

PROCES-VERBAL DE LA QUATRIEME SEANCE

Salle des conférences de l'OMS
Jedi 3 octobre 1968, 9 heures

PRESIDENT : Dr C. S. Gatnaitan (Philippines)
 ensuite : Médecin-Genéral J. Rondet (France)

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Acceptation par le Président des rapports succincts reçus des gouvernements au sujet de leurs activités sanitaires (suite)	203
2. Planification sanitaire intégrée : suite donnée à la résolution WPR/RC18.R1 adoptée par le Comité à sa dix-huitième session	203
3. Planification à long terme et évaluation (résolutions WHA21.32 et WHA21.49) et programmation biennale	206
4. a) Planification à long terme et évaluation	206
b) Programmation biennale	211
4. Coût des réunions de Comités régionaux hors des sièges régionaux	215
5. Choix du thème des discussions techniques pour la vingtième session du Comité régional	217
6. Départ du Directeur général	218

Quatrième séanceJeudi 3 octobre 1968, 9 heuresPRESENTSI. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	Dr H.M. Franklands M. Tore Lokoloko Dr R.F.R. Scragg Dr R.H. MacDonald
CAMBODGE	Dr Thor Peng Thong
CHINE	Dr C.K. Chang Dr Y.T. Wang
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	Dr R.K.C. Lee Dr J.K. Shafer Dr H. DeLien
FRANCE	Médecin-Général J. Rondet
JAPON	Dr T. Muranaka M. K. Watanabe M. N. Maekawa M. Y. Masuko
LAOS	Dr Tiao Jaisvasd Visouthiphongs
MALAISIE	Tan Sri (Dr) Mohamed Din bin Ahmad Dr Chong Chun Hian Dr Fang Ung Seng Dr K.S. Jap
NOUVELLE-ZELANDE	Dr C.N.D. Taylor
PHILIPPINES	Dr C.S. Gatmaitan Dr J. Dizon Dr J. Navarro Dr G. Balbin Dr E. Perez Dr F. Nepomuceno Dr J. Sumpaico

PORTUGAL	Dr N.C. de Andrade M. Carlos da Luz Nunes
REPUBLIQUE DE COREE	M. Sang Yung Soh Dr K.S. Chang
ROYAUME-UNI	Dr P.H. Teng Dr C.H. Gurd
SAMOA-OCCIDENTAL	M. Luamanuvae Eti
SINGAPOUR	M. Lye Thim Fatt
VIET-NAM	Dr Lê Nhân Thuân

II. Représentants des Nations Unies et des institutions spécialisées

NATIONS UNIES ET FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE	M. A.E. Meager
---	----------------

III. Représentants des organisations intergouvernementales

COMITE INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES	Colonel P.J. Barcelona, MC
COMMISSION DU PACIFIQUE SUD	Dr A. Guinea

IV. Représentants des organisations non gouvernementales

UNION INTERNATIONALE DES ARCHITECTES	M. J.E. Niñalga
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE	Dr F. Rojas
UNION INTERNATIONALE POUR L'EDUCATION SANITAIRE	Mlle C. del Rosario

FEDERATION MONDIALE DES ERGOTHERAPEUTES	Mme C. Floro
FEDERATION INTERNATIONALE POUR LE PLANNING FAMILIAL	Professeur D. Chun Dr H.M.C. Poortman
FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE	Dr J.R. Villanueva
COMITE INTERNATIONAL CATHOLIQUE DES INFIRMIERES ET ASSISTANTES MEDICO- SOCIALES	Mme M. Ordoñez
CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES	Mme R.S. Diamante
ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MEDECINS	Dr Fé del Mundo
LIGUE DES SOCIETES DE LA CROIX-ROUGE	Dr B. Roa

V. Observateur

ILES RYU-KYU	Capitaine D.A. Sebahar
--------------	------------------------

VI. Secrétariat de l'OMS

DIRECTEUR GENERAL	Dr M.G. Candau
SECRETAIRE	Dr Francisco J. Dy Directeur régional

