



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-neuvième session

Copenhague (Danemark), 16-19 septembre 2019

Point 5 f) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC69/16 Rev.2

+ EUR/RC69/Conf.Doc./4 Rev.2

15 septembre 2019

190448

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur l'activité des bureaux géographiquement dispersés de la Région européenne de l'OMS

Ce rapport donne un aperçu global du travail effectué par les bureaux géographiquement dispersés (GDO) du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en s'attardant en particulier sur les aspects liés à la gouvernance. On y évalue dans quelle mesure les GDO se conforment à la stratégie approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe lors de sa cinquante-quatrième session (dans la résolution EUR/RC54/R6) et développée ultérieurement dans le document EUR/RC62/11. Ce rapport complète le document EUR/RC68/8(K), soumis au Comité régional en 2018.

Sommaire

Historique et contexte.....	3
Rapports antérieurs sur les GDO.....	3
Gouvernance des GDO.....	4
GDO existants	5
Conformité des GDO à la stratégie des GDO	5
Implantation en dehors de Copenhague.....	5
Domaines techniques prioritaires et prestations à fournir	6
Budgets des GDO	9
Personnel des GDO.....	11
Valeur ajoutée des GDO	12
Points à renforcer et perspectives d’avenir	14
Conclusions	14

Historique et contexte

1. Les premiers bureaux de projet spécialisés, ou centres techniques, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe situés à l'extérieur de Copenhague (Danemark) ont été créés au début des années 1990. Ils étaient le principal résultat de la Première Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, tenue à Francfort (Allemagne) en 1989. Il s'agissait d'une réponse immédiate à la nécessité, pour le Bureau régional, de mieux se positionner dans le nouveau domaine technique de la santé environnementale, avec un mandat clair conféré par les États membres.¹

2. Par la suite, d'autres centres ont été fondés de manière quelque peu improvisée et désordonnée, avec un manque d'uniformité dans les accords de siège et la gouvernance, et sans financement durable. Cela a amené les États membres à s'interroger sur l'absence de procédures bien arrêtées pour l'établissement ou la fermeture de bureaux et, au début du XXI^e siècle, à exprimer des inquiétudes quant au rôle des bureaux et à leurs relations avec le Bureau régional.

3. Dès lors, les États membres ont réclamé qu'une stratégie claire soit élaborée pour les centres situés en dehors de Copenhague (Danemark). Une stratégie de ce type a été formulée par un groupe de travail composé de représentants des États membres en 2004² et approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe lors de sa cinquante-quatrième session (CR54), la même année (résolution EUR/RC54/R6). Désormais, ces centres allaient être connus sous le nom de bureaux géographiquement dispersés (GDO).

4. Tout d'abord, la stratégie de 2004 clarifiait l'identité d'un GDO. Elle précisait qu'un GDO est tout centre technique ou bureau de projet qui est totalement intégré au Bureau régional, mais situé en dehors de Copenhague (Danemark), qui soutient l'activité du Bureau régional en fournissant des informations factuelles et qui contribue à la mise en œuvre du programme de travail de la Région européenne de l'OMS dans des domaines stratégiques clés.

5. Deux autres éléments importants liés à la gouvernance ont été stipulés, à savoir qu'il doit y avoir consultation avec le Comité régional lorsque l'on prévoit d'établir un nouveau GDO ou de fermer un GDO existant et que le directeur régional de l'Europe doit régulièrement faire rapport au Comité régional sur l'activité des GDO.

Rapports antérieurs sur les GDO

6. Afin de s'assurer que le Bureau régional s'adapte à l'évolution rapide de l'environnement européen, un audit externe des GDO et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (l'Observatoire) a été commandé en 2010.³ Les conclusions de cet audit ont été présentées au CR61 qui a eu lieu en 2011 en Azerbaïdjan (document EUR/RC61/18).

7. En résumé, l'audit a conclu que les GDO avaient grandement contribué à renforcer la capacité du Bureau régional à traiter le large éventail des déterminants environnementaux, sociaux, économiques et commerciaux de la santé. Toutefois, l'audit a également révélé un certain nombre de faiblesses, principalement dans les domaines de la gouvernance, de la

¹ Trois centres pour la santé et l'environnement ont été établis à Nancy (France), Rome (Italie) et Bilthoven (Pays-Bas).

