



EUROPE

Comité régional de l'Europe Cinquante-deuxième session

Copenhague, 16–19 septembre 2002

EUR/RC52/ Inf.Doc./4
9 juillet 2002
22601
ORIGINAL : ANGLAIS

EXAMEN DES CENTRES DU BUREAU RÉGIONAL (« BUREAUX GÉOGRAPHIQUEMENT DISPERSÉS »)

En 2000, à la demande du directeur régional, un examen de la situation des centres (« bureaux géographiquement dispersés ») du Bureau régional a été effectué par le professeur Vittorio Silano (Italie). La version définitive du rapport correspondant a été présentée au directeur régional en avril 2001.

Conformément à la recommandation du Comité permanent du Comité régional de l'Europe, qui a examiné le rapport lors de plusieurs sessions, les recommandations et conclusions du rapport établi par le professeur Silano sont présentées au Comité régional pour information.

Table des matières

1	OBJET DE L'ÉTUDE	3
2	PROCÉDURE	7
3	ANALYSE DE LA SITUATION ET CONCLUSIONS	9
3.1	Questions d'ordre général	9
3.1.1	Aspects positifs	9
3.1.2	Aspects problématiques	12
3.2	Problèmes spécifiques à chaque bureau	15
3.2.1	Environnement et santé.....	15
3.2.1.1	Centre européen de l'environnement et la santé, Bureau de Rome.....	17
3.2.1.2	Centre européen de l'environnement et de la santé de Bilthoven et Bureau de projet de Nancy.....	17
3.2.1.3	Centre européen de l'environnement et de la santé, Bureau de Bonn	19
3.2.1.4	Unité Plan d'action pour la Méditerranée d'Athènes	19
3.2.2	Politiques de santé.....	20
3.2.3	Intégration des services de santé.....	21
3.2.4	Investissement dans la santé et le développement	23
3.2.5	Bureau d'Helsinki	24
3.3	Conclusions	25
3.3.1	Avons-nous besoin de BGD ?.....	25
3.3.2	Comment l'OMS devrait-elle décider quels domaines devraient être couverts par le BGD ?	25
3.3.3	Devrait-on créer d'autres BGD ?	26
3.3.4	Où faudrait-il implanter des BGD ?.....	26
3.3.5	Comment conviendrait-il de gérer ces BGD ?	26
3.3.6	Le chef du bureau	27
3.3.7	Comment devrait-on doter chaque BGD en personnel et en ressources ?	27
3.3.8	Quel est le rapport entre les BGD et les centres collaborateurs ?	27
4	RECOMMANDATIONS	28
4.1	Recommandations générales	28
4.1.1	Mission, fonctions et priorités	28
4.1.2	Ressources et durée de l'accord	29
4.1.3	Collecte de fonds	30

4.1.4	Recrutement du personnel : privilèges et immunités.....	32
4.1.5	Relations avec le pays hôte et les autres pays participants	33
4.1.6	Le Conseil consultatif scientifique et le Conseil de coordination.....	34
4.1.7	Procédure d'évaluation.....	35
4.1.8	Profil du chef de bureau	35
4.1.9	Procédure de mise en service	36
4.1.10	Coûts de l'appui au programme et autres questions financières ..	37
4.1.11	Relations avec les partenaires contributeurs	38
4.1.12	Autres aspects	38
4.2	Recommandations spécifiques.....	40
4.2.1	Bureau de Rome.....	40
4.2.2	Bureau de Bonn.....	40
4.2.3	Bureau de projet d'Helsinki	41
4.2.4	Unité d'Athènes	44
4.2.5	Centre de Bruxelles	45
4.2.6	Bureau de Barcelone.....	47
4.2.7	Bureau de Venise	47

1 OBJET DE L'ÉTUDE

Pour établir le présent document, il a été tenu compte des expériences passées et présentes concernant la mise en place et le fonctionnement des centres/bureaux de projets du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (désignés ici sous l'appellation « bureaux géographiquement dispersés » et abrégés sous la forme BGD), qu'il convient de ne pas confondre avec les centres collaborateurs du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Contrairement aux centres collaborateurs, les BGD sont mis en place dans des pays membres pour s'acquitter de fonctions essentielles du Bureau régional, selon des procédures qui sont identiques à celles suivies à Copenhague et avec des fonctionnaires ayant des obligations et des droits identiques à ceux travaillant à Copenhague. Pour cela il faut non seulement que des contributions extrabudgétaires financières substantielles soient disponibles à moyen terme, mais également que les gouvernements des pays hôtes acceptent d'accorder des privilèges et immunités aux fonctionnaires travaillant dans ces bureaux. Par ailleurs, les centres collaborateurs sont des unités spécialisées en relation avec le Bureau régional ou avec le Siège de l'OMS mais qui ne font pas partie de la structure de l'Organisation elle-même : ils sont plus indépendants et ne bénéficient, en général, que d'un faible financement de la part de l'OMS.

Exception faite de l'Unité Plan d'action pour la Méditerranée, Athènes, qui a vu le jour en 1982, en tant que bureau de projet interinstitutions, la création des premiers BGD a commencé en 1990 quand, pour donner suite à la Conférence de Francfort sur l'environnement et la santé, des négociations

ont été engagées entre le Bureau régional et les gouvernements italien et néerlandais dans le but de mettre en place des bureaux chargés de l'hygiène de l'environnement, à Rome et à Bilthoven, respectivement (tableau 1). Vint ensuite le Bureau de Nancy, en 1993, puis trois autres BGD ont été mis en place en 1999 pour traiter des politiques de santé (Bruxelles), des services de santé intégrés (Barcelone) et organisation des secours en cas d'urgences nucléaires (Helsinki). Deux nouveaux BGD (Bonn et Venise) devraient en outre commencer leurs activités en 2001 (tableau 1).

L'objet de cette étude portait essentiellement sur les points suivants :

- 1.1 examen des accords instituant chaque BGD – durée, arrangements financiers, statut diplomatique ;
- 1.2 évaluation de l'efficacité en terme de coûts des BGD en place ;
- 1.3 examen des relations entre les BGD et le Bureau régional (le travail effectué correspond-t-il à une mission essentielle assignée au BGD ? La décentralisation contribue-t-elle à améliorer les services fournis aux États membres en terme de performance et/ou d'efficacité ? Quelle est la contribution du Bureau régional aux activités des BGD au titre du budget ordinaire et au titre d'autres ressources ? Quelle part représente-t-elle par rapport aux ressources supplémentaires accordées du fait de l'existence même des centres ?) ;
- 1.4 examen du programme de travail, des résultats et des plans pour l'avenir. Analyse de la relation entre les fonds disponibles et les travaux qu'un BGD s'est engagé à exécuter ;
- 1.5 examen des relations avec le pays hôte (l'existence du BGD a-t-elle amélioré et renforcé les relations avec l'ensemble des mouvements et

- institutions de santé publique dans le pays hôte ? A-t-elle augmenté la notoriété et l'influence de l'OMS au niveau national ? A-t-elle favorisé un apport financier supplémentaire du pays hôte, distinct des ressources constituant les fonds de départ ?) ;
- 1.6 description des activités de collecte de fonds : combien de fonds ont été recueillis en plus de la contribution reçue sur la base des accords existants ? Analyse détaillée de la part relative des différentes sources de financement, à savoir le budget du Bureau régional, les donations particulières destinées aux BGD, les autres donations volontaires ;
 - 1.7 examen de la situation des effectifs (l'effectif est-il suffisant compte tenu des activités à couvrir ? Les différentes nationalités sont-elles bien représentées ?) ;
 - 1.8 étude des perspectives d'avenir des BGD en place et des liens avec la nouvelle structure du Bureau régional ; analyse des avantages et inconvénients de la décentralisation des missions de base actuelles ainsi que des nouveaux créneaux envisageables ;
 - 1.9 formulation des recommandations sur les principales questions d'intérêt concernant la mise en place éventuelle, à l'avenir, de nouveaux BGD et détermination des modifications pertinentes à apporter aux arrangements existants, s'il y a lieu.

La liste des BGD qui ont fait l'objet de cette étude est présentée au tableau 1 ; dans tous les cas, il s'agit de bureaux opérationnels ou qui sont prêts à commencer leurs activités ; le Bureau de Bilthoven, qui était encore en activité au moment où le travail a commencé mais qui est désormais fermé, a été pris en compte dans cette étude.

Tableau 1
Bureaux géographiquement dispersés (BGD) du Bureau régional de l'OMS
pour l'Europe financés principalement par les États membres
et par des contributions volontaires régionales

À ce jour	Dénomination du bureau	Durée de l'accord	Contribution annuelle* du pays hôte	Autres contributions volontaires*	Contribution annuelle* du Bureau régional**
<i>Fermé</i>	1) <i>Division opérationnelle de Bilthoven</i> Centre européen de l'environnement et de la santé	1991-2000	Pays-Bas : ~1,25 en 1991-1998 ; 0,75 en 1999-2000	Divers donateurs : ~20% des contributions des Pays-Bas	-0,250 (depuis 1996)
Opérationnel	2) <i>Division opérationnelle de Rome</i> Centre européen de l'environnement et de la santé	1991-2001	Italie : ~1,20	Divers donateurs : ~100% des contributions italiennes en 1998-2000	-0,250 (depuis 1996)
Opérationnel	3) <i>Unité d'Athènes</i> chargée du plan d'action pour la Méditerranée	1982-à ce jour	PNUE (via le Fonds spécial pour la Méditerranée) : ~0,3 plus des installations et des services	GSF : ~0,7 annuellement en 2001-2003	0,05 par exercice biennal
Opérationnel	4) <i>Bureau de projet d'Helsinki</i> Intervention en cas de situation d'urgence nucléaire et santé publique	1999-2001	Finlande : ~0,045 ; Allemagne : ~0,027		-0,243
Opérationnel	5) <i>Centre européen de Bruxelles</i> pour les politiques de santé	1999-2009 ***	Belgique : ~0,5 en espèce et en nature	Finlande : ~0,1 ; Autriche : ~0,1 ; Suisse : ~0,037 (en 2001 seulement)	0,138
Opérationnel	6) <i>Bureau européen de Barcelone</i> pour l'intégration des services de santé	1999-2004	Catalogne : ~1,53 en espèce et en nature	Détachement pendant 8 mois d'une personne de l'Émilie Romagne (Italie)	-0,2
<i>Prêt à commencer des activités</i>	7) <i>Centre européen de Bonn</i> de l'environnement et de la santé	2001-2010	Allemagne : ~1,0 + les installations (Ministère de l'environnement)	Contributions du Ministère allemand de la santé (0,25) et de l'Université de Bonn	-0,3
<i>Prêt à commencer des activités</i>	8) <i>Bureau européen de Venise</i> pour l'investissement dans la santé et le développement	2001-2010	Italie : ~1,4 + les installations et des systèmes informatiques, du mobilier et d'autres contributions analogues		**

* : En millions de dollars des États-Unis par an.