1. ACCEPTATION PAR LE PRESIDENT DES RAPPORTS SUCCINCTS RECUS DES GOUVERNEMENTS AU SUJET DE LEURS ACTIVITES SANITAIRES : point 10 de l'ordre du jour (suite du procès-verbal de la deuxième séance, point 6)

LE PRESIDENT accuse réception, au nom du Comité, des rapports suivants que le Gouvernement de Singapour vient d'envoyer : 1) Rapport succinct sur les progrès réalisés dans le domaine des activités sanitaires pour 1967-1968; 2) La santé à Singapour, 1968, résumé du Ministère de la Santé. (Pour l'autre rapport reçu, voir le procès-verbal de la cinquième séance, section 1).

2. PLANIFICATION SANITAIRE INTEGREE : SUITE DONNEE A LA RESOLUTION WPR/RC18.R1 ADOPTEE PAR LE COMITE A SA DIX-HUITIEME SESSION : point 14 de l'ordre du jour (Document WPR/RC19/6)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le document WPR/RC19/6 résume les renseignements reçus au sujet de l'assistance fournie par les organisations bénévoles dans le domaine de la santé. Il n'a pas été facile d'interpréter les résultats obtenus à cause des différences de teneur et de sujets traités dans les réponses reçues. Néanmoins, les éléments d'information recueillis donnent des précisions sur la situation de chaque pays ou territoire et reflètent ainsi, dans l'ensemble, la situation telle qu'elle existe dans la Région. Bien que les chiffres donnés ne soient pas complets et qu'un certain nombre de pays aient omis de faire rapport, le grand nombre d'organisations bénévoles actives dénote un potentiel de ressources considérable qui pourra être réajusté et coordonné avec les ressources de l'Etat au profit des activités sanitaires.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) dit que le document offre un excellent résumé de ce qui se passe dans la Région, notamment en ce qui concerne les organisations bénévoles et leurs activités sanitaires

dans les pays Membres. Il demande au Directeur régional si son bureau et son personnel, par l'intermédiaire des représentants de l'OMS, feront usage de ces renseignements pour aider à assurer le maximum de coordination entre les organisations sanitaires bénévoles et les organisations gouvernementales. Il pense que ce genre d'information est une condition préalable d'une exploitation plus efficace des ressources des pays Membres dans la mise en oeuvre des programmes sanitaires.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que l'une des fonctions des représentants de l'OMS consiste à aider à coordonner les divers types d'assistance fournie dans le domaine de la santé. Tous renseignements complémentaires qui pourront être obtenus sur l'assistance susceptible d'être fournie par des organisations bénévoles pourront utilement faire l'objet d'un examen par le comité de coordination nationale. Malheureusement, la création de ces comités n'a pas encore reçu suffisamment d'attention.

M. LYE (Singapour) appuie la déclaration du représentant des Etats-Unis d'Amérique. Il se rend compte qu'une comparaison en profondeur des éléments d'information recueillis ne serait pas indiquée. Il tient cependant à se référer au point 3.1.2 e), formation et perfectionnement du personnel. Il constate que dans les réponses envoyées par 101 organisations, ce qui représente environ 12 pour cent du nombre total des rapports reçus, 0,8 pour cent seulement des fonds a été affecté à la formation et au perfectionnement du personnel. Il pense que ce point pourrait faire l'objet d'une plus grande attention dans les pays intéressés et qu'il vaudrait mieux augmenter les dépenses prévues pour la formation et le perfectionnement du personnel au sein des départements de la santé plutôt que les mettre entièrement à la charge des écoles de médecine et des institutions de formation.

