



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Cinquantième session, Copenhague, 11 – 14 septembre 2000*

Point 2) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC50/3  
+ EUR/RC50/Conf.Doc./3  
+ EUR/RC50/Conf.Doc./4  
27 juin 2000  
00833  
ORIGINAL : ANGLAIS

## RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

Le présent document rend compte des travaux accomplis par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) depuis la quarante-neuvième session du Comité régional. Il porte sur des sessions tenues en septembre et décembre 1999, une « retraite » en mars 2000 et des sessions en avril et mai 2000. Le rapport sur la session de septembre 2000 figurera dans un additif au présent document.

Deux projets de résolutions sont joints pour examen par le Comité régional : l'une concerne l'adoption du présent rapport et l'autre a trait à des modifications du Règlement intérieur du Comité régional et du CPCR.

L'attention du Comité régional est attirée sur les paragraphes en caractères gras qui se trouvent à la fin d'un certain nombre de sections et indiquent les mesures à prendre.



## SOMMAIRE

*Page*

Introduction.....	1
La période biennale en cours (2000–2001).....	1
Évaluation externe du programme EUROSANTÉ .....	1
Mesures à prendre en cas d'urgence et préparation aux catastrophes.....	2
Incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique.....	3
Éradication de la poliomyélite .....	4
Indicateurs pour la surveillance des progrès accomplis vers la Santé pour tous .....	4
Période biennale suivante (2002–2003) et au-delà .....	4
La future stratégie relative aux pays du Bureau régional.....	4
Budget stratégique 2002–2003 – l'optique propre à la Région européenne .....	5
Bioéthique.....	6
Questions de procédure et autres questions .....	7
Ordre du jour provisoire et projets de résolutions pour la cinquantième session du Comité régional .....	7
Critères de sélection des évaluateurs externes .....	7
Critères à utiliser pour désigner les membres du Conseil exécutif.....	8
Groupe de prospection régional.....	8
Propositions de modifications des règlements intérieurs du Comité régional et du CPR .....	8
Comité pour une Europe sans tabac.....	10
Allocution d'une représentante de l'Association du personnel du Bureau régional.....	10
Annexe 1. Composition du septième CPR, 1999–2000.....	12
Annexe 2. Propositions d'amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional.....	13



## INTRODUCTION

1. Le septième Comité permanent du Comité régional (CPCR) s'est réuni pour la première fois le 17 septembre 1999, sous la présidence du Dr Jeremy Metters (Royaume-Uni). Le professeur Ayşe Akin (Turquie) a été élu vice-président lors de la deuxième session, qui a eu lieu à La Corogne (Espagne) les 2 et 3 décembre 1999. À la suite d'une « retraite » avec le nouveau directeur régional à Reykjavik les 2 et 3 mars 2000, les deuxième et troisième sessions ont eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 26 au 28 avril 2000 et au Palais des Nations, à Genève le 14 mai 2000, la veille de la cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé.

2. Une cinquième et dernière session se tiendra au Bureau régional le 10 septembre 2000, juste avant le début de la cinquantième session du Comité régional ; le rapport de cette session se trouvera dans un additif au présent document. La liste des membres du septième CPCR se trouve dans l'annexe 1.

## LA PÉRIODE BIENNALE EN COURS (2000–2001)

### Évaluation externe du programme EUROSANTÉ

3. Lors de la troisième session du CPCR, le Dr Danguole Jankauskienė et le professeur Jussi Huttunen, les deux évaluateurs externes, ont fait un rapport oral au CPCR sur les conclusions initiales de leur évaluation. Outre qu'ils avaient examiné un grand nombre de documents de référence portant sur les 26 pays couverts par le programme et eu des discussions avec toute une série de fonctionnaires, ils s'étaient rendus, comme convenu, dans sept pays pour procéder à une analyse approfondie. La conclusion globale de leur évaluation était que le programme EUROSANTÉ avait été fructueux ou très fructueux. Ils ont tenu compte de la disponibilité de ressources très limitées et des difficultés exceptionnelles caractérisant la situation politique dans les nouveaux États indépendants et les pays d'Europe centrale et orientale.

4. Après un examen de la situation, les évaluateurs avaient repéré les problèmes qui se posaient dans les six domaines prioritaires du programme : élaboration de la politique sanitaire, réforme des systèmes de soins, santé des femmes et des enfants, maladies infectieuses, maladies non transmissibles, et environnement et santé. Ils avaient également évalué les progrès dans quatre autres domaines essentiels pour le succès du programme (politique en matière de médicaments, soins infirmiers, valorisation des ressources humaines, et systèmes d'information) et examiné le fonctionnement des bureaux de liaison de l'OMS. Enfin, ils avaient examiné la collaboration avec d'autres organisations et la coordination des activités de l'OMS. Leurs recommandations initiales pour l'avenir étaient d'orienter les activités sur deux ou trois domaines prioritaires, de lancer un projet pilote sur la création de bureaux sous-régionaux, et d'assurer une coordination plus étroite avec les donateurs (en particulier l'Union européenne et la Banque mondiale) et entre les éléments interpays et pays des activités de l'OMS.

5. Le CPCR a félicité les évaluateurs pour le travail superbe qu'ils avaient accompli et s'est félicité des informations relatives au succès du programme EUROSANTÉ. Certains membres du CPCR ont estimé que l'évaluation aurait dû porter davantage sur l'efficacité opérationnelle du programme. Le CPCR a également exprimé des doutes quant à la possibilité qu'ont les pays de passer rapidement à un système de santé reposant sur le médecin de famille ou le généraliste, comme le recommandent les évaluateurs, compte tenu du manque de personnel qualifié.

6. Il a été proposé que le rapport écrit final suggère d'envisager de créer un nouveau grand programme pour l'ensemble de la Région européenne, et non uniquement la moitié des États membres comme c'est le cas actuellement. Le directeur régional a confirmé que le CPCR disposerait du rapport définitif lors de sa réunion de septembre, et que la nouvelle stratégie relative aux activités pays serait élaborée compte tenu de ces conclusions. Ces deux aspects seraient examinés ensemble par le Comité régional à sa cinquantième session.

