



EUROPE

**Comité régional de l'Europe  
Cinquante-troisième session**

Vienne, 8–11 septembre 2003

---

Point 5 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC53/4  
+ EUR/RC53/Conf.Doc./1  
+ EUR/RC53/Conf.Doc./9  
23 juin 2003  
30849  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional**

Le présent document rend compte du travail accompli par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) depuis la cinquante-deuxième session du Comité régional. Il porte sur les sessions du Comité permanent ayant eu lieu en septembre et décembre 2002 et en avril et mai 2003. Le rapport du sous-groupe du CPCR chargé d'examiner les dispositions en vigueur concernant la composition du Conseil exécutif est joint en annexe.

Le rapport sur la session de septembre 2003 du CPCR sera soumis au Comité régional en tant qu'addendum au présent document.



## Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction .....	1
Suites de la cinquante-deuxième session du Comité régional.....	1
Aspects techniques .....	1
Santé mentale .....	1
Santé des enfants et des adolescents en Europe .....	2
Actualisation de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous.....	3
La Stratégie de pays du Bureau régional.....	4
Orientation stratégique de l'action déployée par le Bureau régional de l'Europe à travers les « bureaux géographiquement dispersés », notamment les bureaux dans les pays.....	5
Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme .....	7
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) .....	7
Questions d'administration.....	8
Évaluation externe des programmes de réforme des soins de santé du Bureau régional pour l'Europe .....	8
Budget programme de l'Organisation pour 2004–2005.....	8
Homologues nationaux et chargés de liaison .....	9
Questions de procédure .....	9
Bureau régional de l'Europe .....	9
Conseil exécutif.....	10
Assemblée mondiale de la santé .....	11
Composition des comités et autres organes de l'OMS.....	11
Transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS.....	12
Questions diverses.....	12
Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe....	12
Annexe 1. Composition du dixième CPCR 2002–2003.....	14
Annexe 2. Rapport du sous-groupe du CPCR sur l'évaluation des arrangements actuels concernant la composition du Conseil exécutif .....	16



## Introduction

1. Le dixième Comité permanent du Comité régional (CPCR), présidé par le docteur Jarkko Eskola, s'est réuni une première fois au Bureau régional de l'OMS à Copenhague le jeudi 19 septembre 2002 immédiatement après la clôture de la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'Europe (RC52). À sa deuxième session, qui s'est tenue au Centre national de transfusion sanguine de Slovénie, à Ljubljana, les 26 et 27 novembre 2002, le docteur Božidar Voljč a été élu à l'unanimité vice-président. La troisième session, quant à elle, s'est tenue au Bureau régional de l'OMS à Copenhague, du 9 au 11 avril 2003, et la quatrième, au Palais des Nations, à Genève, le 18 mai 2003.

## Suites de la cinquante-deuxième session du Comité régional

2. À sa première session, assez brève, le CPCR, procédant à un premier bilan de cette cinquante-deuxième session du Comité régional a estimé que les discussions particulièrement franches ayant eu lieu dans ce cadre fourniront au directeur régional et au Comité permanent des orientations précieuses.

3. À sa deuxième session, le CPCR a effectué un tour d'horizon plus approfondi des mesures prises comme suite aux résolutions adoptées par le Comité régional. Se référant à la résolution EUR/RC52/R6, relative au rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé, le CPCR a souhaité voir les ministres de la santé jouer un rôle plus prééminent dans le cadre de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004) en insistant sur les répercussions des facteurs environnementaux sur la santé et sur les services de santé. De plus, il s'est réjoui de l'intensification de la coopération entre l'OMS et la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, dans le cadre du Programme paneuropéen sur le transport, la santé et l'environnement (le « PEP »). Se référant à la résolution EUR/RC52/R7, le CPCR est convenu qu'il ne serait sans doute pas possible d'organiser une grande conférence sur la pauvreté et la santé avant 2007, eu égard au programme des conférences que le Bureau régional doit déjà organiser au cours des prochaines années. Cependant, il a fait observer que la pauvreté ne doit pas être considérée isolément mais qu'elle constitue au contraire un aspect indissociable d'un grand nombre de problèmes de santé (dont la santé mentale et aussi la nutrition, thèmes de deux conférences prochaines).

## Aspects techniques

### Santé mentale

4. À sa deuxième session, le CPCR s'est prononcé favorablement sur le thème proposé pour la conférence sur la santé mentale qui aura lieu en 2005, thème qui pourrait avoir pour intitulé : « Politiques en matière de santé mentale en Europe ». Le CPCR a souscrit à l'approche consistant à tenir des réunions préparatoires en divers lieux de la Région et il a suggéré qu'une manifestation préliminaire, centrée sur les spécificités de la santé mentale dans les pays en transition, se tienne dans l'un des pays d'Europe centrale ou orientale.

5. La question ayant été retenue en tant que l'un des points à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional (voir paragraphe 57 ci-après), un projet de document de travail y relatif a été présenté au CPCR à sa troisième session. Les préparatifs de la conférence sont déjà en cours : le lieu et la date ont été arrêtés, un comité directeur a été constitué ; il sera composé de représentants des États membres intéressés et des organisations intergouvernementales et non gouvernementales coorganisatrices. Certaines manifestations d'avant conférence auront lieu en février (sur les droits de l'homme et la santé mentale, en coopération avec la Commission européenne) et en mars (sur la stigmatisation de la maladie mentale, en conjonction avec la présidence grecque du Conseil européen). On devrait pouvoir organiser d'autres manifestations, notamment sur la prévention du suicide, le stress dans les rapports sociaux, la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. De plus, on devrait parvenir à ce qu'un plus grand nombre de pays communiquent des études qui abondent en exemples de pratiques à citer en référence et de réformes.

6. Le CPRC tient à ce que le document à établir en vue de la cinquante-troisième session du Comité régional et de la conférence elle-même couvre à la fois les aspects sociétaux et les aspects individuels de la santé mentale : les premiers ayant trait à la prévention des affections mentales et à la promotion de la santé mentale, les seconds ayant trait aux traitements et à la réadaptation. De plus, il attache une importance capitale à la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent et, à ce titre, il espère vivement qu'une manifestation sur ce thème aura lieu avant la conférence.

7. D'autres aspects ne sauraient être passés sous silence : la nécessité d'améliorer la formation des généralistes et autres agents de soins primaires ; la nécessité de certaines recherches – opérationnelles ou à l'initiative des services de santé – sur les modalités selon lesquelles ces protagonistes pourraient être impliqués davantage dans les problèmes de santé mentale. On pourrait également aborder la question du rôle joué par la presse et les médias en général dans la présentation qui est faite de ces problèmes. Des études de cas sur l'expérience acquise par les pays en la matière seraient sans doute un bon moyen d'aborder ces questions.

8. Devant un tableau si diversifié des situations propres à chaque pays, les objectifs de la conférence devraient être d'aider les États membres à développer tous les aspects de leur politique propre en matière de santé mentale et de préparer le terrain en vue de l'adoption d'un plan d'action européen en la matière.

**Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examen du document sur la santé mentale**  
(EUR/RC53/7)

**Examen du projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC53/Conf.Doc./2)

**Santé des enfants et des adolescents en Europe**

9. Cette question a été retenue par le CPRC à sa deuxième session en tant que point à inclure dans l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional en raison de la dégradation alarmante de l'état de santé de certains groupes d'enfants et d'adolescents.

10. À sa troisième session, le CPRC a été saisi d'un premier projet de document de travail en vue du Comité régional. Ce document doit commencer par une nouvelle évaluation de la situation et un exposé des nombreuses initiatives prises ou envisagées. Il doit ensuite suivre l'articulation du document du Siège fixant les orientations stratégiques de l'OMS en la matière (WHO/FCH/CAH/02.21 Rev.1), lequel prévoit sept domaines d'action prioritaire. En conséquence, le débat, qui sera lancé lors de la cinquante-troisième session du Comité régional, devrait se poursuivre dans le cadre de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé et atteindre son point d'orgue avec la présentation du plan d'action au Comité régional en 2005.

11. Dans son organisation générale, ce document est apparu judicieux au CPRC. L'impulsion que ce document apporte est, elle aussi, bienvenue. Cependant, certains aspects semblent avoir été minorés : les maladies non transmissibles, les infections transmises par voie sexuelle, le rôle des mass médias et, d'une manière plus générale, les déterminants sociaux de la santé, tels que l'illettrisme, la pauvreté et l'absence de domicile fixe. Le CPRC a recommandé que ce document souligne également le caractère multi-sectoriel inhérent à la santé de l'enfant ainsi que les données factuelles dont on dispose aujourd'hui grâce aux évaluations de l'impact des interventions des pouvoirs publics sur le plan sanitaire. Enfin, pour le CPRC, ce document doit être tourné vers l'action concrète. Or, il est préoccupant de constater que ce document ne prévoit pas de plan d'action avant 2005. Le CPRC appelle de ses vœux la présentation, entre-temps, de propositions spécifiques.

**Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner le document relatif à la santé des enfants et des adolescents en Europe**  
(EUR/RC53/11)

**Examiner le projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC53/Conf.Doc./6)

## Actualisation de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous

12. À la troisième session du CPR, le directeur régional a rappelé que le mouvement de la Santé pour tous a ses origines dans l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé, en 1977, de la résolution WHA30.43 ainsi que dans la Déclaration d'Alma-Ata, issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue la même année. En 1984, la Région européenne de l'OMS a adopté une stratégie régionale et des « buts » régionaux (résolution EUR/RC34/R5). Des indicateurs ont été adoptés en 1985. En mai 1998, l'Assemblée mondiale de la santé a entériné le projet d'actualiser la politique au niveau mondial. En septembre de cette même année, le Comité régional a approuvé la politique régionale de la Santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle (SANTÉ 21) et a convenu que la prochaine version actualisée de la politique-cadre régionale devrait lui être soumise en 2005.

