par habitant a encore augmenté dans la Région. Dans l'intervention qu'elle a faite au cours de l'examen du rapport (point 7 de l'ordre du jour), elle a relevé l'information récente selon laquelle un fumeur sur deux mourra prématurément d'une pathologie liée au tabac - en fait, 14 ans plus tôt que la moyenne. En outre, on prévoit qu'au début du XXI<sup>e</sup> siècle, le cancer du poumon dépassera le cancer du sein comme principale cause de décès par cancer chez les Néozélandaises. Elle a donc proposé que la Région prenne les devants et envisage la possibilité d'élaborer un instrument international de lutte antitabac - sous la forme de lignes directrices, de déclaration ou de convention internationale - et que le Directeur régional soit prié de faciliter la contribution de la Région. Etant donné l'importance de la lutte antitabac, il peut être opportun d'examiner un projet de résolution dans ce sens au titre du point de l'ordre du jour actuellement en discussion.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que dans la présentation qu'il a faite de la question, il a indiqué que des projets de résolution relatifs à d'autres points de l'ordre du jour ont été inclus dans la documentation portant sur ces points. En conséquence, la résolution WHA48.11 a figuré au titre du point 12.1, Visites dans les pays : Rapport du Sous-Comité, Première Partie, et a été reproduite, en partie, à l'annexe 3 du document WPR/RC46/10. En outre, le Plan d'action régional Tabac ou Santé pour 1995-1999 a été présenté au Comité à sa précédente session. Ce plan, de même que certaines autres activités, serviront de base à la contribution de la Région aux plans et aux stratégies ultérieurement décidés au niveau mondial.

Le Dr DURHAM (Nouvelle-Zélande) a cru comprendre, d'après ce qui s'est dit à la précédente Assemblée de la Santé, que l'élaboration d'un instrument international va au-delà des plans d'action régionaux. Elle ne se souvient pas que le Plan d'action régional Tabac ou Santé pour le Pacifique occidental fasse une quelconque allusion à l'examen de la faisabilité d'un tel instrument. Le Comité souhaitera peut-être se saisir de la question avant que l'on débattenne d'une étude de faisabilité qui, croit-elle comprendre, sera soumise à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé.

Le DIRECTEUR REGIONAL se dit conscient des préoccupations exprimées par l'orateur et il l'assure que le Directeur général poursuivra l'application de la résolution WHA48.11, comme cela a été demandé en consultation avec son personnel du Siège et des bureaux régionaux ainsi qu'avec les Etats Membres. Aussi sera-t-il inopportun pour la Région d'engager sa propre action dans ce domaine. Toutefois, il suivra bien évidemment la question en temps et lieu.

EB96.R1 - Amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution : Augmentation du nombre des membres du Conseil exécutif

Le PRESIDENT invite le Directeur régional à exposer la situation.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il voudrait attirer l'attention du Comité sur la résolution EB96.R1 qui prie le Directeur général de proposer des projets d'amendements à la Constitution qui seront examinés à la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Ces amendements porteraient de 32 à 33 le nombre des membres du Conseil exécutif. Une telle décision permettrait ensuite de porter de sept à huit le nombre des Etats Membres de la Région européenne appelés à désigner un délégué au Conseil.

Si ces projets d'amendements sont adoptés, la répartition des sièges au Conseil exécutif sera telle qu'elle figure au tableau de la page 7 du document.

Le DIRECTEUR GENERAL a d'ailleurs fait allusion à cette situation la veille.

Si l'on considère que la Région de la Méditerranée orientale, avec 22 Etats Membres, dispose de cinq sièges au Conseil, la Région du Pacifique occidental, avec 27 Etats Membres, a de bonnes raisons de proposer que le nombre de sièges dont elle dispose soit porté de quatre à cinq. Une telle augmentation peut être sollicitée même si la représentation de la Région au Conseil a été récemment portée de trois à quatre sièges.

Mais c'est une entreprise de longue haleine. Certains représentants se souviendront qu'il y a onze ans, l'augmentation de trois à quatre a été demandée par le Comité régional en septembre 1984, dans la résolution WPR/RC35.R10. Cette demande a été examinée par le Conseil exécutif à sa soixante et onzième session, et transmise à l'Assemblée mondiale de la Santé par la résolution EB75.R4 du 15 janvier 1985. La Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a accédé à la demande du Comité régional en votant la résolution WHA38.14 du 14 mai 1985.

Le processus de ratification a été très long. Ce n'est que le 11 juillet 1994 que les deux tiers des Etats Membres ont ratifié les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS permettant ainsi à un quatrième membre du Conseil exécutif d'être désigné par la Région du Pacifique occidental. Cela a donc pris environ neuf ans. A l'époque où le Comité régional a introduit sa demande, c'est-à-dire en 1984, la Région du Pacifique occidental comptait 20 membres ; elle en compte maintenant 27.