**Mesures à prendre par le Comité régional**    **Examiner le document sur l'évaluation du programme EUROSANTÉ** (document EUR/RC50/4)

## EUROSANTÉ (document EUR/RC50/4)

### Mesures à prendre en cas d'urgence et préparation aux catastrophes

7. Conformément à la résolution EUR/RC49/R6, le conseiller régional responsable des partenariats en santé et de l'aide d'urgence a informé le CPR, lors de sa deuxième session, sur les travaux accomplis par le Bureau régional dans ce domaine et a proposé un certain nombre de mesures concrètes qui pourraient être prises pour donner effet à cette résolution du Comité régional. La capacité propre du Bureau régional pourrait être renforcée. Il serait possible de demander aux États membres s'ils souhaitent bénéficier d'une assistance ou participer à la coopération. Il serait possible de mettre en place d'autres partenariats. En particulier, il serait souhaitable de définir les éléments centraux des mesures prises par l'OMS en cas d'urgence. À cet égard, lors du tremblement de terre qui avait eu lieu en Turquie, il s'était avéré extrêmement difficile de coordonner l'assistance, en particulier au cours de la phase initiale, et il fallait se demander si les efforts de coordination qui pourraient être accomplis à l'avenir ne risqueraient pas simplement d'engendrer de plus grands retards encore.

8. Le CPR a estimé que le Bureau régional devrait demander instamment à chaque pays qui ne l'avait pas déjà fait d'élaborer un plan national de préparation aux catastrophes, et devrait définir les principes généraux d'un tel plan. L'OMS pourrait aussi aider les pays à analyser leurs propres capacités et leur montrer comment utiliser au mieux leurs propres ressources.

9. Il a également été suggéré que l'OMS pourrait porter son attention sur les pays où les catastrophes risquaient le plus de se produire et où la mémoire collective et les capacités internes de réaction immédiate étaient les plus limitées. En outre, elle pourrait dresser un inventaire des éléments d'assistance d'urgence que les États membres pourraient fournir, et encourager la création de réseaux de coopération entre États membres.

10. Il a été estimé que la force de l'OMS tenait dans le fait qu'elle était une organisation mondiale, compétente en matière de santé publique, capable de procéder à un bilan rapide de santé publique après une catastrophe et de fournir des informations, une analyse et des conseils de nature à déboucher sur l'élaboration de programmes de santé publique appropriés. L'OMS pourrait être capable de coordonner l'action des organisations non gouvernementales, pour autant qu'elle soit présente sur place suffisamment tôt et qu'elle diffuse des informations de santé publique de bonne qualité.

11. Compte tenu de ces discussions, le secrétariat a présenté au CPR, lors de sa troisième session, un document destiné à la cinquantième session du Comité régional, qui décrivait les capacités de l'Organisation dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes, les enseignements tirés de l'expérience et les atouts propres de l'OMS dans ce domaine. En outre, ce document décrivait les mesures prises pour donner effet à la résolution EUR/RC49/R6, regroupées sous cinq rubriques : rassemblement d'informations et direction stratégique, travail en réseaux, coopération avec des partenaires internationaux, renforcement des capacités nationales, et capacités internes. Une annexe de ce document contenait un plan de travail pour 2000–2001.

12. Le CPR a estimé que ce document était une réponse appropriée à la résolution du Comité régional et s'est félicité de la description claire des atouts propres à l'OMS. En ce qui concerne le financement du programme, le CPR a appris que le directeur régional présenterait des propositions au Comité régional en ce qui concerne la souplesse dans l'affectation des ressources.

13. Le CPR a confirmé que cette question devrait être abordée lors d'une séance d'information qui aurait lieu au cours de la cinquantième session du Comité régional, au cours de laquelle la présentation d'études de cas concernant l'Islande, la Turquie et d'autres pays serait suivie d'un exposé et d'une discussion du plan de travail de l'OMS, dans le but d'obtenir un soutien pour ses activités.

## **Incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique**

14. Le responsable du programme Nutrition a informé le CPRC, lors de sa « retraite » en Islande, qu'une proposition de plan d'action sur la politique en matière d'alimentation et de nutrition faisait l'objet d'une révision compte tenu d'observations formulées lors d'une consultation avec des représentants d'États membres européens qui avait eu lieu à Malte en novembre 1999. Les opinions des membres du CPRC seraient également prises en compte et la version finale du document serait présentée au Comité régional en septembre 2000.

15. Le CPRC a estimé que l'OMS, en agissant comme avocat de la santé publique, complétait bien l'Union européenne : l'OMS était en mesure de donner des avis scientifiques indépendants et de s'acquitter d'une fonction « normative », tout en tirant parti des instruments législatifs disponibles au sein de l'Union européenne. Il a cependant été rappelé que la Région européenne de l'OMS comprenait 51 États membres, dont la moitié n'était ni membres de l'Union européenne ni en voie d'adhésion et qu'ils devraient être tous en mesure de bénéficier du plan d'action européen.

16. Lors de sa troisième session, le CPRC a discuté d'une première version du plan d'action. Il a bien accueilli la partie analytique du document, mais a estimé qu'il convenait également d'accorder de l'importance à la malnutrition parmi les adultes et à la nutrition pendant l'adolescence. En outre, l'OMS devrait non seulement s'acquitter d'une fonction normative en ce qui concerne la consommation d'aliments mais également plaider en faveur de considérations plus larges relatives à la santé publique auprès de ceux qui produisent et transforment les aliments.

17. De l'avis du CPRC, il était essentiel que le document destiné à la cinquantième session du Comité régional suscite de l'intérêt et obtienne le soutien des ministres de la santé, en particulier pour des activités spécifiques qui pourraient être menées par l'OMS. Un membre a suggéré qu'un comité d'experts pourrait être créé et chargé de mettre au point des indicateurs de sécurité sanitaire unifiés relatifs aux substances toxiques (pesticides, mycotoxines, etc.) présentes dans les aliments destinés aux enfants et des aliments diététiques, tandis que le Bureau régional pourrait élaborer un rapport sur la méthode à utiliser pour estimer les facteurs alimentaires des maladies cardio-vasculaires, du cancer, de l'obésité, etc.

18. En conclusion, le CPRC a convenu qu'une version remaniée du plan d'action devrait être présentée au Comité régional lors de sa cinquantième session et que son titre pourrait être « Les incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique : les arguments en faveur d'une politique de l'OMS ».