** : Coûts correspondant à un effectif composé d'un administrateur et d'un auxiliaire.

*** : Dépendant des bons résultats des évaluations intermédiaires.

- : Signifie « environ ».

2 PROCÉDURE

Pour réaliser la présente étude, il a été demandé à chacun des BGD mentionnés dans le *tableau 1* de communiquer la documentation suivante :

- accord instituant le BGD, conclu entre le Bureau régional et le pays hôte et/ou la Région ;
- plan de travail le plus récent adopté par le BGD ;
- rapports disponibles sur les résultats obtenus jusqu'à présent par le BGD.

En outre, des visites au Centre de Bruxelles (6 décembre 2000), au Centre de Bilthoven (12 décembre 2000), au Bureau d'Helsinki (20-21 décembre 2000), au Bureau de Rome (30 décembre 2000), et au Bureau de Barcelone (15 janvier 2001) ont été organisées afin de rassembler des informations supplémentaires et de discuter de questions spécifiques. Des réunions ont également eu lieu à Rome et Copenhague, respectivement avec le Dr Kamizoulis de l'Unité d'Athènes (11 décembre 2000) et le Dr Klein, qui est le point de contact pour le Bureau de Bonn (21 décembre 2000). Des contacts ont eu lieu à plusieurs reprises avec le Dr Ziglio, point de contact pour le Bureau de Venise. Une rencontre avec M. David Nolan a eu lieu à Genève le 16 janvier 2001.

L'ensemble des informations recueillies et les analyses qui en ont été faites ont permis d'établir un rapport spécifique pour chaque BGD rendant compte des points suivants :

- *Mission et priorités*
- *Partenaires*
- *Lieu*
- *Date d'ouverture et durée prévue*
- *Budget*
- *Structure organisationnelle*
- *Privilèges et immunités*
- *Gestion des fonds et utilisation des résultats produits par les activités du BGD*
- *Relation entre le BGD et le Bureau régional*
- *Relation avec le pays hôte*
- *Collecte de fonds et mobilisation de ressources*
- *Principaux résultats et réalisations*
- *Évaluations des résultats*
- *Perspectives d'avenir envisageables*

Huit rapports spécifiques ont été produits pour les huit BGD à partir des informations collectées, de l'analyse effectuée et grâce aux échanges de vues directs avec les chefs des bureaux ou d'autres points de contacts compétents. Chaque chef de bureau a reçu un exemplaire du rapport qui le concernait pour commentaires. La structure identique adoptée pour présenter cette analyse commentée de la situation de chacun des BGD permet de voir facilement les similarités et les disparités existant entre les huit bureaux et d'en appréhender rapidement les aspects positifs et problématiques.

Sur la base de ces rapports et d'autres informations disponibles, une analyse globale de la situation a été effectuée, qui a abouti à des conclusions et recommandations générales (valables pour l'ensemble des BGD) et spécifiques (valable pour le BGD concerné).

La première version de ce bilan, datée du 29 janvier 2001, a été soumise à trois experts extérieurs pour qu'ils formulent des observations (M. Kenneth Calman, vice-chancelier de l'Université de Durham, M. Jarkko Eskola, directeur général du Département de la promotion, du bien-être et de la santé au Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, et M. Vilius Grabauskas, recteur de l'Institut médical de Kaunas, Lituanie) puis a été présentée aux huit chefs de bureaux.

La deuxième version du rapport a été communiquée aux trois experts susmentionnés le 22 mars 2001 ; ont ensuite été produites une troisième (28 mars 2001) puis une quatrième (30 mars 2001) versions du rapport, laquelle a été examinée lors d'une réunion spéciale tenue à Copenhague le 4 avril 2001.

3 ANALYSE DE LA SITUATION ET CONCLUSIONS

3.1 Questions d'ordre général

3.1.1 *Aspects positifs*

Depuis 1991, le Bureau régional a bénéficié d'un large soutien et d'un appui constant de divers partenaires dans plusieurs États membres (principalement des gouvernements centraux et régionaux) qui ont pris une forme nouvelle de donations volontaires, lesquelles ont permis la mise en place de plusieurs BGD spécialisés dans certains secteurs clés d'activité. Des négociations en cours et d'autres facteurs indiquent que cette tendance se poursuivra vraisemblablement au cours de la prochaine décennie et pourrait même se développer.

Les principaux secteurs d'activité, les pays et les contributions (en million de dollars par année), qui ont été jusqu'ici en jeu dans ce processus sont présentés sous forme résumée au tableau 1.

Cette évolution a été extrêmement bénéfique au Bureau régional et à ses États membres. Le budget disponible pour plusieurs domaines d'activité spécifiques a augmenté de façon importante, de même que la qualité et la quantité des résultats produits. Une part importante des efforts a été consacrée à agir directement dans les pays en difficulté et à soutenir leurs institutions. Plusieurs produits scientifiques de grande qualité, et présentant un intérêt général ont été mis à disposition par le Bureau régional, produits qui peuvent être utilisés à la fois en Europe et dans d'autres régions du monde. Jamais auparavant le Bureau régional n'avait été aussi productif dans les domaines spécifiques de son action. Par conséquent, la démarche solidaire qui avait incité un certain nombre de partenaires dans plusieurs pays à adopter cette nouvelle approche a débouché sur un style de coopération très productif et très innovant entre le Bureau régional et ses États membres.

Il convient aussi de souligner que le Bureau régional est devenu bien plus proche de ses États membres grâce à la décentralisation de certaines de ses

principales activités. En effet, en devenant parties prenantes, certains États membres et leurs régions acceptent davantage de contribuer au budget du Bureau régional, s'ils se voient offrir la possibilité d'accueillir un BGD créé pour une mission particulière ou encore de contribuer à son fonctionnement. De plus, il est souvent plus facile à des partenaires dans les États membres d'accorder une contribution en espèces, en nature, en services et/ou sous la forme de détachement de personnel à un BGD présent localement plutôt qu'au Bureau régional.

Ainsi, certaines activités essentielles ont-elles acquises une notoriété bien plus grande et un certain nombre d'environnements dans lesquels il est possible de mener des projets spécifiques, d'assurer une formation et une mise en valeur des ressources humaines, et d'acquérir un savoir-faire, sont-ils devenus accessibles au Bureau régional. Un certain nombre de collaborations ont ainsi vu le jour avec des institutions locales, augmentant considérablement la quantité et la qualité des résultats produits. La mise en place de BGD dans les États membres a non seulement offert au Bureau régional l'occasion d'obtenir un appui bien plus fort d'un certain nombre d'organismes dans les États membres concernés, mais également d'avoir des contacts plus étroits avec eux, ce qui a favorisé une forte synergie avec les institutions locales dans le domaine de la santé.

L'ouverture de BGD a également eu d'autres effets positifs, et notamment :

- elle a permis au Bureau régional de mieux comprendre la situation sanitaire dans le pays hôte ainsi que d'en évaluer les similarités et les différences avec d'autres pays ;
- elle a favorisé le développement d'activités de coopération technique et d'assistance plus efficaces avec les pays hôtes, ce qui a été également facilité par de meilleures possibilités de tirer parti des effets positifs résultant de la collaboration avec des institutions techniques et scientifiques locales.

En outre, l'ouverture de certains BGD a été pour le Bureau régional l'occasion de travailler étroitement avec d'autres organisations internationales et intergouvernementales. C'est notamment le cas du PNUE, pour l'Unité d'Athènes, de l'Union européenne pour le Centre de Bruxelles et de la FAO ainsi que d'autres bureaux des Nations Unies basés à Rome pour le Bureau de Rome.

Du point de vue des États membres, la possibilité d'accueillir des bureaux OMS dépendants du Bureau régional permet :

- d'acquérir, au niveau international, une notoriété bien plus grande dans un secteur donné de la santé et d'avoir l'occasion de jouer un rôle plus déterminant dans le processus de fixation des priorités. Cela revêt une importance particulière pour les organes régionaux locaux, surtout dès lors qu'ils sont prêts à assumer un rôle international plus marqué dans le secteur de la santé publique, après s'être vu assigner une responsabilité dans le secteur de la santé ou du fait même qu'elle leur a été assignée. Il va sans dire que, grâce à ces initiatives, le Bureau régional contribue aussi à consolider et à développer les institutions régionales dans les États membres et qu'il pourra le faire encore davantage à l'avenir ;
- à des établissements locaux et nationaux et à leurs experts d'avoir l'occasion d'être en contact plus étroit avec des experts d'autres pays et avec le personnel de l'OMS, ce qui contribue à une meilleure appréhension des questions de santé au niveau international et à un échange d'informations sur des solutions appropriées à des problèmes spécifiques liés à la santé.

Les autres aspects positifs de la décentralisation opérée vers des BGD du Bureau régional sont :

- une gestion plus souple et plus efficace des donations volontaires ;
- la meilleure productivité et l'esprit d'équipe plus fort dont sont capables de petites unités ;

- la plus forte focalisation, et la meilleure qualité des résultats techniques et scientifiques qui s'ensuit, caractéristiques des unités de taille relativement petite et fonctionnant quelque peu à l'écart qui ont été jusqu'ici mises en place pour traiter des domaines de l'hygiène de l'environnement, de la politique de santé, des services de soins intégrés et de l'investissement en faveur de la santé et du développement.

3.1.2 Aspects problématiques

Bien que l'ouverture de BGD ait présenté certains aspects très positifs pour l'OMS et ses États membres, cette approche se heurte également à certains problèmes tels que :

- Le manque d'homogénéité et l'absence d'un cadre dans lequel inscrire le travail. On ne voit pas clairement comment certains BGD trouvent leur place dans les priorités globales de l'OMS.
- La structure d'encadrement dans certains BGD est faible, et cela concerne notamment le rôle et les responsabilités du Conseil consultatif.
- Il y a eu peu d'évaluation formelle des résultats produits, pourtant chacun des BGD a eu une activité très productive.
- Dans certains cas, la structure en place est trop petite et les ressources allouées, insuffisantes.
- La relation entre le pays hôte, le BGD et le Bureau régional est dans certains cas confuse.

De graves critiques ont été formulées, qui pourraient dénoter un manque de coordination et de focalisation. Le potentiel est très vaste, mais l'absence d'une gestion appropriée dans certains cas, d'une masse critique de personnel et le manque de ressources, laissent supposer que ce potentiel n'est pas toujours réalisé.