² Cette stratégie est décrite dans le document EUR/RC54/9.

³ Il s'agit du rapport du professeur Silano (2010).

gestion et du contrôle par les organes directeurs. Cette question a encore été examinée au CR62 à Malte, en 2012, au point de l'ordre du jour consacré au « Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés (GDO) du Bureau régional : une stratégie remaniée pour l'Europe », sur la base du document EUR/RC62/11.

8. À la suite de ces travaux, une distinction importante entre les GDO et l'Observatoire a également été clarifiée. L'Observatoire était devenu un partenariat officiel entre le Bureau régional, certains gouvernements, la Banque européenne d'investissement, la Banque mondiale, la Commission européenne, la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene & Tropical Medicine, et ne remplissait donc pas les critères essentiels pour être un GDO. L'Observatoire a sa propre structure de gouvernance et de contrôle, ainsi que sa propre identité visuelle, et il était important, pour la cohérence de la gestion des GDO, que cette distinction soit claire.

9. La décision EUR/RC62(2), adoptée en 2012, a défini le futur cycle des rapports obligatoires pour les GDO et confié au secrétariat la mission d'établir un GDO dans le domaine des maladies non transmissibles (MNT) et d'étudier les options possibles pour deux autres GDO dans les domaines des soins de santé primaires et des crises humanitaires. En 2013, par les décisions EUR/RC63(1) et EUR/RC63(2), respectivement, le secrétariat a également été investi de la mission d'établir le GDO pour les soins de santé primaires au Kazakhstan et le GDO sur la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie.

10. Le cycle réglementaire pour la présentation de rapports prévoit deux volets : a) un compte rendu de l'activité des GDO dans le rapport annuel du directeur régional ; et b) tous les cinq ans, un rapport distinct sur l'activité des GDO. Afin de respecter cette dernière exigence, un compte rendu complet des réalisations techniques des GDO a été présenté au CR68, en 2018, dans le document EUR/RC68/8(K).

Gouvernance des GDO

11. En préparation du CR69, le Vingt-sixième Comité permanent du Comité régional de l'Europe, lors de sa troisième session de mars 2019, a discuté des activités des GDO, notamment par une interaction avec les chefs de certains GDO. L'opinion prédominante était qu'il faudrait soumettre au CR69 un document dans lequel on étudierait l'alignement des activités des GDO actuels sur la stratégie révisée des GDO et on décrirait la valeur ajoutée de leurs activités pour le Bureau régional.

12. Pour évaluer la conformité des GDO à cette stratégie, il convient d'évaluer les caractéristiques suivantes, telles que stipulées dans le document EUR/RC61/18 et précisées dans le document EUR/RC62/11. Un GDO est un centre de l'OMS qui :

- a) est situé en dehors de Copenhague (Danemark), mais a une division implantée au siège régional de Copenhague, à partir de laquelle il est dirigé et à laquelle il fait rapport ;
- b) est responsable d'une priorité stratégique régionale technique spécifique et explicite, telle qu'approuvée par les organes directeurs de l'OMS, et couvre toute la Région et tous les États membres ;
- c) est responsable de produits techniques devant être fournis et/ou de recherches (pour soutenir les politiques du Bureau régional) clairement incorporés dans la perspective régionale du budget programme de l'Organisation ;

- d) est financé par le budget du Bureau régional (qui, quant à lui, reçoit du pays d'accueil et des partenaires le financement convenu pour le GDO) ;
- e) dispose d'un personnel technique et administratif de l'OMS agissant dans le respect des règlements de l'Organisation, faisant rapport directement au siège régional et uniquement à ce dernier, et ayant droit aux privilèges et immunités garantis au personnel des Nations Unies.

GDO existants

13. Les GDO sont les suivants : le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement de l'OMS (Venise, Italie), le Bureau européen pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de l'OMS (Moscou, Fédération de Russie), le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS (Bonn, Allemagne) et le Centre européen pour les soins de santé primaires de l'OMS (Almaty, Kazakhstan). Le Bureau de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé à Barcelone (Espagne) ne dispose pas du même statut que les autres GDO étant donné l'absence d'un cadre juridique convenu pour la présence de l'OMS en Espagne. Cependant, l'Espagne et l'OMS se sont de nouveau engagées à trouver une solution à ce problème de longue date, et des négociations sont actuellement en cours avec la participation du bureau du directeur général.