19. Lors de sa quatrième session, le CPRC était saisi d'une version révisée du document. Il a souhaité que l'accent soit mis encore davantage sur les points les plus importants, telles que la charge que représentent les maladies et les troubles liés à la nutrition et, en conséquence, les raisons qui militent en faveur de l'adoption d'une politique et d'un plan d'action dans ce domaine. En outre, il a estimé qu'il fallait mentionner les effets de la pauvreté et de l'absence de logement sur l'état nutritionnel. Enfin, le CPRC a demandé à nouveau que le document mentionne la nécessité d'une politique sur la formation du personnel de santé à certains aspects de l'alimentation et de la nutrition, et décrive le contenu d'une telle formation.

**Mesures à prendre par le Comité régional**    **Examiner le document sur les incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique** (document EUR/RC50/8)  
**Examiner le projet de résolution correspondant** (EUR/RC50/Conf.Doc./7)

## **Éradication de la poliomyélite**

20. Lors de sa deuxième session, le CPRC a recommandé que des discussions sur les maladies transmissibles qui auraient lieu lors de la cinquantième session du Comité régional portent essentiellement sur l'éradication de la poliomyélite. À sa troisième session, le conseiller régional pour la poliomyélite a en conséquence décrit le plan d'action adopté en 1998–1999 en vue de la certification de l'éradication de cette maladie dans la Région européenne. Le projet de document destiné à la cinquantième session du Comité régional décrivait également les défis à relever et contenait un plan d'action pour 2000–2003. Le but était que la Région européenne soit certifiée exempte de poliomyélite en 2003 ou plus tôt.

21. Le CPRC a félicité le secrétariat pour les progrès accomplis et a souscrit au projet de document destiné à être soumis à la cinquantième session du Comité régional. Il a convenu que le Comité régional devrait demander à tous les États membres de maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale de routine et une surveillance de bonne qualité, et de prendre les mesures d'endiguement nécessaires. Les pays où la poliomyélite a été endémique récemment devraient poursuivre les campagnes de vaccination de masse, tandis que les pays exempts de poliomyélite devraient continuer à maintenir une surveillance de qualité élevée. Le Bureau régional de l'Europe devrait continuer à coopérer avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale et coordonner les travaux des différents partenaires, dont les contributions étaient reconnues avec gratitude. Enfin, le CPRC a appris avec satisfaction qu'il existait de bonnes possibilités de remédier à la pénurie de fonds initialement prévue grâce aux efforts du Comité de coordination inter-institutions pour l'assistance à la vaccination et à la Fondation des Nations Unies.

**Mesures à prendre par le Comité régional**    **Examiner le document sur l'éradication de la poliomyélite** (document EUR/RC50/9)  
**Examiner le projet de résolution correspondant** (EUR/RC50/Conf.Doc./8)

## **Indicateurs pour la surveillance des progrès accomplis vers la Santé pour tous**

22. En réponse à une demande formulée lors de la quarante-neuvième session du Comité régional, le conseiller régional pour l'Épidémiologie, les statistiques et l'information sanitaire a informé le CPRC, lors de sa troisième session des résultats d'une réunion d'un groupe d'experts qui avait eu lieu aux Pays-Bas le mois précédent. Le but de cette réunion, qui a été pleinement atteint, était de permettre la mise en œuvre des indicateurs « génériques » approuvés par le Comité régional dans sa résolution EUR/RC49/R10 et d'harmoniser davantage les travaux avec ceux d'autres organisations.

23. Le CPRC a reconnu que la réunion d'experts avait accompli un travail préparatoire utile en ce qui concerne la mise au point et l'adaptation des indicateurs de la Santé pour tous à la nouvelle politique-cadre de la SANTÉ 21 pour la Région européenne. Il a bien accueilli les déclarations du secrétariat selon lesquelles la surveillance serait « légère », étant donné qu'on utiliserait principalement des données déjà recueillies de façon systématique et que l'utilisation des indicateurs, telle qu'il en a été question lors de la réunion aux Pays-Bas, était compatible avec la résolution adoptée par le Comité régional à sa quarante-neuvième session.

## **PÉRIODE BIENNALE SUIVANTE (2002–2003) ET AU-DELÀ**

### **La future stratégie relative aux pays du Bureau régional**

24. Le coordinateur par intérim de la division des Partenariats et du développement de la santé des pays a indiqué que le projet de future stratégie relative aux pays répondait à un engagement pris de présenter au Comité régional un document décrivant la nouvelle démarche du Bureau régional concernant les activités



relatives aux pays, compte tenu des résultats de l'évaluation du programme EUROSANTÉ (voir paragraphes 3 à 6 ci-dessus).

25. Le CPRC a apprécié que l'accent était mis sur une coopération avec l'ensemble des États membres de la Région européenne et a estimé que tous les éléments nécessaires figuraient dans le projet de document. Cependant, il a jugé qu'il serait utile de restructurer le document, qui devrait commencer par définir la raison d'être de la stratégie relative aux pays et définir ensuite les changements nécessaires.

26. Plus précisément, le CPRC souhaitait que le document incorpore les enseignements tirés de l'exécution du programme EUROSANTÉ au cours des dix années précédentes. La stratégie proposée n'était pas nouvelle dans tous ses aspects : l'adéquation aux besoins des pays, l'importance accordée à l'élaboration de politiques de santé globale, etc. avaient également été des éléments du programme EUROSANTÉ.

27. Dans la section consacrée aux faits nouveaux sur le plan international, il faudrait mentionner le rôle de chef de file de l'OMS en ce qui concerne les questions sanitaires, mais le CPRC ne jugeait pas souhaitable d'organiser un séminaire sur les incidences sanitaires du processus d'adhésion à l'Union européenne, d'autant qu'il existait un risque de double emploi avec les activités du Haut Comité de la santé de l'Union européenne. D'autre part, le CPRC était pleinement d'accord avec la proposition visant à lancer de nouvelles stratégies de coopération avec les pays à partir de 2002 et a attiré l'attention sur le fait que ces stratégies devaient indiquer clairement les responsabilités non seulement de l'OMS mais également les pays concernés dans chaque cas.

28. En conclusion, le directeur régional a fait observer que les évaluateurs externes du programme EUROSANTÉ avaient notamment estimé que ces activités étaient isolées et fragmentaires. La nouvelle démarche visait à favoriser une synergie avec les activités du Bureau régional à long terme, afin que tous aient un accès équitable à de meilleurs soins de santé. À cet effet, il fallait que l'Organisation réponde aux besoins des pays en utilisant des méthodes qui garantissent un impact important.