Le Dr FRANKLANDS (Australie) dit que l'Australie est l'un des pays qui n'a pas rempli le questionnaire à cause de l'interprétation que l'on pouvait donner aux aspects traités en page 2, aux paragraphes 2 c) et 2 d). En Australie, on compte de nombreuses institutions bénévoles qui s'intéressent directement ou indirectement au domaine de la santé. Les activités de ces institutions permettent de compléter de nombreux aspects du programme sanitaire mais elles ne sont pas assujetties à la politique générale du pays.

Le DR ANDRADE (Portugal) se réfère au paragraphe 3.1.5, "dispositions concernant la consultation mutuelle entre les autorités sanitaires et les organisations privées, la coordination et la planification conjointe". Au Portugal, l'Eglise catholique fait une contribution importante aux activités sanitaires nationales. En fait, il est prévu qu'un représentant du département de la santé travaillera en collaboration étroite avec l'Eglise dans ce domaine. Cette disposition n'est pas encore observée à Macao et à Timor mais il est probable qu'on l'adoptera dans un proche avenir.

Le Dr TENG (Royaume-Uni) dit que Hong Kong a un budget d'environ 32 millions de dollars des Etats-Unis pour les maladies curatives et préventives. Sur ce montant, le Gouvernement alloue chaque année quelque neuf millions de dollars des Etats-Unis aux institutions bénévoles pour les aider à assurer au moins 4,25 lits par mille habitants, objectif qu'elles se sont fixées. D'autre part, des organisations privées et des personnes philanthropes ont remis au Gouvernement, au cours des onze dernières années, environ 5,5 millions de dollars des Etats-Unis pour l'aider à mettre en oeuvre son programme sanitaire. Le Dr Teng donne ensuite quelques exemples de l'assistance fournie aux institutions bénévoles par le Gouvernement. Les institutions de charité ne peuvent pas uniquement remplir certaines fonctions, elles doivent aussi faire des contributions sous la forme de dons. Toutefois, un planificateur médical doit se rendre compte que si l'on peut compter

sur des dons en espèces de personnes privées et d'organisations, les dépenses courantes doivent être supportées par le Gouvernement. Celles-ci s'élèvent à un tiers des dépenses en capital annuelles. Cela revient à dire qu'il faut trois ans au Gouvernement pour rattraper et compenser les contributions reçues.

Aucune observation n'ayant été formulée, le PRESIDENT demande aux rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.3).

3. PLANIFICATION A LONG TERME ET EVALUATION (RESOLUTIONS WHA21.32 ET WHA21.49) ET PROGRAMMATION BIENNALE : point 15 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC19/7 et WPR/RC19/8)

a) Planification à long terme et évaluation (WPR/RC19/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le document WPR/RC19/7 résume les divers changements survenus à propos de la formulation de plans à long terme par un certain nombre d'organismes des Nations Unies. Ces changements exigent nettement le renforcement et l'élargissement des projections de planification de l'Organisation.

Au cours des dernières années, le programme général de travail pour une période déterminée était formulé par le Conseil exécutif, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et adapté par les comités régionaux aux besoins de chaque région. On propose maintenant que cette procédure soit inversée. La première étape consistera en consultations entre l'OMS et les différents gouvernements. Les bureaux régionaux pourront ensuite, sur la base de ces consultations au sujet des plans nationaux, des besoins et des intentions, dresser des plans d'ensemble régionaux à prendre en charge par le Siège. Ces projections régionales, une fois harmonisées, formeront la base d'un programme global qui, dans la forme approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé, constituera le programme général de travail pour la période 1972-1976. Ce procédé fournira également aux Etats Membres la possibilité de vérifier leurs besoins et de s'assurer par là que la coopération

technique de l'OMS suit un ordre de priorité.

En ce qui concerne la Région du Pacifique occidental, il est suggéré que les Etats Membres pourront vouloir établir les priorités dans l'ordre suivant: organisation et administration, enseignement et formation professionnelle et programmes choisis.

En outre, les pays Membres pourront vouloir poursuivre des études entreprises conjointement sur des sujets choisis qui présentent un intérêt particulier pour certains groupes de pays, comme par exemple la fièvre hémorragique, l'encéphalite japonaise et la filariose.