13. À travers divers entretiens, le directeur régional a pu constater que les États membres souhaiteraient que la politique mise à jour préserve un ferme attachement aux valeurs proclamées par la Santé pour tous et SANTÉ 21. La définition des objectifs, par contre, est perçue comme un processus qui devrait s'effectuer au niveau des pays. En conséquence, le directeur régional suggère que la politique mise à jour soit principalement centrée sur l'éthique des systèmes de santé, comme le préconise le sous-groupe du CPR sur la bioéthique, et que les droits et devoirs des différentes parties prenantes, dont le système lui-même, fasse l'objet d'une étude approfondie.

14. Comme la politique actualisée doit être soumise au Comité régional en 2005, il a été envisagé d'en faire une présentation préalable à la cinquante-troisième session du Comité régional, qui préludera à des consultations avec les États membres sur un premier avant-projet, au cours de l'année 2004. Le document devant être établi en vue de la cinquante-troisième session du Comité régional pourrait en conséquence exposer l'arrière-plan et l'enchaînement des facteurs ayant abouti au mouvement de la Santé pour tous, et il pourrait comporter une évaluation préliminaire de la mise en œuvre de SANTÉ 21 et des enseignements à en tirer. Enfin, il pourrait jeter les bases de la politique actualisée proprement dite et de la marche à suivre pour son élaboration.

15. Le CPR souscrit pleinement aux valeurs qui sous-tendent la Santé pour tous et SANTÉ 21. Il attire l'attention en particulier sur la nécessité de réaffirmer les valeurs fondamentales que sont l'équité et la solidarité, eu égard à l'évolution des conditions sur les plans politique et économique. Il convient néanmoins que la tâche consistant à traduire ces valeurs en des directives et en des instruments pratiques est une tâche complexe, compte tenu de la diversité des cultures et des situations, d'un pays à l'autre de la Région.

16. Le CPR s'est déclaré préoccupé, par contre, par l'idée que l'on puisse tenter de revoir ou d'évaluer la mise en œuvre de SANTÉ 21 au terme d'un délai aussi court que celui qui s'est écoulé depuis son adoption. À cela s'ajoute qu'un certain nombre de pays n'ont élaboré que très récemment leur propre politique sur la base de ces principes et que certains membres jugeraient inopportun d'introduire maintenant une nouvelle politique-cadre au niveau régional.

17. Pour répondre à ces diverses considérations, le directeur régional a répété que le Comité régional, lors de l'adoption de SANTÉ 21, est convenu qu'une version actualisée de la politique-cadre (et non une nouvelle politique-cadre) devrait lui être soumise en 2005. Dès lors, la question est de savoir si l'actualisation doit simplement consister en une addition ou en une annexe à la politique-cadre existante (pour combler les lacunes mises en lumière par une évaluation), ou bien s'il conviendrait de donner un lustre nouveau aux valeurs fondamentales défendues par l'OMS, en soulevant la question générale de l'éthique dans les systèmes de santé.

18. En conclusion, le CPR est convenu qu'en principe il ne se satisferait pas d'une annexe à SANTÉ 21. Il faudra un document distinct, mettant l'accent sur des valeurs fondamentales telles que la solidarité, l'égalité de traitement entre hommes et femmes et l'accès aux soins de santé, et sur des approches telles que l'interdisciplinarité, les soins de santé primaires et la santé publique. Cependant, considérant les trois initiatives actuellement en cours à propos des trois composantes liées à la mise en œuvre de SANTÉ 21, ainsi

que le travail sur le ciblage qui doit être accompli par un « groupe de réflexion » constitué de chercheurs et de décideurs, le CPR a demandé au directeur régional de faire rapport, à la prochaine session, sur les premiers résultats enregistrés dans ces quatre domaines. Après cela, il sera dans une meilleure position pour aviser en connaissance de cause sur la teneur de l'actualisation de la politique-cadre.

19. Comme demandé, le directeur régional a fait rapport à la quatrième session du CPR sur le travail accompli à propos des quatre parties ou « piliers » de la politique actualisée. Le Comité permanent est convenu que les enseignements issus de la mise en œuvre de SANTÉ 21 constitueront de solides fondements pour ladite politique actualisée. Un membre a signalé les risques qu'impliquent le fait de demander aux États membres de faire rapport sur leurs expériences respectives alors même que bien peu de choses a été fait pour les inciter au départ à mettre en œuvre la politique-cadre.

20. De plus, certains membres du Comité permanent ne sont pas très au clair quant à la signification du concept de « gouvernance éthique ». Le directeur régional a fait observer que ce concept de « gouvernance éthique pour la santé » a été avancé par le groupe de réflexion, lequel a considéré que l'affirmation de certaines valeurs doit se traduire par une approche éthique de la manière dont un système doit être géré ou les choix doivent être faits (« gouvernance »). Un des membres du CPR a précisé que, dans son esprit, ce terme exprime de quelle manière, en termes d'éthique, un système de santé se conçoit, s'organise, agit et se comporte vis-à-vis des autres instances gouvernementales.

21. Sur la base du supplément d'informations qu'il a reçu, le Comité permanent a approuvé le processus et la méthode proposés pour l'actualisation de la politique-cadre. Il a néanmoins suggéré de veiller à la cohérence de la terminologie employée dans ce contexte (par exemple entre les termes « pilier » ou « section ») et aussi à ce que les États membres soient consultés à un stade aussi précoce que possible, avant la cinquante-quatrième session du Comité régional.

#### **Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner le document relatif à la marche à suivre pour l'actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous au niveau régional (EUR/RC53/8)**  
**Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC53/Conf.Doc./3)**

#### **La Stratégie de pays du Bureau régional**

22. À sa troisième session, le CPR a été informé qu'un rapport d'étape sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional depuis 2000 serait soumis au Comité régional à sa cinquante-troisième session. Ce rapport, a-t-il été proposé, devrait commencer par rappeler les éléments à l'origine de la stratégie par pays et les principes fondamentaux sur laquelle elle se fonde : répondre aux besoins de tous les pays compte tenu de leur diversité ; renforcer les partenariats internationaux pour la santé ; s'intégrer dans la stratégie mondiale de l'OMS relative aux pays ; tirer parti de l'expérience acquise par le Bureau régional dans le cadre des travaux en cours. Ce rapport devrait ensuite passer en revue les progrès accomplis, en s'appuyant sur des exemples bien précis pour chacun des quatre principes. Viendrait ensuite une description de la réorganisation du Bureau, qui a été entreprise pour renforcer la présence des pays au sein de l'OMS et pour améliorer son système de gestion du travail par pays. Enfin, le rapport se conclurait par une esquisse des perspectives d'avenir et une synthèse des besoins.

23. Le CPR a été favorablement impressionné par le changement radical d'approche qui a vu le jour avec l'adoption de la nouvelle stratégie du Bureau régional pour les pays. Les membres du CPR venant de pays dotés d'un bureau de liaison ont attesté que le soutien opérationnel de l'OMS s'en est trouvé renforcé. Ils ont apprécié en particulier la manière dont les accords de coopération biennaux sont élaborés et conclus, sur la base des besoins du pays considéré et des possibilités de l'OMS. Si le coût de la présence de l'OMS dans le pays s'en est trouvé accru, les résultats justifient pleinement l'effort consenti.



24. Le Forum sur les valeurs d'avenir a été perçu comme une initiative très importante, notamment dans l'optique de la diffusion d'éléments d'appréciation concernant les mécanismes d'adaptation à l'évolution des techniques dans le domaine de la santé. L'idée d'en élargir le champ d'action de manière à inclure des participants venant de l'extérieur de l'Europe occidentale a suscité un intérêt considérable. Les membres actuels du Forum et le directeur régional ont été invités à se pencher sur cette question, qui sera à nouveau examinée à la prochaine session du CPR.

25. On a fait entendre que le document établi en vue de la cinquante-troisième session du Comité régional gagnerait à aborder de manière plus détaillée les exemples illustrant le rôle de facilitation joué par l'OMS dans les partenariats bilatéraux entre pays, dans différentes parties de la Région. Cela étant, le CPR appuie l'ébauche de document proposé et la démarche envisagée en vue de sa présentation au Comité régional.

**Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner le document du Bureau régional  
relatif à la Stratégie de pays**  
(EUR/RC53/10)

**Examiner le projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC53/Conf.Doc./5)

**Orientation stratégique de l'action déployée par le Bureau régional de l'Europe à travers les « bureaux géographiquement dispersés », notamment les bureaux dans les pays**

26. Lors de la première session, le président a signalé que le Comité régional, à sa cinquante-deuxième session, avait renvoyé devant le CPR l'examen de la question des « bureaux géographiquement dispersés » ou autres entités décentralisées de la Région européenne (EUR/RC52/Inf.Doc./4).

27. À sa troisième session, le CPR a été avisé du fait que la présentation d'un document sur le sujet à la cinquante-troisième session du Comité régional aurait plusieurs objectifs : rendre compte de l'état actuel des diverses formes de la présence du Bureau régional hors de Copenhague ; évaluer les atouts et les faiblesses de la situation, et les espoirs que l'on peut nourrir à partir de ce constat ; esquisser des options ou des orientations stratégiques en vue des cinq prochaines années.

28. Deux grandes questions devront donc être abordées : quel est aujourd'hui le degré de présence effective et quel est celui qui serait justifié à l'avenir ; quel type d'équilibre conviendrait-il de ménager entre la conception d'un modèle global standardisé et l'introduction de la souplesse nécessaire pour réagir à l'évolution des opportunités et des demandes ? De plus, un certain nombre de questions plus spécifiques, concernant d'une part les centres de l'OMS et, d'autre part, les bureaux dans les pays, appellent une réponse.