**Mesures à prendre par le Comité régional**    **Examiner le document sur la stratégie future relative aux pays du Bureau régional** (document EUR/RC50/10)  
**Examiner le projet de résolution correspondant** (EUR/RC50/Conf.Doc./9)

### **Budget stratégique 2002–2003 – l'optique propre à la Région européenne**

29. Le conseiller spécial du directeur régional a informé le CPRC, lors de sa troisième session, que l'Organisation entreprenait un nouveau processus de planification et de budgétisation, dans le cadre duquel il y aurait une coordination beaucoup plus étroite entre le Siège de l'OMS et les bureaux régionaux. Il en résulterait un budget stratégique, qui se prêterait davantage à une évaluation du rapport coût-résultats.

30. Le budget stratégique serait divisé en 35 domaines (relevant de 10 sections de crédits). Pour chaque domaine d'activités, le document décrirait les questions et les défis, le but global et l'objectif à atteindre par l'OMS, les résultats attendus et les indicateurs de progrès, et les ressources disponibles (pour le Siège et les régions, ressources provenant du budget ordinaire et ressources extrabudgétaires).

31. Un document présentant les défis qui se posent à la Région européenne et une version préliminaire du budget-programme mondial seront présentés au Comité régional à sa cinquantième session pour adoption. Le premier document fixera également les grandes priorités et stratégies régionales et présentera les concordances entre le Siège et le Bureau régional dans les 35 domaines d'activités. Le budget sera présenté pour adoption officielle par la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé en mai 2001.

32. D'une manière générale, le CPCR a bien accueilli le nouveau processus d'élaboration du budget et la structure qu'il était proposé de lui donner. Cependant, il souhaitait que les représentants des États membres obtiennent, avant la cinquantième session du Comité régional, une explication complète du changement de rôle des comités régionaux et de la nécessité pour les États membres de participer désormais au processus lors de l'Assemblée mondiale de la santé. L'adoption des grandes lignes du budget-programme lors de la cinquantième session du Comité régional pourrait s'accompagner de recommandations qui seraient prises en considération lorsque l'ensemble du budget serait mis au point définitivement. Grâce au nouveau processus, il y aurait un budget unifié pour l'ensemble de l'Organisation.

33. À un niveau plus détaillé, le CPCR a également indiqué qu'il souhaitait des modifications des titres de certains des domaines prioritaires pour la Région européenne pour la période biennale 2002–2003 et il s'est dit préoccupé par le fait que d'importantes questions, telles que la santé des personnes âgées et les accidents de la circulation, n'étaient pas mentionnées. Le directeur régional a répondu que l'intention était de mettre en évidence des processus (tels que le vieillissement) et non de définir comme priorités des points particuliers. Le CPCR a convenu qu'il fallait établir le budget de telle façon que rien n'empêche les régions d'aborder des questions qui revêtaient une grande importance pour elles.

34. En conclusion, le CPCR a demandé à ce que les liens entre les défis, les stratégies et les domaines prioritaires soient mieux explicités. Il a estimé cependant que le document serait plus transparent une fois que les chiffres budgétaires y seraient incorporés.

**Mesures à prendre par le Comité régional**      **Examiner les documents relatifs au projet de budget-programme pour 2002–2003**  
(documents EUR/RC50/7 et /7 Add.1)  
**Examiner le projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC50/Conf.Doc./6)

### **Bioéthique**

35. En ce qui concerne les questions apparentées de la bioéthique et de la génétique (y compris les aliments génétiquement modifiés), le CPCR a relevé, lors de sa deuxième session, que les aspects scientifiques de la génétique étaient examinés au Siège de l'OMS.

36. Lors de la troisième session du CPCR, le conseiller régional responsable des Partenariats en santé et de l'assistance a rappelé les valeurs éthiques qui sont à la base de la politique-cadre de la SANTÉ 21 et a présenté au CPCR une description brève et nécessairement partielle des activités des nombreuses unités du Bureau régional qui ont des responsabilités en matière de bioéthique. Le CPCR a reconnu que l'OMS, en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies responsable de la santé, doit jouer un rôle dans le domaine de la bioéthique, pour autant qu'elle exploite les complémentarités qui existent avec d'autres organisations. Le Bureau régional pourrait par conséquent établir un inventaire exhaustif des projets en cours ayant un élément lié à la bioéthique ; créer un groupe de travail interdépartemental chargé d'examiner la situation et de définir des domaines d'action prioritaires ; et mettre en place un réseau inter-pays. La désignation d'un coordinateur technique faciliterait ces activités, qui devraient être réalisées en contact étroit avec le Siège de l'OMS, en veillant à éviter de répéter des activités déjà menées par d'autres organismes, en particulier le Conseil de l'Europe.

37. Il est probable que le rôle de l'OMS se situe dans le domaine de la recherche et de l'analyse, en ce qui concerne plus particulièrement la législation, la fixation de priorités et les situations d'urgence. Il serait difficile pour l'OMS de s'acquitter d'une fonction normative, compte tenu de la diversité de valeurs qui sont à la base de la bioéthique. En conclusion, le CPCR a recommandé que le secrétariat réalise des travaux analytiques plus approfondis sur la question, conformément aux indications données par le CPCR.

## **QUESTIONS DE PROCÉDURE ET AUTRES QUESTIONS**

### **Ordre du jour provisoire et projets de résolutions pour la cinquantième session du Comité régional**

38. Après un examen initial de l'ordre du jour provisoire de la cinquantième session du Comité régional lors de sa première session et à nouveau au cours de sa « retraite », le CPCR a convenu que les sessions devraient être plus courtes et orientées de façon plus précise. Le secrétariat a ensuite apporté un certain nombre de changements à l'ordre du jour provisoire de la cinquantième session du Comité régional, ce qui s'est traduit par un programme qui durerait un peu plus de trois jours, la quatrième journée étant consacrée à l'adoption du rapport et à des « manifestations parallèles » ou à des séances d'information.

39. Lors de sa troisième session, le CPCR a convenu que l'ordre du jour et le programme révisés étaient conformes à ses recommandations, mais a conseillé de ne tenir qu'une seule séance d'information, consacrée à la préparation aux catastrophes et aux actions en cas d'urgence. Il a également recommandé de placer le point de l'ordre du jour concernant l'éradication de la poliomyélite plus tôt dans la session et d'inclure l'examen de la collaboration avec d'autres organisations dans le programme des deux séances qui se dérouleraient le troisième jour.