Conformité des GDO à la stratégie des GDO

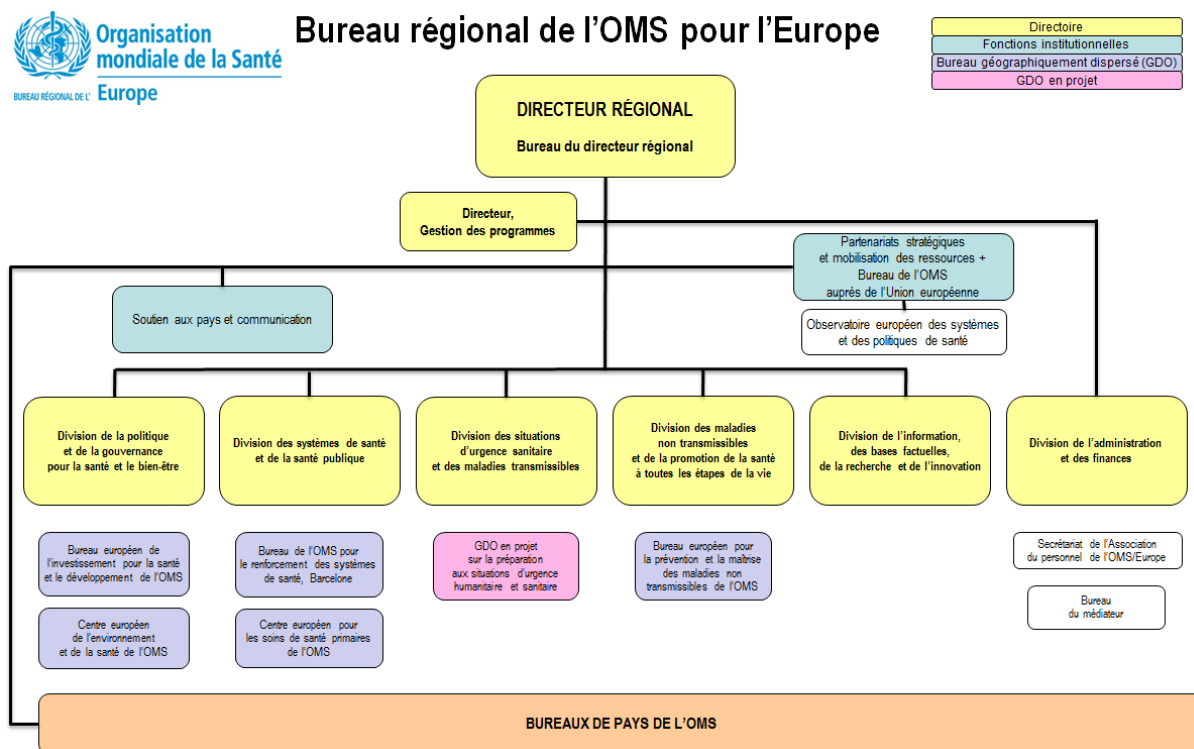
14. Comme indiqué ci-dessus, les activités des GDO doivent être parfaitement coordonnées avec les programmes de travail des divisions du Bureau régional, et avec le Bureau régional dans son ensemble. L'existence et la gestion quotidienne des GDO doivent être alignées sur les cinq attributs répertoriés plus haut.

15. La parfaite coordination des GDO avec les activités du Bureau régional suppose, outre ces cinq attributs principaux, un alignement de la cartographie des risques, et des activités d'audit interne et externe. Les bilans des risques réalisés par le Bureau régional et les audits récents n'ont révélé aucun problème spécifiquement lié aux GDO.

Implantation en dehors de Copenhague

16. Comme le montre l'organigramme du Bureau régional (figure 1), les GDO font partie intégrante de l'architecture structurelle régionale. Les cinq GDO actuels travaillent tous explicitement sous la houlette de directeurs établis au Bureau régional. Deux directeurs – le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique (DSP) et le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être (PCR) – sont responsables de deux GDO chacun, tandis que le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie (DNP) en supervise un. La Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation (DIR) n'a pas de GDO, tandis que la Division des situations d'urgence sanitaire et des maladies transmissibles (DEC) est en train d'établir, en Turquie, un nouveau GDO qui devrait ouvrir en 2020.