Etant donné la longueur du délai qui a été nécessaire la dernière fois, on ne peut que prier instamment tous les Etats Membres d'accorder une certaine attention à cette ratification, sinon de faire diligence, s'ils étaient saisis d'une telle demande.

Pour M. SAKAI (Japon), par comparaison avec la représentation d'autres régions au Conseil exécutif, la Région du Pacifique occidental est, de toute évidence, sous-représentée du point de vue du nombre de pays.

En outre, si l'on tient compte de la population totale, la Région du Pacifique occidentale est encore plus sous-représentée.

Il demande donc qu'un projet de résolution soit préparé priant l'Assemblée mondiale de la Santé d'accroître le nombre des sièges de la Région au Conseil exécutif.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) croit comprendre que le Conseil exécutif de l'OMS a pour but d'être un organe de décision de dimensions restreintes, sans le formalisme plus encombrant de l'Assemblée mondiale de la Santé ; au départ, il comptait 24 membres qui travaillaient bien. On peut craindre que le passage à plus de 30 membres nuise à ce dessein initial. Le Conseil lui-même semble avoir pris conscience de la difficulté, car il est forcé de se subdiviser pour s'acquitter de ses différentes tâches. Aussi, n'est-il pas souhaitable d'augmenter encore une fois l'effectif du Conseil et serait-il préférable de redistribuer les sièges entre les membres.

Le Dr TAPA (Tonga) ne peut accepter le point de vue des Etats-Unis d'Amérique.



La disproportion est une anomalie flagrante puisque, par exemple, la Région de la Méditerranée orientale compte 22 pays et cinq membres, alors que la Région du Pacifique occidental compte 27 pays et quatre membres.

Il appuie la proposition du Japon.

M. SAKAI (Japon), commentant les observations du représentant des Etats-Unis d'Amérique, se demande si un Conseil exécutif plus restreint pourrait venir à bout du volume de travail de plus en plus important qu'on attend de lui et, même si cette solution était envisagée, la question de l'égalité ou de l'équité de la représentation des Régions n'en continuerait pas moins à se poser. Ne pourrait-on envisager un Conseil de 32 membres, dont les sièges seraient également répartis entre les Régions, soit cinq membres de chaque Région ?

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) appuie la proposition du Japon et convient avec lui de l'opportunité d'une représentation égale de toutes les régions.

Mme RUIZ (Philippines) appuie le Japon et les Iles Salomon.

Mme HONG TIY (Fidji) calcule que si les Régions devaient être représentées au Conseil en fonction du nombre d'Etats Membres, chaque membre du Conseil exécutif représenterait sept pays.

Le PRESIDENT dit que si le souhait du Comité régional correspond à la proposition du Japon, il va demander au rapporteur de préparer un projet de résolution.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) se demande si, sur un point de procédure, vu qu'il n'existe aucun point de l'ordre du jour auquel on puisse expressément rattacher une telle proposition, il est acceptable de préparer une résolution.

M. VIGNES (Conseiller juridique) dit que la motion est acceptable dans le contexte du point 20.1. Reste une autre question : dans la mesure où les amendements à la Constitution comme celui dont il est question dans la résolution EB96.R1 sont censés être destinés à porter à 33 le nombre des membres du Conseil exécutif, la Région du Pacifique occidental fait une proposition distincte, étant donné que l'on peut considérer que l'augmentation demandée dans la résolution EB96.R1 ne suffira pas.

Les représentants peuvent-ils préciser leur intention à cet égard ?

M. SAKAI (Japon) craint essentiellement que la Région du Pacifique occidental soit sous-représentée au Conseil exécutif et tient donc à améliorer la situation en portant de quatre à cinq le

nombre des Etats Membres de la Région appelés à désigner un délégué au Conseil. Comment y parvenir, c'est une autre question dont l'Assemblée mondiale de la Santé devra se saisir en temps et lieu. Les options qui s'offrent semblent notamment être de porter le nombre total de membres à 34, et de redistribuer les 32 sièges existants ou les 33 sièges proposés.