40. Enfin, le CPCR a recommandé d'informer les États membres sur la raison d'être des changements proposés lors de la réunion qu'ils tiendraient la veille du début de l'Assemblée mondiale de la santé en mai. Des explications complémentaires devraient figurer dans la lettre d'invitation envoyée aux ministres de la santé et des affaires étrangères.

41. Lors de sa quatrième réunion, en mai 2000, le CPCR a également examiné tous les projets de résolutions qui seraient soumis au Comité régional lors de sa cinquantième session.

### **Critères de sélection des évaluateurs externes**

42. Tout en reconnaissant que la procédure et les critères utilisés jusqu'alors pour sélectionner les évaluateurs externes avaient donné de bons résultats, le CPCR a estimé lors de sa deuxième session, qu'il était nécessaire d'utiliser un processus plus rigoureux, plus explicite et plus responsabilisant. En conséquence, il convenait d'examiner les critères et les méthodes compte tenu de chaque tâche particulière, le but d'ensemble étant de choisir les personnes les plus compétentes, qui soient capables de donner au CPCR les informations dont il avait besoin pour évaluer la démarche, la mise en œuvre et les effets du programme évalué.

43. À la suite de cette décision de ne pas choisir les évaluateurs externes à partir d'une liste préétablie, le CPCR a reconnu, lors de sa troisième session, qu'une évaluation interne sur la base de critères prédéterminés devrait être incorporée dans chaque programme dès le début. Cependant, il a convenu à l'unanimité qu'une évaluation externe était également utile et que les fonctionnaires du Bureau régional devaient y être associés à titre consultatif tout au plus, c'est-à-dire qu'ils devaient avant tout donner des conseils sur les modalités de l'évaluation et communiquer les informations demandées. Des fonctionnaires du Siège devaient aussi y être associés, dans la mesure où le programme avait un élément mondial.

44. Le rôle du CPCR devrait consister à proposer des programmes devant faire l'objet d'une évaluation, de présenter des candidats à des postes d'évaluateurs externes, d'avoir un entretien avec chacun d'entre eux, et de recevoir leurs rapports à mi-parcours et définitif. En outre, le CPCR pourrait examiner les conclusions d'évaluations internes. Le secrétariat devrait être responsable de la gestion des évaluations externes, bien qu'il puisse être nécessaire que le CPCR examine cet aspect également, même au début du processus. En outre, le secrétariat devrait faire rapport au CPCR sur la suite donnée aux recommandations des évaluateurs externes.

45. Le directeur régional a informé le CPCR de son intention d'aborder dans une optique nouvelle la programmation, la planification et l'évaluation au cours de la deuxième phase du processus de réforme

mis en œuvre au Bureau régional. En conséquence, le CPRC a accepté de différer toute décision sur l'évaluation externe suivante (qui doit porter sur le programme de réforme des soins de santé) jusqu'à ce qu'il ait obtenu des informations sur les éléments essentiels de cette optique nouvelle lors d'une de ses sessions ultérieures.

### **Critères à utiliser pour désigner les membres du Conseil exécutif**

46. Lors de sa deuxième session, le CPRC a décidé de créer un sous-groupe chargé d'examiner la question des critères à retenir pour désigner les membres du Conseil, en tant que première étape vers la présentation de propositions concernant un nouveau système lors de la cinquantième et unième session du Comité régional. Le sous-groupe a présenté un rapport intérimaire au CPRC, lors de la quatrième session de celui-ci. Le CPRC a demandé qu'un compte rendu des travaux du sous-groupe et les différentes opinions des membres du CPRC soient transmis au huitième CPRC.

### **Groupe de prospection régional**

47. Lors de sa deuxième session également, le CPRC a estimé opportun d'examiner la façon dont la procédure relative au groupe de prospection régional avait fonctionné cette année-là, de façon à ce que des modifications éventuelles puissent être proposées au Comité régional longtemps avant le début du processus suivant de désignation d'un directeur régional. Il s'est préoccupé en particulier de l'interprétation de l'expression « liste des meilleurs candidats non classés par ordre d'aptitude ». En conséquence, il a été décidé de créer un sous-groupe chargé d'examiner tous les aspects du processus relatif au groupe de prospection régional.

48. Ce sous-groupe a présenté son premier rapport au CPRC lors de la session d'avril 2000 de ce dernier. Le sous-groupe a proposé que les fonctions du groupe de prospection régional soient exercées à l'avenir par un sous-groupe spécial du CPRC composé de trois ou quatre membres (se trouvant éventuellement dans la deuxième ou troisième année de leur mandat), l'un d'entre eux étant le président ou le vice-président du CPRC.

49. Le CPRC a accepté que les fonctions d'un tel groupe devraient être de rechercher activement des candidats et de faire en sorte qu'ils répondent aux critères prédéfinis, mais il se rendait compte que, s'il recommandait que le groupe de prospection régional établisse une liste de candidats classés par ordre d'aptitude, cela nécessiterait une modification du Règlement intérieur du Comité régional. Avant de prendre une telle mesure, il a accepté de demander au sous-groupe d'élaborer une deuxième version de son rapport, qui décrive les implications de quatre options possibles :

- maintenir inchangée la situation actuelle ;
- supprimer le groupe de prospection régional ;
- modifier sa procédure mais conserver son statut d'organe distinct ;
- modifier sa procédure mais en faire un sous-comité du CPRC.

50. Il a été demandé au sous-groupe de présenter la deuxième version de son rapport au CPRC, à la session de septembre 2000 de ce dernier.

### **Propositions de modifications des règlements intérieurs du Comité régional et du CPRC**

#### ***Déclaration de la vacance d'un poste au CPRC***

51. Compte tenu des observations formulées lors de la quarante-neuvième session du Comité régional, le CPRC a reconnu, lors de sa deuxième session, qu'il était exact que seul l'organe habilité à prendre la décision définitive (c'est-à-dire en l'occurrence le Comité régional) pouvait déclarer la vacance d'un siège. En conséquence, il a demandé au conseiller juridique de l'Organisation de proposer une modification du libellé de l'article 2 paragraphe 8 du Règlement intérieur du CPRC en l'alignant sur l'article 107 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la santé, mais d'inclure une disposition aux termes de laquelle le CPRC pourrait faire part au Comité régional de ses vues sur la question et de

son avis sur le point de savoir si un État membre avait montré que l'absence de son représentant était due à une raison valable.