Certaines actions spontanées, menées de manière un peu occasionnelle pour des circonstances précises, ont nui à la cohérence et n'ont pas joué en faveur d'une approche d'apprentissage constant, ce qui laisse penser que l'importance de cette initiative pour le Bureau régional et pour ses États

membres n'a pas été pleinement comprise, même par certains de ceux qui en étaient à l'origine. Avec plusieurs BGD, il est nécessaire d'avoir un encadrement plus fort et plus présent que dans le cas d'une structure établie dans un seul lieu ; par ailleurs, cette situation entraîne des coûts plus élevés pour les services d'appui et les communications. De plus, il existe véritablement un seuil minimal, en termes de budget et de personnel, qu'il faut atteindre pour instaurer des conditions viables ; ce n'est pas toujours le cas pour les BGD existants.

Le caractère véritablement international du Bureau régional et l'idée qu'on doit avoir qu'il forme une unité risquent d'être fragilisés si la gestion globale n'est pas suffisamment forte et que les fonctionnaires travaillant dans les bureaux locaux pâtissent d'un manque de communication avec certains fonctionnaires travaillant à Copenhague, ces derniers pourraient même avoir le sentiment que la réussite de tel ou tel bureau « n'est pas leur affaire ».

Il ressort du présent bilan que l'absence d'une politique générale, et notamment de critères et de procédures normalisés à respecter à la fois au cours des négociations visant à établir un BGD et lors de sa mise en service, durant son fonctionnement et à l'occasion (le cas échéant) de sa fermeture, a eu un impact considérable sur la situation de la plupart des bureaux mis en place jusqu'ici et a empêché (et dans certains cas empêche encore) de réaliser pleinement leur potentiel. En outre, des doutes ont été émis quant au fait que le Bureau régional ait toujours pris bien soin par le passé de gérer l'ensemble des relations bilatérales complexes que suppose le fonctionnement des BGD présentés dans le tableau 1.

Les autres aspects peu satisfaisants dont on a constaté qu'ils étaient, d'une manière générale, caractéristiques de la plupart des BDG, ont trait au Conseil consultatif et à la procédure d'évaluation des résultats des centres. Le Conseil consultatif et les organes similaires n'ont souvent pas un mandat clairement défini, une composition appropriée, ou un président indépendant de la direction du Bureau régional. Dans bien des cas, le Conseil consultatif est composé uniquement de représentants de pays contributeurs et de

l'OMS, aucun membre siégeant dans ce conseil ne représente la voix des autres pays. Le principal critère appliqué pour la sélection des membres siégeant au Conseil devrait être un excellent niveau de compétences scientifiques et techniques. Si l'on peut comprendre que des partenaires contributeurs soient invités à désigner un ou plusieurs membres qualifiés au Conseil consultatif (non des représentants de pays), il faudrait tenir compte des compétences et de l'équilibre entre les pays pour choisir le reste des membres du Conseil. La participation du directeur régional (ou de tout autre responsable du Bureau régional), en tant que président du Conseil est également discutable, dans la mesure où le président du Conseil doit représenter celui-ci et les positions consensuelles auxquelles il parvient, alors que le directeur régional a une responsabilité de l'ensemble du Bureau régional. Il faut envisager le fait que ces deux rôles puissent être inconciliables dans certaines circonstances. Dans certains cas, le Conseil consultatif a même été confondu avec un conseil de direction et a été utilisé pour des négociations entre le Bureau régional et les pays contributeurs. S'agissant de la procédure d'évaluation, il convient de signaler qu'il n'a été que très rarement, voire jamais, été entrepris d'évaluation adéquate du travail réalisé.

Le succès des activités de collecte de fonds a été très inégal dans les différents bureaux, ces activités étant bien souvent insuffisantes. La collecte de fonds exige un investissement considérable en temps et en efforts ainsi qu'un appui fort et manifeste du Bureau régional, en particulier compte tenu de l'insuffisance actuelle de personnel dans la plupart des BGD.

Un autre élément à ajouter aux remarques générales concerne le contenu des accords qui ont été conclus par le Bureau régional et les autorités compétentes dans le pays hôte en vue d'établir les différents BGD. Ces accords sont très différents les uns des autres, et souvent sans que cela soit justifié, ce qui laisse supposer que les efforts visant à assurer une homogénéité n'ont pas toujours été concluants. Si l'on peut admettre qu'un certain degré de souplesse est, de toute évidence, nécessaire, certains

aspects essentiels, en revanche, auraient dû être définis en détail et repris dans les différents accords. Le fait que, dans certains cas, des immunités et des privilèges ne soient pas octroyés par l'accord et que les négociations entre le Bureau régional et les autorités compétentes au niveau régional dans le pays hôte aient été menées d'une manière inappropriée pose un problème particulier. Les contraintes imposées pour que le personnel auxiliaire soit recruté dans le pays hôte ont également été excessives dans certains cas.

Il est très important de noter que, faute d'une gestion convenable, les BGD, qui constituent un élément très visible du Bureau régional de l'OMS aux yeux des États membres, risquent de mettre en péril leur propre avenir mais aussi, plus généralement, la crédibilité et la réputation du Bureau régional.

3.2 Problèmes spécifiques à chaque bureau

3.2.1 Environnement et santé

Le secteur d'activité pour lequel l'approche décentralisatrice a largement donné satisfaction est celui de l'environnement et de la santé. Pour donner suite à la Conférence de Francfort, en 1990, deux divisions importantes et bénéficiant d'une bonne reconnaissance du Centre européen de la santé et de l'environnement ont été établies à Rome (25 fonctionnaires) et à Bilthoven (10 fonctionnaires) et ont maintenu des activités pendant près de 10 ans grâce à l'appui remarquable et durable des pays hôtes, respectivement l'Italie et les Pays-Bas. Chaque année ces deux bureaux recevraient des donations volontaires d'un montant d'environ 1,25 million de dollars des États-Unis chacun. De plus, grâce au succès de leurs activités, une importante activité de collecte de fonds a pu être menée (voir le tableau 1). Un troisième bureau, plus petit, a été ouvert dans des conditions différentes à Nancy (France) ; entre 1993 et 1998, ce bureau spécialisé dans des projets locaux d'hygiène de l'environnement, a eu un budget de 0,4 million de dollars auxquels se sont ajoutées des contributions en espèces, telles que du personnel (un poste de la catégorie P, un de la catégorie D et deux de la catégorie C) et des

installations. Ces trois bureaux consacrés à des activités sur l'environnement étaient, au départ, un très bon exemple de structure dotée d'un savoir-faire spécifique décentralisée dans différents pays. Les trois unités ont pris une part considérable dans les conférences sur l'environnement et la santé de Francfort jusqu'à Londres. Elles constituent un modèle intéressant, qui pourrait être repris dans d'autres domaines de la santé et des soins de santé. En 1999, à l'occasion de la Conférence de Londres, le Gouvernement allemand a fait savoir qu'il se proposait d'accueillir, entre 2001 et 2010 un autre bureau du Centre européen de l'environnement et de la santé, qui pourrait être établi à Bonn, et collaborer étroitement avec l'Université de Bonn et les autorités de la ville, et pour lequel le Gouvernement allemand était prêt à verser un budget annuel d'environ 1 million de dollars.

Ainsi, même si les bureaux de Nancy et Bilthoven ont été fermés respectivement en 1999 et en 2000, le démarrage prochain d'activités au Bureau de Bonn, en 2001, assure le maintien d'une dynamique en faveur des bureaux consacrés à l'hygiène de l'environnement, en termes d'appui au Bureau régional.

Les ressources fournies au Bureau régional par l'intermédiaire du Centre européen de l'environnement et de la santé ainsi que les ressources provenant du budget ordinaire et d'autres sources ont permis au Bureau régional de jeter des bases pour engager les États membres à appliquer une politique sur l'environnement et la santé de manière très innovante. De plus, les nouveaux bureaux du Centre européen de l'environnement et de la santé ont établi des liens forts avec les centres collaborateurs de l'OMS et un certain nombre d'autres institutions, mobilisant ainsi une autre part substantielle des ressources. Les BCD consacrés à l'hygiène de l'environnement ont représenté environ un tiers de la totalité du personnel technique du Bureau régional, et le budget global du département du Bureau régional dont ils relèvent, a presque triplé.

En plus de créer le Centre européen de l'environnement et de la santé, le Bureau régional a également réussi à mobiliser d'autres ressources par le

biais d'autres initiatives, telles que les activités de coordination de l'OMS au Bureau du Plan d'action pour la Méditerranée-PNUE à Athènes (Grèce) pour faire en sorte que la santé figure au nombre des objectifs visés (tableau 1).

La plupart des activités entreprises dans le domaine de l'hygiène de l'environnement ont été consacrées aux pays en difficulté, prenant la forme d'une action directe menée dans le pays et d'un soutien aux institutions du pays. Tous les efforts de mobilisation des ressources déployés par le Bureau régional ont été employés à l'appui des priorités définies pour le programme par le Comité régional.

3.2.1.1 Centre européen de l'environnement et la santé, Bureau de Rome

Le Bureau de Rome fonctionne très bien, en ce qui concerne la quantité et la qualité de ses résultats et le volume des ressources supplémentaires qu'il parvient à collecter. Les bonnes relations existant entre le Bureau de Rome et les autorités et institutions italiennes, ainsi que l'empressement avec lequel le Bureau de Rome a répondu à certains besoins locaux - bien souvent également communs à d'autres pays - figurent parmi les raisons pour lesquels le Bureau de Rome a si bien réussi au cours des 10 dernières années et l'avenir de la coopération entre le Bureau régional et l'Italie semble très prometteur.

3.2.1.2 Centre européen de l'environnement et de la santé de Bilthoven et Bureau de projet de Nancy

Bien que la fermeture d'un BGD du fait d'une perte d'intérêt de la part du partenaire donateur puisse être considérée, dans une certaine mesure, naturelle et qu'elle ne devrait pas être prise en mal, il convient de s'intéresser aux raisons pour lesquelles les bureaux de Bilthoven et de Nancy ont été fermés, afin d'en tirer quelques enseignements pour l'avenir.

Dans le cas du Bureau de Nancy (1993-1998), la structure compliquée liée à un partage des responsabilités et au cofinancement par un ensemble de plus de 10 partenaires au sein d'un pays s'est révélée trop difficile à gérer. De plus, le domaine d'activité du Bureau de Nancy, qui s'occupait de projets d'hygiène de l'environnement, se situait dans une certaine mesure à la limite de la compétence de l'OMS, et bien d'autres organisations (par exemple, le PNUE) auraient pu exécuter les mêmes tâches de manière plus efficace.