29. La marche à suivre pour l'établissement du document consisterait donc à passer en revue les principaux documents de politique et de stratégie émanant du Siège, du Bureau régional et de certains organismes ; faire un bilan des éléments financiers, administratifs, techniques et touchant au suivi et à l'évaluation ; faire une enquête auprès du personnel et auprès des interlocuteurs de l'extérieur (y compris les membres du CPR) en s'attachant particulièrement à certains exemples de travaux dans les pays ; enfin, organiser deux réunions de recherche d'idées, associant le personnel de l'OMS et des bénéficiaires – effectifs ou potentiels – de l'action de l'OMS.

30. Le document commencerait par décrire succinctement la présence actuelle de l'OMS dans les États membres et la situation dans les autres régions et au sein d'autres organismes. Il présenterait ensuite une analyse des perceptions et des propositions des partenaires du Bureau régional concernant ces questions, et il se conclurait sur un ensemble d'orientations stratégiques et sur une liste des questions à débattre dans le cadre de la cinquante-troisième session du Comité régional.

31. S'agissant des centres de l'OMS dans les différents pays, le CPR s'est déclaré préoccupé par le fait qu'ils se soient développés de manière un peu trop spontanée, sans beaucoup de concertation quant à

une structure nette et sans beaucoup de règles non plus quant aux formalités de rapport annuel. À l'origine, ces centres avaient une vocation technique mais, par la suite, leur activité a évolué vers la formulation de grandes orientations, domaine dans lequel le CPRC estime que le Bureau régional doit avoir la prééminence. De plus, on ne saurait affirmer que ces centres améliorent la perception du Bureau dans la Région dans son ensemble et un déséquilibre risque de se créer du fait que les pays d'Europe centrale et orientale pourraient ne pas être en mesure de subvenir à leur fonctionnement aussi facilement que les pays d'Europe de l'Ouest.

32. Les membres du CPRC qui viennent de pays dans lesquels l'OMS a un bureau jugent cette forme d'arrangement bénéfique en ce qu'elle renforce la capacité du pays de faire face à certains problèmes sanitaires et sert de moyen d'échange d'informations avec d'autres pays et avec l'OMS. Par contre, d'autres membres ont dit que des bureaux de liaison ne sont pas nécessaires dans chaque pays. Le CPRC a reconnu qu'il existe une différence fondamentale entre un centre de l'OMS et un bureau de pays, mais il reste d'avis que l'une et l'autre forme sont également acceptables pour assurer la présence de l'OMS.

33. Enfin, de l'avis du CPRC, les centres collaborateurs de l'OMS ne sont pas suffisamment bien intégrés dans les arrangements relatifs au soutien des travaux pour les pays. En conséquence, il recommande que leur rôle soit redéfini et que leurs caractéristiques précises soient accessibles sur les sites Web tenus à jour par les bureaux dans les pays.

34. Le CPRC a approuvé le plan général et la méthode proposés pour établir le document destiné à la cinquante-troisième session du Comité régional et a exprimé le souhait d'être saisi d'un rapport d'étape à sa quatrième session.

35. Comme demandé, le Comité permanent a été informé, à sa quatrième session, des progrès accomplis dans le sens de la définition des orientations stratégiques de l'action du Bureau régional auprès des centres de l'OMS et des bureaux dans les pays. Deux catégories différentes de questions se sont dégagées : la première concerne l'utilisation des ressources existantes et la seconde concerne les interrogations qui se posent, en termes de valeur ajoutée, entre une présence dispersée et une présence centralisée. La première série de questions trouve une réponse assez aisée, à travers les orientations existantes et les enseignements que les études de cas peuvent apporter dans le sens de l'amélioration des pratiques de gestion et des méthodes de travail. La deuxième série de questions, par contre, se révèle particulièrement difficile.

36. Les premiers constats, au terme d'un bilan des grandes orientations suivies, d'une étude comparative des modèles de référence et d'une étude portant sur le personnel et les représentants des États membres, fait apparaître qu'il n'existe pas une politique d'ensemble de l'OMS couvrant tous les aspects de sa présence dans les pays, non plus qu'il n'existe d'autres organismes internationaux ayant une ligne très clairement définie dans ce domaine. La présence actuelle de l'OMS dans les pays (notamment sous la forme de ses bureaux) est décrite comme positive et en voie d'amélioration mais loin d'être toujours optimale. Les réponses recueillies ne sont pas unanimes entre elles quant à savoir ce qui serait un juste équilibre et une juste mesure de la présence de l'OMS dans les pays, notamment en terme de centres, même si l'apport sur le plan technique de ces derniers par rapport à l'action du Bureau régional est largement reconnu.

37. Pour ces raisons, il a été proposé que le projet de résolution à soumettre au Comité régional à sa cinquante-troisième session préconise une démarche transitoire consistant à persévérer dans la stratégie actuelle concernant la présence de l'Organisation, tout en favorisant l'expérimentation dans ce domaine de formules nouvelles.

38. Le Comité permanent a fait valoir avec force qu'il existe une différence qualitative entre un bureau de l'OMS dans un pays, qui a pour vocation de servir un pays en particulier, et un centre de l'OMS, qui déploie des activités dans le cadre d'un programme, pour le bien de la Région dans son ensemble. Tout en reconnaissant que le déséquilibre géographique accusé par l'implantation de ces centres résulte essentiel-

lement des financements disponibles, le Comité permanent a insisté sur la nécessité d'une certaine transparence et a appelé de ses vœux une discussion sur cette question dans le cadre du Comité régional.

39. Le Comité permanent a approuvé la démarche suivie pour traiter la question jusqu'à la cinquante-troisième session du Comité régional et a exprimé l'espoir d'être saisi de recommandations précises, une fois que l'expérimentation des nouveaux arrangements aura livré ses enseignements.

#### **Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner le document relatif aux orientations stratégiques de l'action du Bureau régional par rapport à ses entités décentralisées, notamment par rapport à ses bureaux dans les pays**  
(EUR/RC53/9)

**Examiner le projet de résolution correspondant**  
(EUR/RC53/Conf.Doc./4)

#### **Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme**

40. À sa deuxième session, le CPCR a noté que quatre pays de la Région européenne de l'OMS doivent recevoir des sommes considérables au titre du premier cycle de versement assuré par le Fonds mondial, et il a convenu que la mise en œuvre des mesures proposées risqueraient de poser des problèmes assez épineux en terme de capacité aux États membres, et à l'OMS pour les aider.

41. D'une manière plus générale, le CPCR s'est déclaré préoccupé de constater que les règles du Fonds mondial ne précisent pas clairement de quelle manière les pays à revenu moyen peuvent demander de l'aide. Il a en conséquence prié le secrétariat de fournir aux États membres un abrégé donnant des informations sur ce Fonds.

#### **Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)**

42. Comme il l'avait demandé, le CPCR a été informé, à sa troisième session, des derniers faits de l'actualité concernant le SRAS. L'OMS avait lancé une alerte mondiale le 12 mars 2003 et une mise en garde concernant les déplacements le 4 avril. Le 8 avril, 2 601 cas et 98 décès imputables à cette maladie avaient été recensés dans le monde. Des définitions des notions de cas suspects et de cas probables ont été établies, et les zones affectées sont délimitées actuellement. Des cas probables ont été signalés par huit pays de la Région européenne.

43. Il a été établi que le SRAS peut se transmettre d'un individu à l'autre par voie respiratoire. Cependant, certaines flambées épidémiques de caractère ponctuel seraient plutôt l'indice d'autres modes de transmission, que l'on ne connaît pas. La période d'incubation est de 2 à 12 jours. Presque tous les cas évoluent en pneumonie. La plupart des personnes contaminées appartiennent au personnel hospitalier ou à l'environnement familial de la personne contagieuse. Le taux de mortalité est d'environ 4 %. Un réseau mondial de surveillance a été mis en place, et la situation fait l'objet d'un suivi constant, les données les plus récentes étant accessibles en permanence grâce à un site spécial du Web (<http://www.who.int/csr/sars/en/>).

44. Les membres du CPCR ont apprécié de pouvoir échanger des données d'expérience et disposer d'orientations sur des questions telles que les conseils à donner aux personnes prévoyant de se rendre à l'étranger, les risques de contamination au cours de la période d'incubation et l'utilité de mesures de quarantaine. Ils ont été unanimes sur le point que, s'il est vrai que l'OMS peut offrir des conseils reposant sur des éléments convaincants, les décisions politiques indispensables restent du ressort des gouvernements nationaux eux-mêmes.

## Questions d'administration

### Évaluation externe des programmes de réforme des soins de santé du Bureau régional pour l'Europe

45. À la première session, le président a signalé qu'à sa cinquante-deuxième session, le Comité régional a renvoyé devant le CPR la question de l'examen du rapport sur l'évaluation externe des programmes du Bureau régional de l'OMS relatifs à la réforme des soins de santé (EUR/RC52/Inf.Doc./1 et /BD/2). Suite à des discussions assez larges sur ce rapport, notamment aux commentaires du directeur régional et aux débats dans le cadre de la cinquante-deuxième session du Comité régional, le CPR a décidé que son président en exercice, son président sortant et le directeur régional devraient rencontrer l'équipe d'évaluation avant que le CPR n'examine à nouveau la question.

46. À la deuxième session du CPR, le directeur régional a indiqué qu'il s'était dûment concerté avec le président en exercice et le président sortant et qu'ils avaient ensemble examiné un projet de commentaires du secrétariat sur le rapport de l'équipe d'évaluation. Le CPR a prié le secrétariat d'établir la version finale de ces commentaires et a appelé le directeur régional ainsi que les présidents actuel et sortant à rencontrer, comme demandé, cette équipe d'évaluation externe.

47. Lors d'une réunion ayant eu lieu la veille de l'ouverture de la troisième session, le directeur régional et le président ont rencontré l'un des évaluateurs externes, présent au nom de tous les autres, pour lesquels le déplacement n'avait pas été possible. A l'issue de longues discussions sur le rapport et les méthodes appliquées pour l'évaluation, tous les malentendus qui avaient pu naître ont été dissipés.