52. Lors de sa troisième session, le CPRC a approuvé le nouveau libellé proposé par le conseiller juridique de l'Organisation pour l'article 2 paragraphe 8 du Règlement intérieur du CPRC et a accepté que toutes les dispositions de son Règlement intérieur relatives à la déclaration de vacance de sièges soient incorporées à l'article 14 paragraphe 2 du Règlement intérieur du Comité régional. Il n'a pas souhaité modifier l'article 2 paragraphe 2 de son propre Règlement intérieur.

#### ***Établissement de l'ordre du jour provisoire du CPRC***

53. Le CPRC a également demandé au conseiller juridique de modifier la formulation de l'article 7 de son Règlement intérieur de façon à ce que le CPRC puisse décider lui-même, lorsqu'il adopte l'ordre du jour provisoire de chaque session, d'accepter des points non urgents proposés par un membre du CPRC ou par un État membre pour inclusion dans l'ordre du jour d'une session ultérieure. Il a convenu qu'il ne serait normalement pas demandé au secrétariat d'établir un document de travail sur de tels points de l'ordre du jour, mais que le directeur régional devrait envoyer aux membres une lettre les informant de l'intention d'un membre de proposer d'ajouter un point à l'ordre du jour.

54. Lors de sa troisième session, le CPRC a fait sienne la proposition du conseiller juridique concernant la révision de son article 7 paragraphe 1 alinéa c), mais a préféré ne pas modifier l'article 7 paragraphe 1 alinéa d).

#### ***Élections à un siège au CPRC, au Conseil exécutif et à d'autres organes***

55. Le CPRC était fermement convaincu qu'il devait continuer à favoriser le consensus entre délégations au Comité régional en ce qui concerne des candidats en vue d'une élection à un siège dans les divers organes concernés. Il a relevé qu'un tel consensus avait effectivement été obtenu, à une seule exception près, lors de la précédente session du Comité régional. En tout état de cause, les dispositions existantes du Règlement intérieur seront applicables en 2000, mais le CPRC a estimé qu'il convenait d'adopter une nouvelle méthode : aucune liste préliminaire ne serait établie, mais on sonderait les États membres au sujet de leurs intentions au cours de l'Assemblée mondiale de la santé, ce qui permettrait de savoir, en septembre, quelle est la meilleure façon d'agir pour le CPRC au cours de la session du Comité régional. Quoi qu'il en soit, le CPRC a estimé qu'il était essentiel qu'il motive toute proposition qu'il formule et que tous ses membres participent activement à l'action menée pour favoriser un consensus.

56. Le CPRC a décidé de recommander au Comité régional que l'article 14 paragraphe 2 alinéa 2 c) soit modifié de façon à ce que, dans la version anglaise, le mot « shall » soit remplacé par le mot « may » chaque fois qu'il y apparaît, les modifications correspondantes étant apportées dans les versions établies dans les autres langues.

#### ***Rôle du directeur régional***

57. Le CPRC a décidé, lors de sa deuxième session, de demander au conseiller juridique de proposer une formulation nouvelle pour l'article 10 paragraphe 2 du Règlement intérieur du Comité régional pour remplacer la mention d'une « consultation avec le directeur régional » par la mention d'une « facilitation » des consultations prévues par cette disposition.

58. Ultérieurement, le CPRC a approuvé la proposition de révision de l'article 10 paragraphe 2 du Règlement intérieur du Comité régional mais sans retenir la phrase « Ces consultations sont facilitées par le directeur régional ». En conséquence, il a également recommandé de supprimer le membre de phrase « et le directeur régional » à l'article 14 paragraphe 2 alinéa 2 b) du Règlement intérieur du Comité régional, étant donné que des consultations auraient lieu de toute façon et que, depuis la création du CPRC provisoire, il y avait eu une tendance à augmenter la participation des membres des bureaux des organes directeurs.

### ***Élection du président du CPR***

59. Lors de sa deuxième session, le CPR a déclaré qu'il ne souhaitait pas rompre le lien qui existe entre le Comité régional et le CPR grâce au fait que le président exécutif adjoint du premier devient d'office le président du second. Le CPR a convenu de conseiller au Comité régional de maintenir la pratique actuelle selon laquelle le Comité régional élit les membres de son bureau. Il a en outre relevé que, pour garantir le meilleur choix, le président exécutif adjoint (futur président du CPR) pourrait être élu soit parmi les membres qui ont siégé au CPR pendant au moins un an soit parmi un ensemble plus large de candidats.

### ***Continuité de la représentation***

60. Le CPR a demandé à ce qu'un projet de résolution soit présenté au Comité régional en vue d'encourager les États membres à inclure des membres du CPR dans leur délégation à la session du Comité régional et à l'Assemblée mondiale de la santé.

**Mesures à prendre par le Comité régional**    **Examiner les propositions de modification des règlements intérieurs, telles qu'elles figurent à l'annexe 2 du présent document**  
**Examiner le projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC50/Conf.Doc./4)

### **Comité pour une Europe sans tabac**

61. Lors de sa deuxième session, le CPR a choisi le professeur Ayşe Akin (Turquie) comme suppléant du Dr James Kiely (Irlande) en tant que représentant du CPR au Comité pour une Europe sans tabac. Lors de la « retraite » en Islande, le professeur Akin a fait rapport sur sa participation à une récente réunion du Comité pour une Europe sans tabac et à une réunion ultérieure des homologues. Elle a demandé instamment au directeur régional d'attirer l'attention, lors de la cinquantième session du Comité régional, sur le fait qu'il est nécessaire que les ministres participent à la Conférence ministérielle sur le tabac (Varsovie, juin 2001) et à d'autres conférences liées à la Convention-cadre sur le tabac. Dans un esprit de continuité, le CPR a convenu que le professeur Akin devrait être la représentante du CPR à ce Comité jusqu'à la fin de son mandat, tandis que le Dr James Kiely serait son suppléant.

