



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe  
Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012



## Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés (GDO) du Bureau régional : une stratégie remaniée pour l'Europe





BUREAU RÉGIONAL DE L'

# Organisation mondiale de la Santé

---

## Europe

### Comité régional de l'Europe

Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012

Point 5 e) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC62/11  
+ EUR/RC62/Conf.Doc./5

10 juillet 2012

121369

ORIGINAL : ANGLAIS

## Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés (GDO) du Bureau régional : une stratégie remaniée pour l'Europe

En 2000, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a commandité au Professeur Vittorio Silano un audit de ses centres techniques situés à l'extérieur de Copenhague, qui sont depuis lors appelés « bureaux géographiquement dispersés » (GDO, pour *geographically dispersed offices*). En 2004, la *Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au regard des GDO* a été adoptée par le Comité régional lors de sa cinquante-quatrième session (résolution EUR/RC54/R6).

En 2010, conformément à la résolution susmentionnée et dans le cadre des efforts déployés en vue de l'adaptation du Bureau régional à l'évolution du contexte européen (résolution EUR/RC60/R2), la directrice régionale a mis en route un audit des GDO et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, compte tenu du rôle potentiellement crucial qu'ils peuvent jouer pour contribuer à l'activité du Bureau régional et pour faire de ce dernier un centre d'excellence en santé publique. L'audit a été réalisé par un groupe d'audit externe mené par le Professeur Vittorio Silano, avec le Professeur Wilfried Kreisel et le Professeur Maksut Kulzhanov. Ces derniers ont présenté la partie de leur rapport concernant les GDO et leurs conclusions au Comité régional et à son Comité permanent après discussions approfondies avec les chefs des GDO (la partie de leur rapport concernant l'Observatoire a fait l'objet d'un document distinct – voir document EUR/RC61/20). Le document de référence EUR/RC61/BD/2 contenait le résumé de cet audit.

Dans le but de définir, de clarifier et de renforcer le rôle du Bureau régional vis-à-vis des GDO, le présent document expose les propositions de la directrice régionale en vue d'une stratégie remaniée pour ces bureaux. Il est proposé que les GDO fassent partie intégrante du Bureau régional pour l'Europe, en tant que sources d'informations factuelles et qu'acteurs de premier plan pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et interventions régionales, et en tant que ressources importantes pour le soutien des États membres par une assistance technique et un renforcement des capacités. La présente stratégie présente des recommandations spécifiques pour renforcer la gestion et la gouvernance des GDO et pour garantir un équilibre adéquat entre l'activité du siège du Bureau régional de Copenhague et celle des GDO ainsi que pour leurs interactions (en s'intéressant particulièrement aux politiques du siège du Bureau régional et aux informations factuelles et outils dans les GDO). L'intention générale est de veiller à tirer le meilleur parti possible des GDO (qui sont des atouts en Europe), à ce que les fonctions des différents acteurs soient clairement précisées et à ce que l'on évite les possibles répétitions de tâches.

Un projet de résolution est présenté au Comité régional pour examen. Dans ce projet, il est demandé que la directrice régionale soit toujours en consultation avec le Comité régional au sujet du choix de domaines stratégiques prioritaires dans lesquels seraient établis les nouveaux GDO, et qu'elle assure la mise en œuvre intégrale de la stratégie. Par ailleurs, le Comité régional pourrait envisager de déléguer au CPRC des tâches opérationnelles en rapport avec les ouvertures et fermetures futures de GDO. Le CPRC agirait donc au nom du Comité régional entre les sessions de ce dernier. Le Comité régional serait tenu parfaitement informé grâce aux rapports annuels du directeur régional et du CPRC, ainsi que grâce à un rapport spécifique qui lui serait soumis tous les cinq ans par le directeur régional.

## Sommaire

	page
Résumé.....	1
Introduction.....	3
Audit externe des GDO en 2010.....	4
La stratégie remaniée pour les GDO.....	5
Qu'est-ce qu'un GDO ?.....	6
Pourquoi et quand établir un GDO ?.....	7
Conditions préalables à la création d'un GDO.....	8
Mise en œuvre de la stratégie.....	10
Actions à entreprendre par le Bureau régional de l'OMS.....	10
Le rôle des organes directeurs régionaux de l'OMS.....	12
Fermeture graduelle d'un GDO.....	13
Nouveaux GDO.....	14
Conclusions.....	15
Annexe : Principales caractéristiques des GDO existants 2010-2011.....	16

## Résumé

Les premiers bureaux de projet spécialisés ou centres techniques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe situés en dehors de Copenhague ont été mis en place en 1991 dans le domaine de l'environnement et de la santé. Depuis lors, d'autres centres de ce type, couvrant d'autres domaines techniques, ont également été établis. Au début des années 2000, à la suite d'un audit externe, on s'est préoccupé du grand nombre de ces centres, de leur rôle et de leur relation par rapport au siège du Bureau de Copenhague, et de la manière dont ils étaient gérés. C'est ainsi que des pressions ont été exercées pour qu'il y ait une stratégie claire en matière de GDO. Cette stratégie a été préparée par un groupe de travail des représentants des États membres en 2004 et approuvée par le Comité régional lors de sa cinquante-quatrième session (résolution ER/RC54/R9).

En 2010, dans le cadre de la stratégie de la directrice régionale visant à adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen, le Bureau régional a mis en route un audit externe des GDO et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, compte tenu du rôle crucial qu'ils peuvent jouer pour contribuer à l'activité du Bureau régional et pour faire de ce dernier un centre d'excellence en santé publique. Les conclusions générales de l'audit de 2010 ont été les suivantes : les GDO ont contribué de manière significative au renforcement des capacités du Bureau régional et des États membres à prendre en compte les déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé et ont joué, et continuent de le faire, un rôle crucial dans l'action intersectorielle pour la santé. Toutefois, cet audit a également révélé un certain nombre de problèmes auxquels il faut tenter de remédier et qui, pour certains d'entre eux, sont également à l'étude dans le contexte de la réforme de l'OMS.

La présente stratégie renouvelée pour les GDO<sup>1</sup> s'ouvre donc sur la formulation de propositions visant à corriger les faiblesses identifiées : dans un premier temps, en définissant ce qu'est un GDO et en précisant les principales raisons de sa création, puis en décrivant les impératifs et les conditions qui devraient être en place avant qu'un bureau de ce type ne puisse être créé. Aux fins de cette stratégie, on appelle bureau géographiquement dispersé tout centre technique qui est totalement intégré au siège du Bureau régional de Copenhague, soutient l'activité de ce dernier en fournissant des informations factuelles et contribue à la mise en œuvre du programme de travail de la Région dans les principaux domaines prioritaires stratégiques. La création d'un quelconque centre technique en dehors de Copenhague devrait être principalement motivée par le souci d'améliorer la capacité du Bureau régional à traiter les priorités encore insuffisamment prises en compte à Copenhague, en attirant davantage de ressources et de compétences. Mais ces centres, qui mènent des activités dans des domaines prioritaires stratégiques pour l'ensemble de la Région, peuvent avoir pour les États membres qui les accueillent et/ou les soutiennent une valeur supplémentaire, dans la mesure où cela leur donne le sentiment d'être partie prenante d'un processus.

Il devrait y avoir au siège, au Bureau de Copenhague, une équipe et un programme de base bien organisés, de manière à apporter un plus et un soutien aux fonctions des GDO – à savoir fournir des bases factuelles et un savoir pour l'élaboration de politiques et d'outils, renforcer les capacités et apporter une assistance technique à la mise en œuvre. Un GDO devrait compter au minimum 10 membres du personnel (conformément à la stratégie sur les GDO de 2004, approuvée par le Comité régional), ce qui équivaut approximativement à une participation

---

<sup>1</sup> Quoique les faiblesses décelées en 2010 aient été corrigées, elles sont mentionnées ici pour permettre au Comité régional d'approuver cette nouvelle stratégie pour les GDO dans le contexte des conclusions de l'audit externe.

annuelle de quelque 2 millions d'USD de la part du pays d'accueil (variable en fonction du grade des membres du personnel, du coût de la vie et des frais de fonctionnement) pour une période minimale de 10 ans. En outre, le pays d'accueil pourrait financer (ou mettre à disposition par un détachement) un poste technique de haut niveau au siège de Copenhague pour renforcer les contacts et les liens avec le GDO, de sorte que le domaine prioritaire stratégique continue à bénéficier d'un mode de commandement ferme en Europe. Les besoins de financement d'un nouveau GDO, ainsi que le financement d'un poste technique à Copenhague, devraient être négociés entre le pays d'accueil et l'OMS dans le cadre de la préparation du dossier. Il conviendrait de préférer et d'encourager un équilibre géographique pour l'ensemble de la Région européenne lors de la création d'un GDO, lequel devrait toujours répondre au moins aux exigences minimales. Aucun GDO ne devrait être créé pour un domaine prioritaire stratégique sans la présence d'un noyau principal à Copenhague (par exemple un administrateur de programme ou un directeur de division responsable). Un GDO ne devrait être établi que pour les principaux domaines prioritaires stratégiques qui nécessitent beaucoup de ressources humaines et de fonds supplémentaires, et une consultation du Comité régional. Le Comité régional souhaitera peut-être envisager la délégation des tâches opérationnelles inhérentes à la création ou à la fermeture d'un GDO au Comité permanent pour permettre une discussion approfondie et des examens fréquents dans le courant de l'année : parfois, il faut intervenir rapidement lorsqu'il devient nécessaire de fermer un GDO, de le transformer en profondeur ou de le déplacer vers un autre pays hôte, et les cinq réunions annuelles du CPR faciliteraient cette tâche.