48. À la troisième session, le CPR a été saisi d'un document contenant des commentaires du secrétariat sur les recommandations formulées par les évaluateurs externes. Selon les conclusions du secrétariat, la plupart de ces recommandations ont trait à des initiatives et à des changements d'ores et déjà en cours au Bureau régional, en accord avec les États membres, du fait que ceux-ci ont accepté les orientations et les allocations budgétaires y afférentes, dans le cadre du Comité régional.

49. Le CPR a pris note du fait que le principal constat qui ressort du rapport d'évaluation est l'estime universelle dont l'OMS bénéficie. Le rapport intégral illustre l'immense diversité des activités menées, ainsi que le professionnalisme et le dévouement dont elles sont la marque. Le CPR a reconnu que la plupart des recommandations sont déjà en cours de mise en œuvre et il a pris acte avec satisfaction du travail accompli par le groupe d'évaluation externe et des recommandations formulées par celui-ci, qu'il a jugé particulièrement utiles.

50. Comme demandé par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session, il est entendu que le CPR fera rapport sur cette question dans le cadre de son rapport à la cinquante-troisième session du Comité régional.

### Budget programme de l'Organisation pour 2004–2005

51. À sa deuxième session, le CPR a fait observer qu'une réponse avait été – ou était en voie d'être – apportée à trois des quatre préoccupations exprimées par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session : des efforts ont été déployés pour assurer une présentation plus « transparente » du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires, et le directeur général propose une augmentation globale du budget de 4 %, dont 2 % pour tenir compte de l'inflation et 1,8 % pour faire face à une augmentation – prévue – des salaires de la catégorie des administrateurs. Sur les 5 millions de dollars des États-Unis de crédits non affectés, 1,5 million seront alloués au Timor Oriental et le reste, 3,5 millions seront répartis entre les quatre régions ayant subi une amputation de leur budget en conséquence de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31.

52. Le CPR a rappelé que les États membres de la Région européenne restent partisans d'une application intégrale de la résolution WHA51.31. Il appuie fermement l'optique selon laquelle les membres

européens du Conseil exécutif doivent être tenus pleinement informés de la situation par le président et par le directeur régional avant la cent onzième session dudit Conseil, qui aura lieu en janvier 2003. Il prend note du fait que des amendements au projet de budget ont pu être apportés jusqu'à la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003 et même au cours de celle-ci. Se réjouissant à la perspective de l'examen, par l'Assemblée mondiale en 2004, des suites données à la résolution WHA51.31, le CPRC a suggéré que des informations relatives à cette question pourraient en conséquence devoir être soumises à l'examen du Comité régional à sa cinquante-troisième session, en septembre 2003.

53. À la troisième session, le CPRC a été informé que le directeur général avait entre-temps décidé de présenter à l'Assemblée mondiale de la santé un projet de budget programme prévoyant une augmentation nominale de 3 % des crédits inscrits au budget ordinaire pour le fonctionnement. Sur ce chiffre, 1 % servirait à couvrir une augmentation des charges salariales et 2 % à couvrir l'inflation. De plus, une partie des coûts du bureau du représentant spécial du directeur général à Moscou devrait être couverte par le budget mondial. Les autres changements positifs sont notamment un accord sur la nécessité d'une répartition transparente des ressources extrabudgétaires en 2004–2005 et sur une présentation révisée de la répartition du budget mondial, de manière à y inclure la part allouée au Siège de l'OMS.

54. Le CPRC a souligné qu'une augmentation de 3 % du budget ne constitue pas une augmentation en termes réels mais simplement le maintien du niveau actuel par rapport à l'inflation et à l'augmentation des coûts. Il a insisté sur la nécessité d'une évaluation approfondie de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 avant de prendre toute décision qui tendrait éventuellement à en suspendre l'application. Un document succinct devrait pouvoir être examiné à la cinquante-troisième session du Comité régional, avant que la question ne soit abordée par l'Assemblée mondiale de la santé, en 2004. Enfin, le CPRC est préoccupé par la décision de ne tenir aucun crédit non affecté à la disposition du Bureau régional pour l'Europe. Il a demandé qu'une politique claire soit formulée quant à la répartition des donations, lesquelles représentent à l'heure actuelle près des deux tiers du budget de l'Organisation. Il a fait observer que la répartition des ressources extrabudgétaires est, elle aussi, un domaine déterminant pour l'exercice de la fonction de contrôle par les instances dirigeantes de l'Organisation.

### **Homologues nationaux et chargés de liaison**

55. À sa deuxième session, le CPRC a approuvé le mandat du réseau des homologues nationaux pour la Stratégie européenne de lutte contre le tabagisme. D'une manière générale, il a demandé au secrétariat d'établir, pour sa session suivante, un tableau recensant les homologues nationaux et techniques et les chargés de liaison désignés pour chaque programme, dans chaque pays de la Région.

56. Par la suite, le CPRC a été saisi d'un document (EUR/RC52/SC(3)/7) et d'un CD-ROM contenant des informations sur les réseaux d'homologues et de correspondants du Bureau régional.

## **Questions de procédure**

### **Bureau régional de l'Europe**

57. À sa deuxième session, le CPRC est convenu que chaque point technique à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional devrait comprendre un élément concernant le partenariat avec d'autres organisations. Cela libérerait suffisamment de temps pour que le Comité régional puisse examiner cinq questions relevant de la rubrique « questions techniques et de politique ». Il a décidé que ces cinq questions devraient être les suivantes :

- la santé mentale ;
- la santé des enfants et des adolescents ;
- la Stratégie de pays du Bureau régional ;

- les orientations stratégiques des activités du Bureau régional par rapport aux entités décentralisées, notamment par rapport aux bureaux de liaison de l’OMS ;
- de nouvelles approches de la Santé pour tous dans la Région européenne ;

58. Le CPRC est également convenu que l’évaluation des dispositions concernant la composition du Conseil exécutif et la suite donnée à l’évaluation externe des programmes du Bureau régional relatifs à la réforme des soins de santé devraient être abordées dans le cadre de l’examen de son propre rapport (c’est-à-dire au titre du point 5 du projet d’ordre du jour). Des rapports présentant la situation instantanée au regard du VIH/sida et du paludisme pourraient être inclus dans le discours du directeur régional. Enfin, le CPRC est convenu qu’il n’y aurait pas de discussion technique lors de la cinquante-troisième session du Comité régional et qu’en lieu et place une visite technique ou une communication orale pourrait être organisée en concertation avec les autorités autrichiennes.

59. À sa troisième session, le CPRC a approuvé l’ordre du jour provisoire de la cinquante-troisième session du Comité régional, en signalant qu’il appartient au secrétariat de trouver un accord avec le pays hôte sur la forme et le thème de la séance d’information spéciale.

## **Conseil exécutif**

### ***Cent onzième session du Conseil exécutif***

60. À sa deuxième session, le CPRC a été avisé du fait que, comme de coutume, le directeur régional et le président ou le vice-président du CPRC rencontrerait des membres européens du Conseil exécutif la veille de l’ouverture de la session de cette instance, en janvier. La sélection des candidatures au poste de directeur général de l’OMS devrait présenter un intérêt particulier pour les États membres appartenant à la Région européenne. Neuf candidatures ont été reçues, dont une émanant d’un pays européen. Le CPRC a tenu à souligner qu’il importe de choisir un candidat ayant une expérience solide en matière de santé publique.

61. À la troisième session du CPRC, le professeur Vilius Grabauskas, membre européen du Conseil exécutif, a fait rapport sur la cent onzième session de cet organe. En termes politiques, le point le plus important a sans doute été la sélection des candidats au poste de directeur général. Les questions techniques et administratives complexes (comme le projet de budget programme de l’Organisation pour 2004–2005) ont été examinées rapidement et sans difficulté.

### ***Évaluation des arrangements actuellement en vigueur relatifs à la composition du Conseil exécutif***

62. À la première session du CPRC, le président a signalé qu’à sa cinquante-deuxième session, le Comité régional avait renvoyé devant le CPRC la question de l’évaluation des arrangements concernant la composition du Conseil exécutif, sur la base d’un mandat déjà approuvé (EUR/RC52/3 Add.1, annexe 1).

63. À sa deuxième session, le CPRC s’est rallié à la suggestion de son président tendant à ce que le sous-groupe constitué antérieurement pour proposer un mandat d’évaluation soit reconstitué et soit chargé de procéder à l’évaluation elle-même. Le CPRC a exprimé l’espoir d’être saisi du rapport du sous-groupe à sa troisième session.

64. À sa troisième session, le CPRC a été informé du fait que le sous-groupe avait tenu, depuis la précédente session, trois réunions : une à Copenhague, le 9 janvier 2003, pour arrêter les grandes lignes de ses méthodes de travail ; une à Genève le 21 février, pour examiner les divers aspects concernant la composition du Conseil exécutif (réunion à laquelle ont également participé les représentants de la France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, ainsi que le conseiller juridique de l’OMS, mais à laquelle les autres parties invitées n’ont pu assister) ; et une à Copenhague, le 8 avril, pour mettre la dernière main à son rapport et à ses recommandations (voir annexe 2).

65. Le CPRC a salué chaleureusement le travail particulièrement approfondi accompli par les membres du sous-groupe. Il a fait siennes sans réserve l'ensemble de ses recommandations et a indiqué qu'il souhaitait qu'elles soient présentées au Comité régional comme un tout. Pour que ces recommandations soient acceptées plus facilement et que les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS soient ratifiés, des entretiens avec les représentants des États membres devront être menés au cours de l'Assemblée mondiale de la santé. Considérant que le CPRC a consacré beaucoup de temps à cette question au cours des six dernières années, il ne serait certainement d'aucun profit de renvoyer cette question encore une fois devant lui dans le cas où les propositions seraient jugées inacceptables par le Comité régional.

66. Le sous-groupe a proposé que l'expérience qu'apportera l'application des recommandations susmentionnées soit évaluée à la fin du premier cycle de six années et que le Comité régional soit saisi des conclusions à sa soixantième session, en 2010.