Le Dr ENOSA (Samoa) soutient l'appel tendant à porter le nombre des sièges de quatre à cinq mais, à l'instar du représentant des Etats-Unis d'Amérique, se demande si le Comité régional est la tribune la plus indiquée pour débattre d'une demande dans ce sens. Si tel n'est pas le cas, il faut clore le débat.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que le Comité discute de la question de la corrélation des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional. Le Conseil exécutif a proposé de porter le nombre de sièges de 32 à 33, et de modifier la Constitution en conséquence. Donc, à son avis, le Comité régional peut légitimement débattre du nombre de sièges au titre de ce point de l'ordre du jour. Le souhait du Comité semble être de porter de quatre à cinq le nombre des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental appelés à désigner une personne devant siéger au Conseil. A son avis également, le Comité est en droit de solliciter une telle augmentation. Les représentants n'ont proposé aucun changement à la Constitution. L'examen des modalités selon lesquelles une telle augmentation peut s'effectuer demeure bien entendu la prérogative du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Pour le Dr RODGERS (Iles Salomon), les arguments avancés dans le projet de résolution sur les allocations régionales (document WPR/RC46/Conf. Paper No. 3) peuvent constituer une excellente base pour la rédaction d'un projet de résolution sollicitant une augmentation du nombre de sièges au Conseil exécutif.

Le Dr TAPA (Tonga) appuie la proposition du Japon tendant à porter de quatre à cinq le nombre de sièges attribués à des Etats Membres du Pacifique occidental. Cette proposition ne fait nullement mention d'une révision constitutionnelle. On pourra d'ailleurs rédiger un projet de résolution sollicitant une telle augmentation dans des termes analogues à ceux qui ont été utilisés dans la résolution WPR/RC35.R10, dans laquelle le Comité régional a adressé une recommandation au Conseil exécutif et, par son intermédiaire, à l'Assemblée mondiale de la Santé, tendant à ce que l'on envisage de porter de trois à quatre le nombre des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental appelés à désigner un membre du Conseil exécutif.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution.

5.2 Examen de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional : Point 20.2 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/20)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le document WPR/RC46/20 indique les rapports existant entre le présent ordre du jour du Comité et les points de l'ordre du jour qui seront examinés aux prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les ordres du jour provisoires apparaissent dans leur intégralité dans les Annexes 2 et 3. La corrélation vise à informer le Comité régional et à lui donner l'occasion de formuler des observations sur les différents points de l'ordre du jour qui y sont indiqués.

Le Dr BLEWETT (Australie) observe que la mise en oeuvre des réformes à l'OMS, la stratégie d'adaptation aux changements mondiaux et le budget programme adopté en mai 1995, auront, dans leur application, des incidences considérables sur le personnel de l'Organisation, notamment au Siège. Le Gouvernement australien estime qu'il faut faire preuve d'une grande réceptivité et d'une attitude d'ouverture et de consultation si l'on veut que les objectifs soient réalisés sans que le moral et la confiance du personnel en pâtissent. En tant que membre du Conseil exécutif tel est son avis. Certes, la gestion courante du personnel n'est pas du ressort du Conseil, mais le moral et la confiance du personnel de l'OMS le sont incontestablement, et le Conseil doit lui accorder toute l'attention voulue à sa prochaine session. Lors de sa session de janvier 1995, la déclaration de la représentante des associations du personnel de l'OMS a été placée en queue d'ordre du jour, et aucun temps n'a été accordé pour un débat. Aussi, conviendrait-il que le point 13 du projet d'ordre du jour provisoire de janvier 1996, Déclaration du représentant des associations du personnel de l'OMS, soit évoqué au titre du point 4.5, Politique en matière de personnel. Jusqu'à présent, des exemplaires de la Déclaration n'ont été disponibles qu'après que celle-ci ait été prononcée. En raison de l'acuité de la question en des temps de changement et de difficultés à surmonter, sans doute conviendrait-il de diffuser le texte aux membres du Conseil avant la session, avec les documents habituels du Conseil. Il n'est suggéré aucune action particulière du Comité régional, mais l'orateur a jugé important de faire partager ses préoccupations aux représentants et de les informer des propositions qu'il a l'intention de faire.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'en l'absence de toute objection, il conclura que le Comité régional fait siennes les préoccupations qui viennent de s'exprimer et qu'il souhaite qu'il en fasse part du Directeur général. Il posera la question à la prochaine réunion du Conseil de la Politique mondiale qui se livrera à un examen détaillé de l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif de janvier 1996.

Le Dr BLEWETT (Australie) remercie le Directeur régional de l'assurance qu'il lui donne.

6. CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES ORGANISEES EN MARGE DE LA QUARANTE-SEPTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL : Point 21 de l'ordre du jour (Document WPR/RC46/21)

Le DIRECTEUR REGIONAL annonce qu'après la clôture de la session, des discussions techniques se dérouleront sur le thème des risques pour la santé des travailleurs sur le lieu de travail.