La nouvelle stratégie en matière de GDO décrit les principales mesures et procédures requises au niveau de la direction pour garantir sa mise en œuvre efficace lorsqu'elle aura reçu l'approbation du Comité régional. Ensuite – et c'est là le point le plus important – la stratégie propose un rôle permanent pour les organes directeurs régionaux de l'OMS, particulièrement en ce qui concerne la définition des domaines prioritaires stratégiques pour les nouveaux GDO et la garantie d'une bonne gouvernance par des audits réguliers et par une responsabilisation. Enfin, la stratégie propose des conditions et critères qui pourraient, à l'avenir, justifier que l'on envisage la fermeture d'un GDO, et le rôle des organes directeurs dans ce cas.

Cette stratégie et la résolution qui l'accompagne proposent qu'à la suite de l'adoption de la stratégie par le Comité régional, celle-ci soit mise en œuvre par le directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Parallèlement, de nouveaux domaines stratégiques pour lesquels des GDO pourraient devoir être établis à l'avenir seront arrêtés avec le Comité régional. Les implications de ce processus seront examinées par le directeur régional, qui se concertera avec le CPR et tiendra les membres de ce dernier informés de tout fait nouveau survenant dans le courant de l'année. Dans l'éventualité où le Comité régional accepterait de déléguer au CPR les aspects opérationnels, il restera informé de la situation par les rapports annuels réguliers du directeur régional et du CPR sur la création de nouveaux GDO et la fermeture de GDO existants. Dans tous les cas, le directeur régional soumettra aussi un rapport d'avancement sur les GDO au Comité régional, et ce, tous les cinq ans.

## Introduction

1. Les premiers bureaux de projet spécialisés ou centres techniques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe situés en dehors de Copenhague ont été mis en place à Rome et Bilthoven en 1991. Ces centres travaillaient dans le domaine de l'hygiène de l'environnement et ont été mis en place par l'Italie et les Pays-Bas en réponse à la demande exprimée lors de la Conférence ministérielle de Francfort (1989) pour créer un centre consacré à l'environnement et à la santé en Europe. Depuis lors, le nombre de ces centres a augmenté (certains ont fermé alors que d'autres ont ouvert), couvrant d'autres domaines prioritaires stratégiques et soutenus par un certain nombre de pays. Cela correspond à une longue tradition de l'OMS dans son ensemble, et ces centres ont existé et continuent d'exister dans d'autres Régions de l'OMS, voire par le biais du Siège de l'OMS.

2. Dans la Région européenne, ces centres, connus depuis 2000 sous le nom de « bureaux géographiquement dispersés » (GDO) ont généralement été mis en place dans le cadre d'accords spéciaux entre le Bureau régional et les autorités compétentes de l'hôte national et/ou local. Les GDO sont principalement spécialisés dans un domaine technique spécifique et ont été mis en place pour être une partie intégrante du Bureau régional (à la fois sur le plan technique et administratif). Ils desservent tous les États membres de la Région européenne de l'OMS dans leurs domaines de compétence technique spécifiques, correspondant à leurs missions et objectifs. Les pays hôtes fournissent l'ensemble des ressources en espèces et en nature pour le fonctionnement des GDO, avec des contributions du Bureau régional, pour la durée entière de l'accord conclu. Ces ressources sont complétées par d'autres bailleurs de fonds concernés par des programmes et des projets spécifiques. Le personnel des GDO sont des employés de l'OMS et font donc partie du secrétariat.

3. Il y a actuellement trois GDO de ce type (situés à Bonn pour l'environnement et la santé, à Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé – avec une orientation claire sur le financement de la santé – et à Venise pour l'investissement en faveur de la santé et du développement). Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe et son Comité permanent (CPCR) ont été consultés à plusieurs reprises sur la mise en place d'un autre GDO à Athènes pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ; la dernière fois, c'était lors de la cinquante-huitième session du Comité régional à Tbilissi (Géorgie) en 2008. Depuis 2010, des progrès considérables ont été réalisés : le gouvernement grec a rempli les formalités requises en 2011 et le bureau a été inauguré en septembre 2011.<sup>2</sup> Une fois que le bureau d'Athènes sera opérationnel (voir aussi paragraphe 49), ce sera le quatrième GDO de la Région européenne de l'OMS.

4. Contrairement aux GDO, l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé a été créé au siège du Bureau régional de l'OMS, à Copenhague, en 1998. Il s'agissait d'un projet commun avec des partenaires. En 2003, il a été transféré à Bruxelles, où il est hébergé par le Centre européen de l'OMS pour la politique de santé.<sup>3</sup> L'Observatoire a, à diverses époques, eu des antennes en Grèce, en Espagne, en Allemagne, au Royaume-Uni et à Atlanta (États-Unis). Actuellement, il est devenu un partenariat « interne » entre le Bureau régional et un certain

---

<sup>2</sup> Les dates précises auxquelles le centre d'Athènes sera opérationnel et le personnel recruté sont actuellement négociées pour qu'elles correspondent au calendrier des paiements et à la réception des fonds par l'OMS, l'intention étant d'utiliser le centre pour la mise en œuvre du plan d'action sur les maladies non transmissibles, qui a été présenté au Comité régional lors de sa soixante et unième session (voir document EUR/RC61/12 et résolution EUR/RC61/R3).

<sup>3</sup> Le Centre européen de l'OMS pour la politique de santé est un GDO qui a été établi en 1999. En 2003, lors du départ à la retraite de son directeur, ce Centre a été pris sous l'aile de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

nombre de partenaires, dont les gouvernements de certains pays européens, la Commission européenne, la Banque européenne d'investissement et la Banque mondiale, ainsi que les London Schools of Economics and Political Science et London Schools of Hygiene and Tropical Medicine. À l'heure actuelle, il y a quatre antennes, à Londres (14 membres du personnel de l'OMS), Berlin (aucun membre du personnel de l'OMS pour l'instant), Moscou (1 membre du personnel de l'OMS) et Atlanta (aucun membre du personnel de l'OMS).

5. Au fil des ans, en travaillant dans leurs domaines de compétence respectifs, sous la direction de la division responsable de Copenhague, ces GDO et autres institutions situées en dehors du siège régional de Copenhague ont prouvé leur grande efficacité et ont fourni des produits de haute qualité. Toutefois, au début des années 2000, suite à un audit externe réalisé par le Professeur Vittorio Silano en 2000, une préoccupation a été exprimée (notamment par certains États membres et par les organes directeurs régionaux de l'Organisation) au sujet du grand nombre de ces centres, de leur rôle et de leur relation vis-à-vis du siège du Bureau de Copenhague ainsi que de leur gestion. C'est ainsi que des pressions ont été exercées pour qu'il y ait une stratégie claire en matière de GDO. Après d'importants débats au sein du CPR et lors de la 53<sup>e</sup> session du Comité régional, cette stratégie<sup>4</sup> a été préparée par un groupe de travail des représentants des États membres en 2004 et approuvée par le Comité régional lors de sa 54<sup>e</sup> session (résolution ER/RC54/R9).

## **Audit externe des GDO en 2010**

6. En 2010, en tant qu'élément de la stratégie de la directrice régionale en vue de l'adaptation du Bureau régional à l'évolution rapide du contexte européen (cf. résolution EUR/RC60/R2), le Bureau régional a mis en route un audit des GDO et de l'Observatoire, compte tenu du rôle potentiellement crucial qu'ils peuvent jouer pour contribuer à l'activité du Bureau régional et pour en faire un centre d'excellence en santé publique. Cet audit a été effectué par un groupe externe<sup>5</sup> qui a mené une analyse systématique (sur la base d'un questionnaire unique) et s'est rendu dans tous les GDO. Ce groupe a également étudié l'expérience des GDO dans d'autres régions de l'OMS et au Siège de l'OMS. Il a présenté la section de son rapport consacrée aux GDO<sup>6</sup> et ses conclusions au Bureau régional et au CPR après des discussions approfondies avec les chefs des GDO. Le résumé du rapport du groupe d'audit externe se trouve dans le document de référence EUR/RC61/BD/2.