Figure 1. Organigramme du Bureau régional, montrant le rapport entre les GDO/le bureau de Barcelone et les divisions



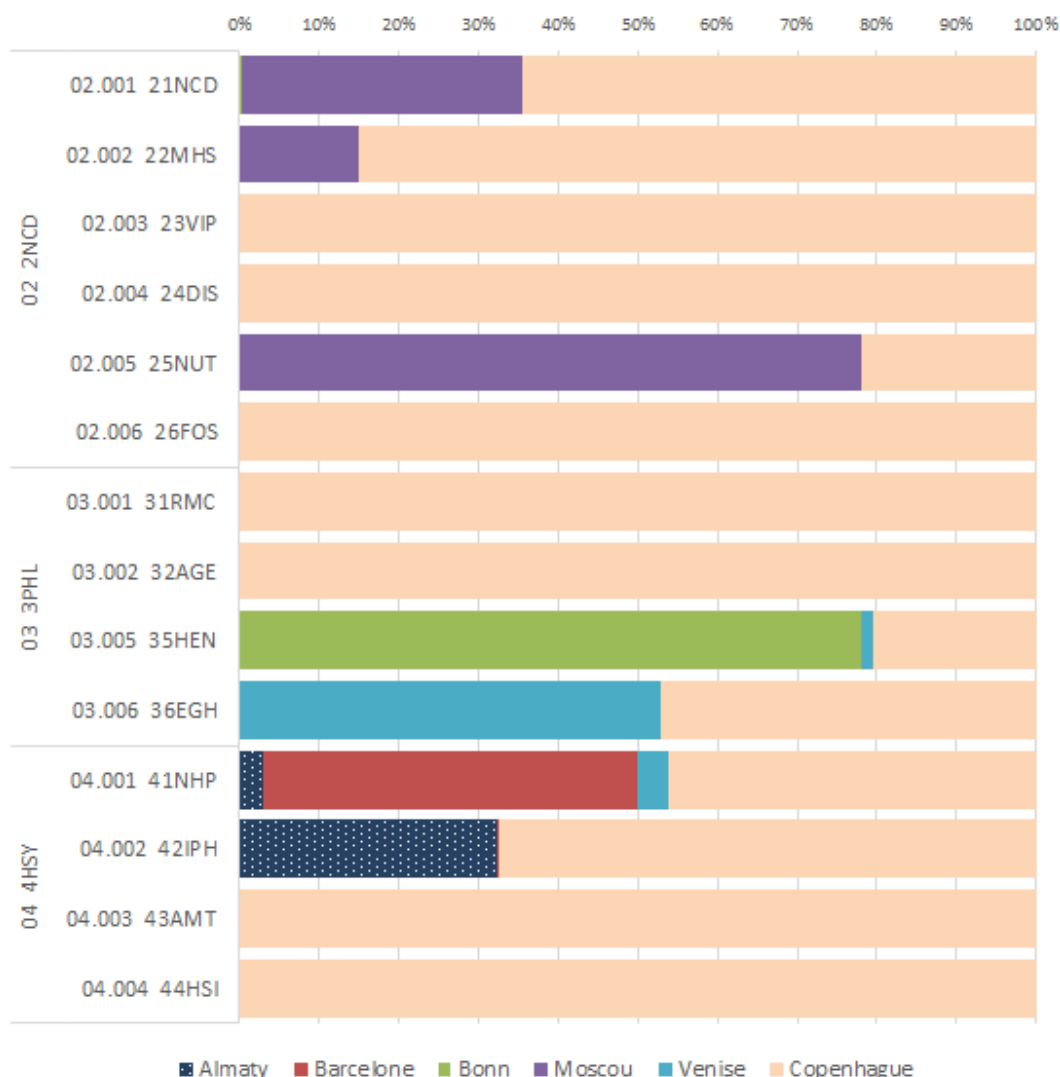
Domaines techniques prioritaires et prestations à fournir