Au cours de la troisième étape, les décisions des différents pays au sujet de leurs priorités et des études connexes pourront faire l'objet d'un rapport au Comité régional et aider ainsi à formuler le programme régional.

Le Directeur régional a suggéré que le Comité régional examine également, s'il le désire, les principes énoncés à l'annexe 1 du document et exprimer son opinion générale sur les aspects de la planification et de l'évaluation du programme de l'OMS.

M. ETI (Samoa occidentale) constate qu'en application du nouveau système les pays examineront, en consultation avec l'OMS, leurs besoins pour la période 1972-1976. Les programmes nationaux seront coordonnés par le Comité régional et groupés en un plan régional qui sera alors soumis au Conseil exécutif pour insertion dans un plan global. M. Eti appuie en principe la proposition car il pense que cette nouvelle méthode permettra de bien axer le plan global de l'OMS sur les besoins et problèmes effectifs des différents pays. Il semble cependant que ce procédé soulève quelques difficultés. Premièrement, il faut fixer le montant des crédits avec lesquels le pays devra établir son plan et, deuxièmement, préciser si le pays sera autorisé à dépenser tous ses crédits pour l'équipement ou s'il devra consacrer un plus grand pourcentage au personnel.

M. Eti estime qu'il serait utile d'avoir davantage de détails sur la manière dont se fera la planification et suggère que l'OMS poursuive ses consultations avec les pays Membres et présente à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé un aperçu général plus détaillé.

Le DIRECTEUR REGIONAL informe le représentant du Samoa occidental que l'OMS fournit des services et non des crédits aux différents pays.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) demande s'il serait possible d'examiner en même temps les points relatifs à la planification à long terme et à l'évaluation et à la programmation biennale.

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'il semble qu'il existe un certain mal-entendu. La programmation biennale ne doit pas être confondue avec le programme à long terme qui portera sur la période 1972-1976. Le programme à long terme n'est pas nouveau. La seule modification qui a été suggérée concerne la procédure. L'Article 28 de la Constitution de l'OMS attribue notamment la fonction suivante au Conseil : "soumettre à l'Assemblée de la Santé, pour examen et approbation, un programme général de travail s'étendant sur une période déterminée". Le Conseil exécutif a élaboré un certain nombre de ces programmes. Le programme à long terme pour une période déterminée expirant en 1971 est mentionné à la page 2 du document. Ce que l'on suggère maintenant à l'Assemblée, en application de la résolution de l'Assemblée, c'est de changer la méthode à appliquer pour l'élaboration d'un programme à long terme pour une période déterminée. Dans le passé, ce programme était établi par le Conseil exécutif, présenté à l'Assemblée de la Santé et soumis à l'attention des comités régionaux pour adaptation aux besoins régionaux. Ce que l'on propose actuellement c'est que l'on commence par obtenir les avis des pays ou quelques précisions sur leurs besoins et que l'on examine ensuite la question au sein du Comité régional. Les observations du Comité régional seront soumises au Conseil exécutif qui élaborera alors le programme à long terme pour une période déterminée qu'il présentera à l'Assemblée. Le Comité

peut prendre la décision qu'il veut mais il ne doit pas confondre le programme à long terme pour 1972-1976 avec la programmation biennale qui, en fait, porte sur les activités en 1970 et 1971. Le représentant du Samoa occidental n'est pas certain qu'il s'agisse là de la meilleure manière de procéder. On espère que la méthode qui consiste à travailler d'abord à la périphérie puis au centre permettra au Conseil exécutif d'élaborer un programme à long terme plus réaliste. Ce que l'on a critiqué à l'Assemblée c'est le fait que le programme général de travail pour une période déterminée est trop vaste et ne donne pas suffisamment de renseignements détaillés. On espère que la nouvelle méthode procurera au Conseil exécutif les éléments d'information dont il a besoin pour élaborer un programme de travail plus détaillé.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il a l'impression que le programme de travail à long terme est lié étroitement à la programmation biennale.