67. À sa quatrième session, le CPRC a expressément demandé qu'un nouveau projet de résolution soit établi afin de rendre compte du fait que le Comité régional entérine les arrangements qu'il propose en ce qui concerne la proposition du Conseil exécutif.

**Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner le rapport du sous-groupe du CPRC**  
(EUR/RC53/4, annexe 2)  
**Examiner le projet de résolution relatif à la composition du Conseil exécutif**  
(EUR/RC53/Conf.Doc./9)

**Assemblée mondiale de la santé**

68. À sa deuxième session, le CPRC a demandé à son sous-groupe sur la composition du Conseil exécutif de formuler des propositions concernant la pratique selon laquelle des postes électifs de certains comités de l'Assemblée mondiale sont traditionnellement réservés à des pays membres « semi-permanents » du Conseil exécutif.

69. À la troisième session du CPRC, le sous-groupe a expliqué que, de son point de vue, la pratique d'une représentation semi-permanente ne devrait pas s'appliquer à des postes électifs rentrant dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé (à savoir, à des postes du Comité général et du Comité des désignations). Le CPRC a noté qu'à l'avenir, la question des postes électifs s'inscrivant dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé devait être examinée à la lumière de cette recommandation, si celle-ci est acceptée par le Comité régional à sa cinquante-troisième session.

**Mesures à prendre par le Comité régional**

**Examiner la partie pertinente du rapport du sous-groupe du CPRC** (EUR/RC53/4, annexe 2, paragraphe 20)

**Composition des comités et autres organes de l'OMS**

70. À sa première session, le CPRC a exprimé son désir de voir maintenue la pratique actuelle concernant l'élection des membres des comités et autres organes de l'OMS telle que prévue à l'article 14.2.2 b) et c) du règlement intérieur du Comité régional.

71. À sa troisième session, le CPRC a été saisi d'un document (EUR/RC53/5) concernant les candidatures à divers comités et autres organes de l'OMS. Il a eu de nouveaux entretiens à ce sujet à sa quatrième session et durant l'Assemblée mondiale de la santé, et ses recommandations seront élaborées à la veille de la cinquante-troisième session du Comité régional.

## **Transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS**

72. À sa deuxième session, le CPRC a été informé que, conformément à la résolution WHA49.6, l'avis émis par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session a été transmis au directeur général. Le CPRC a cependant été préoccupé d'apprendre que le transfert de Chypre (s'il était approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé) ne s'accompagnerait probablement pas d'un transfert correspondant de fonds du budget de la Région de la Méditerranée orientale à celui de la Région européenne. En conséquence, il a été demandé instamment au directeur régional de s'entretenir à nouveau avec des fonctionnaires du Siège et de traiter cette question dans le rapport sur les aspects financiers du transfert, qu'il doit soumettre aux États membres européens avant la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé.

73. À sa troisième session, le CPRC a recommandé au directeur régional de ne pas demander de fonds supplémentaires pour la Région européenne par rapport au transfert éventuel de Chypre à la Région européenne, le surcroît de travail administratif pouvant être absorbé dans les limites du budget actuel.

## **Questions diverses**

### **Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe**

74. Comme à l'accoutumée, le président de l'Association du personnel a exposé au CPRC, réuni pour sa troisième session, les préoccupations du personnel. Pour l'Association qui joue traditionnellement un rôle consultatif vis-à-vis de l'Administration, le train de réformes adopté récemment en matière de ressources humaines devrait permettre de fonder, à l'avenir, des relations entre les deux parties sur des bases beaucoup plus égales. Toutes les associations du personnel de l'OMS se sont donc accordées sur un document commun à soumettre à la prochaine réunion du Conseil mondial personnel/administration, qui présente dans leurs grandes lignes des propositions de nature à instaurer une façon de travailler fondée davantage sur le partenariat.

75. La réforme des contrats à l'OMS, mise en œuvre en juillet 2002, a été conçue pour mettre fin à la pratique inacceptable consistant à employer pour une longue durée du personnel recruté par contrats temporaires (60 % du personnel du Bureau régional sous contrat de courte durée). Au terme de trois années de période transitoire, l'évolution dans le sens de l'attribution de contrats de durée moyenne est assez satisfaisante.

76. Le nouveau système de gestion et de développement du personnel est en vigueur depuis un an. L'Association du personnel accueille favorablement ce nouveau système, estimant que celui-ci introduit une méthode plus juste d'évaluation de la performance des membres du personnel, même si, à l'évidence, il reste encore beaucoup à faire pour en améliorer l'application.

77. Une enquête menée auprès du personnel l'année précédente a mis en lumière un certain nombre de préoccupations, qui concernent notamment la qualité de l'encadrement, les défis que posent le travail dans un environnement multiculturel et la persistance de procédures bureaucratiques pesantes. L'Administration s'est attaquée à certains de ces problèmes. La désignation d'un responsable de la formation et du perfectionnement du personnel, et l'adoption d'une politique et d'un programme en la matière témoignent d'une approche plus cohérente de la question de la formation.

78. En conclusion, l'Association du personnel estime que le dialogue et les discussions transparentes sont, de loin, le meilleur moyen de travailler et elle a l'intention de poursuivre dans cette voie à l'avenir.

79. Le CPRC s'est réjoui de ce témoignage des bonnes relations entre le personnel et l'Administration et des progrès enregistrés sur le plan de la résorption du recours excessif à des contrats de courte durée. Compte tenu de l'augmentation proposée du budget programme pour 2004–2005, le CPRC prévoit une légère amélioration des contraintes budgétaires pesant sur la dotation en personnel. S'agissant de la mise



en place du système de gestion et de développement du personnel, le CPR, sans disconvenir de la nécessité de l'évaluation des performances, estime néanmoins que la formation continue du personnel est plus importante pour la viabilité à long terme de l'Organisation. En dernier lieu, il souligne qu'il reste nécessaire de veiller à la sécurité, à la santé et à la sûreté du personnel.

*Annexe 1*

**Composition du dixième CPR  
2002–2003**

**Membres**

**Arménie**

Professeur Ara Babloyan  
Président, Medical Centre « Arabkir »

**Belgique**

Dr Godfried Thiers  
Directeur, Institut de recherche en santé publique Louis Pasteur

**Croatie**

Professeur Marija Strnad  
Sous-directeur, Institut national de santé publique

**Finlande**

Dr Jarkko Eskola<sup>1</sup>  
Directeur général, Département de la protection sociale et de la famille  
Ministère des Affaires sociales et de la santé

**Grèce**

Professeur Jenny Kourea-Kremastinou  
Doyen de l'École nationale de santé publique

**Lettonie**

Dr Viktors Jaksons  
Ancien ministre de la protection sociale

**Luxembourg**

Dr Danielle Hansen-Koenig  
Directeur général de la santé  
Direction générale de la santé

**Slovénie**

Dr Božidar Voljč<sup>2</sup>  
Directeur du Centre national de transfusion sanguine

---

<sup>1</sup> Président du dixième CPR

<sup>2</sup> Vice-président du dixième CPR

## **Tadjikistan**

Dr Alamhon Akhmedov<sup>3</sup>  
Ministre de la santé

Professeur Nusratullo Faizullaev<sup>4</sup>  
Ministre de la santé

## **Observateurs**

Dr James Kiely<sup>5</sup>  
Directeur  
Département de la santé et de la protection de l'enfance  
Irlande

Professeur Vilius Grabauskas<sup>6</sup>  
Chancelier  
Université de médecine de Kaunas  
Lituanie

---

<sup>3</sup> Première et deuxième sessions

<sup>4</sup> Quatrième session

<sup>5</sup> En tant que président exécutif de la cinquante-deuxième session du Comité régional

<sup>6</sup> En tant que membre du Conseil exécutif originaire de la Région européenne

## Annexe 2

### Rapport du sous-groupe du CPRC sur l'évaluation des arrangements actuels concernant la composition du Conseil exécutif

#### Mandat

1. Le Comité régional, à sa cinquante-deuxième session, tenue à Copenhague (16–19 septembre 2002), a approuvé la solution de compromis à laquelle le CPRC était parvenu à sa session spéciale, en juin 2002 (document EUR/RC52/3, annexe 3), étant entendu que celle-ci n'avait pas de caractère officiel et qu'elle ne constituait qu'une mesure transitoire de plus avant de parvenir à une représentation équitable, telle que la prévoyait la Constitution de l'OMS. À cette fin, il a été décidé que le Comité régional, appuyé par le CPRC, devrait continuer de travailler à définir des critères objectifs, et notamment la répartition géographique, et d'approfondir encore le concept de regroupement (annexe 1). En outre, le Comité régional a décidé de charger le CPRC de faire procéder à une évaluation des arrangements en vigueur, sur la base du mandat (annexe 2) approuvé par le CPRC, à savoir :

- mettre au point des méthodes pratiques et des critères mesurables permettant d'évaluer les arrangements, officiels et librement consentis, actuellement appliqués par la Région européenne pour sélectionner ses représentants au Conseil exécutif ;
- rassembler et analyser les informations et l'expérience acquise sur les pratiques de sélection de membres du Conseil exécutif dans la Région européenne depuis le début des années 1990 ;
- comparer les pratiques de sélection suivies dans la Région européenne avec celles qui ont été adoptées dans d'autres régions de l'OMS ;
- établir un rapport final présentant la synthèse des conclusions et le soumettre au CR53.

2. Lors de sa deuxième session, à Ljubljana (26 et 27 novembre 2002), le CPRC a décidé que le sous-groupe, composé des docteurs Jarkko Eskola, Sergueï Furgal et Danielle Hansen-Koenig, qui avait été mis sur pied dans le but de proposer un mandat pour l'évaluation, devrait être reconstitué et invité à poursuivre son activité en réalisant l'évaluation elle-même. Le sous-groupe a été prié de présenter son rapport à la troisième session du CPRC, en avril 2003.