Dans le cas du Bureau de Bilthoven, la fermeture n'était liée ni à la fin du mandat ni à une quelconque nature marginale des questions traitées par ce centre. De fait, bien que certains aspects de ses activités, par exemple la sécurité chimique, aient pu perdre de leur caractère prioritaire, il reste tout à fait nécessaire pour l'OMS de mener une action dans la plupart des secteurs auxquels le Centre de Bilthoven s'intéressait. De même, la cessation des activités à Bilthoven n'était pas due à une quelconque insatisfaction au regard des résultats obtenus, lesquels étaient de fait excellents.

Les échanges entre le Centre et les ministères hollandais compétents ont été très limités, en particulier dans la seconde partie de l'existence du Centre, où ils ont quasiment cessé. Les relations du Centre avec l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM) étaient également assez difficiles ; bien que la coopération technique ait été bonne, dans certains cas il a pu y avoir une certaine concurrence pour obtenir des ressources qui étaient limitées. Un doute justifié subsiste quant à savoir si la proximité du Centre avec le RIVM n'aurait pas contribué à « masquer » l'existence du Centre au Ministère hollandais de la santé et de l'environnement.

Enfin, le Bureau régional n'a pas joué un rôle suffisant pour consolider le Centre de Bilthoven. Ainsi, il semblerait qu'il n'y ait eu qu'une très faible mobilisation de la direction du Bureau régional pour empêcher une réduction du financement en 1999 et la fermeture du centre en 2000.

3.2.1.3 Centre européen de l'environnement et de la santé, Bureau de Bonn

En supposant que les accords finals entre le Gouvernement allemand et le Bureau régional correspondent aux informations disponibles, le projet du Centre européen de l'environnement et de la santé à Bonn est très prometteur en termes de financement d'implantation et en ce qui concerne les priorités qui devraient être les siennes.

3.2.1.4 Unité Plan d'action pour la Méditerranée d'Athènes

L'Unité d'Athènes joue un rôle important pour ce qui est d'assurer la participation du Bureau régional aux activités dans le cadre du projet MED POL et de réaliser la liaison avec le PNUE.

Le PNUE donne la priorité aux éléments qui se trouvent sous son contrôle financier direct par opposition à ceux pour lesquels les ressources sont allouées à des organismes, en particulier depuis la réorientation du Plan d'Action pour la Méditerranée et la restructuration des domaines de ses activités, adopté par les parties contractantes en juin 1995. Le PNUE met en œuvre des activités axées sur les objectifs qui ont été définis, et des fonds seront alloués aux organismes en fonction de l'utilité qu'ils représentent et de leurs contributions au plan de travail détaillé approuvé par les parties contractantes (à savoir les pays méditerranéens). Les plus grandes possibilités qui s'offrent pour l'OMS de poursuivre les collaborations avec le PNUE dans le cadre du Plan d'action pour la Méditerranée concernent la mise en œuvre d'activités strictement en rapport avec les objectifs du Plan d'action pour la Méditerranée dans le domaine de l'hygiène de l'environnement.

Le fait qu'en plus d'un budget spécial pour le personnel, l'Unité MED se voit offrir des services complets et l'hospitalité par le PNUE, limite les inconvénients liés au faible effectif à sa disposition. Une certaine souplesse concernant les délais d'exécution des programmes est également un facteur favorable. Toutefois, une augmentation de l'effectif, même faible, aurait des effets positifs très substantiels pour ce bureau, que fonctionne déjà bien.

Par ailleurs, le fait que des ressources supplémentaires, d'un montant d'environ 0,7 million par an pour la période 2001-2003, a pu être collecté auprès du Fonds mondial pour l'environnement (GEF) a également été un important pas en avant.

Le plan de travail MED POL et le budget pour chaque exercice biennal sont approuvés par les États méditerranéens lors de leurs réunions biennales. Les crédits destinés à des institutions spécialisées pour couvrir des activités et les salaires sont approuvés lors de ces réunions biennales après proposition par l'Unité MED. Toutefois, en raison de retards occasionnels de paiement des contributions des pays, les ressources ont parfois été versées au goutte à goutte par le PNUD et, en 1992 et 1993, un volume des ressources considérable qui était encore dû a été purement et simplement perdu, tandis qu'en 1997 des fonds alloués tardivement n'ont pas été entièrement utilisés. Ces difficultés ont été résolues et le flux financier est désormais régulier.

3.2.2 Politiques de santé

En termes de personnel et de ressources financières, le soutien à l'élaboration de politiques de santé a été insuffisant pendant de nombreuses années au Bureau régional. Au cours des années 1990, l'appui technique destiné à l'élaboration de politiques de santé représentait environ 40% à 50% d'un poste de la catégorie P5 (le même poste couvrait également deux autres programmes). La mise en place du Centre européen pour les politiques de santé a offert l'occasion de modifier radicalement cette situation et de constituer peu à peu une expérience et un savoir-faire uniques sur l'élaboration des politiques à l'OMS.

Le personnel disponible n'est pas suffisant pour constituer le « minimum critique », qui correspondrait en l'occurrence plutôt à cinq administrateurs techniques, un expert en informatique et quatre auxiliaires.

Lorsque les ressources sont faibles, fixer des priorités devient indispensable. Jusqu'à présent, le Centre européen pour les politiques de santé a concentré

ses efforts sur des secteurs limités, qui sont essentiels à l'élaboration de politiques de santé et, dans ce sens, la hiérarchisation des priorités peut être évaluée de manière positive. L'assistance fournie aux États membres pour qu'ils appliquent une méthodologie visant à évaluer l'impact sur la santé et qu'ils mènent une action intersectorielle devrait contribuer à une amélioration de la santé tout en n'utilisant que peu de ressources. Le travail dans le cadre de réseaux et une coopération intensive constituent des stratégies fondamentales. Le Centre européen pour les politiques de santé a bien commencé ses activités, établissant des partenariats, des réseaux et une collaboration à la fois avec des experts et des institutions. Il est fondamental que cette priorité soit clairement maintenue.

3.2.3 Intégration des services de santé

Avant le lancement de cette initiative, les ressources que le Bureau régional consacrait aux services de santé intégrés étaient constituées de deux postes d'administrateur, deux postes d'auxiliaires et d'un budget d'environ 0,1 million de dollars par an, équivalant à un budget annuel total d'environ 0,450 million de dollars ; actuellement le budget annuel s'élève à quelque 1,7 million de dollars.

Bien que le Bureau de Barcelone en soit encore à sa phase initiale, il est clair que son potentiel est très haut et que l'on peut en attendre d'excellents résultats, dès que certaines difficultés encore non réglées, en particulier concernant le recrutement de personnel technique appartenant à la catégorie des professionnels, seront résolues.

Les dispositions concernant le personnel qui sont prévues par l'accord entre la Generalitat de Catalonia et le Bureau régional sont assez lourdes et difficiles à mettre en œuvre. Après que l'accord a été conclu avec le Gouvernement catalan, les conditions du recrutement ont été modifiées. Au départ, l'ensemble du personnel de la catégorie des services généraux était employé avec un statut de personnel détaché du Gouvernement de

Catalogne mais, à partir de janvier 2000, les personnes concernées ont été rémunérées par l'OMS et sont désormais toutes fonctionnaires de l'OMS. Les descriptions de poste ont été rédigées, et on procédera à une sélection finale dès que l'ensemble des postes aura été créé et les descriptions de poste finalisées, classées et approuvées. Pour le moment le personnel de cette catégorie occupe des postes « par intérim », tant qu'une sélection officielle n'aura pas eu lieu.

Selon les informations disponibles, les descriptions de poste n'ont pas obtenu l'approbation définitive, ni du chef du Bureau de Barcelone, ni des six administrateurs techniques. Aucun recrutement ne peut être effectué tant que ce processus n'est pas achevé, en dépit du fait que des fonds sont déjà disponibles depuis avril 1999 et que ces postes sont indispensables au bon fonctionnement du Centre. Le recrutement d'administrateurs est également rendu difficile en l'absence d'un accord conclu avec le pays hôte sur l'octroi de privilèges et immunités au personnel (voir ci-après). La situation actuelle en ce qui concerne le recrutement de personnel est très peu satisfaisante. Jusqu'à présent, aucun des membres du personnel travaillant au Centre n'a obtenu de contrat « définitif » avec l'OMS. De plus, exception faite du chef du bureau, aucun administrateur technique n'a été recruté au cours des 18 mois qui se sont écoulés depuis l'ouverture de ce centre.

La négociation d'un accord entre le Royaume d'Espagne et le Bureau régional en vue d'obtenir des immunités et des privilèges pour le personnel du Bureau de Barcelone est engagée depuis longtemps. Durant la session du Comité régional qui s'est tenue à Copenhague, cette question a fait l'objet de discussions entre des responsables du Bureau régional et la délégation espagnole. Il est clair que l'accord technique a été conclu avec le Gouvernement catalan avec l'approbation verbale du Ministère de la santé, mais sans que ce dernier participe aux discussions, et que le Ministère de la santé ne considère pas cette procédure comme appropriée. Au cours d'une visite faite à Madrid par le directeur du soutien opérationnel, le 2 novembre 2000 (au nom du directeur régional), l'Espagne a expliqué qu'un cadre de

collaboration avec l'OMS serait mis en place et qu'ensuite l'accord avec le pays hôte serait révisé.

Si l'on veut que le Centre fonctionne convenablement et qu'il utilise les ressources financières mises à disposition par le Gouvernement de Catalogne pour couvrir les frais de personnel, il est primordial que cette situation très peu satisfaisante soit réglée dans les meilleurs délais. (Il est à noter que la contribution destinée à couvrir les salaires du personnel a été diminuée en 2001 étant donné qu'il restait encore des fonds provenant de la contribution pour l'année 2000.)

Le fait que le Conseil consultatif ne se soit pas encore réuni jusqu'ici est un autre signe des problèmes qui se posent, bien qu'il soit compréhensible que l'absence de recrutement pour la plupart des postes d'administrateur à pourvoir ait fait naître des doutes quant à l'intérêt de convoquer le Conseil consultatif. Il n'en reste pas moins que les dispositions actuelles concernant le Conseil consultatif pour ce bureau (ainsi que pour d'autres bureaux existants) ne peuvent être considérées comme pleinement satisfaisantes (voir la section 3.1.2).