7. Les conclusions générales de l'audit de 2010 sont que, si l'on se fonde sur l'histoire de ces 20 dernières années et sur les travaux des GDO existants et supprimés dans la Région européenne, il est patent que les GDO ont contribué de manière significative au renforcement

---

<sup>4</sup> *Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au regard des GDO*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (document EUR/RC54/9).

<sup>5</sup> Ce groupe d'audit externe était dirigé par le professeur Vittorio Silano (Italie) avec le professeur Wilfried Kreisel (Allemagne) et le professeur Maksut Kulzhanov (Kazakhstan). Le professeur Silano a apporté une expérience et une continuité après l'examen de 2000 et la discussion du Comité régional en 2004, le professeur Kreisel a amené son expérience et sa connaissance approfondie des GDO, tant à l'échelle mondiale que dans les trois autres Régions de l'OMS, tandis que le professeur Kulzhanov a fourni un savoir essentiel sur l'expérience glanée par l'Europe orientale en matière de GDO et sur les besoins et perspectives de cette zone.

<sup>6</sup> À l'issue de l'audit externe, il était apparu clairement que, même si les GDO et l'Observatoire avaient beaucoup d'aspects en commun (dont le fait que l'Observatoire est actuellement situé dans un ancien bureau géographiquement dispersé et s'est attribué une partie de son titre), il y avait aussi d'importantes différences. Les résultats et recommandations qui, dans l'étude, concernent l'Observatoire, ont donc été traités séparément et ne sont pas inclus dans ce rapport.

des capacités du Bureau régional et des États membres à prendre en compte les déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé et ont joué, et continuent à jouer, un rôle crucial dans l'action intersectorielle pour la santé. Pour être plus précis, il y a eu et il y a toujours des budgets beaucoup plus importants et une expertise technique considérable pour les programmes du Bureau régional dans les domaines prioritaires stratégiques, de nombreux produits sous la forme de principes directeurs, de recommandations et de cours de formation, et un certain nombre d'avantages supplémentaires, en ce sens que le Bureau régional s'est ancré plus profondément dans la Région européenne et a pu connaître une expansion, attirer des moyens supplémentaires et faire participer les États membres plus efficacement (voir annexe). L'audit a conclu que les GDO existants sont des structures fondamentalement positives pour aider à développer encore davantage la santé publique dans la Région européenne de l'OMS et, en particulier, pour concrétiser le nouveau projet d'avenir du Bureau régional. Dès lors, il conviendrait d'encourager le maintien des GDO existants et la mise en place de nouveaux bureaux.

8. Ces conclusions générales emportent l'approbation inconditionnelle de la directrice régionale et, avec son soutien, sont soumises au Comité régional pour examen. Les conclusions ci-dessus font également écho à celles de l'étude antérieure de 2000 et à la stratégie de 2004 pour les GDO (élaborée par un groupe de travail composé de représentants d'États membres), ainsi qu'aux débats sur ce sujet qui se sont tenus lors de la 54<sup>e</sup> session du Comité régional.

9. Toutefois, l'audit de 2010 a aussi révélé une série de points critiques nécessitant un renforcement, certains communs à tous les GDO et d'autres spécifiques à un bureau précis.<sup>7</sup> Certains de ces points avaient été abordés précédemment dans l'audit externe de 2000 et dans les débats antérieurs à l'approbation, par le Comité régional en 2004, de la stratégie pour les GDO. Tout en s'inscrivant dans le prolongement de la stratégie de 2004, cette stratégie remaniée pour les GDO a donc pour l'un de ses principaux objectifs de mettre en place des politiques, des procédures et des pratiques de gestion claires, qui garantissent clarté et transparence.

10. La consolidation des aspects touchant à la gestion et aux procédures garantira la poursuite et le maintien à long terme de la contribution considérable et positive des GDO aux travaux de l'OMS dans la Région européenne. Le soutien actif du Comité régional et du CPCR, leur approbation, le fait que les GDO doivent leur rendre des comptes, et la transparence, renforceront la confiance dans l'utilité et la valeur de ces bureaux pour aider à traiter les priorités stratégiques clés de la Région européenne. Il est à espérer que cela entraînera des propositions de création de quelques GDO supplémentaires pour certains des domaines stratégiques prioritaires clés pour la Région européenne dans les prochaines années, et que ces propositions seront formulées non seulement avec le soutien actif et la participation du pays d'accueil du bureau proposé, mais aussi en coalition avec d'autres États membres et institutions partenaires, et avec un apport de ceux-ci.

## **La stratégie remaniée pour les GDO**

11. La stratégie de 2004 exposait certaines positions et certains principes directeurs stratégiques pour la création et la gestion des GDO. Le récent audit de 2010 a confirmé que bon nombre d'entre eux étaient toujours valables, mais on a aussi recommandé qu'ils soient actualisés et renforcés et que l'on en formule de nouveaux.

---

<sup>7</sup> Ceux qui étaient spécifiques à un bureau précis ont été ou sont traités de manière bilatérale, et le reste de manière multilatérale. Ils sont néanmoins mentionnés dans le présent document, pour que le Comité régional approuve cette nouvelle stratégie pour les GDO dans le contexte des conclusions de l'audit externe.



12. L'audit de 2010 montre également que la décision d'implanter un GDO est motivée par une multitude de facteurs : les décisions des organes directeurs concernant les priorités (dont des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional), des considérations relatives à ces priorités dans les pays, des initiatives de membres haut placés du personnel de l'OMS, et des événements et évolutions d'importance mondiale et régionale, ou une combinaison de ces facteurs.<sup>8</sup> Toutefois, l'environnement, et spécialement le contexte politique, doit être favorable pour l'avenir tel qu'on peut le prévoir, et ce afin d'assurer l'encadrement durable nécessaire afin de faire bon usage d'un GDO pour les politiques et programmes du Bureau régional dans le domaine prioritaire stratégique concerné.

13. La présente stratégie renouvelée pour les GDO commence donc par proposer comment remédier aux faiblesses décelées : premièrement, en définissant ce qu'est un GDO et en précisant les raisons principales qui mènent à la mise en place d'un bureau de ce type, avant de continuer en décrivant les impératifs et conditions qui devraient être respectés avant qu'un de ces bureaux puisse être créé. Ensuite, cette stratégie décrit les principales actions et procédures managériales afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie renouvelée pour les GDO telle que le Comité l'a approuvée. Deuxièmement, et c'est le point le plus important, la stratégie propose un rôle permanent pour les organes directeurs régionaux de l'OMS, afin d'assurer une bonne gouvernance par un examen régulier et une responsabilisation. Enfin, la stratégie propose les conditions et critères qui, à l'avenir, peuvent justifier que l'on envisage la fermeture d'un GDO, avec la marche à suivre et la consultation requise des organes directeurs de l'OMS, aussi bien lorsqu'il y a suffisamment de temps pour une telle consultation que dans une situation d'urgence.

### **Qu'est-ce qu'un GDO ?**

14. Aux fins de cette stratégie, on appelle bureau géographiquement dispersé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe tout centre technique du Bureau régional qui est totalement intégré au siège du Bureau régional de Copenhague, soutient l'activité de ce dernier en fournissant des informations factuelles et des conseils pour la politique, la recherche, les outils et le renforcement des capacités, et contribue activement à la mise en œuvre du programme de travail de la Région dans les principaux domaines prioritaires stratégiques. Ainsi, indirectement, les GDO font partie du processus d'élaboration des politiques ; comme les politiques et stratégies sont adoptées par le Comité régional sur proposition du directeur régional, le travail des GDO devrait faire partie intégrante de ce processus, comme dans les États membres, où les ministères de la Santé (et autres ministères) ont des institutions qui les appuient dans leur travail et leur sont subordonnées. L'OMS possède des centres de ce type dans toutes ses Régions.