3. Le CPRC a également demandé à son sous-groupe d'examiner et d'établir des propositions concernant la pratique selon laquelle des postes électifs à certains comités de l'Assemblée mondiale de la santé étaient traditionnellement réservés à des pays qui étaient membres « semi-permanents » du Conseil exécutif.

#### Méthodes de travail

4. Le sous-groupe du CPRC a tenu trois réunions :

---

<sup>7</sup> La pratique selon laquelle les États membres de la Région européenne qui sont membres permanents du Conseil de sécurité de l'ONU (la Fédération de Russie, la France et le Royaume-Uni) sont choisis par l'Assemblée mondiale de la santé pour être habilités à désigner un représentant au Conseil pour un mandat de trois ans puis, après un intervalle d'une année, pour un autre mandat de trois ans. On a pris l'habitude de qualifier de « membres semi-permanents » du Conseil les États membres faisant l'objet de cet arrangement. Cette formule a été en vigueur dans la Région européenne de l'OMS jusqu'en 1999, année où un arrangement intérimaire a été adopté par le Comité régional de l'Europe, à sa quarante-neuvième session, portant la périodicité de la représentation semi-permanente à trois ans sur cinq.

- une première réunion, à Copenhague, le 9 janvier 2003, pour convenir, dans leurs grandes lignes, de ses méthodes de travail ;
- une deuxième réunion, à Genève, le 21 février 2003, pour examiner les différents aspects liés à la sélection de membres européens appelés à siéger au Conseil exécutif ; afin de mener d'autres consultations, le sous-groupe a invité les parties intéressées à participer à cette réunion : étaient présents les représentants de la France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, ainsi que le conseiller juridique de l'OMS ; d'autres parties n'ont pu y assister en raison d'autres engagements. À cette deuxième réunion, le sous-groupe a présenté aux participants un projet de document pour examen ; il a également demandé aux participants de lui soumettre, avant la troisième session du CPR (Copenhague, 9–11 avril 2003), toute observation qu'ils pourraient avoir à formuler à propos de ce projet de document ;
- une troisième réunion, tenue à Copenhague, le 8 avril 2003, pour finaliser son rapport, et notamment les recommandations à soumettre au CPR, à sa troisième session.

5. Le sous-groupe a étudié les documents que le CPR avait examinés sur la question en particulier les documents EUR/RC47/SC(2)/12, EUR/RC47/SC(3)/13 et EUR/RC49/2 Add.1, ainsi que les pratiques suivies dans d'autres régions de l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies.

### **Membres « semi-permanents » du Conseil exécutif**

6. Le débat sur les critères relatifs à la désignation de membres du Conseil exécutif a commencé par un examen de la question de la représentation « semi-permanente », suscité par l'évolution de la situation géopolitique de la Région depuis 1948 et par l'augmentation du nombre de pays composant la Région européenne de l'OMS, qui était passé à 51.

7. Il est à noter qu'il n'y a aucune référence explicite à la représentation semi-permanente dans les documents fondamentaux de l'OMS ou dans les règlements intérieurs de ses organes.

8. En revanche, en vertu du principe d'équité applicable à tous les États membres, qui est inscrit dans la Constitution de l'OMS, tous les pays de la Région devraient avoir, à un degré égal, droit à siéger au Conseil exécutif.

### **Évaluation des dispositions concernant la composition du Conseil exécutif**

9. Actuellement, la Région européenne détient sept des 32 sièges du Conseil exécutif. Avec la résolution WHA51.23, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté des amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS qui accorderaient, entre autres choses, à la Région européenne un huitième siège au Conseil. Toutefois, pour entrer en vigueur, ces amendements doivent être ratifiés par les deux tiers des États membres de l'OMS, soit par 128 pays. Au mois de février 2003, 95 membres, au total, avaient ratifié ces amendements, dont 25 appartenaient à la Région européenne. L'appendice 3 présente un état, au 1<sup>er</sup> mai 2003, de la ratification de ces amendements par les États membres de la Région européenne de l'OMS.

10. Le sous-groupe du CPR a également analysé la situation depuis 1993, concernant les candidatures soumises par des États membres, les désignations et choix faits par le Comité régional, et les retraits de candidatures destinés à réaliser un consensus. Et, bien que le CPR ait noté avec satisfaction l'intérêt marqué par un certain nombre d'États membres qui soumettaient régulièrement des candidatures à un siège au Conseil pour ensuite les retirer, cet intérêt ne pouvait toutefois, à soi seul, être considéré comme un critère de sélection.

11. L'appendice 4 contient une analyse des formules susceptibles d'augmenter les chances des pays n'étant pas membres « semi-permanents » d'être élus pour siéger au Conseil. Sur la base de cette analyse, les deux mesures suivantes pourraient être envisagées :

- 1) augmenter le nombre des sièges réservés à des États membres de la Région européenne ;
- 2) s'agissant des trois membres « semi-permanents », allonger l'intervalle entre les mandats de trois ans pour le faire passer de un à trois ans (c'est-à-dire établir un « cycle » de représentation de trois ans sur six).

12. On a bien aussi essayé d'examiner l'activité des membres du Conseil (présence régulière, participation active et contribution mesurable), mais cette tâche s'est révélée difficile, sinon impossible.

## Critères de désignation de membres du Conseil exécutif

### Liste des critères concernant l'État membre

13. Il est proposé que les critères suivants soient appliqués pour la sélection d'un État membre :
- a) l'État membre appelé à désigner un délégué au Conseil devrait nommer une personnalité techniquement qualifiée dans le domaine de la santé, comme énoncé à l'article 24 de la Constitution de l'OMS ;
  - b) représentation antérieure au Conseil (l'appendice 5 présente une analyse de la représentation des États membres de la Région européenne) :
    - pays jamais représenté au Conseil (mais qui était membre de l'OMS avant 1991),
    - pays représenté au Conseil il y a plus de 20 ans (voir l'appendice 5, tableau 3) ;
  - c) aucun pays ne devrait, au même moment, être membre du Conseil exécutif et du CPRC ;
  - d) avoir déjà été membre du CPRC est un atout ;
  - e) le fait d'avoir ratifié les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS devrait être pris en considération.

### Liste de critères concernant le candidat

14. L'article 24 de la Constitution de l'OMS stipule que : « *L'Assemblée de la Santé choisit, compte tenu d'une répartition géographique équitable, les États appelés à désigner un délégué au Conseil, étant entendu qu'au moins trois de ces Membres doivent être élus parmi chacune des organisations régionales établies en application de l'article 44. Chacun de ces États enverra au Conseil une personnalité, techniquement qualifiée dans le domaine de la santé...* ». Les personnes désignées représentent officiellement leur État membre respectif.

15. Les éléments d'orientation suivants sont proposés aux États membres pour la sélection de candidats :
- a) fonctions occupées actuellement (ou dans un passé récent) au sein de l'administration de la santé de son pays, proches du niveau décisionnel ;
  - b) expérience de la collaboration avec les organisations internationales, l'OMS ou d'autres organisations du système des Nations Unies ;
  - c) aptitude à collaborer, à coordonner et à communiquer dans le pays et entre les pays ;
  - d) expérience de la coordination de programmes politiques et/ou techniques de haut niveau, au plan national (interrégional, interministériel) ou international (bilatéral ou interpays) ;
  - e) disponibilité et engagement ;
  - f) sexe (les candidatures féminines étant encouragées).

## Répartition géographique

16. L'article 24 de la Constitution de l'OMS stipule que l'Assemblée de la santé doit tenir compte d'une répartition géographique équitable. La nécessité d'une répartition géographique équitable est réitérée à l'alinéa 2.1 de l'article 14 du Règlement intérieur du Comité régional, à savoir que « *le Comité régional, lorsqu'il élit les membres du Comité permanent du Comité régional, tient compte de la nécessité d'une répartition géographique équitable, d'une représentation suffisante des divers intérêts de la Région, de la possibilité pour tous les États membres de la Région de participer à tour de rôle aux travaux du Comité permanent...* ». Une représentation géographique satisfaisante est essentielle, mais difficile à réaliser en regroupant les pays dans des groupes fixes.

17. Au cours des années passées, le CPR a tenté à plusieurs reprises de proposer des groupements possibles mais n'a pu parvenir à faire de recommandation ferme sur la question.

18. Les critères de répartition géographique, qui semblent être primordiaux, pourraient être remplis en regroupant les pays selon le modèle suivant :

Groupement géographique	Nombre de pays	Pourcentage représenté par les pays dans la Région	Nombre de sièges au Conseil	
			Jusqu'en mai 2002/ Depuis mai 2003	Nombre estimé de sièges
« Nord »*	17	32,69	4 / 3	3
« Sud »*	15	28,85	2 / 2	2
CEI*	12	23,08	1 / 2	2 ou 1
« Sud »*	8	15,38	0 / 0	0 ou 1

\* Groupe géographique auquel appartient un des trois États membres « semi-permanents »

### **I. Pays membres de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre échange (AELE) et pays de l'Europe méridionale : 32 pays (5 sièges)**

UE : 26

AELE + pays de l'Europe méridionale : Andorre, Islande, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse

Divisés en deux sous-groupes :

« Nord » Allemagne, Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède

« Sud » Andorre, Autriche, Chypre, Croatie, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Malte, Monaco, Portugal, Saint-Marin, Slovénie, Suisse

### **II. CEI + « Sud-Est » : 20 pays (2 sièges)**

Divisés en deux sous-groupes :

CEI Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine

« Sud-Est » Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Israël, Roumanie, Serbie et Monténégro, Turquie

19. Le sous-groupe du CPRC estime que parvenir à un accord par consensus au sein de chaque groupe serait l'approche la plus adaptée pour choisir des pays qui présenteraient des candidatures au Conseil ; toutefois, un système de rotation alphabétique sur une base volontaire serait également envisageable.