Dans l'immédiat, le Comité doit choisir un thème pour les discussions techniques qui auront lieu en marge de la quarante-septième session. Le document WPR/RC46/21 contient trois propositions : qualité de la vie, réforme des systèmes de santé, et réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Toutefois, le Comité est libre de proposer d'autres thèmes. En mai 1994, le Conseil exécutif a décidé, dans sa résolution EB94.R2 qu'à partir de la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1996, et à titre d'essai, les discussions techniques seront remplacées par des séances d'information technique bien organisées, en nombre limité, et par des forums informels propices au dialogue. Cette décision a été approuvée par la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA48.17. Le Comité souhaitera peut-être s'inspirer de cet exemple.

Pour M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique), l'idée des discussions techniques est de réserver un certain temps pendant la session pour examiner de façon moins solennelle tel ou tel sujet. Toutefois, ces dernières années, les discussions techniques qui se sont tenues pendant les Assemblées mondiales de la Santé et les sessions du Comité régional du Pacifique occidental ont été particulièrement bien suivies, peut-être parce que, pour le Comité régional, elles ont été prévues après l'achèvement de la session. Le Comité devrait suivre l'exemple donné par l'Assemblée mondiale de la Santé, et remplacer les discussions techniques par des séances d'information technique données par un membre du personnel ou un expert extérieur, que l'on pourrait prévoir à des heures propres à attirer une plus grande participation, par exemple pendant la pause-déjeuner ou à raison d'une ou deux heures pendant, ou immédiatement après, les heures de travail. De nombreux délégués ont trouvé que les nouvelles dispositions prises à l'Assemblée mondiale de la Santé étaient à la fois plus intéressantes et plus utiles que les discussions techniques. D'ailleurs, la Région des Amériques a également cessé d'organiser des discussions

techniques. En conséquence, le Comité ne devrait-il pas adopter un calendrier approprié de séances d'information technique pendant une période d'essai ?

Le Dr BLEWETT (Australie) appuie cette proposition.

Le Dr TAUFA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) appui également la proposition mais propose que l'on envisage des questions autres que celles qui ont été énumérées comme thèmes possibles des discussions techniques.

Le Dr TAPA (Tonga) appuie la proposition, étant entendu qu'elle est uniquement formulée à titre d'essai. Il demande s'il est opportun d'adopter la nouvelle formule dès la prochaine session, qui, on le sait, n'aura pas lieu au Bureau régional.

Le Dr RODGERS (Iles Salomon) appuie la proposition qui permettra de traiter de plus d'un thème à chaque session. Il suggère que toute modification apportée à la formule soit envisagée concurremment avec un examen du problème des visites dans les pays, de la taille du Sous-Comité, et des résolutions adoptées dans le cadre de l'examen du point 12 de l'ordre du jour. Des séances d'information technique notamment par des experts extérieurs, pourront rendre inutiles les visites dans les pays. En revanche, le rapport d'une visite effectuée dans un pays par une petite équipe peut à son tour permettre une réduction des effectifs du Sous-Comité.

Le Dr Young-So SHIN (République de Corée) approuve l'idée générale d'un changement et suggère que, lorsque les sessions se tiennent hors du Bureau régional, il peut être intéressant de choisir des thèmes relatifs à des problèmes prioritaires pour l'OMS qui présentent également un intérêt particulier pour le pays hôte, lequel, dans le cas de la prochaine session, n'est autre que le sien. Des conversations informelles avec des représentants de l'Australie, pays qui accueillera la session en 1997, il ressort que ceux-ci souhaitent également une telle formule.

Le DIRECTEUR REGIONAL observe que la discussion a abouti à un certain nombre de propositions intéressantes mais qu'il souhaiterait, dans une certaine mesure, qu'on le guide sur la meilleure façon de prévoir de nouvelles dispositions et qu'on lui dise si la demi-journée actuellement réservée aux discussions techniques doit servir aux séances d'information envisagées ou s'il faut en faire l'économie. Enfin, les pays qui accueilleront la session au cours des deux prochaines années, ne pourraient-ils pas, en consultation avec le Bureau régional, choisir un thème à la place des discussions techniques ? Si cela est acceptable, on pourra prévoir la séance d'information. Il ne faut pas perdre de vue non plus que les représentants reçoivent un certain nombre d'invitations à déjeuner et à dîner pendant les sessions du Comité régional.

Le Dr Young-So SHIN (République de Corée) précise que son gouvernement sera heureux de collaborer avec le Directeur régional pour parvenir à un horaire satisfaisant. On peut, par exemple, organiser un déjeuner de travail comportant une séance d'information technique.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) se félicite des idées intéressantes qui ont été lancées. Toutefois, il apparaît clairement que les sessions qui se tiennent hors du Bureau régional obligent à davantage de consultations entre le personnel du Bureau régional et le pays hôte afin d'en arriver à de bonnes solutions.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution.

La séance est levée à 16h55.