### **Allocution d'une représentante de l'Association du personnel du Bureau régional**

62. Lors de la troisième session du CPR, la présidente de l'Association du personnel du Bureau régional a fait rapport sur la réunion entre l'ensemble du personnel de l'OMS et le Conseil de gestion qui avait eu lieu à Genève en juin 1999 et au cours de laquelle on avait notamment abordé la question de la réforme des contrats, la modification du système d'évaluation, le harcèlement au travail, la mobilité du personnel et la sécurité du personnel local dans des zones ravagées par la guerre. Ultérieurement, l'Association du personnel du Bureau régional avait organisé un cours sur la résolution des conflits, à l'issue duquel les participants avaient défini les mesures qui devraient être prises pour élaborer une politique et des lignes directrices pour le Bureau régional en ce qui concerne le harcèlement. Un groupe de travail sur le harcèlement avait également été créé récemment au Siège et il était prévu que le médiateur y joue un rôle essentiel.

63. Le Comité sur la réforme des contrats de l'OMS s'employait à améliorer les conditions de travail du personnel temporaire et l'Association du personnel du Bureau régional espérait qu'à l'avenir on emploierait du personnel véritablement temporaire sur des contrats de 11 mois non renouvelables ou des fonctionnaires titulaires de contrats de durée indéterminée offerts à la suite d'un concours.

64. Le CPR a fait l'éloge de l'ensemble du personnel pour son dévouement à l'égard de l'OMS. L'Organisation était entièrement tributaire du personnel pour faire progresser l'ensemble de ses activités.

Le CPR se préoccupait tout particulièrement de la sécurité des agents qui travaillaient dans des lieux où leur sécurité personnelle était en danger et a rendu hommage à leur courage et à leur dévouement. Le CPR a également exprimé le souhait d'obtenir des informations sur le harcèlement au travail. Il espérait que les mesures prises par le directeur général auraient les effets voulus. Il s'est félicité du fait que le document présenté par l'Association du personnel du Bureau régional ne se limitait pas à décrire le problème mais proposait également des solutions. Le président du CPR a demandé à la présidente de l'Association du personnel du Bureau régional de faire savoir au personnel qu'il lui était reconnaissant pour son dévouement.

*Annexe I*

COMPOSITION DU SEPTIÈME CPCR, 1999–2000

Professeur Ayşe Akin (*vice-présidente*)

Ministère de la santé publique, École de médecine de l'Université Hacettepe (Turquie)

Dr Anca Dumitrescu

Institut de la santé publique, Ministère de la santé, Bucarest (Roumanie)

Dr Nikolaj N. Fetisov

Directeur du Conseil des relations extérieures du Ministère de la santé, Moscou (Fédération de Russie)

M. Davið À. Gunnarsson

Secrétaire général au ministère de la santé et de la sécurité sociale, Reykjavik (Islande)

Dr James Kiely

Directeur général de la santé, Ministère de la santé, Dublin (Irlande)

Professeur Frantisek Kölbl

Département des relations internationales, Ministère de la santé, Prague (République tchèque)

Dr Isabel de la Mata-Barranco

Conseiller du sous-secrétaire à la santé et à la consommation, Ministère de la santé et de la consommation, Madrid (Espagne)

Dr Jeremy S. Metters (*président*)

Inspecteur pour les questions liées à l'anatomie, Ministère de la santé, Londres (Royaume-Uni)

Dr Jacek Piatkiewicz

Vice-ministre de la santé et de la protection sociale, Varsovie (Pologne)

Dr Victor M. Volovei

Chef de la direction de la réforme des systèmes de soins, Ministère de la santé, Chisinau (République de Moldova)



Annexe 2

**PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS AUX RÈGLEMENTS INTÉRIEURS  
DU COMITÉ RÉGIONAL ET DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL**

Les mots qu'il est proposé de supprimer sont barrés (par exemple, ~~désignations~~), tandis que les insertions proposées sont soulignées (par exemple, consultations).

PREMIÈRE PARTIE  
RÈGLEMENT INTÉRIEUR  
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE

[...]

**V. BUREAU DU COMITÉ RÉGIONAL**

Article 10

10.2 Le président sortant présente ~~après consultation avec le directeur régional~~, des candidatures aux postes de président et de président exécutif. Le président exécutif sortant présente une candidature au poste de vice-président exécutif, ~~après consultation avec le directeur régional et~~ Les présentations de candidatures susvisées sont effectuées à la suite de consultations appropriées, notamment – dans le cas du vice-président exécutif – avec le Comité permanent établi en vertu de l'article 14, paragraphe 2. D'autres candidatures aux postes de président, de président exécutif et de vice-président exécutif peuvent être présentées par les membres du Comité régional..

[...]

**VI. SOUS-COMITÉS DU COMITÉ RÉGIONAL**

Article 14

[...]

14.2.2 Les dispositions énoncées ci-après déterminent la composition du Comité permanent.

[...]

b) Le bureau du Comité permanent, en consultation avec le président exécutif du Comité régional ~~et le directeur régional~~, s'efforce de trouver un consensus entre les États membres qui présentent des candidatures. Simultanément, il s'efforce de répondre aux critères énoncés à l'article 14, alinéa 2.1. les États membres qui ont présenté des candidatures peuvent à tout moment les retirer au cours de ces consultations, en informant le directeur régional, pour parvenir à un consensus entre les États membres qui ont présenté des candidatures.

c) Dans le cas où il ne serait pas possible de parvenir à un consensus, conformément aux dispositions de l'alinéa b) – de sorte qu'immédiatement avant le début de la session du Comité régional au cours de laquelle la composition du Comité permanent doit être examinée il y a plus de candidature que de sièges à pourvoir – le Comité permanent ~~établit~~ peut établir, de la façon qu'il détermine, une liste

de candidats, en nombre égal à celui des sièges à pourvoir, qui, de l'avis du Comité permanent, répondent le mieux – s'ils sont élus – aux critères énoncés à l'article 14, alinéa 2.1. Le Comité permanent ~~présente~~ peut présenter cette liste au Comité régional pour information lors de l'examen de la question de la composition du Comité permanent.

[...]

14.2.5 Dans le cas où un État membre renonce à nommer un représentant au Comité permanent conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphe 1 du Règlement intérieur du Comité permanent ou si, pour une raison quelconque, le représentant cesse d'être le représentant nommé par l'État membre concerné et si cet État membre ne nomme pas un nouveau représentant dans les 60 jours conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphe 32 du Règlement intérieur du Comité permanent, le siège est automatiquement déclaré vacant.

14.2.6 Si un membre représentant d'un État membre qui siège au Comité permanent est élu président, président exécutif ou vice-président exécutif du Comité régional, le siège de cet État membre est déclaré vacant et pourvu par élection au cours dudit Comité régional, parmi les candidatures reçues pour le Comité permanent.