## **Représentation permanente de membres « semi-permanents » du Conseil au Comité général et à la Commission des désignations de l'Assemblée mondiale de la santé**

20. Le fait que des membres « semi-permanents » du Conseil aient été régulièrement proposés pour occuper des postes électifs à l'Assemblée mondiale de la santé (au Comité général et à la Commission des désignations) est une pratique qui a cours depuis déjà longtemps. Le sous-groupe du CPRC considère que la pratique de la représentation « semi-permanente » ne devrait pas s'appliquer à la sélection des membres de ces comités de l'Assemblée de la santé.

## **Synthèse des recommandations**

21. Considérant qu'il faudrait s'inspirer du principe d'équité pour que tous les pays participent, à tour de rôle, aux travaux du Conseil, le sous-groupe du CPRC recommande de mettre en œuvre, à compter de 2004, ce qui suit :

- a) les cinq critères objectifs concernant l'État membre, tels qu'énumérés au paragraphe 13 de la présente annexe ;
- b) les éléments d'orientation concernant le candidat, tels qu'énumérés aux paragraphes 14 et 15 de la présente annexe ;
- c) les groupements géographiques, tels que proposés aux paragraphes 16 à 19 de la présente annexe ;
- d) la ratification des amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS ;
- e) la modification de la périodicité de représentation des trois membres « semi-permanents » pour la porter à trois ans sur six (mandat de trois ans suivi d'une interruption de trois ans), applicable d'abord au Royaume-Uni (2007), puis à la Fédération de Russie (2008) et à la France (2009) ;
- f) l'évaluation de l'expérience acquise de l'application des recommandations ci-dessus, dont le CPRC rendra compte au Comité régional, à sa soixantième session, en 2010.



*Appendice 1*

**Extrait du Rapport sur la cinquante-deuxième session  
du Comité régional de l'Europe**

**Recommandations concernant les critères applicables pour la désignation de membres  
du Conseil exécutif**

Le président du CPR a rappelé qu'à la suite de consultations officieuses avec les États membres européens ou avec leurs missions permanentes au cours de la cent neuvième session du Conseil exécutif, une session spéciale du CPR consacrée au sujet de la représentation de la Région européenne au Conseil, à laquelle tous les États membres de la Région avaient été conviés, avait été tenue, à Genève, les 13 et 14 juin 2002. Le CPR, lors d'une réunion privée tenue immédiatement après la session spéciale, avait approuvé les observations et recommandations formulées à cette occasion.

La question des critères applicables à la désignation de membres du Conseil exécutif se subdivisait en trois éléments : les critères eux-mêmes, la question du regroupement géographique des pays et l'arrangement volontaire officieux concernant les pays qui étaient membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Étant donné qu'il appartenait aux pays de choisir leurs représentants au Conseil, le CPR était d'avis que les critères suggérés, tels que définis dans l'annexe 3 au document EUR/RC52/3, devraient servir de principes directeurs et non être imposés, bien qu'ils n'aient pas encore été adoptés officiellement par le Comité régional. Les groupements sous-régionaux étaient, sur le papier, une solution attrayante mais difficile à mettre en œuvre dans la pratique, et le CPR proposait par conséquent que cette question continue de faire l'objet d'autres consultations.

S'agissant de la représentation « semi-permanente » au Conseil, le CPR recommandait que l'arrangement intérimaire adopté par le Comité régional à sa quarante-neuvième session soit maintenu jusqu'à son terme, en 2006, et que le Comité régional examine, en 2003, la possibilité de se mettre d'accord pour passer à une périodicité étendue de trois ans sur six, applicable aux pays concernés (à savoir le Royaume-Uni à partir de 2007, la Fédération de Russie à partir de 2008 et la France à partir de 2009). Le CPR a également recommandé qu'avant la cinquante-troisième session, en 2003, les arrangements actuels fassent l'objet d'une évaluation, et il a approuvé le mandat de cette évaluation lors de la réunion qu'il a tenue le 15 septembre 2002.

Le Comité régional s'est rallié à la solution de compromis à laquelle on était parvenu lors de la session spéciale du CPR, en juin, étant entendu que cette solution n'avait pas de caractère officiel et qu'elle n'était qu'une autre mesure transitoire avant de parvenir à une représentation équitable, telle que la prévoyait la Constitution de l'OMS. À cette fin, il a été décidé que le Comité régional, appuyé par le CPR, poursuive son travail sur des critères objectifs, et notamment la répartition géographique, et continue d'étudier le concept de groupement. De plus, le Comité régional a décidé de charger le CPR de faire procéder à une évaluation des arrangements actuels, en se basant sur le mandat tel qu'il a été approuvé par le CPR, et de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-troisième session.

## Appendice 2

### Mandat pour l'évaluation concernant la composition du Conseil exécutif

#### Principes et pratiques appliqués à la sélection de membres du Conseil exécutif au Comité régional de l'Europe de l'OMS depuis le début des années 1990

1. Depuis plus de 10 ans, essentiellement du fait de l'augmentation significative du nombre des États membres au sein de la Région, les questions liées à la composition du Conseil exécutif de l'OMS font l'objet d'un débat en profondeur dans la Région européenne. Dans le cadre des mesures qu'il a prises pour tenir compte de l'augmentation du nombre des États membres, le Comité régional a décidé d'instituer un Comité permanent du Comité régional (CPCR) en 1993.
2. Plus récemment, le Comité régional, lors de sa quarante-septième session, en 1997, a prié le CPCR de se pencher sur les principes de répartition des sièges européens au Conseil exécutif, et notamment l'accord tacite relatif aux membres semi-permanents du Conseil exécutif, et de présenter ses recommandations à ce sujet à la quarante-huitième session du Comité régional, en 1998.
3. Au cours des débats qui ont eu lieu lors de la quarante-huitième session du Comité régional, on s'est accordé pour dire qu'il était nécessaire de changer les critères de sélection pour faire en sorte que la Région et ses politiques soient fortement représentées dans les discussions du Conseil exécutif mais, compte tenu de la complexité de cette question, le CPCR a été prié de poursuivre ses travaux et de faire rapport à la quarante-neuvième session du Comité régional, en 1999.
4. Une réunion spéciale du CPCR a été organisée, les 15 et 16 juillet 1999, pour examiner la question des membres semi-permanents du Conseil exécutif. Le rapport sur cette réunion spéciale a été dûment soumis à la quarante-neuvième session du Comité régional, lequel a adopté les recommandations du CPCR d'appliquer un arrangement intérimaire pour les trois membres semi-permanents du Conseil exécutif et de mettre en place un nouveau système en 2003, selon lequel l'accord sur les candidats serait guidé par des critères objectifs relatifs à la répartition géographique et à d'autres éléments, conformément aux principes de solidarité et de transparence sous-tendant la politique-cadre de la SANTÉ 21.
5. Après quoi, le CPCR a mis sur pied, en 2000, un sous-groupe chargé d'examiner les critères à appliquer pour la désignation de membres du Conseil exécutif. Le CPCR a présenté les travaux de ce sous-groupe à la cinquante et unième session du Comité régional, en 2001, notant toutefois qu'il n'était pas encore en mesure de formuler des recommandations fermes sur la question des membres semi-permanents et sur celle des groupements géographiques. Le Comité régional a alors décidé que d'autres consultations devraient avoir lieu avec les États membres européens de l'OMS sur les critères applicables, et plus particulièrement sur la question des groupements géographiques et celle de la représentation semi-permanente, et a demandé au CPCR de poursuivre ses travaux et de faire rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional, en 2002.
6. Dans la première moitié de 2002, tous les États membres européens ont été consultés de manière officieuse sur leur opinion concernant la nomination/l'élection de membres européens du Conseil exécutif, dans le but de favoriser l'instauration d'un consensus.
7. Ces consultations ont abouti à la tenue d'une session spéciale du CPCR, les 13 et 14 juin 2002, à Genève, à laquelle tous les États membres étaient conviés. Conformément à l'accord auquel on est parvenu par consensus lors de ladite session, le CPCR a décidé de reconstituer son sous-groupe chargé d'examiner les critères à appliquer pour la désignation de membres du Conseil exécutif, en lui confiant pour seule tâche de clarifier le mandat pour l'évaluation, lequel devrait être présenté par le CPCR au Comité régional en septembre 2002, et les résultats de l'évaluation devraient être soumis au Comité régional en 2003.

8. Le sous-groupe s'est donc réuni le 5 septembre 2002 pour définir un projet de mandat, qu'il a soumis à l'approbation du CPR, et dont voici les termes :
- mettre au point des méthodes pratiques et des critères mesurables permettant d'évaluer les arrangements, officieux et librement consentis, actuellement appliqués par la Région européenne pour sélectionner ses représentants au Conseil exécutif ;
  - rassembler et analyser les informations et l'expérience acquise sur les pratiques de sélection de membres du Conseil exécutif dans la Région européenne depuis le début des années 1990 ;
  - comparer les pratiques de sélection suivies dans la Région européenne avec celles qui ont été adoptées dans d'autres régions de l'OMS ;
  - établir un rapport final présentant la synthèse des conclusions et le soumettre à la cinquante-troisième session du Comité régional.