Bien que cela ne constitue pas un problème urgent pour le Bureau de Barcelone, qui en est encore à sa phase initiale, il convient de noter que les mesures adoptées pour l'évaluation du travail du Centre ne sont pas entièrement satisfaisantes. Le Conseil consultatif n'est pas un organe spécialisé à même d'exécuter cette tâche étant donné que l'analyse coût-efficacité, en particulier, exige des compétences spécifiques ; de plus, le Conseil consultatif, qui a un certain rôle de conseil concernant la gestion, manque probablement d'objectivité pour se charger de cette tâche.

3.2.4 Investissement dans la santé et le développement

Les plans en vue de la création du Bureau de Venise sont précis et satisfaisants à la fois en termes de financement et d'autres donations volontaires, ainsi qu'en ce qui concerne les mesures prises pour s'assurer

que des activités productives sont menées non seulement au niveau international mais également au niveau local.

3.2.5 Bureau d'Helsinki

Le Bureau d'Helsinki a une mission très délicate, comportant notamment la coordination des activités mondiales de l'OMS en matière de préparation et d'intervention pour faire face aux problèmes de santé publique en cas d'accident nucléaire.

Bien que certains des résultats obtenus jusqu'à présent ne soient pas négligeables, il y a un problème évident de manque d'effectif et de ressources pour ce bureau. De fait, la faible contribution de la Finlande correspond aux installations et à des activités spécifiques ; la contribution du Bureau régional sert principalement à couvrir les coûts de deux fonctionnaires et la faible donation volontaire de l'Allemagne est actuellement principalement utilisée pour couvrir les frais de fonctionnement. Outre le financement global très limité, il n'existe aucune disposition concernant le financement du programme. L'effectif présent n'atteint pas la taille minimale critique et plusieurs programmes ont été annulés parce que le Bureau d'Helsinki ne pouvait assurer aucune contribution financière (même minime).

De plus, il faudrait clarifier et encore renforcer la mission et les priorités du bureau en prenant en compte le rôle de l'OMS dans le domaine de la préparation au cas d'urgence radiologique et nucléaire. D'importants problèmes, à de nombreux niveaux au sein de l'OMS, concernant la gestion du programme de radioprotection et le partage des compétences entre l'AIEA et l'OMS et entre le Siège de l'OMS et le Bureau régional ont gêné le travail et la gestion du Bureau d'Helsinki tout en empêchant que soit remplie la mission définie pour ce bureau. Si l'OMS a pris la responsabilité de la préparation face aux éventuelles conséquences sanitaires de catastrophes nucléaires, il faudrait qu'elle prenne cette responsabilité au sérieux. Toute catastrophe majeure qui se produirait dans le monde aurait d'énormes

conséquences politiques et le monde entier focaliserait son attention sur le rôle des administrateurs responsables de la santé. Si des actions ne sont pas menées pour se préparer à de telles éventualités, les attaques et les reproches seront dirigés contre l’OMS.

3.3 Conclusions

Les conclusions générales du présent bilan sont résumées ci-après sous la forme de questions et de réponses.

3.3.1 Avons-nous besoin de BGD ?

Il ne fait aucun doute que l’avenir de la santé publique au niveau international en Europe est étroitement subordonné au développement judicieux de bureaux installés dans les États membres, bureaux qui devraient travailler en étroite collaboration avec Copenhague. Ces bureaux, qui font partie intégrante du Bureau régional mais sont disséminés dans d’autres pays, permettent au Bureau régional d’étendre son action, d’attirer des ressources supplémentaires et de faire participer les États membres de manière plus concrète au travail de l’OMS. Ils apportent des compétences supplémentaires et devraient apporter un supplément de cohésion à l’OMS. Les résultats atteints au cours des dix dernières années avec la création de BGD sont très satisfaisants et les perspectives d’avenir sont encore plus prometteuses.

3.3.2 Comment l’OMS devrait-elle décider quels domaines devraient être couverts par le BGD ?

Il est indispensable que la création de chaque BGD s’inscrive clairement dans le cadre de la politique du Bureau régional et que ses activités figurent au nombre des priorités de l’OMS. La question au cœur du débat est la suivante : « De quoi le Bureau régional a-t-il besoin et quelles sont ses priorités ? ».

C'est seulement en y répondant qu'une décision peut être prise quant à la nature du BGD qu'il convient de créer. La décision concernant le lieu d'implantation du BGD ne devrait pas se fonder seulement sur la disponibilité de ressources mais également sur la disponibilité de compétences et d'autres éléments nécessaires.

3.3.3 Devrait-on créer d'autres BGD ?

La réponse à cette question est certainement « oui » ; leur définition devrait répondre aux préoccupations énoncées au paragraphe 3.3.2 ci-dessus. Il est indispensable que les nouveaux BGD servent les priorités fixées pour le Bureau régional et qu'ils soient correctement mis en place dès le départ.

3.3.4 Où faudrait-il implanter des BGD ?

Une fois qu'un domaine d'activité a été déterminé, une bonne méthode pour décider du lieu d'implantation du bureau consisterait à discuter des priorités avec un ou plusieurs États membres. Le fait d'accueillir un bureau gagnerait ainsi en prestige et en attrait. C'est à ce stade que les procédures de mise en service peuvent être définies, que les flux de financement peuvent être établis et les relations définies.

3.3.5 Comment conviendrait-il de gérer ces BGD ?

Il est nécessaire qu'une structure d'encadrement lie effectivement le bureau au Bureau régional de l'OMS, le pays hôte et d'autres États membres qui sont intéressés par les activités du BGD. À un niveau, il faudra une structure d'encadrement pour gérer les questions de fonctionnement quotidien du bureau et qui serait présidée par le chef du bureau. En outre, il faut réunir tous les partenaires, internes et externes. Ce serait le rôle du Conseil de coordination. Ce conseil pourrait être présidé par le fonctionnaire respon-

sable du Bureau régional et ne devrait pas se réunir plus d'une fois par an. Enfin, il reste le rôle du Conseil consultatif scientifique. Ce Conseil pourrait être considéré comme un groupe de scientifiques de haut niveau dont la fonction serait de formuler des avis sur les aspects scientifiques et non sur la gestion du bureau. Il est important de séparer ces deux fonctions.

3.3.6 Le chef du bureau

Ce poste est un élément clé dans la réussite du bureau. Le chef du bureau devrait être considéré comme faisant partie de l'équipe composant le bureau du directeur régional et devrait être rattaché à une fonction de direction du Bureau régional. Lorsque plusieurs bureaux ont un domaine d'activité analogue, ils peuvent être coordonnés et développés en partenariats. Les bureaux chargés de l'environnement et de la santé pourraient servir de modèles à cet égard.

3.3.7 Comment devrait-on doter chaque BGD en personnel et en ressources ?

Cela dépendra du domaine d'activité et des tâches assignées à chaque bureau, mais il est manifeste que là où l'effectif était insuffisant les objectifs à atteindre n'ont pas pu être pleinement réalisés.

3.3.8 Quel est le rapport entre les BGD et les centres collaborateurs ?

Les centres collaborateurs renforcent le Bureau dans sa fonction. Se sont des unités spécialisées en relation avec le Bureau régional ou le Siège de l'OMS mais qui ne font pas partie de la structure de l'organisation même. Ils sont plus indépendants et ne bénéficient en général que d'un faible financement de la part de l'OMS. Toutefois, ils constituent une ressource tout à fait considérable. Il pourrait toutefois être très utile de les mettre en relation avec

les bureaux qui ont des domaines de compétences similaires. La plupart des BGD ont établi des relations extrêmement fructueuses avec les centres collaborateurs travaillant dans des domaines connexes, contribuant ainsi à étendre leurs réseaux.

4 RECOMMANDATIONS

4.1 Recommandations générales

La principale recommandation découlant de cette étude est que le Bureau régional et ses États membres devraient s'employer à consolider les BGD en place et envisager de poursuivre la création de tels centres et de l'étendre à d'autres domaines de la santé constituant des programmes clés. À cette fin, il conviendrait de définir plus avant et d'adopter une politique globale pour le Bureau régional qui soit à même de maximiser les avantages et minimiser les éventuels inconvénients associés aux BGD.

Les principales composantes d'une telle politique sont présentées succinctement dans les sections qui suivent.

4.1.1 Mission, fonctions et priorités

La mission, les fonctions et les priorités de chaque BGD devraient viser un secteur clé des activités du Bureau régional et être clairement définies pour toute la durée de l'accord instituant le BGD. En principe, dans le cadre de ses compétences, le BGD devrait s'acquitter des fonctions suivantes :

- ❖ contribution à l'élaboration de politiques pour le Bureau régional ;
- ❖ activités techniques, et notamment formation ;
- ❖ activités d'appui aux pays et interpays.

Les décisions concernant les politiques ainsi que l'élaboration de politiques globales devraient rester une compétence exclusive du directeur régional et du Comité régional.

Les activités des BGD ne devraient ni se chevaucher ni faire doubles emplois avec celles du Bureau régional. De même, il conviendrait d'éviter que des activités relevant de la principale fonction d'un BGD soient partagées avec le Bureau de Copenhague. Chaque BGD devrait véritablement faire partie intégrante du Bureau régional (et être considéré comme tel).

Il pourrait y avoir délégation de compétences lorsque cela se justifie. Chaque BGD devrait être à même d'exécuter un travail technique et scientifique de grande qualité dans son domaine de compétence.

4.1.2 Ressources et durée de l'accord

Les ressources sont, de toute évidence, la clé de la réussite. Une évaluation minutieuse des ressources financières requises pour exécuter les principales tâches confiées à chaque BGD devrait être faite avant que ne soient achevées les négociations entre le Bureau régional et les partenaires contributeurs. Les principales ressources nécessaires pour le bon fonctionnement du BGD devraient, en principe, provenir à la fois des partenaires contributeurs et du Bureau régional. L'expérience jusqu'à présent montre clairement que cette question doit être résolue très tôt durant la phase de planification, les ressources permanentes fournies par l'OMS étant un point particulièrement important, étant donné qu'elles traduisent la volonté de l'OMS de contribuer au travail du Centre sur le long terme. La volonté du pays hôte et d'autres pays partenaires de trouver des ressources extrabudgétaires est subordonnée à la conclusion d'accords adéquats de longue durée.

Aucun BGD ne devrait être créé si les partenaires contributeurs ne sont pas en mesure d'assurer les conditions minimales indispensables à l'exécution des tâches clés prévues par l'accord.

Cet ensemble de conditions minimales, qui dépendent bien évidemment des tâches assignées ainsi que d'autres facteurs, devrait cependant en principe correspondre à un effectif d'une dizaine de personnes avec les locaux, les équipements, les postes de travail appropriés et des fonds permettant au

personnel de travailler convenablement pendant plusieurs années. S'il était nécessaire d'envisager des situations où ces conditions minimales n'étaient pas remplies, il conviendrait de procéder à une analyse et d'apporter les justifications nécessaires.