15. Un GDO est donc un centre du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe qui :

- est situé en dehors de Copenhague, mais fait rapport à un directeur de division basé au siège de Copenhague, à partir d'où le GDO est dirigé et orienté ;
- est responsable d'un élément spécifique et explicite d'une priorité stratégique technique de la Région européenne, comme approuvé par les organes directeurs de l'OMS, et couvre toute la Région et tous les États membres ;

---

<sup>8</sup> Par exemple, la création du Centre européen de l'environnement et de la santé (GDO de Rome et de Bilthoven) trouve son origine dans la Charte européenne adoptée à la conférence de Francfort, en 1989. En outre, le Centre européen de l'environnement et de la santé de Bonn a été soutenu par le fait que le gouvernement allemand souhaitait faire de Bonn une « plaque tournante » des Nations Unies après le départ du gouvernement pour Berlin. Toutefois, d'autres exemples sont donnés dans l'audit de 2010 ; ils montrent que même lorsqu'il y avait un désir politique, au niveau provincial, d'établir un GDO, il ne fallait pas oublier la consultation et le soutien du gouvernement central, car ceux-ci étaient essentiels.

- est un acteur de premier plan, responsable de la livraison de produits techniques spécifiques qui sont clairement incorporés dans la perspective régionale du budget programme de l'Organisation et sont approuvés par le Comité régional. Lorsqu'il est question d'éléments à livrer pour les politiques régionales européennes de l'OMS, il peut s'agir notamment de bases factuelles et/ou de recherche, ainsi que d'outils, d'un renforcement des capacités et d'une assistance technique à la mise en œuvre des politiques ;
- est financé par le budget du Bureau régional (qui reçoit du pays d'accueil et des partenaires le financement convenu pour le GDO) ;
- dispose d'un personnel technique et administratif de l'OMS agissant dans le respect des règlements de l'OMS, faisant rapport directement au siège régional et uniquement à ce dernier, et ayant droit aux privilèges et immunités garantis au personnel international des Nations Unies.

16. Dès lors, les centres collaborateurs de l'OMS, les bureaux de pays et les efforts/centres/projets de collaboration multipays, qui sont également tous dirigés ou encadrés par le Bureau régional, ne sont pas des GDO aux fins de la présente stratégie.

### ***Pourquoi et quand établir un GDO ?***

17. La stratégie de 2004, telle qu'elle a été formulée par le groupe de travail de représentants des États membres, proposait que « la création d'un centre technique en dehors de Copenhague [doive] être principalement motivée par le souci de donner au Bureau régional les moyens de mieux traiter les priorités encore insuffisamment prises en compte, en attirant davantage de ressources et de compétences. Mais ces centres, qui mènent des activités indispensables à l'ensemble de la Région, peuvent revêtir pour les États membres qui les accueillent une valeur supplémentaire dans la mesure où ils leur donnent le sentiment d'être partie prenante dans le travail du Bureau régional ». Ces raisons restent aussi valables aujourd'hui qu'en 2004, et elles ont également été approuvées lors de l'audit de 2010, en particulier le rôle important qu'un GDO peut jouer en consolidant davantage les relations bilatérales avec le pays d'accueil.

18. Cependant, la première option qui devrait être étudiée est de voir si les ressources supplémentaires requises pour le domaine prioritaire stratégique ne peuvent pas être obtenues de manière à ce que ce domaine soit couvert dans sa totalité à partir du siège de Copenhague. De plus, aucun GDO ne devrait être établi pour un domaine prioritaire stratégique technique qui n'est pas couvert par le budget programme et ne bénéficie pas de la présence d'un noyau à Copenhague (p. ex. un directeur de programme et un directeur de division responsables), étant donné que tous les programmes techniques doivent être situés au siège et commandés à partir de celui-ci. Il convient de ménager un équilibre délicat et subtil entre les GDO et le siège de Copenhague ; on y parvient au mieux lorsque les intérêts stratégiques et opérationnels du Comité régional, de l'OMS et du pays d'accueil (et de tout autre État membre et institution partenaire) sont réunis et correspondent, ce qui génère un soutien fort et durable pour le domaine prioritaire stratégique technique couvert par le GDO au profit de toute l'Europe. Toutes ces caractéristiques devraient être incluses dans le dossier (cf. paragraphe 40) et, dans l'éventualité où le Comité régional déciderait de déléguer cette tâche au CPR, le dossier sera présenté à ce dernier en tant qu'élément de la proposition visant à examiner l'éventualité d'une création d'un nouveau GDO.

19. Les GDO ne devraient être établis que pour les principaux domaines prioritaires stratégiques qui requièrent de substantiels fonds supplémentaires. Ils devraient être en nombre gérable et couvrir de manière équilibrée tous les domaines prioritaires stratégiques et la Région dans son ensemble. Ils ne devraient pas être créés pour un/tous les domaine(s) technique(s) et simplement pour attirer des fonds, ou uniquement pour des motifs politiques, pour accroître une

notoriété ou pour faire la promotion de certaines idées, quoique ces motivations puissent jouer un rôle important et légitime dans les propositions étudiées et évaluées, et qu'elles doivent être incluses dans le dossier. En effet, les GDO sont là pour assister le Bureau régional en réalisant les recherches ou en fournissant les bases factuelles nécessaires pour contribuer à élaborer des politiques concernant les domaines stratégiques prioritaires faisant l'objet du mandat, et pour soutenir la mise en œuvre de ces politiques.

20. Inversement, pour fermer un GDO, il faut des raisons qui ne soient pas simplement l'inverse de celles qui motivent la création d'un bureau géographiquement dispersé. La fermeture d'un GDO peut être motivée par beaucoup de raisons dont le fait que l'on a décidé que le domaine technique concerné n'est plus une priorité stratégique régionale. Toutefois, pour décider de fermer ou non un GDO, il faut aussi tenir compte du fait que l'État membre d'accueil et/ou les États membres mécènes restent intéressés (ou non) et qu'ils ont des priorités qui évoluent. Dans l'avant-dernier chapitre de ce document, nous examinerons la question de savoir quand et comment un GDO pourrait être fermé.

### ***Conditions préalables à la création d'un GDO***

21. L'expérience acquise avec les GDO au cours de la dernière décennie (et depuis l'approbation de la stratégie de 2004) a permis de tirer de précieux enseignements sur les conditions dans lesquelles les GDO doivent être créés. Certaines de ces conditions sont exposées dans l'audit de 2010. Ce chapitre résume certains des impératifs essentiels à remplir avant la création d'un GDO.

22. Conformément aux paragraphes 14 et 18 ci-dessus, il convient de n'envisager aucun GDO pour un quelconque domaine prioritaire stratégique technique sans présence claire et explicite d'un noyau au siège de Copenhague. Il faudrait au minimum qu'il y ait un directeur de programme à plein temps et un programme régional avec suffisamment de fonds, et que la création du GDO apporte un complément d'une importance cruciale. Il s'agit de veiller à ce que (comme dans le cas de tous les programmes techniques du Bureau régional) toutes les fonctions de base (élaborer des projets de politiques, conserver les bases factuelles nécessaires et travailler en collaboration stratégique avec les États membres et partenaires) continuent d'être assumées par le siège de Copenhague. Le rôle et les fonctions du GDO sont de générer un savoir, de recueillir et de compiler des bases factuelles et des conseils pour les politiques et de mener la recherche pour la politique et les programmes du Bureau régional et pour soutenir la mise en œuvre de ces derniers (voir aussi paragraphe 19) ; il faut donc des capacités suffisantes au siège de Copenhague pour assurer la direction du programme de travail du GDO. Une garantie supplémentaire en la matière pourrait être que les parties à l'accord sur le GDO spécifient des fonds à affecter exclusivement au recrutement (ou au détachement) d'au moins un technicien de haut niveau travaillant au siège de Copenhague dans le domaine prioritaire stratégique technique correspondant, à des fins de coordination (voir aussi paragraphe 25). Il s'agit là d'un thème à débattre et à convenir entre les parties, étant donné qu'il pourrait y avoir différentes manières de servir l'objectif à remplir. Outre ce qui précède, des détachements de ce type présenteraient des avantages à la fois pour le pays d'accueil et pour l'OMS, puisqu'ils aideraient à renforcer encore, sur le plan technique, le programme régional en tant que leader européen dans le domaine prioritaire stratégique technique, et aideraient aussi le directeur de programme à assurer la coordination et les contacts avec le GDO.

23. Le maintien à long terme de l'appui aux GDO est essentiel pour un certain nombre de raisons. Premièrement, parce qu'il faut à la fois des connaissances spécialisées et du temps pour effectuer des recherches importantes ou fournir des produits techniques. Deuxièmement, parce qu'il faut un engagement décidé de la part de l'État membre d'accueil et du Bureau régional pour créer un GDO et pour l'amener à un niveau de fonctionnement auquel il puisse fournir des

résultats de qualité ; et le GDO doit être soutenu de manière appropriée. L'accord avec le pays d'accueil doit stipuler un engagement à fournir les moyens et connaissances spécialisés supplémentaires pour une période minimale de 10 ans, afin de permettre l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme suffisamment robuste, supervisé par le siège de Copenhague.