Le DIRECTEUR GENERAL ne pense pas qu'il y a une véritable divergence d'opinion mais que l'on discute plutôt de l'importance relative des deux questions et des différentes périodes sur lesquelles elles portent.

Pour ce qui est de la programmation biennale ce n'est que le commencement d'une discussion probablement longue. Le Comité a été prié de communiquer son avis au Conseil exécutif de manière que, au moment où cet organisme examinera la question en février prochain, il pourra faire une recommandation à l'Assemblée.

D'autre part, l'élaboration d'un programme à long terme est un processus bien établi. L'Assemblée veut connaître les vues du Comité régional sur la nouvelle proposition de manière à pouvoir donner des directives au Conseil exécutif sur la façon d'élaborer le programme à long terme pour 1972-1976. La programmation biennale doit encore être examinée à tous les niveaux avant que l'on prenne une décision. Le Directeur général est d'accord avec le Dr Lee pour dire

que si ces deux propositions sont adoptées, le programme de travail à long terme servira de guide à la programmation biennale.

Le Dr THOR PENG THONG (Cambodge) appuie cette proposition car il est convaincu que le programme de travail pour une période déterminée pourra correspondre ainsi aux besoins sanitaires de la région.

M. WATANABE (Japon) dit que si la nouvelle procédure est mise en vigueur, chaque Comité régional pourra choisir différents domaines d'activités qui correspondront aux besoins de la Région. Chaque région aura donc des priorités et des besoins différents. Il demande comment le Conseil exécutif va faire face à ce problème.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que chaque comité régional soumettra un programme à long terme, ce qu'il croit être les plans de la Région, fondé sur les plans nationaux d'action sanitaire des différents pays. Ce programme sera transmis au Siège et soumis au Conseil exécutif pour étude. Le Conseil exécutif élaborera alors un programme à long terme fondé sur les suggestions des différentes régions et présentera un programme général de travail à l'Assemblée pour examen. L'Assemblée prendra la décision finale, sur la base de la recommandation du Conseil exécutif. En réalité, la différence consiste en ce que le Conseil exécutif disposera de beaucoup plus de renseignements qu'auparavant pour dresser le programme à long terme.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) demande s'il a bien compris l'idée, savoir que les Etats Membres détermineront leurs priorités en fonction de leurs propres besoins. Il demande également si l'OMS a des domaines particuliers à suggérer.

Le DIRECTEUR REGIONAL suggère les priorités suivantes :

Au titre de l'organisation et administration, des questions comme l'extension des services à la périphérie et l'amélioration de la gestion des services pourront être examinées.

Les priorités au titre de l'enseignement et la formation professionnelle varient nettement d'un pays à l'autre quant aux catégories qui ont besoin d'une formation et au contenu des programmes d'études.

Parmi les programmes choisis, les maladies transmissibles, l'organisation des soins médicaux, l'hygiène du milieu et la promotion de la santé ainsi que, plus spécialement, la santé infantile, sont peut-être les domaines les plus importants.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) pense que les représentants qui sont présents à cette séance acceptent les domaines de priorité proposés par le Directeur régional. Il est important de bien comprendre ce point car il s'agit là des priorités éventuelles que les Etats Membres auront à admettre au moment où ils élaboreront leurs plans à long terme.

En l'absence d'observations, le PRESIDENT demande au rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié.

(Pour l'examen du projet de résolution, voir section 2.6).

Le Médecin-Général J. RONDET (France), Vice-Président, a pris la présidence.

b) Programmation biennale (WPR/RC19/8)

Le DIRECTEUR REGIONAL pense que la proposition visant à prolonger d'une année la période de programme stimulera les efforts en vue d'une élaboration plus réaliste des projets.