Compte tenu de ce que les dépenses d'un bureau établi loin de Copenhague sont très différentes et vraisemblablement plus élevées que celles d'un bureau analogue sis à Copenhague, un budget spécial devrait être prévu pour assurer le nécessaire renforcement de la coordination avec le Bureau régional, et notamment un système de fichiers centralisé, des visites mutuelles périodiques ainsi qu'une formation spéciale à la fois à Copenhague et sur le lieu d'implantation du bureau.

S'agissant de la durée de l'accord, une période renouvelable de dix ans ou de cinq ans est recommandée comme étant la durée d'existence minimale acceptable pour un BGD. Des périodes plus courtes ne peuvent être recommandées, compte tenu du délai considérable qui peut être nécessaire pour mettre en place un nouveau BGD ainsi que du volume considérable de travail que représente la procédure de renouvellement.

Le processus de renouvellement est une période très critique dans l'existence d'un BGD. De fait, en dépit des efforts engagés pour obtenir le renouvellement avant la date d'expiration de l'accord, il est probable que le BGD se retrouve pendant des mois privé des contributions volontaires de partenaires contributeurs. Il est donc recommandé que le BGD se prépare à une telle éventualité en créant un coussin budgétaire à utiliser en cas de besoin.

4.1.3 Collecte de fonds

La collecte de fonds est une activité indispensable à la réussite du Centre. Le pays hôte et d'autres États membres devront être clairement informés de leurs responsabilités à cet égard et il faudra qu'ils soient sûrs, s'ils apportent des fonds que les résultats sont à la hauteur de leur

investissement. La collecte de fonds auprès d'autres sources est gênée par la précarité de la situation d'un BGD, et sa faible productivité due à un manque de ressources. Dans ces conditions, les activités entreprises pour collecter des fonds supplémentaires peuvent devenir extrêmement difficiles et tout le projet peut capoter.

Un arrangement prévoyant de multiples sources de financement est indispensable pour qu'un BGD soit viable à long terme. Les pays devraient être encouragés à s'engager pour une certaine période ou pour certains projets. Les arrangements faisant intervenir diverses sources de financement exigent toutefois aussi un investissement en temps et en efforts ainsi que le soutien fort et manifeste de spécialistes. De fait, la collecte de fonds est une activité professionnelle qui ne peut être couronnée de succès sans un bagage et une formation spécifique. Compte tenu du manque de personnel, qui risque fort d'être une caractéristique de la plupart des BGD, ainsi que d'autres considérations envisagées plus haut, la collecte de fonds ne devrait pas incomber seulement au BGD mais également aux responsables du Bureau régional.

En conclusion, le Bureau régional devrait s'efforcer à faire en sorte que le BGD dispose, pour mener à bien ses travaux, de ressources supplémentaires provenant de sources autres que les partenaires contributeurs de départ, afin d'augmenter de manière sensible dès la troisième année de fonctionnement d'un nouveau BGD le budget total consacré aux frais de fonctionnement du programme et de l'activité opérationnelle. Si la collecte de fonds réussit, les bénéfices que pourra en tirer le Bureau régional seront vraisemblablement bien plus importants que ne le laisseraient imaginer les apports financiers correspondants. Il serait très important d'encourager aussi les pays ayant peu de moyens de contribuer à la création de BGD en fonction de leurs possibilités.

4.1.4 Recrutement du personnel : privilèges et immunités

Pour faire en sorte que les BGD soient une partie intégrante du Bureau régional (et qu'ils soient considérés comme tels), il importe que le recrutement, pour les principaux postes, s'opère sur une base internationale et que les privilèges et immunités du personnel de l'OMS soient pleinement reconnus. Étant donné que ces privilèges et immunités ne peuvent, en général, être octroyés que par un accord conclu avec le gouvernement national du pays hôte (le plus souvent soumis à la ratification du parlement), le Bureau régional devrait veiller, dans les pays où les systèmes de santé sont décentralisés (comme par exemple en Allemagne, en Italie et en Espagne) à engager des négociations en vue de la création d'un BGD par l'intermédiaire du ministère national de la santé, même si le partenaire contributeur est un organe régional ou local. Autrement dit, c'est le ministère national de la santé qui devrait être le signataire de l'accord, même s'il ne fait aucune contribution au projet. En ne suivant pas cette procédure, on risque de laisser des problèmes non résolus, qui sont susceptibles de gêner la mise en service du BGD.

Bien que le recrutement de certains fonctionnaires au niveau local soit acceptable dans la mesure où il s'agit de personnel non essentiel et où le recrutement local peut aussi aider à renforcer la collaboration avec le gouvernement hôte parce qu'il représente une incitation supplémentaire, il serait, dans certains cas, préférable de reporter le début des activités plutôt que d'accepter de mettre un BGD en service si l'on n'a pas obtenu la reconnaissance des immunités et privilèges pour le personnel.

Une autre solution envisageable pour faire avancer les choses consisterait à conclure avec le gouvernement hôte un accord-cadre ou général couvrant, dans son principe, la création de BGD dans un pays donné plutôt que d'un BGD en particulier. En pratique, cette approche permettrait une mise en place plus rapide de nouveaux BGD.

4.1.5 Relations avec le pays hôte et les autres pays participants

Bien que la principale motivation de tout partenariat de ce type soit essentiellement la solidarité internationale, il est primordial que le BGD soit prêt à aider le pays hôte, ainsi que les autres pays lui apportant son appui, à mettre en œuvre les politiques de l’OMS et à faire face à ses problèmes sanitaires qui exigent une coopération internationale, ou qui pourraient en tirer parti. En outre, un BGD devrait s’efforcer, dans la plus large mesure possible, à collaborer étroitement avec les institutions de santé locales et les ONG. Les relations entre le BGD et les autorités compétentes dans le pays hôte ainsi que dans d’autres pays participants sont de toute première importance. Elles exigent de trouver un équilibre délicat, qui peut varier d’un pays à l’autre. Cela suppose une direction efficace tant au BGD qu’au Bureau régional.

À cet égard, il serait en particulier tout à fait intéressant que l’accord prévoit des clauses stipulant que :

- ◆ Dans le cadre du fonctionnement du BGD, le Bureau régional étudie sérieusement et de manière approfondie les propositions formulées par les partenaires concernant la mise en œuvre, dans le pays ou la région concernés, d’activités d’assistance technique et de coopération qui entrent dans le cadre du mandat du BGD.
- ◆ Dans le cadre de la coopération bilatérale entre [...] et le Bureau régional, le ministère national ou régional de la santé recherche les occasions les plus utiles de faire participer le BGD à des activités mises en avant au niveau national et international par [...] conformément au mandat du BGD, et recherche toute autre possibilité de collaboration entre ce dernier et les institutions techniques et scientifiques locales ainsi que d’autres institutions concernées dans leur domaine de compétence.

Ce faisant, le BGD devait conserver sa notoriété et ne pas être confondu ou se trouver en concurrence avec des institutions nationales ayant des fonctions assez semblables.

Dans tous les cas, le travail avec les pays hôtes ou partenaires ne devrait pas être dominant et les activités exécutées devraient être orientées de manière à bénéficier au plus grand nombre d'États membres possible.

4.1.6 Le Conseil consultatif scientifique et le Conseil de coordination

Les structures destinées à fournir un appui en matière d'administration/de gestion et dans le domaine scientifique devraient être clairement séparées et être créées individuellement et selon une formule novatrice pour chacun des BGD.

Le Conseil consultatif, en fournissant des avis scientifiques et techniques, a un rôle très important à jouer lorsque des BGD travaillent dans des domaines connexes. Le Conseil consultatif ne doit pas être confondu avec le Conseil d'administration. Il ne devrait pas être utilisé pour des négociations entre le Bureau régional et des partenaires contributeurs. La mission du Conseil consultatif consiste à examiner les résultats scientifiques du bureau et à donner des avis sur les questions scientifiques et techniques. Le critère devant présider à la sélection des membres du Conseil consultatif devrait être l'excellence technique et scientifique ; les membres du Conseil consultatif devraient être des spécialistes hautement qualifiés et indépendants. Le président du Conseil consultatif devrait être élu parmi les membres de ce Conseil et ne devrait pas être un responsable du Bureau régional ou un « représentant » d'un ou plusieurs partenaires contributeurs, même si ces derniers devraient se voir offrir la possibilité de désigner un membre du Conseil consultatif répondant aux conditions énoncées plus haut. Si nécessaire, la composition de ce Conseil pourrait également varier en fonction des questions examinées.

Le Conseil de coordination devrait être l'organe qui établit un véritable lien entre le Bureau et le pays hôte et d'autres États membres qui sont intéressés par l'activité du Bureau. Il devrait être présidé par un membre éminent du

Bureau régional de l'OMS et être composé de représentants de l'ensemble des partenaires, internes et extérieurs.

4.1.7 Procédure d'évaluation

Il va sans dire qu'une procédure d'évaluation périodique, prenant notamment en considération le rapport coût-efficacité, est nécessaire afin de s'assurer que les ressources disponibles sont bien employées et pour déceler d'éventuelles difficultés qu'il convient d'éliminer rapidement. Toutefois, cette procédure d'évaluation destinée aux BGD ne devrait pas être différente de celle appliquée pour les unités établies à Copenhague. En conséquence, l'évaluation des BGD devrait être effectuée, comme c'est le cas pour les unités sises à Copenhague, par le Comité régional, tous les deux ans, à l'occasion de la session budgétaire. De plus, compte tenu des délais pouvant être nécessaires à la mise en place d'un BGD, il serait bon que la première évaluation officielle soit réalisée environ trois ans après la mise en service du BGD. S'il est vrai qu'un rapport spécial élaboré par le Conseil consultatif peut se révéler de quelque utilité pour exécuter l'évaluation, celle-ci, en tant que telle, ne devrait pas incomber au Conseil consultatif. En conclusion, la procédure d'évaluation, si elle est nécessaire, ne devrait pas être fastidieuse et gêner les travaux du BGD. Il conviendrait d'élaborer des principes directeurs généraux à ce sujet.