*Appendice 3*

**Amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS  
État, au 1<sup>er</sup> mai 2003, de la ratification par les États membres  
de la Région européenne de l'OMS**

<b>Pays</b>	<b>Acceptation</b>
Albanie	
Allemagne	9 janvier 2003
Andorre	31 mars 1999
Arménie	
Autriche	
Azerbaïdjan	
Bélarus	
Belgique	8 mars 1999
Bosnie-Herzégovine	
Bulgarie	
Croatie	29 juin 2000
Danemark	20 janvier 1999
Espagne	26 septembre 2001
Estonie	
ex-République yougoslave de Macédoine	9 mars 1999
Fédération de Russie	
Finlande	14 juillet 1998
France	5 octobre 2000
Géorgie	
Grèce	7 décembre 1998
Hongrie	
Irlande	26 juin 2002
Islande	29 mai 2002
Israël	
Italie	
Kazakhstan	
Kirghizistan	
Lettonie	
Lituanie	
Luxembourg	28 août 2000
Malte	29 mars 2000
Monaco	
Norvège	25 octobre 1999
Ouzbékistan	
Pays-Bas	8 juin 1999
Pologne	
Portugal	
République de Moldova	
République tchèque	12 novembre 2002
Roumanie	22 juin 1999
Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord	15 juin 2001
Saint-Marin	5 novembre 1998
Serbie et Monténégro	
Slovaquie	
Slovénie	21 octobre 1998
Suède	16 septembre 1998
Suisse	13 novembre 1998
Tadjikistan	21 juillet 1998
Turkménistan	
Turquie	22 août 2002
Ukraine	

## Appendice 4

### Analyse des possibilités de représentation au Conseil exécutif 1<sup>re</sup> partie

Les principaux moyens permettant d'augmenter les chances pour des États membres de la Région européenne d'être élus pour être représentés au Conseil exécutif consistent à :

- 1) augmenter le nombre des sièges disponibles ;
- 2) allonger, pour les trois pays « semi-permanents », l'intervalle séparant deux mandats ;
- 3) mettre un terme à la pratique de la représentation semi-permanente.

#### But de l'analyse

Estimer à quel point diverses options concernant la pratique de la représentation « semi-permanente » peuvent modifier les chances d'autres États membres européens d'être élus membres du Conseil.

#### Généralités et hypothèses

- Il y a au Conseil sept sièges disponibles pour les États membres de la Région européenne.
- Un mandat au Conseil dure trois ans (par conséquent, l'unité de mesure est le « mandat » plutôt que l'« année »).
- Un pays ne peut occuper qu'un siège à la fois au Conseil, et il n'existe, à aucun moment, de sièges non pourvus.
- La sélection de nouveaux membres pour siéger au Conseil est échelonnée dans le temps, à savoir que les mandats attachés à différents sièges ne débutent pas tous la même année (ainsi, pour trois années consécutives, il y a respectivement deux, puis deux, puis trois sièges vacants à pourvoir).
- La désignation/l'élection de nouveaux membres du Conseil se fait, en partie, sur le principe de la rotation (des pays qui ont récemment siégé au Conseil ne sont pas, en principe, resélectionnés à bref délai) et, en partie, sur une base arbitraire tenant compte de la répartition géographique et de la présence de candidats qualifiés. Toutefois, dans les deux cas, l'hypothèse de base est que chaque État membre devrait avoir une chance égale d'être choisi. Cela signifie que la probabilité peut être calculée simplement en attribuant à chaque État membre une part égale des mandats disponibles.
- Les trois pays « semi-permanents » (la Fédération de Russie, la France et le Royaume-Uni) occupent un siège au Conseil trois années sur quatre, soit un mandat suivi d'une interruption de un an.

#### Calcul de la probabilité moyenne d'obtenir un siège au Conseil

Cela peut se calculer comme un simple ratio entre le nombre de sièges disponibles et le nombre d'États membres « en concurrence » pour obtenir ces sièges.

Le nombre de sièges disponibles est diminué des sièges occupés par les trois États membres « semi-permanents ». Toutefois, comme ils occupent ces sièges seulement les trois quarts du temps, le nombre moyen de sièges occupés par les pays « semi-permanents » est en réalité de 2,25 sièges. Le nombre de sièges disponibles est donc de  $7 - 2,25$ , soit 4,75 sièges.

Le nombre de pays « en concurrence » est égal au total des États membres moins les trois pays « semi-permanents », c'est-à-dire actuellement  $51 - 3 = 48$ .

Si bien qu'aujourd'hui la probabilité moyenne qu'un État membre de la Région siège au Conseil à un moment donné est de 4,75/48, soit 0,099. En d'autres termes, chaque pays devrait siéger au Conseil une fois par période correspondant à 10 mandats, soit une fois tous les 30 ans.

**Paramètres :**

- ÉM Nombre d'États membres européens
- S Nombre de sièges au Conseil disponibles pour les États membres de la Région européenne
- ÉMSP Nombre d'États membres semi-permanents
- O Option de représentation semi-permanente, exprimée sous la forme d'une somme (mandat + intervalle, par exemple 4) plutôt que sous celle d'un ratio (3/4)
- Pm Probabilité moyenne d'obtenir un siège au Conseil à un moment donné (peut être calculée comme un simple ratio entre le nombre de sièges disponibles et le nombre de pays « en concurrence » pour obtenir ces sièges)
- M Nombre de mandats nécessaires pour obtenir un cycle de rotation complet entre la totalité des États membres
- A Nombre d'années nécessaires pour réaliser un cycle de rotation complet

**Formules de calcul de Pm, M et A :**

$$Pm = (S - (ÉMSP * (3/O))) / (ÉM - ÉMSP)$$

$$M = 1/Pm$$

$$A = M * 3$$

**Calcul des probabilités d'obtention d'un siège au Conseil en fonction de valeurs différentes pour les divers paramètres**

Cas de figure	ÉM	S	ÉMSP	O	Pm	M	A
<b>1</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0,169643</b>	<b>5,894732</b>	<b>17,68</b>
2	51	7	3	4	0,098958	10,10526	30,31
3	51	7	3	5	0,108333	9,230769	27,69
4	51	7	3	6	0,114583	8,727273	26,18
5	52	7	3	4	0,096939	10,31579	30,94
6	52	7	3	5	0,106122	9,423077	28,26
7	52	7	3	6	0,112245	8,909091	26,72
<b>8</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0,117347</b>	<b>8,521739</b>	<b>25,56</b>
9	52	8	3	5	0,126531	7,903226	23,70
<b>10</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0,132653</b>	<b>7,538462</b>	<b>22,61</b>
11	51	7	0	1	0,137255	7,285714	21,85
<b>12</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,153846</b>	<b>6,500007</b>	<b>19,50</b>

Avant l'augmentation du nombre des États membres européens, en 1991–1992, la probabilité moyenne d'être élu pour siéger au Conseil était plus forte, à savoir une chance tous les 17,68 ans (cas de figure 1).

Même l'abandon total de la pratique de la représentation « semi-permanente » (cas de figure 12) ne ramènerait pas la probabilité d'être élu au niveau où elle se situait avant 1991–1992.

Avec la Variante 1 (huit sièges au Conseil disponibles pour les États membres européens), la probabilité moyenne de siéger au Conseil augmenterait, pour passer à une chance tous les 25,56 ans (cas de figure 8).

Avec la Variante 2 (trois ans de représentation au Conseil sur six pour les États membres « semi-permanents »), les chances de siéger au Conseil seraient bien plus élevées – une tous les 22,61 ans (cas de figure 10).

**En conséquence, deux grandes mesures semblent être essentielles et indispensables pour augmenter les chances moyennes d'États membres européens d'être élus membres du Conseil :**

- 1) faire entrer en vigueur l'augmentation du nombre de sièges réservés aux États membres européens ;
- 2) pour les trois pays « semi-permanents », allonger la durée de l'intervalle séparant deux mandats de trois ans pour la faire passer de une à trois années (cas de figure correspondant à « *trois ans sur six ans* »).

Appendice 5

**Analyse des possibilités de représentation au Conseil exécutif  
2<sup>e</sup> partie**

Trois pays n'ont jamais été membres du Conseil exécutif (bien que leur appartenance à l'OMS soit antérieure à 1991)

Tableau 1

Nombre de mandats servis au Conseil depuis 1948*								
Nbre de mandats	0	1	2	3	4	5	6	≥7
<b>Pays</b>	Albanie Monaco Saint-Marin	Luxembourg Malte	Hongrie Irlande Israël Roumanie	Autriche Bulgarie Danemark Finlande Grèce Islande Portugal Suisse	Belgique Espagne Norvège Pays-Bas Serbie et Monténégro Suède Turquie	Pologne	Allemagne Italie	Fédération de Russie (13) France (14) Royaume-Uni (14)
<b>Nbre de pays</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

\* La qualité de membre de l'ex-URSS a été transférée à la Fédération de Russie ; celle de l'ex-Yougoslavie a été reprise par la Serbie et Monténégro.

Actuellement, selon des calculs statistiques (voir l'appendice 4), un État membre européen (à l'exception des trois pays « semi-permanents ») a, en moyenne, une chance de siéger à un moment au Conseil exécutif environ tous les 10 mandats de trois ans, soit une chance tous les 30 ans, ce qui signifie que l'application de cette pratique devrait être analysée pour la période qui a commencé en 1973.

Tableau 2

Nombre de mandats servis au Conseil depuis 1973									
Nbre de mandats	0	1	2	3	4	5	6	≥7	
<b>Pays</b>	Albanie Luxembourg Monaco Saint-Marin	Autriche Irlande Israël Malte Roumanie	Belgique Bulgarie Danemark Finlande Grèce Hongrie Islande Norvège Pays-Bas Portugal Serbie et Monténégro Suède Suisse Turquie	Espagne Italie Pologne	Allemagne				Fédération de Russie (8) France (8) Royaume-Uni (8)
<b>Nbre de pays</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	



Avant l'augmentation, en 1991, du nombre des États membres européens, la durée nécessaire pour un cycle de rotation complet était d'environ 18 ans.

Il semble raisonnable d'accepter la période « depuis 1985 » comme un critère objectif pour analyser la représentation des pays au Conseil exécutif.

Tableau 3

<b>Nombre de mandats servis au Conseil depuis 1985</b>						
<b>Nbre de mandats</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Pays</b>	Albanie Luxembourg Monaco Saint-Marin	Autriche Bulgarie Danemark Finlande Grèce Hongrie Irlande Israël Malte Norvège Pays-Bas Portugal Roumanie Serbie et Monténégro Suisse Turquie	Allemagne Belgique Espagne Islande Italie Pologne Suède			Fédération de Russie France Royaume-Uni
<b>Nbre de pays</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>