Dans le contexte de la planification du programme à long terme, les aspects financiers devront être évalués pour une période future aussi étendue que possible. Comme l'évaluation du programme pourra aboutir à la conclusion qu'il est nécessaire de reformuler les buts ou les voies à suivre pour atteindre un but, il conviendra de donner suffisamment de souplesse à la planification financière à long terme. Il ne fait pas de doute qu'il y a avantage à fixer des buts en prévoyant la façon dont on les atteindra et le moment auquel on les atteindra et en déterminant le coût probable des opérations. Cette tâche n'est pas facile mais elle pourra constituer, de l'avis du Directeur général, un effort qui en vaudra vraiment la peine dans la mesure où les

gouvernements et l'Organisation seront disposés et aptes à évaluer leurs activités et à apporter tous les ajustements administratifs et financiers qui leur seront indiqués.

M. ETI (Samoa occidental) souscrit en principe à la proposition car le fait de connaître à l'avance la contribution de l'OMS et les domaines sur lesquels elle portera facilitera l'élaboration du budget national. Les pays auront également suffisamment de temps pour rendre leurs ressortissants conscients des avantages du programme proposé avant sa mise en oeuvre effective.

Au Samoa occidental, vu le manque d'études approfondies sur la situation sanitaire et les conditions de vie de la population, il est impossible aux autorités de parler avec confiance de leur aptitude à établir un plan. M. Eti demande au Directeur régional de lui apporter une aide dans les opérations de planification. Cette question est indispensable si l'on veut que son Gouvernement tire tout le parti possible du programme d'assistance de l'OMS.

Le DIRECTEUR REGIONAL assure le représentant du Samoa occidental que l'OMS sera très heureuse de fournir l'assistance qu'il lui demande.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) se déclare en faveur de la programmation biennale décrite dans le document. Il demande si l'on a l'intention d'adopter un budget analogue à celui de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) qui est établi pour une période de quatre ans : l'année précédente l'exercice en cours et les prévisions concernant l'année suivante et le budget pour 1970. Si ce plan doit être adopté, le Dr Lee se demande si désormais les dépenses de l'année écoulée, de l'exercice en cours et celles des années suivantes ne figureront pas dans le document relatif au budget.

LE DIRECTEUR GENERAL confirme que ce que le Dr Lee suggère correspond à ce qui se passe en réalité. La seule différence est qu'en octobre 1968 l'Organisation panaméricaine de la Santé examinera le budget pour 1969 et la projection du budget pour 1970. Si cette méthode est appliquée par le Comité régional en 1968, il examinera le budget pour 1970 et fera une projection du budget de 1971. Il y a une différence d'une année en raison des dispositions internes différentes des deux organisations. Le but est d'avoir une projection qui aidera l'Assemblée à prendre une décision sur l'ordre de grandeur du budget la seconde année de programmation. Cette procédure ne doit pas être confondue avec la préparation d'un budget pour deux ans qui impliquerait alors une modification de la Constitution que l'Assemblée n'a pas acceptée. Quant à ce qui doit apparaître dans le document sur le budget, le Directeur général précise que l'on se propose de supprimer les détails concernant l'année précédente. Cette question est encore à examiner et à approuver par l'Assemblée de la Santé au cas où le Conseil exécutif déciderait de la soumettre à l'Assemblée. Ce qu'il faut maintenant c'est obtenir la réaction des comités régionaux à la proposition de manière que le Conseil exécutif puisse faire rapport de leurs opinions à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) demande s'il y aura une colonne dans le budget pour l'année précédente de manière qu'on ait bien la période de quatre ans.