17. Ce sont les présentations de chaque GDO suivant un modèle type (voir EUR/RC69/Inf.Doc./7 Rev.2) qui illustrent le mieux les domaines techniques prioritaires dans lesquels les GDO apportent leur participation, les prestations détaillées à fournir pour la période biennale 2018-2019, ainsi que les liens entre les activités des GDO, d'une part, et le budget programme pour la période biennale 2020-2021 et le Treizième Programme général de travail de l'OMS 2019-2023 (treizième PGT), d'autre part. Les capacités techniques élargies grâce aux GDO permettent au Bureau régional de s'occuper d'un plus large éventail de dossiers dans des domaines prioritaires.

18. Il est important de noter que c'est en parfait alignement avec le programme de travail du Bureau régional et avec les mêmes outils et procédures que ceux qui sont applicables à ce programme, qu'ont lieu la planification biennale, le suivi et l'évaluation des travaux des GDO, et que l'on détermine quel sera l'apport des GDO aux accords de collaboration biennaux conclus avec les États membres.

19. La figure 2 montre l'« empreinte technique » des GDO en illustrant leur importante contribution au budget programme 2018-2019 dans les catégories 2, 3 et 4. Les informations présentées dans la figure 2 montre la part des activités réalisées par rapport au coût total prévu, plutôt qu'en termes de dépenses, puisque la période biennale n'est pas encore clôturée.

Figure 2. Contribution des GDO au budget programme 2018-2019 dans les catégories 2, 3 et 4

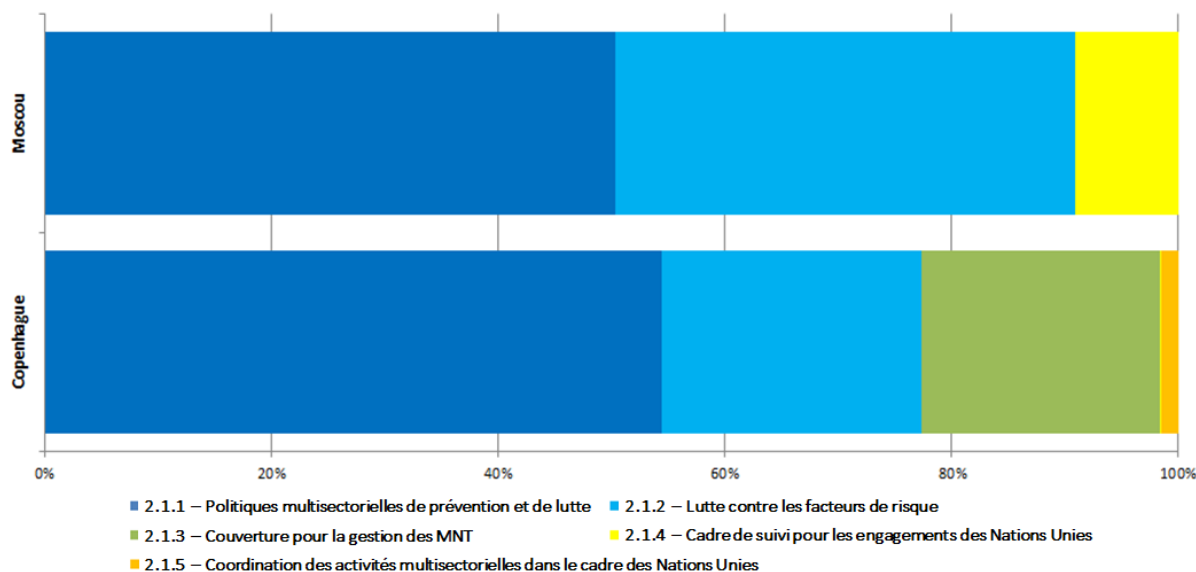


20. Un exemple illustrant cette contribution, montré dans la figure 2, est le fait que le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS à Bonn (Allemagne) a assuré 80 % des effectifs en personnel et des activités pour le secteur de programme 3.5 (Santé et environnement) au cours de la période biennale 2018-2019.

21. La figure 2 illustre également les activités complémentaires dans le domaine de travail 4.1 (Politiques, stratégies et plans nationaux de santé) menées par le GDO d'Almaty, le GDO de Venise et le bureau de Barcelone.