4.1.8 Profil du chef de bureau

Outre le fait qu'il devra être un cadre international de grande qualité, connaissant très bien les politiques et les procédures de travail du Bureau régional, le chef de bureau devra avoir la capacité de jouer un rôle d'interface sur des questions courantes entre les autorités nationales et locales représentant les partenaires contributeurs. De plus, il devra être capable d'assumer une fonction que l'on pourrait qualifier de « gardien » du Bureau régional dans le pays intéressé et de réagir promptement à des événements

qui pourraient être importants sur le plan sanitaire et relever de la compétence du Bureau régional. Cette fonction devrait être rattachée au représentant de l'OMS ou au bureau de liaison s'il en existe dans le pays. Le ou la titulaire devra également être à même de saisir toutes les possibilités supplémentaires d'interaction avec les partenaires locaux. De plus, il devra savoir anticiper et pouvoir faire preuve d'innovation de sorte que les BGD soient considérés comme faisant œuvre de pionniers et comme étant à la pointe des innovations européennes. Enfin, il devra être capable de constituer une bonne équipe. Même lorsque s'établissent de très bonnes relations avec le Bureau régional (et le Siège), les BGD restent des unités relativement petites, qui exigent un bon esprit d'équipe pour fonctionner efficacement.

Bien qu'en principe toutes les fonctions susmentionnées pourraient aussi bien être prises en charge par une équipe que par une seule personne, il serait extrêmement bénéfique que le titulaire remplisse l'ensemble des conditions citées. Idéalement, le candidat appelé à occuper un poste de chef de bureau devrait avoir travaillé plusieurs années (cinq ou six ans, de préférence) pour le Bureau régional de l'OMS, si possible dans le secteur d'activité du BGD ou dans un domaine connexe. Il conviendrait d'évaluer soigneusement l'expérience et la nationalité du candidat à ce poste, afin de faire en sorte qu'il puisse être un interlocuteur valable pour les autorités nationales et locales.

Pouvoir embaucher un chef de bureau à la hauteur de la tâche qui lui est confiée est indispensable pour réussir la mise en place d'un nouveau BGD. Ce recrutement devrait donc être planifié suffisamment longtemps à l'avance.

4.1.9 Procédure de mise en service

Étant donné que la phase de mise en service est cruciale, il faudrait une procédure standard pour la gérer convenablement. Cette procédure devrait en particulier couvrir les points suivants :

- création du point de contact à Copenhague pour les questions administratives ;
- les activités d'appui au BGD à prendre en charge par l'administration à Copenhague ;
- la définition des profils professionnels et des activités de formation professionnelle pour le nouveau personnel à la fois au siège du BGD et à Copenhague (si nécessaire) ;
- mesures incitatives pour encourager le personnel administratif et le personnel auxiliaire de Copenhague à aller travailler pendant de courtes périodes au BGD.

Il est très important que les membres du personnel travaillant à Copenhague ne perçoivent pas la création d'un nouveau BGD comme un projet qui ne les concerne pas ; il devrait être pleinement impliqué dans cette initiative et déterminé à en faire une réussite.

4.1.10 Coûts de l'appui au programme et autres questions financières

Le fait que le Bureau régional prélève 13% de la contribution au titre des coûts d'appui au programme est difficile à comprendre si l'on considère que, en créant un BGD, le Bureau régional augmente en fait sa capacité à s'acquitter de ses missions clés. Cette forme de ponction financière, qui fut décidée il y a longtemps et, de toute évidence, pour d'autres formes de donations, est particulièrement mal perçue par les donateurs, qui ont le sentiment de payer deux fois et qui ne comprennent pas pourquoi, pour appuyer le Bureau régional dans un secteur donné, ils doivent également fournir une contribution supplémentaire à des fins inconnues. Le Bureau régional devrait envisager des moyens pratiques de régler ce problème et d'éviter de faire des prélèvements injustifiés sur des contributions volontaires destinées à la création d'un nouveau BGD ou, tout au moins, de s'assurer que ces ressources sont réinvesties dans le BGD pour des activités prises en charge à Copenhague ou ailleurs.

Une autre question financière qu'il conviendrait peut-être d'examiner sont les éventuelles pertes financières qui peuvent être occasionnées par le transfert des contributions financières du partenaire national ou régional vers le Bureau régional et enfin vers le BGD du pays d'où proviennent lesdites contributions.

4.1.11 Relations avec les partenaires contributeurs

Il faudrait que le Bureau régional ait à cœur de tenir les autorités compétentes représentant les partenaires contributeurs informées des réalisations d'un BGD. Des occasions officielles spéciales devraient être prévues pour qu'aient lieu des rencontres de haut niveau afin d'analyser conjointement l'évolution et les résultats de chaque BGD. Ces contacts ne devraient pas être laissés au seul chef de bureau mais devraient faire intervenir de hauts responsables à Copenhague et si possible le directeur régional lui-même.

Une démarche similaire devrait être adoptée pour mener les négociations nécessaires à la création d'un nouveau BGD ou pour modifier un accord au moment de sa prorogation. Il conviendrait d'étudier attentivement la possibilité d'attribuer un rôle global de coordination à un haut responsable du Bureau régional, qui serait chargé d'harmoniser les relations entre le Bureau régional et l'ensemble des partenaires contributeurs.

4.1.12 Autres aspects

- Les centres collaborateurs spécialisés dans le domaine de compétence d'un BGD devraient être considérés comme les partenaires naturels de ce BGD. Il est indispensable de constituer un réseau et de promouvoir une coopération interactive.
- Pour mettre en place un BGD dans un pays donné, il conviendrait de veiller que le lieu d'implantation retenu et les voies de communication assurent une bonne « visibilité » et que le BGD ne risque pas d'être

confondu avec d'autres institutions locales. Ce risque est d'autant plus probable lorsque le BGD ne dispose pas d'un local indépendant et qu'il est accueilli au sein d'une institution nationale.

- Le BGD ne devrait en aucun cas accepter de collaborer avec les autorités sanitaires du pays hôte ou de la région hôte en passant systématiquement par l'intermédiaire d'une tierce partie technique ou scientifique nationale, étant donné qu'une telle situation pourrait fragiliser sa position.
- Un système d'avance sur dépenses fonctionne déjà au Bureau de Rome et de Barcelone mais, pour le moment, chaque document contractuel pour engager des dépenses – tels les bordereaux de commande (PO), les bons de commandes (APW) et les autorisations de voyage (TA) – doit être approuvé pour des raisons de procédure financière par la section du budget à Copenhague et les bons de commandes doivent également être autorisés par les services du directeur de l'administration. Si on délèguait ces pouvoirs au chef du Centre et qu'on ouvre un compte local, en utilisant le système d'avance comme système de suivi, certains de ces documents pourraient être traités au niveau du BGD. Il serait ainsi possible de faire l'économie d'un important travail administratif à Copenhague et de faciliter et d'accélérer les opérations. Une révision de la politique actuelle pourrait, par conséquent, être efficace en termes de coûts.
- Les BGD devraient mettre en commun leur expérience, et un débat, auquel participeraient les directeurs basés à Copenhague ainsi que d'autres membres clés du personnel du Bureau régional, devrait s'instaurer entre eux sur les problèmes communs auxquels ils doivent faire face et les solutions qui peuvent y être données. De plus tous les membres du personnel du BGD devraient participer aux réunions importantes tenues à Copenhague, grâce aux moyens de vidéoconférence et d'autres dispositifs analogues disponibles. Cela contribuerait à faciliter

un apprentissage continu, ce qui serait particulièrement important pour les nouveaux BGD susceptibles d'être créés à l'avenir.

4.2 Recommandations spécifiques

4.2.1 *Bureau de Rome*

Le point le plus important pour l'avenir sera la prorogation prochaine du contrat en vigueur, qui expire en 2001. Le principal objectif devrait être de porter la durée de l'accord de cinq à dix ans et de créer un Conseil consultatif afin de perpétuer l'excellence scientifique du Centre européen de l'environnement et de la santé (constitué des BGD de Rome, Bonn et Athènes). De plus, il serait utile de pourvoir à l'absence actuelle de procédure d'évaluation officielle et satisfaisante ; une telle procédure devrait comporter une composante relative à l'efficacité en termes de coûts. L'évaluation de l'ensemble des branches du Centre européen de l'environnement et de la santé devrait être effectuée tous les deux ans par le Comité régional, sur la base d'un rapport qui serait établi par le Conseil consultatif scientifique. Un système d'évaluation analogue serait également bénéfique pour les autres BGD du Bureau régional.

4.2.2 *Bureau de Bonn*

Il a pu y avoir un certain chevauchement et certaines activités redondantes avec celles du Bureau de Rome en ce qui concerne l'assainissement de l'eau ; toutefois, des informations récentes font apparaître que ce problème est désormais résolu et que le Bureau de Bonn devrait maintenant concentrer ses activités sur l'environnement urbain, ce qui englobe la qualité de l'air, le logement, le bruit et des indicateurs de santé.

À l'heure où le présent rapport était en voie d'être finalisé, plusieurs éléments importants pour le développement du Bureau de Bonn sont survenus :

- une nouvelle version révisée du document de synthèse sur la stratégie et le plan de travail a été établie en collaboration avec le Siège, et a été soumise au Bureau régional le 8 février 2001 ;
- des accords entre l'OMS et l'Allemagne ont été signés le 8 mars 2001 à l'Ambassade d'Allemagne à Copenhague par le directeur régional et l'ambassadeur allemand ;
- une réunion au Parlement de Bonn a été l'occasion pour le Ministère de l'environnement, et le directeur régional, ainsi que l'Université de Bonn et la ville de Bonn, d'annoncer l'ouverture officielle du bureau dans la « Langer Eugen » (anciens bureaux du Parlement allemand).

Il serait bon que les recommandations formulées dans la présente étude soient prises en considération pour développer le Bureau de Bonn à l'avenir.

4.2.3 Bureau de projet d'Helsinki

Une initiative majeure sera indispensable pour résoudre les nombreux problèmes de ce bureau, à la fois en termes de ressources humaines et financières et de mission et de priorités.

Concernant les questions de préparation et d'intervention et les aspects plus larges du programme de radioprotection, ce bureau de projet a bénéficié, et continue de bénéficier, du savoir-faire considérable que possède l'Autorité finlandaise de sûreté radiologique et de sûreté nucléaire (STUK). Le STUK est un organisme impressionnant, employant quelque 300 personnes, dont environ 65% sont diplômés de l'université. Il est actif dans les domaines de la recherche, de la sûreté nucléaire, de la surveillance radiologique de l'environnement, de la préparation à des situations d'urgence et de l'information. Face à un éventuel accident nucléaire, le STUK est capable de

mobiliser très rapidement une quarantaine de spécialistes, qui pourraient se relayer aussi longtemps que persisterait la situation d'urgence. Sans un tel appui, l'OMS serait incapable de procéder à une évaluation indépendante des conditions prévalant dans une situation d'accident en vue de rendre un avis.