Le DIRECTEUR REGIONAL signale qu'il y aura trois colonnes. Ainsi, si l'on prend comme exemple le programme et le budget de cette année, la colonne de 1968 sera éliminée mais il y aura trois colonnes pour 1969, 1970 et 1971.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que la seule raison pour laquelle on ne fait pas figurer de colonne pour 1968 est que l'établissement de quatre colonnes dans le budget tant pour les crédits ordinaires que pour les fonds réservés à l'assistance technique entrainera

la publication d'un document beaucoup plus épais. Il s'agit donc d'une question pratique de présentation, rien de plus.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'aux Etats-Unis les autorités sanitaires font figurer dans leur budget les dépenses de l'année écoulée, de l'exercice en cours et des années suivantes. Il considère que cette présentation est très importante car elle indique les tendances sans lesquelles le document relatif au budget serait incomplet. Il est convaincu qu'une méthode analogue est suivie par d'autres gouvernements de la Région.

Le DIRECTEUR GENERAL fait observer que le Directeur régional ne parle pas de l'année précédente; il examine en fait la colonne de 1968 et étudie de près les budgets de 1969, 1970 et 1971. Si, comme le suggère le Dr Lee, on maintient la colonne pour 1968 et si l'on ajoute une autre colonne pour 1971, on obtiendra ainsi une période de quatre ans, analogue à celle de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Le Dr TENG (Royaume-Uni) déclare que sa délégation appuie la proposition et exprime l'espoir que les Etats Membres de la Région consentiront à formuler le programme de cette manière. Il espère que les gouvernements fourniront les renseignements nécessaires en temps voulu de manière qu'un programme biennal réaliste puisse être soumis au Siège.

Le Dr CHANG (Chine), M. WATANABE (Japon), le Dr TAYLOR (Nouvelle-Zélande) et le Dr ANDRADE (Portugal) appuient tous la proposition relative à une programmation biennale.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il a un projet de résolution à proposer au Comité.

LE DIRECTEUR REGIONAL suggère que ce projet de résolution soit ronéographié en anglais et en français et distribué aux représentants.

Il en est ainsi décidé. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.7).

4. COUT DES REUNIONS DE COMITES REGIONAUX HORS DES SIEGES REGIONAUX (WPR/RC19/10) : point 16 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que ce point a été inscrit à l'ordre du jour à la suite des discussions qui se sont déroulées pendant la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Le procès-verbal concernant ces discussions est annexé au document WPR/RC19/10.

M. ETI (Samoa occidentale) fait remarquer qu'il y a tous les services et installations nécessaires au Siège régional pour les réunions du Comité régional. Par contre, si la réunion se tient dans un autre lieu, la population du pays hôte prendra connaissance des travaux de l'OMS. Cette deuxième solution permettra également au Secrétariat de prendre mieux conscience des conditions sanitaires du pays intéressé et donnera la possibilité aux représentants de voir les différentes façons d'aborder les programmes sanitaires dans les pays visités. Il a été suggéré par certains délégués de l'Assemblée de la Santé que l'OMS contribue davantage au coût lorsque les réunions se tiennent hors des sièges régionaux. M. Eti se prononce en faveur de ce point de vue à condition que la contribution de l'OMS ne soit pas trop élevée et puisse se limiter à un faible pourcentage du coût additionnel global, disons par exemple de 15 à 20 pour cent. Il appelle l'attention sur le document WPR/RC19/10 et signale que depuis 1959 les dépenses effectives de l'OMS pour les réunions du Comité régional ont été, dans un certain nombre de cas, inférieures au montant prévu dans le budget. Il suggère que, dans ce cas là, l'excédent puisse être remis au gouvernement hôte. Si sa proposition n'est pas appuyée par les autres représentants, il suggère que le Comité s'en tienne à la procédure actuelle selon laquelle le gouvernement hôte paye tous les frais supplémentaires.

Le Dr SCRAGG (Australie) comprend que cette question a été examinée dans les autres régions et que la proposition faite par le représentant du Samoa occidental selon laquelle le Bureau régional doit accepter de supporter une partie des frais supplémentaires au cas où la réunion se tiendrait hors des sièges régionaux a été acceptée. L'Australie sera très heureuse d'appuyer cette idée.