14.2.7 Au cas où

a) —le siège d'un État membre du Comité permanent n'est pas occupé à deux sessions consécutives parce que ni le représentant ni le suppléant n'assiste à aucune partie de ces deux sessions ; ~~et~~

b) —~~l'État membre concerné n'a pas fourni de justification valable de cette absence de l'avis du président du Comité permanent ;~~

~~le président informe le Comité permanent de ce fait à la fin de cette deuxième session et, avec l'accord du Comité permanent et l'approbation du président du Comité régional, déclare ce siège vacant. le directeur régional en informe le Comité régional à sa session suivante. Lors de celle-ci également, le Comité permanent peut présenter son avis sur la question, y compris sur l'existence éventuelle d'une justification de cette absence. À moins que le Comité régional n'en décide autrement, le siège de cet État membre au Comité permanent est considéré comme vacant.~~

14.2.8 Lorsqu'un siège devient vacant, une élection pour le reste du mandat a lieu lors de la session annuelle suivante du Comité régional parmi les candidats désignés en vue d'un siège au Comité permanent, pour autant que le reste du mandat soit d'au moins deux années. Au cas où le reste du mandat est d'une année, aucune élection n'a lieu et le siège reste vacant, à moins qu'il puisse être pourvu par un État membre intéressé du Comité permanent dont un mandat de deux ans arrive à expiration en même temps. Dans l'éventualité où plusieurs États membres sont dans le cas, la sélection s'effectue par tirage au sort. Un État membre qui s'acquitte du reste d'un mandat et a siégé en tout moins de trois années consécutives n'est pas soumis à la limite prévue à l'article 14, alinéa 2.3, du Règlement intérieur du Comité régional. L'État membre dont le siège est devenu ou a été déclaré vacant n'est autorisé à désigner un nouveau candidat au Comité permanent qu'après la clôture suivante d'une session du Comité régional.

[Les autres alinéas de l'article 14 paragraphe 2 sont renumérotés en conséquence.]

[...]

## DEUXIÈME PARTIE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

### I. COMPOSITION ET PARTICIPATION

[...]

#### Article 2

2.1 Les États membres élus au Comité permanent sont officiellement informés par le directeur régional immédiatement après leur élection et doivent confirmer par écrit, dès que possible et en tout état de cause sous trente jours, la nomination de leur représentant au Comité permanent.

~~2.2 Dans le cas où un État membre renonce à nommer un représentant au Comité permanent conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphe 1, ci-dessus ou si, pour une raison quelconque, le représentant cesse d'être le représentant nommé par l'État membre concerné et si cet État membre ne nomme pas un nouveau représentant dans les 60 jours conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphe 3, le siège est automatiquement déclaré vacant.~~

~~2.3~~ 2.2 Tout État membre qui souhaite remplacer son représentant nommé au Comité permanent doit d'abord présenter le curriculum vitae de la personne concernée et consulter le bureau du Comité régional et le directeur régional.

~~2.4 Si un membre représentant d'un État membre qui siège au Comité permanent est élu président, président exécutif ou vice-président exécutif du Comité régional, le siège de cet État membre est déclaré vacant et pourvu par élection au cours dudit Comité régional, parmi les candidatures reçues pour le Comité permanent.~~

~~2.5~~ 2.3 Les représentants des États membres au Comité permanent ont droit au remboursement de leurs frais de voyage et au versement d'indemnités journalières de subsistance par le Bureau régional.

~~2.6~~ 2.4 Les représentants des États membres peuvent s'adjoindre un suppléant ou un conseiller.

~~2.7~~ 2.5 Si un représentant d'un État membre n'est pas en mesure d'assister à une séance du Comité permanent, il peut se faire remplacer par un suppléant disposant des mêmes droits d'intervention, de vote et de participation aux travaux du Comité permanent.

~~2.8~~ Au cas où

- ~~a) le siège d'un État membre du Comité permanent n'est pas occupé à deux sessions consécutives parce que ni le représentant ni le suppléant n'assiste à aucune partie de ces deux sessions ; et~~
- ~~b) l'État membre concerné n'a pas fourni de justification valable de cette absence de l'avis du président du Comité permanent ;~~

~~le président informe le Comité permanent de ce fait à la fin de cette deuxième session et, avec l'accord du Comité permanent et l'approbation du président du Comité régional, déclare ce siège vacant.~~

~~2.9 — Lorsqu'un siège devient vacant, une élection pour le reste du mandat a lieu lors de la session annuelle suivante du Comité régional parmi les candidats désignés en vue d'un siège au Comité permanent, pour autant que le reste du mandat soit d'au moins deux années. Au cas où le reste du mandat est d'une année, aucune élection n'a lieu et le siège reste vacant, à moins qu'il puisse être pourvu par un État membre intéressé du Comité permanent dont un mandat de deux ans arrive à expiration en même temps. Dans l'éventualité où plusieurs États membres sont dans le cas, la sélection s'effectue par tirage au sort. Un État membre qui s'acquitte du reste d'un mandat et a siégé en tout moins de trois années consécutives n'est pas soumis à la limite prévue à l'article 14, alinéa 2.3, du Règlement intérieur du Comité régional. L'État membre dont le siège est devenu ou a été déclaré vacant n'est autorisé à désigner un nouveau candidat au Comité permanent qu'après la clôture suivante d'une session du Comité régional.~~

[...]

### III. ORDRE DU JOUR

[...]

#### Article 7

7.1 Sauf pour le cas des sessions convoquées en application de l'article 5, l'ordre du jour provisoire comprend notamment :

[...]

~~c) tout point proposé par un représentant siégeant au Comité permanent ou par un État membre ou un membre associé de la Région, étant entendu que i) le secrétariat n'établit pas d'office un rapport sur ce point et que ii) le Comité permanent peut, lorsqu'il adopte son ordre du jour, reporter l'examen de ce point à une session ultérieure compte tenu de son urgence relative, pour autant que le président du Comité permanent estime qu'il se rapporte directement aux questions dont le Comité permanent est saisi ou qu'il est pertinent eu égard à son mandat ;~~

~~d) tout point proposé par ailleurs par un État membre ou membre associé de la Région, ou découlant de la participation d'autres organisations, et accepté par le président du Comité permanent comme ayant directement trait aux questions dont est saisi le Comité permanent ou comme étant conforme par ailleurs à ses fonctions statutaires ;~~

[...]