24. Il conviendrait d'arrêter très clairement l'envergure minimale d'un GDO, de manière à ce qu'il y ait une masse critique permettant d'élaborer un programme qui tienne la route (programme de recherche et de bases factuelles en appui de certaines politiques). La stratégie de 2004 fixait l'envergure minimale d'un GDO à 10 employés, et cela reste un bon principe directeur : en incluant le coût de fonctionnement du bureau géographiquement dispersé et les frais en rapport avec les programmes, cela correspond plus ou moins à une contribution annuelle de base de quelque 2 millions d'USD par an de la part du pays d'accueil (variable en fonction du grade des membres du personnel, du coût de la vie et des frais d'exploitation). Cependant, il convient de s'attacher à définir plus précisément comment répartir ces 10 employés entre la catégorie « professionnelle » et la catégorie « services généraux » (en harmonie avec les ratios appliqués au siège de Copenhague) et à évaluer le niveau auquel il n'est plus rentable de conserver un GDO. Lors de la finalisation de l'accord avec le pays d'accueil, ces chiffres doivent être négociés et arrêtés, ainsi que la durée de cet accord.

25. La contribution du Bureau régional au budget de chaque GDO varie actuellement d'un bureau à l'autre : le niveau est principalement fixé d'après la tradition et est basé sur les précédents plutôt que sur un quelconque accord cohérent et étayé. Toutefois, la pratique traditionnelle dans chaque GDO est que l'OMS finance le poste du chef du bureau et d'un cadre administratif. Pour tenir compte de la recommandation du CPR, qui préconise que les GDO ne ponctionnent pas les ressources et le budget du siège, la nouvelle politique proposée à cet égard est que, lors des négociations sur de nouveaux GDO ou sur l'extension des accords avec le pays d'accueil, le Bureau régional veille à ce que les fonds affectés au GDO par le pays d'accueil couvrent tous les frais de personnel, y compris ceux du chef du GDO et du principal cadre administratif, et aussi que l'on examine et négocie la possibilité, pour le pays d'accueil, de détacher un technicien de haut niveau ou d'en financer le poste au siège de Copenhague, afin de garantir un encadrement, une coordination et une intégration parfaits avec le programme technique à Copenhague (cf. aussi paragraphe 22). Ceci sera ensuite reflété dans le dossier.

26. En prenant l'exemple des GDO de l'époque, la stratégie de 2004 avançait que des partenariats avec d'autres institutions et États membres et l'implantation de plusieurs antennes d'un GDO à différents endroits pourraient favoriser la création de nouveaux GDO (lorsque cela est jugé opportun). Cette stratégie précisait également que les antennes pourraient aider les États membres qui n'avaient pas les moyens de financer tout un GDO à en accueillir au moins une partie, ce qui permettrait de parvenir à une meilleure distribution des GDO et d'améliorer l'équilibre géographique. Cependant, ces principes présentent aussi des désavantages, et par conséquent, la création d'antennes pour les GDO n'est pas soutenue dans la présente stratégie (cf. aussi paragraphe 28 ci-dessous).

27. Le principe qui consiste à étendre le partenariat relatif à un GDO au-delà du pays d'accueil, soit grâce au soutien d'autres États membres ou grâce à des institutions et agences partenaires, doit être vigoureusement encouragé et soutenu. Sont également encouragés les partenariats entre régions locales dans le pays d'accueil. Cependant, cela ne doit pas induire une classification du GDO en tant que « partenariat formel » comme spécifié dans la résolution WHA63.10 de l'Assemblée mondiale de la santé et dans les débats sur la réforme de l'OMS.

28. Il convient également d'encourager et de soutenir la correction de l'équilibre géographique entre les bureaux de toute la Région européenne de l'OMS ; cela permettrait de contrer la distorsion actuelle en faveur d'une partie de la Région. De plus, en principe, s'il y a déjà un GDO dans un pays, il faudrait en premier lieu, avant d'en établir un deuxième (même

pour un domaine prioritaire stratégique différent) dans le même pays, négocier avec le pays auteur de la proposition et d'autres pays pour tenter de parvenir à un meilleur équilibre géographique dans la Région européenne. Des principes similaires s'appliquent lorsque plus d'un GDO s'occupe du même élément d'un domaine prioritaire stratégique (même dans des pays différents). Il faudrait également éviter cela, étant donné le surplus de tâches de gestion inhérentes à la supervision d'entités « à distance », ainsi que la nécessité d'une coordination supplémentaire par le siège.

29. Le GDO doit avoir un axe technique principal évident sur un domaine prioritaire spécifique. Cet axe doit être facilement et succinctement reflété dans sa dénomination technique.

30. Le GDO doit faire partie intégrante du Bureau régional, il doit faire partie d'une division et le chef du bureau doit être membre de l'équipe élargie du directoire au Bureau régional (voir également paragraphe 34).

31. L'une des recommandations formulées dans l'audit externe de 2010 était d'élargir le rôle d'un GDO pour englober les fonctions de représentation dans le pays d'accueil. Dans une moindre mesure, ces fonctions sont déjà assumées par les GDO pour le Bureau régional (p. ex. pour la Journée mondiale de la santé, la Journée mondiale sans tabac et la Semaine européenne de la vaccination), et l'on pourrait envisager de leur confier cette responsabilité de manière plus officielle, en même temps que le GDO jouerait un rôle d'intermédiaire avec le pays concerné, avec son accord, pour autant que le pays d'accueil n'ait pas de bureau de pays de l'OMS.

## **Mise en œuvre de la stratégie**

32. L'expérience antérieure de mise en œuvre de la stratégie approuvée par le Comité régional en 2004 montre que le simple fait d'énoncer les conditions à remplir figurant ci-dessus ne suffira pas à garantir une mise en œuvre cohérente et systématique de cette stratégie remaniée (une fois qu'elle aussi aura été approuvée par le Comité régional). Dès lors, il est proposé de dresser une liste claire des conditions minimales requises pour qu'un pays accueille un GDO (sur la base des discussions de la soixante-deuxième session du Comité régional). On obtiendra ainsi une base solide et officielle pour la discussion avec tout pays envisageant d'accueillir un GDO. Ces conditions minimales requises doivent faire l'objet d'une discussion approfondie avec le pays d'accueil potentiel, et il convient que les accords soient consignés et sortent leurs effets avant que le dossier du GDO ne soit soumis au CPRC pour approbation (paragraphe 40). Les mesures requises du pays d'accueil (telles que la conclusion et, lorsque cela est nécessaire, la ratification d'un accord) doivent être en place avant que le GDO ne soit officiellement ouvert, et les fonds doivent être reçus avant qu'il ne devienne opérationnel.

## **Actions à entreprendre par le Bureau régional de l'OMS**

33. Les principales mesures et procédures managériales requises pour la mise en œuvre de la présente stratégie seront définies sur la base des débats et de l'approbation de cette stratégie remaniée par le Comité régional lors de sa soixante-deuxième session. Ces deux dernières années, toutes les démarches ont été entreprises afin d'assurer la mise en œuvre de cette stratégie pour les GDO existants, pour que leurs atouts techniques et financiers considérables soient exploités au maximum. Ces démarches sont résumées ci-dessous. Toutes ces mesures prises ensemble ont pour résultat que les GDO font désormais partie intégrante et sont l'extension du siège de Copenhague, qui continue à fournir des services de haute qualité à la Région européenne et à chacun de ses États membres (cf. annexe).

34. Le moyen le plus efficace de tirer le meilleur parti possible de ce que les GDO peuvent apporter au programme de travail du Bureau régional est de prendre des mesures pour renforcer le leadership technique exercé par le siège sur le programme stratégique prioritaire de chaque GDO. L'intégration technique et la coordination de chaque GDO existant au sein du programme régional correspondant orchestré par le siège étaient donc une priorité. À cet égard, des démarches ont déjà été entreprises au début de 2010 pour veiller à ce que chaque GDO soit clairement positionné dans le programme correspondant basé au siège et fasse directement rapport au directeur technique concerné, avec lequel il y a des interactions régulières. En outre, depuis lors, les chefs de GDO ont assisté aux réunions mensuelles régulières du Comité du directoire élargi du Bureau régional. Les hauts fonctionnaires du siège ont également assuré une représentation lors de manifestations clés organisées par les GDO et lors de conférences de presse tenues à l'occasion de la sortie de publications importantes du Bureau régional auxquelles des GDO ont participé (publications qui accordent désormais une reconnaissance méritée au bureau concerné). Le résultat de toutes ces initiatives a été qu'un unique programme du Bureau régional a été conjointement planifié, mis en œuvre et régulièrement évalué pour chaque GDO. Parallèlement, il y a eu un renforcement de l'encadrement technique, managérial et administratif et plus de visites aux GDO, avec des interactions administratives plus régulières et l'utilisation de technologies modernes (téléconférence, vidéoconférence et Skype). Les domaines prioritaires stratégiques techniques des GDO qui n'avaient pas de directeur de programme au siège de Copenhague figurent sur la liste de postes essentiels à la mission de l'Organisation devant faire l'objet d'un recrutement prioritaire.