Lorsque le Gouvernement australien a été le pays hôte, l'OMS a économisé 3200 dollars. L'OMS n'a pas offert de remettre ce montant à l'Australie pour l'aider à faire face à ses dépenses de gouvernement hôte. Le Dr Franklands suggère que, lorsque la réunion se tiendra hors des sièges régionaux, toute somme économisée sur le montant prévu dans le budget pour la réunion du Comité soit automatiquement versée au gouvernement hôte.

Le Dr TENG (Royaume-Uni) appuie sans réserve la suggestion tendant à tenir les réunions du Comité régional tous les deux ans dans l'un des pays Membres. Cela permettra de faire connaître les activités de l'OMS à la population du pays qui agit en qualité d'hôte. Cette procédure permettra également de déterminer et de mettre en relief les problèmes du pays hôte et donnera la possibilité aux représentants des pays Membres de la Région de comprendre ces problèmes. Le Dr Teng pense également que le pays hôte devra continuer à payer les frais additionnels afférents à la réunion.

Le Dr ANDRADE (Portugal), le Dr CHANG (Chine), le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique), le Dr TAYLOR (Nouvelle-Zélande) et M. WATANABE (Japon) se prononcent en faveur du maintien de la procédure actuelle.

La question n'ayant pas donné lieu à d'autres observations, le PRESIDENT demande aux rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.4).

5. CHOIX DU THEME DES DISCUSSIONS TECHNIQUES POUR LA VINGTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL : point 18 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC19/9 et Add.1)

Le PRESIDENT, parlant en qualité de chef de la délégation française et de représentant de la Nouvelle-Calédonie, déclare que la plupart des propositions énumérées dans le document WPR/RC19/9 Add.1 sont probablement de nature trop spéciale et technique pour être considérées comme des problèmes généraux de santé publique. Sa délégation aimerait ne garder que les points 1 et 3 comme thème éventuel des discussions techniques.

Le Dr DIZON (Philippines) se réfère au document WPR/RC19/9 qui contient des sujets présentés par le Secrétariat et propose que le point 2, "Planification et organisation d'un service épidémiologique national" soit choisi pour thème des discussions de l'année prochaine. Dans son rapport, le Directeur régional a appelé l'attention sur la nécessité d'établir des services épidémiologiques et sur l'importance de ces services en tant qu'instrument de la planification et de la mise en oeuvre des services sanitaires. Dans de nombreux pays il n'y a pas encore de services épidémiologiques. L'examen de ce sujet est des plus opportuns et permettra d'orienter les pays qui prévoient d'établir ce genre de services.

Le Dr CHANG (Chine) dit que, en raison du fait que les maladies transmissibles restent un problème majeur de la Région, sa délégation appuiera la proposition du représentant des Philippines.

Le Dr CHONG (Malaisie) souscrit aux vues exprimées par les représentants des Philippines et de la Chine. Dans son pays, on ressent fortement le besoin de planifier et d'organiser un service épidémiologique national. Cette question a fait l'objet des discussions techniques à l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève cette année et il sera utile de poursuivre ces discussions en tenant compte de l'expérience acquise.

M. WATANABE (Japon), M. LYE (Singapour), le Dr FRANKLANDS (Australie), le Dr TENG (Royaume-Uni), le Dr ANDRADE (Portugal), le Dr CHANG (République de Corée) et le Dr VISOUTHIPHONGS (Laos) appuient la proposition faite par le représentant des Philippines.

En l'absence d'observations, le PRESIDENT demande aux rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.5).

6. DEPART DU DIRECTEUR GENERAL

Le DIRECTEUR GENERAL déclare que, comme il doit quitter Manille dans le courant de l'après-midi, il aimerait prendre congé des représentants et les remercier de l'attention avec laquelle ils l'ont écouté au cours de cette session. Il a été très heureux de participer à la réunion. Il espère revoir toutes les personnes présentes, sinon dans la Région du Pacifique occidental, du moins à l'Assemblée.

La séance est levée à 11 h 20.