Comme cela est apparu clairement au cours de la réunion qui s'est tenue au Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, le 20 décembre 2000, même si la contribution actuelle est de toute évidence insuffisante, le Gouvernement finlandais a une attitude positive à l'égard du bureau de projet et est prêt à négocier une prorogation de l'accord, mais seulement si les problèmes qui ont été mentionnés sont résolus. De plus, le STUK est prêt à faire bénéficier le bureau des compétences dont il dispose. Le partenariat avec le Centre collaborateur de l'OMS au STUK offre à l'OMS une possibilité unique d'étendre et d'améliorer considérablement l'efficacité en termes de coûts de son programme de radioprotection ; l'OMS devrait exploiter cette volonté du Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé et du STUK d'accueillir cette activité. Pour ce faire, la meilleure solution serait de conclure un nouvel accord prévoyant que le Gouvernement finlandais assure un budget plus adéquat au Bureau d'Helsinki.

De plus, il conviendrait de se pencher sur des questions essentielles afin de clarifier le rôle de ce bureau, notamment celles exposées dans les paragraphes qui suivent.

- *Relations du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avec l'AIEA dans le domaine des rayonnements et de la santé*

L'accord conclu entre l'AIEA et l'OMS reconnaît qu'il incombe en premier lieu à l'AIEA de promouvoir « l'application pratique de l'énergie atomique à des fins pacifiques », mais cela, sans préjuger du droit de l'OMS de promouvoir les activités internationales en faveur de la santé. En pratique, de par son mandat, l'AIEA a pour mission d'élaborer des normes pour, notamment, protéger la santé. Ainsi, parmi les organisations internationales, l'AIEA est le chef de file, par exemple, pour ce qui est de produire des normes

fondamentales de radioprotection qui sont établies en collaboration avec des organisations telles que l'OIT et l'OMS.

Par conséquent, une collaboration étroite entre l'OMS et l'AIEA est nécessaire ; ces deux organisations doivent s'entendre, au plus haut niveau, sur la façon dont, dans la pratique, leurs mandats doivent être exercés, en tirant parti des synergies possibles. À cet égard, il est particulièrement utile de se poser la question de savoir si, pour favoriser cette coopération et ces contacts étroits, il ne serait pas envisageable de créer un bureau de projet OMS au Siège de l'AIEA, à Vienne. Une telle solution reproduirait, dans une certaine mesure, la situation de l'Unité MED d'Athènes vis-à-vis du PNUE ; l'expérience acquise avec ce bureau a clairement démontré que l'implantation de l'Unité MED au PNUE a permis de surmonter un certain nombre de problèmes et également d'obtenir de bons résultats avec un budget relativement faible.

- *Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine des rayonnements et de la santé*

Depuis 1996, on s'efforce d'intégrer des activités relatives aux rayonnements ionisants et à la santé publique dans toute l'OMS (Bureau régional, Siège, OPS et CIRC). Cette démarche est souhaitable, notamment, pour les raisons qui suivent :

- Elle contribuera à créer un effet de « masse critique » avec les compétences limitées dont on dispose au sein de l'Organisation, ce qui accroîtra de manière exponentielle les résultats obtenus par le programme.
- Elle aidera les régions qui n'ont pas accès à ces compétences.
- Elle permettra à l'OMS de s'acquitter de ses obligations en vertu de la Convention d'assistance.

Plus récemment, le Siège a pris la décision d'élaborer une stratégie mondiale englobant divers aspects de la radioprotection (environnement, utilisation médicale et santé des travailleurs), dont le chapitre relatif aux questions environnementales a été établi et approuvé à titre provisoire (décembre 1999) ; les autres chapitres sont attendus.

Le Siège a proposé au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe que le programme mondial soit consolidé sous l'administration du Siège (autrement dit, que le Programme administré par le Bureau régional soit transféré à Genève). Aucune démarche n'a été engagée par le Bureau régional de l'OMS jusqu'à présent.

Il est tout à fait essentiel de prendre une décision ; à cet égard, une décision visant à rattacher le Bureau de projet d'Helsinki à Genève pourrait être productive.

4.2.4 Unité d'Athènes

Une augmentation modérée de l'effectif pourrait être d'un grand bienfait pour ce bureau qui fonctionne déjà bien.

Une évaluation globale des phases I et II de MED POL a été réalisée en 1993 (UNEP/IOCA/MED.IG.3/Int.6).

Le programme MED POL a eu de bons résultats en ce qui concerne la fourniture d'équipements et de formation à des scientifiques de la Région (particulièrement dans le sud et dans l'est de la Région). D'une manière générale, le programme MED POL peut être considéré comme une réussite, en dépit des problèmes rencontrés au cours des Phases I et II. Les problèmes que l'on a jugé être les plus sérieux étaient la distribution géographique inégale des résultats de la surveillance et une communication lente et incomplète des résultats de cette surveillance par les coordinateurs nationaux à l'Unité MED.

À cela il faut ajouter qu'en 1998 et en 1999, alors que la plupart des pays disposaient d'une infrastructure adéquate et de ressources humaines compétentes, la communication de données au cours de cette période était assez ralentie, pour les raisons suivantes :

- manque de données ;
- gestion insatisfaisante des données ;
- demandes continues de données émanant de différents organismes ;

- sources de financement limitées ;
- données non conformes.

La fourniture de données et d'informations étant essentielle à l'exécution des tâches mises en avant par les parties contractantes, il faut que des mesures soient prises et que les mesures existantes soient renforcées pour assurer un bon flux de communication des informations nationales.

Un des problèmes majeurs ne peut être réglé que par les pays concernés. Dans une large mesure, les points de contact nationaux (tant au niveau du MED POL que du plan d'action global) sont, dans la pratique, des représentants de leurs propres ministères ou institutions, plutôt que de leur pays dans sa globalité. Cette situation est à l'origine à la fois du manque d'informations nationales complètes disponibles et de la non-participation virtuelle des ministères clés à divers aspects du programme. Les tentatives qui ont été faites d'y remédier n'ont pas eu d'effets importants, principalement en raison de la nature délicate de cette question.

Ces problèmes devraient être examinés conjointement avec le PNUE afin de trouver des moyens, en coopération avec les États membres, d'étendre le rôle, les responsabilités et les moyens des points de contact nationaux.

4.2.5 Centre de Bruxelles

Le Centre de Bruxelles sur les politiques de santé a une position géographique sans équivalent, qui facilite le travail en réseaux avec l'Union européenne, avec les décideurs nationaux et régionaux d'une trentaine de pays et plusieurs groupements d'intérêt basés à Bruxelles. Ce potentiel mérite d'être exploité.

L'évaluation de l'impact sanitaire est un des principaux éléments du programme du Centre de Bruxelles sur les politiques de santé. Le fait que le Bureau de Rome travaille sur l'évaluation de l'impact de l'environnement sur la santé devrait faire l'objet d'une réflexion approfondie. Bien qu'il soit évident que ces deux BGD travaillent sur des aspects différents, on peut

douter qu'une telle situation puisse être gérée longtemps de manière efficace en termes de coûts sans une coordination très étroite et qu'elle puisse être facilement comprise par les États membres. Un autre aspect à prendre en considération est le fait qu'une unité à Copenhague est en charge d'une activité avec les pays portant sur les politiques de santé, tandis que d'autres activités dans ce domaine sont menées par le Centre de Bruxelles ; la question est de savoir si un tel arrangement est optimal. Les raisons de la répartition actuelle des compétences entre Bruxelles, Rome et Copenhague sur des sujets étroitement liés ne sont pas claires et devraient être réexaminées. Bien que le conseiller régional pour l'évaluation de l'impact sanitaire à Rome ait pour mandat de coordonner les activités sur ce thème au Bureau régional, il n'est pas sûr que cette coordination fonctionne convenablement pour le moment. Une rationalisation de cette composante importante du programme est recommandée au vu du manque global de ressources et de la nécessité d'éviter d'inutiles chevauchements.

Un autre aspect qui mériterait un examen attentif tient au fait que le Siège de l'OMS a un bureau à Bruxelles dont la mission spécifique est d'étoffer les relations politiques et stratégiques avec l'Union européenne ; la question se pose de savoir si ce bureau et le BGD ne pourraient pas partager des installations et les services. On pourrait imaginer qu'une telle initiative pourrait avoir des avantages (à la fois en termes d'image et de ressources).

Étant donné que l'effectif du Centre de Bruxelles n'est pas suffisant pour constituer le « minimum critique », la vulnérabilité de ce bureau devrait être prise sérieusement en considération. Si la situation concernant les ressources n'évolue pas favorablement, le Centre de Bruxelles est promis à un avenir très difficile.

La situation en ce qui concerne la collecte de fonds est, pour le moment, loin d'être satisfaisante. Un arrangement prévoyant de multiples sources de financement pour le Centre est indispensable pour sa viabilité à long terme. Les pays devraient être encouragés à s'engager pour une période déterminée ou pour certains projets. Ce type d'arrangement, toutefois,

suppose également des investissements en temps et en efforts, et un appui ferme et manifeste du Bureau régional. Au vu du manque actuel de ressources humaines, l'activité de collecte de fonds ne devrait pas incomber seulement au Centre mais également (et principalement) au Bureau régional. Le fait que le Centre de Bruxelles puisse être perçu comme étant dans une situation incertaine peut ne pas favoriser la collecte de fonds.

Pour conserver un haut niveau de qualité dans son travail, le Centre de Bruxelles ne devrait pas s'engager dans de nouveaux domaines ou activités tant que des ressources supplémentaires ne sont pas disponibles.

4.2.6 *Bureau de Barcelone*

Le principal problème qui se pose au Bureau de Barcelone tient au manque de personnel de la catégorie des administrateurs, en dépit de la disponibilité des ressources nécessaires. L'absence d'accord avec le pays hôte exclut la possibilité d'attribuer des immunités et des privilèges au personnel du Centre et, en conséquence, le recrutement de fonctionnaires de la catégorie des administrateurs sur une base internationale. Il est évident que des erreurs ont été commises, dans la mesure où le Gouvernement espagnol n'a pas participé aux négociations dès le début. S'il est vrai qu'il faudra en tirer des enseignements pour l'avenir, il est aussi nécessaire maintenant de surmonter cette difficulté. Une rencontre du directeur régional avec le ministre espagnol de la santé serait peut-être le moyen d'y parvenir.

4.2.7 *Bureau de Venise*

La recommandation essentielle à formuler pour le Bureau de Venise est de suivre avec soin le processus de ratification par le Parlement de l'accord conclu récemment.