35. Un profil de chef de GDO a été proposé dans le cadre de l'audit externe en raison de l'importance capitale de ce poste, qui requiert d'allier des qualités de leader à des aptitudes de gestion et à des compétences professionnelles. Le groupe d'audit externe a proposé une responsabilité supplémentaire, celle de représentation (p. ex. pour la célébration d'événements tels que la Journée mondiale de la santé) auprès du pays d'accueil (pour autant qu'il n'y ait aucun bureau de pays de l'OMS), dans le but de donner encore plus de retentissement aux activités du GDO dans ce pays. Il a également été suggéré dans l'audit externe que le recrutement se poursuive conformément aux politiques de l'OMS pour le recrutement du personnel international. La directrice régionale partage ces points de vue.

36. Les contacts avec les pays d'accueil (de tous les GDO existants) ont été renforcés par la directrice régionale tant au niveau opérationnel qu'au niveau officiel, et ce afin de passer en revue les questions en suspens sur le plan managérial et juridique, ainsi que pour susciter l'avis du pays d'accueil quant à un éventuel changement dans ses priorités et quant aux profils existants de GDO. Les aspects en suspens qui concernent les accords avec les pays d'accueil et les questions de ratification sont également abordés systématiquement (l'annexe spécifie aussi les dates de reconduction des accords relatifs aux GDO). L'une des priorités a été d'avancer dans les travaux concernant le nouveau GDO d'Athènes sur les maladies non transmissibles, afin de veiller à ce qu'il puisse ouvrir à temps pour soutenir le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte), approuvé par le Comité régional lors de sa soixante et unième session (document EUR/RC61/12 et résolution EUR/RC61/R3). Des progrès importants ont été réalisés : l'accord relatif au GDO d'Athènes a été ratifié par le parlement grec début 2011, et le centre a ouvert en septembre 2011. Il deviendra opérationnel et le personnel sera recruté dès que le calendrier des paiements sera suivi dans le cadre d'un processus graduel.<sup>9</sup> Des progrès importants ont également été accomplis dans la négociation d'un accord avec le gouvernement espagnol pour le GDO de Barcelone, et cet accord devrait être conclu dans le courant de cette année. Les négociations relatives au GDO « Environnement et santé » de Rome ont révélé un changement de priorités de la part du

---

<sup>9</sup> Le premier versement a été reçu en mai 2012 et le futur calendrier des paiements doit être arrêté avec le nouveau gouvernement.

gouvernement italien après 20 ans de soutien et de financement généreux. Comme il n'y avait plus de fonds pour le bureau de Rome, celui-ci a fermé fin 2011. Le gouvernement allemand a été approché afin de voir s'il était intéressé par un élargissement du mandat du GDO de Bonn, et il a réagi très positivement. Ceci a permis au Bureau régional d'entreprendre une révision fondamentale de son programme « Environnement et santé », en intégrant et en rénovant les domaines couverts par les GDO de Bonn et de Rome et les fonctions accomplies par le siège de Copenhague. La répartition finale des domaines et des fonctions entre un GDO élargi à Bonn et Copenhague est conforme aux principes stipulés dans la présente stratégie. L'accord actuel relatif au Bureau de Venise expire en mai 2013, et des négociations sur sa reconduction sont en cours avec le gouvernement italien. Ce dernier a exprimé son souhait et sa détermination de prolonger cet accord au-delà de 2013, pour les dix prochaines années.

37. La plupart des accords conclus pour les GDO requièrent la mise en place d'un comité consultatif scientifique externe. Ces comités n'ont pas été établis par le passé et n'existent actuellement pour aucun bureau, sauf pour celui de Venise (opérationnel pour la dernière fois en 2008). Les rôles du CPR, du Comité consultatif européen de la recherche en santé et du scientifique en chef (nommé en 2010) s'agissant de revoir les bases factuelles sous-tendant les politiques et stratégies de l'ensemble des programmes techniques de l'OMS et de vérifier la qualité des travaux techniques et scientifiques de l'OMS dans la Région européenne (y compris dans ses GDO), rendent de tels comités consultatifs scientifiques externes superflus dans les accords existants et futurs sur des GDO.

38. Le groupe d'audit externe a recommandé que les « GDO » soient rebaptisés « centres spécialisés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ». Il y a consensus sur le fait que ce nom devrait être changé, et une consultation interne sur les nouvelles dénominations possibles va être organisée. Toutefois, ce changement ne se réfère qu'à la description générique des GDO, et pas au nom spécifique d'un centre.

### ***Le rôle des organes directeurs régionaux de l'OMS***

39. Les débats qui ont eu lieu lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional concernant la stratégie de 2004 relative aux GDO ont clairement reflété le vif désir du Comité d'être impliqué dans les décisions au sujet de l'ouverture de nouveaux bureaux et la fermeture de bureaux existants, « étant donné la part significative du budget global qui leur est consacrée ».

40. Le rôle de consultation du Comité régional concernant l'ouverture et la fermeture de bureaux nouveaux ou existants devrait être renforcé de deux manières. Toutes les propositions de nouveau domaine prioritaire stratégique pour lequel on cherche à établir un GDO seront présentées au Comité régional et approuvées par celui-ci. Toutefois, le Comité régional peut décider de déléguer au CPR la tâche d'examiner certaines propositions concrètes d'ouverture d'un GDO donné, avec les détails opérationnels correspondants. Cela permettrait d'avoir suffisamment de temps pour un débat approfondi, et permettrait aussi au secrétariat de consulter le CPR tout au long de l'année. Dans le cas où une décision urgente est requise, cela permettrait également de prendre rapidement des mesures. Ceci ira de pair avec un dossier bien étoffé qui justifiera clairement pourquoi le domaine pour lequel le GDO est proposé est une priorité stratégique pour la Région, requérant des ressources plus importantes, mais qui stipulera aussi les conditions pour l'établissement d'un nouveau GDO.<sup>10</sup> Deuxièmement, le Comité

---

<sup>10</sup> Le dossier devrait justifier les raisons pour lesquelles le domaine prioritaire stratégique a besoin de moyens supplémentaires, pourquoi ceux-ci ne peuvent être obtenus d'aucune autre manière et pourquoi le GDO est la meilleure solution. Le dossier devrait également aborder et spécifier toutes les questions soulevées aux paragraphes 18, 19 et 21-31.

régional devrait être informé de tous les changements affectant les GDO, y compris les grands changements dans les profils de GDO existants.

## **Fermeture graduelle d'un GDO**

41. Tout accord portant sur la création d'un GDO précise la durée de l'accord et le préavis requis pour une résiliation par l'une ou l'autre des parties afin de permettre la cessation des activités dans le bon ordre, le licenciement/retrait du personnel, l'apurement des comptes et l'exécution des engagements contractuels. Dans des circonstances normales, lorsqu'aucune des parties ne cherche la reconduction du contrat, la fin des activités coïncide à l'expiration de ce contrat. Cependant, la fermeture peut également avoir lieu dans une « situation d'urgence » avec un court préavis ou peu de loisir de discuter et d'informer le Comité régional (paragraphe 40). Néanmoins, l'article 14.2.10, du règlement intérieur du Comité régional autorise le CPR « à agir pour le compte du Comité régional, à le représenter » et à « conseiller, au besoin, le directeur régional entre les sessions du Comité régional ».

42. Les exemples envisagés par le groupe d'audit externe avaient trait principalement aux expériences des autres Régions de l'OMS, mais tous montraient la nécessité, pour le Bureau régional et le Comité régional, de surveiller en permanence l'évolution des GDO. Le groupe d'audit recommandait des entretiens périodiques avec le pays d'accueil, essentiels pour discuter de l'« état de santé » d'un bureau, y compris dans une perspective managériale, juridique et administrative.

43. Du point de vue managérial, lorsque le nombre d'administrateurs est inférieur à la masse critique nécessaire pour s'acquitter du mandat du bureau et que les fonds reportés sont épuisés, l'heure est venue de prendre une décision au sujet d'une résiliation ou d'une transformation méthodique de commun accord. La manière dont la fermeture graduelle d'un bureau est gérée dépend dans une large mesure des raisons motivant la résiliation du contrat. Dans tous les cas, la préoccupation essentielle doit être de s'occuper du personnel, de donner un préavis suffisant et de ne pas prolonger les contrats au-delà de la période couverte par l'accord et sans que des fonds ne soient disponibles. Dans le cadre du processus de fermeture graduelle, il convient également d'envisager pour les ressources humaines une stratégie de sortie qui, conformément aux règlements de l'OMS, encourage le déplacement et la réaffectation du personnel dont le poste pourrait être supprimé à la suite de la fermeture du bureau.

44. Les États membres doivent, par l'intermédiaire du CPR et du Comité régional, être tenus informés de tout changement majeur dans la relation avec un quelconque GDO. Toutefois, dans une situation d'urgence, le CPR pourrait être le premier point de contact ; en fonction de ses conseils, les informations relatives à une fermeture pourraient être communiquées à tous les États membres dans le cadre d'une consultation écrite ou par le biais de la session « ouverte » du CPR, en mai, à laquelle tous les États membres de la Région européenne sont invités.

45. Quand vient le moment de procéder à la fermeture graduelle d'un bureau donné, il est important de préparer un rapport spécifiant les principaux résultats et l'impact global des activités menées par ce bureau ; cela aiderait à placer dans un contexte les remerciements formulés par l'Organisation et les marques d'appréciation des efforts du pays d'accueil et des résultats obtenus. Il conviendrait d'ajouter des recommandations pour l'avenir, ainsi que les principales raisons motivant la fermeture du bureau. Ces rapports devraient également être présentés au Comité régional. Pour la fermeture du centre de Rome, la décision initiale a été prise par le CPR, du fait que la décision devait être prise de toute urgence et qu'il n'était pas possible d'attendre jusqu'à la soixante et unième session du Comité régional. Toutefois, le Comité régional a reçu un document d'information (EUR/RC61/Inf.Doc./11) incluant le rapport mentionné ci-dessus (voir également paragraphe 40 ci-dessus).



## Nouveaux GDO

46. Le groupe d'audit externe de 2010 a conclu que l'expérience des GDO et leur apport au programme de travail de la Région européenne et des États membres de l'OMS avaient été très positifs. Dès lors, selon les recommandations des membres du groupe, la création de nouveaux GDO serait bénéfique à la Région européenne de l'OMS. Ayant examiné le programme de travail et les priorités de la Région européenne et du Bureau régional (tels qu'ils ont été approuvés par les États membres et le Comité régional), le groupe d'audit a recommandé de chercher activement à implanter des GDO dans cinq domaines prioritaires stratégiques.

47. En tenant compte des conseils du CPRC, la priorité absolue était de renforcer l'intégration des bureaux existants et de parachever les principales mesures et procédures managériales qui devraient être en place pour garantir la mise en œuvre de la présente stratégie remaniée (conformément aux paragraphes 32 à 38). Cela a déjà été fait avec succès et, dès lors, durant la deuxième session du dix-neuvième CPRC (Stockholm, novembre 2011), il a été convenu que, comme le recommandait l'équipe de l'audit externe en 2010, une proposition préliminaire sur les besoins en nouveaux GDO pourrait également être formulée dans la période précédant la soixante-deuxième session du Comité régional, en respectant intégralement l'accord convenu lors de la soixante et unième session, à savoir qu'il n'y aurait pas de négociations avec les États membres au sujet de nouveaux GDO avant l'approbation – si approbation il y a – de la nouvelle stratégie.

48. Cette proposition devrait suivre le principe de base consistant à avoir un GDO dans chaque domaine prioritaire stratégique, en respectant le fait que c'est le Comité régional qui décidera de ce qui constitue un domaine prioritaire stratégique. Cette proposition préliminaire en vue d'un nombre limité de nouveaux GDO, dont le nombre total devrait toujours être gérable, sera suivie d'un dossier complet. L'analyse préliminaire est effectuée dans les paragraphes ci-dessous.

49. Il existe actuellement quatre GDO : sur le renforcement des systèmes de santé, spécialement axé sur le financement de la santé (Barcelone) ; sur les maladies non transmissibles (Athènes), concernant lequel des discussions plus approfondies avec le pays d'accueil sont nécessaires pour s'assurer que le bureau sera établi (dans le cas contraire, on cherchera un nouveau pays d'accueil) ; un centre élargi pour l'environnement et la santé (Bonn) et sur l'investissement en faveur de la santé et du développement et les déterminants sociaux (Venise). Il existe aussi un centre dormant à Bruxelles (cf. 3<sup>e</sup> note de bas de page) qui était, initialement, le « Centre européen pour la politique de santé ». Celui-ci pourrait être revitalisé pour aider les États membres à mettre en œuvre le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être, Santé 2020.

50. Les propositions du groupe d'audit externe sur la santé mentale et le vieillissement pourraient être prises en charge par le centre d'Athènes sur les maladies non transmissibles (ou par un autre pays d'accueil, en cas de décision en ce sens), et la migration pourrait être incluse dans le profil de Venise, qui a pour orientation principale les groupes vulnérables.

51. Toutefois, certains éléments justifieraient la création d'un nouveau GDO dans le domaine de l'aide et des urgences humanitaires, où les besoins sont importants, étant donné que ce domaine de travail a été décentralisé du Siège de l'OMS vers les Régions et les bureaux de pays et que, par conséquent, des capacités supplémentaires sont requises. En outre, deux nouveaux centres, l'un sur les systèmes de santé, spécialement axé sur les soins de santé primaires et l'organisation de la fourniture des services de santé, et l'autre sur les systèmes d'information, seraient également nécessaires pour la Région, car tant le renforcement des systèmes de santé que les systèmes d'information et de suivi sont des priorités importantes. Les systèmes d'information et de suivi vont devenir essentiels dans le cadre de la mise en œuvre de

Santé 2020, pour suivre l'état d'avancement et les actualisations et pour participer à la mise en place d'un système d'information unique pour l'Europe, qui éviterait que les États membres ne doivent faire rapport à plusieurs organisations internationales. Ce centre travaillerait en très étroite collaboration avec la Commission européenne. La possibilité de fusionner ces deux centres en un seul, qui couvrirait les soins de santé primaires et l'élément « fourniture de services de santé », ainsi que le système d'information sanitaire, pourrait également être envisagée.

## Conclusions

52. La principale raison motivant la création d'un quelconque centre technique (bureau géographiquement dispersé) en dehors du siège de Copenhague reste de rendre le Bureau régional mieux à même d'attirer des moyens et une expertise supplémentaires, afin de traiter certaines de ses priorités stratégiques qui ne sont pas suffisamment bien couvertes et financées.

53. Le présent document présente une « stratégie remaniée pour les bureaux géographiquement dispersés en Europe » visant à préciser et à renforcer le rôle des GDO comme partie intégrante du siège régional de Copenhague ; comme pourvoyeurs de bases factuelles et de recherches pour l'élaboration de politiques régionales dans des domaines prioritaires stratégiques clés ; et comme ressources importantes pour le Bureau régional s'agissant de soutenir les États membres avec des outils de mise en œuvre. Afin de protéger ces ressources, de les maintenir et de les renforcer, un certain nombre de changements doivent être apportés, dont des accords – approuvés par le CR – sur ce qu'est un bureau géographiquement dispersé, avec énoncé d'un mandat précis, de directives managériales et administratives, et de procédures.

54. Plus précisément, il est demandé au Comité régional d'approuver le point de vue suivant lequel la fonction principale d'un GDO sera de fournir pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques des bases factuelles, un savoir et des outils améliorés et soutenus par une équipe centrale renforcée et par un programme au siège de Copenhague. Un GDO devrait avoir des effectifs minimaux d'au moins 10 personnes, ce qui équivaut à une contribution annuelle du pays d'accueil de quelque 2 millions d'USD (variable en fonction du grade des membres du personnel, du coût de la vie et des frais de fonctionnement) pour une période minimale de 10 ans. En outre, le pays d'accueil pourrait envisager de financer (ou mettre à disposition par un détachement) un poste technique de haut niveau au siège de Copenhague pour renforcer les contacts et les liens avec le GDO, de sorte que le domaine prioritaire stratégique continue à bénéficier d'un mode de commandement ferme en Europe. Il convient de rechercher et d'encourager un équilibre géographique pour l'ensemble de la Région européenne lors de la création d'un nouveau GDO, lequel devrait toujours répondre au moins aux exigences minimales. Il convient d'élaborer et de respecter des principes directeurs clairs pour l'implantation, la gestion et la fermeture par étapes des GDO.

55. Il s'agit, d'une manière générale, de s'assurer que l'on tire le meilleur parti possible des travaux des GDO en évitant tout double emploi. Les rédacteurs de cette stratégie remaniée se sont inspirés dans une large mesure des conclusions et recommandations de l'audit externe de 2010 sur les GDO, des débats du CPR sur cet audit et des commentaires des États membres dans le cadre de la consultation qui a eu lieu sur le Web. Cette stratégie est présentée ici au Comité régional pour approbation, en même temps qu'un projet de résolution pour adoption.

## Annexe : Principales caractéristiques des GDO existants 2010-2011

Bureau	Principaux domaines techniques	Nombre d'employés	Financement en USD					Services en nature	Prise d'effet de l'accord	Fin de l'accord	Sélection des principaux produits
			Contributions estimées (fonds de contributions estimées de l'OMS/EURO)	Accord avec le pays d'accueil	Dons d'autres sources	Nbre d'autres sources	Total				
Bonn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'air</li> <li>• Système d'information sur l'environnement et la santé</li> <li>• Logement</li> <li>• Bruit</li> <li>• Hygiène du travail</li> </ul>	13	54 067	2 612 726  (Montant stipulé dans l'accord = 1 023 000 euros par an)	1 168 853	7	3 835 646	202 770 <sup>1</sup>	2001	2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valeurs guides pour la qualité de l'air intérieur</li> <li>2. Health and environment in Europe: progress assessment (document de référence pour la conférence de Parme, 2010)</li> <li>3. Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy years lost in Europe (2011)</li> <li>4. Environmental burden of disease associated with inadequate housing (2011)</li> </ol>
Rome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé infantile et environnement</li> <li>• Sécurité sanitaire des aliments</li> <li>• Changements climatiques mondiaux et santé</li> <li>• Méthodes et stratégies d'évaluation de</li> </ul>	29	1 564 111 <sup>2</sup>	4 849 639 <sup>3</sup>  (Montant stipulé dans l'accord = 1 680 400 euros par an)	7 177 052 <sup>4</sup>	22	8 741 163	N/A	1991	2016 <sup>5</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cadre d'action régional européen <i>Protéger la santé dans un environnement mis à mal par le changement climatique</i> adopté à la conférence de Parme (2010)</li> <li>2. Conseils sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement lors d'événements météorologiques extrêmes</li> <li>3. Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe (2011)</li> <li>4. European report on preventing violence and knife crime among young people (2010)</li> </ol>

<sup>1</sup> Participation en nature pour la location des bureaux de Bonn.

<sup>2</sup> Comprend des fonds destinés à couvrir les dépenses encourues pour la fermeture du bureau de Rome et les indemnités de licenciement du personnel.

<sup>3</sup> Ce montant avait été promis par le gouvernement italien, mais n'a jamais été reçu. La somme ci-dessus est une conversion au taux de change du 1<sup>er</sup> janvier 2010, soit 1 USD = 0,693 euros.

<sup>4</sup> Comprend des fonds empruntés à la convention avec l'Italie pour le projet migration et santé.

<sup>5</sup> Tel qu'il avait été signé, cet accord devait initialement prendre fin en 2016. Cependant, en raison d'un changement de priorités du gouvernement italien, le bureau de Rome a été fermé le 31 décembre 2011.

Bureau	Principaux domaines techniques	Nombre d'employés	Financement en USD					Services en nature	Prise d'effet de l'accord	Fin de l'accord	Sélection des principaux produits
			Contributions estimées (fonds de contributions estimées de l'OMS/EURO)	Accord avec le pays d'accueil	Dons d'autres sources	Nbre d'autres sources	Total				
	l'impact sanitaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion de l'information</li> <li>• Plan d'action pour la Méditerranée</li> <li>• Mise en valeur des ressources et développement durable</li> <li>• Transports et santé</li> <li>• Prévention des violences et des traumatismes</li> <li>• Eau et systèmes sanitaires</li> </ul>									5. European report on preventing elderly maltreatment (2011)	
Venise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroéconomie et santé</li> <li>• Objectifs du Millénaire pour le développement</li> <li>• Investissement</li> </ul>	11 (plus 3 consultants de l'OMS à diverses périodes et 2 stagiaires)	239 750 <sup>6</sup>	1 909 265 <sup>7</sup>	726 980	3 + cotisations du Réseau Régions-santé <sup>8</sup>	2 875 995	589 000 <sup>9</sup> (estimation)	01.06.2003	31.05.2013 <sup>10</sup>	1. Rapports nationaux d'analyse des inégalités en matière de déterminants sociaux de la santé pour la Slovénie et la Pologne 2. Analyse interpays de la Santé dans toutes les politiques (pays d'Europe du Sud-Est) – état d'avancement et opportunités 3. Rapport sur l'évaluation de l'impact de politiques universelles sur les déterminants

<sup>6</sup> Remarque : en plus du montant ci-dessus, 107 473 d'USD de fonds provenant de contributions estimées ont été utilisés par le bureau de Venise pour des plans de travail dans le cadre d'accords de collaboration biennaux (ACB) avec des pays.

<sup>7</sup> Comprend une participation du ministère italien de la Santé et de la Vénétie.

<sup>8</sup> Comprend des fonds volontaires flexibles reçus par le Siège de l'OMS, ainsi qu'une contribution volontaire spécifiée pour l'objectif stratégique n° 7.

<sup>9</sup> Participation en nature fournie par la Vénétie pour les bureaux (comprenant toutes les commodités et le nettoyage).

<sup>10</sup> Les négociations sont en cours pour une reconduction.

Bureau	Principaux domaines techniques	Nombre d'employés	Financement en USD					Services en nature	Prise d'effet de l'accord	Fin de l'accord	Sélection des principaux produits
			Contributions estimées (fonds de contributions estimées de l'OMS/EURO)	Accord avec le pays d'accueil	Dons d'autres sources	Nbre d'autres sources	Total				
	<p>pour la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminants sociaux et économiques de la santé</li> <li>• Promotion de la gouvernance pour la santé (santé de la population)</li> <li>• Comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé</li> <li>• Pauvreté et santé</li> <li>• Inégalités en santé (y compris les groupes vulnérables)</li> <li>• Commission des déterminants sociaux de la santé</li> </ul>									<p>sociaux de la santé et l'équité</p> <p>4. Apport technique aux travaux sur la priorité à l'équité en santé dans le cadre de la présidence de l'Espagne au Conseil de l'Union européenne (conférence d'experts, table ronde ministérielle, réunion ministérielle informelle et rapport de référence « Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities » avec pour résultat l'adoption des conclusions du Conseil.</p> <p>5. Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities (<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127318/e94476.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127318/e94476.pdf</a>).</p> <p>6. Page Web (en anglais) avec 16 exemples d'action des systèmes de santé sur les inégalités en matière de santé (<a href="http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx">http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx</a>)</p> <p>7. Comment les systèmes de santé peuvent accélérer les progrès en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement n° 4 et 5 relatifs à la santé infantile et maternelle en promouvant l'égalité entre les sexes</p> <p>8. Comment les systèmes de santé peuvent aplanir les inégalités de santé liées à la migration et l'ethnicité</p> <p>9. Comment les systèmes de santé peuvent aplanir les inégalités de santé par une utilisation améliorée des fonds structurels</p>	

Bureau	Principaux domaines techniques	Nombre d'employés	Financement en USD					Services en nature	Prise d'effet de l'accord	Fin de l'accord	Sélection des principaux produits
			Contributions estimées (fonds de contributions estimées de l'OMS/EURO)	Accord avec le pays d'accueil	Dons d'autres sources	Nbre d'autres sources	Total				
										<p>10. Comment les systèmes de santé peuvent lutter contre les inégalités en ce qui concerne les problèmes prioritaires de santé publique : l'exemple de la tuberculose</p> <p>11. Pauvreté, exclusion sociale et systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS</p> <p>12. Systèmes de santé et pauvreté des zones rurales dans la Région européenne de l'OMS</p> <p>13. Prévention et le traitement des mauvais états de santé, rapport du groupe de travail pour l'étude européenne de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire</p>	
Barcelone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement de la santé et renforcement des systèmes de santé</li> <li>Renforcement des capacités pour l'analyse des politiques de santé</li> </ul>	12	694 000	4 201 000 (à l'excl. des frais d'encadrement des programmes = 546 000)	1 704 000	11	6 599 000	325 000 (estimation)	1999	Reconduit chaque année, nouvelle proposition d'accord avec le pays d'accueil pour 10 ans	<p>1. Ouvrage (2010) : Implementing health financing reform: lessons from countries in transition</p> <p>2. Cours de Barcelone sur le financement de la santé (du 2 au 6 mai 2012) (en anglais)</p> <p>3. Participation du personnel du bureau de Barcelone à la rédaction du <i>Rapport sur la santé dans le monde 2010</i>. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle</p>