22. Une analyse des produits et services fournis dans un domaine de travail complexe, en l'occurrence le domaine de travail 2.1 (Maladies non transmissibles), révèle que le Bureau européen pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de l'OMS à Moscou (Fédération de Russie) et les programmes sur les MNT gérés depuis Copenhague traitent tous de prévention et de lutte contre les maladies, ce qui atteste d'une stratégie homogène et d'une répartition efficace des tâches (voir figure 3).

Figure 3. Fourniture de produits et de services dans le domaine de travail 2.1 (Maladies non transmissibles) à Copenhague et au GDO de Moscou (au 15 mars 2019)

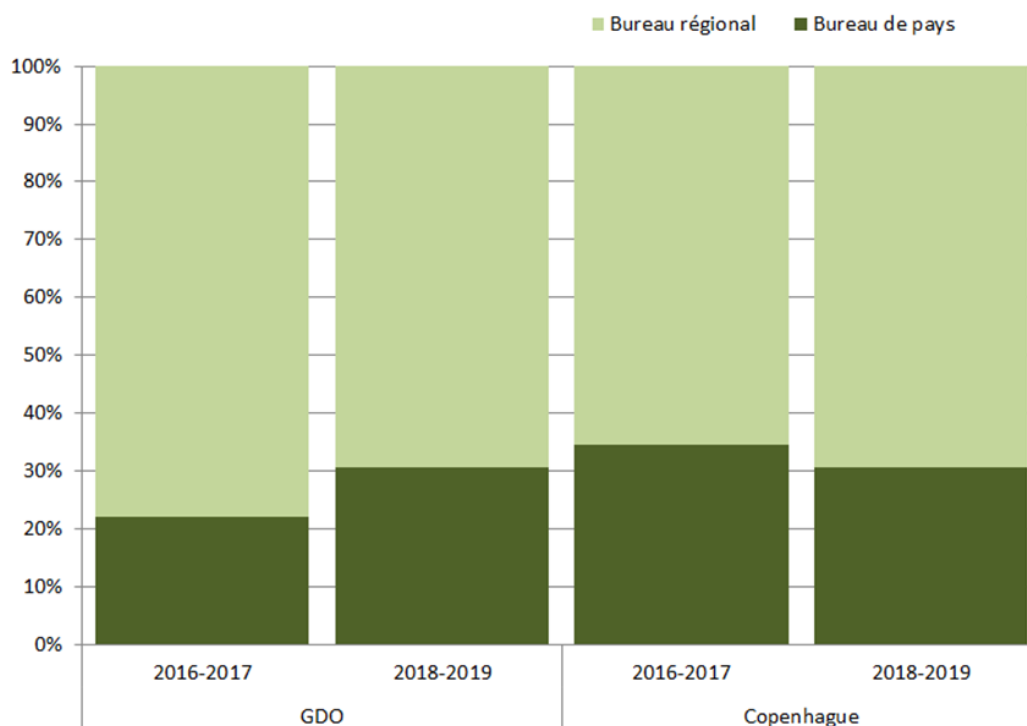


23. En ce qui concerne le type de produits livrés, les GDO procurent le même type de produits de haute qualité fondés sur des données probantes que les unités techniques physiquement implantées à Copenhague, à savoir des évaluations régionales, des outils, des directives, des bases de données, du matériel de formation et des contributions à la littérature scientifique examinée par des pairs. La gamme de produits livrés par les GDO a été illustrée dans le rapport d'activités présenté au CR68 (dans le document EUR/RC68/8(K)), et ces produits sont parfaitement intégrés dans la production technique globale du Bureau régional.

24. Conformément au modèle opérationnel du Bureau régional, les membres du personnel technique des GDO sont responsables de l'exécution des prestations aux niveaux national et interpays. La répartition entre les activités menées au niveau régional et au niveau des pays a été analysée, révélant un schéma très similaire pour le Bureau régional et les GDO (voir figure 4).⁴

⁴ Cette comparaison a été effectuée sur la base des coûts prévus pour la période biennale 2018-2019.

Figure 4. Financement régional et national des activités des GDO et du Bureau régional de Copenhague pour les périodes biennales 2016-2017 et 2018-2019



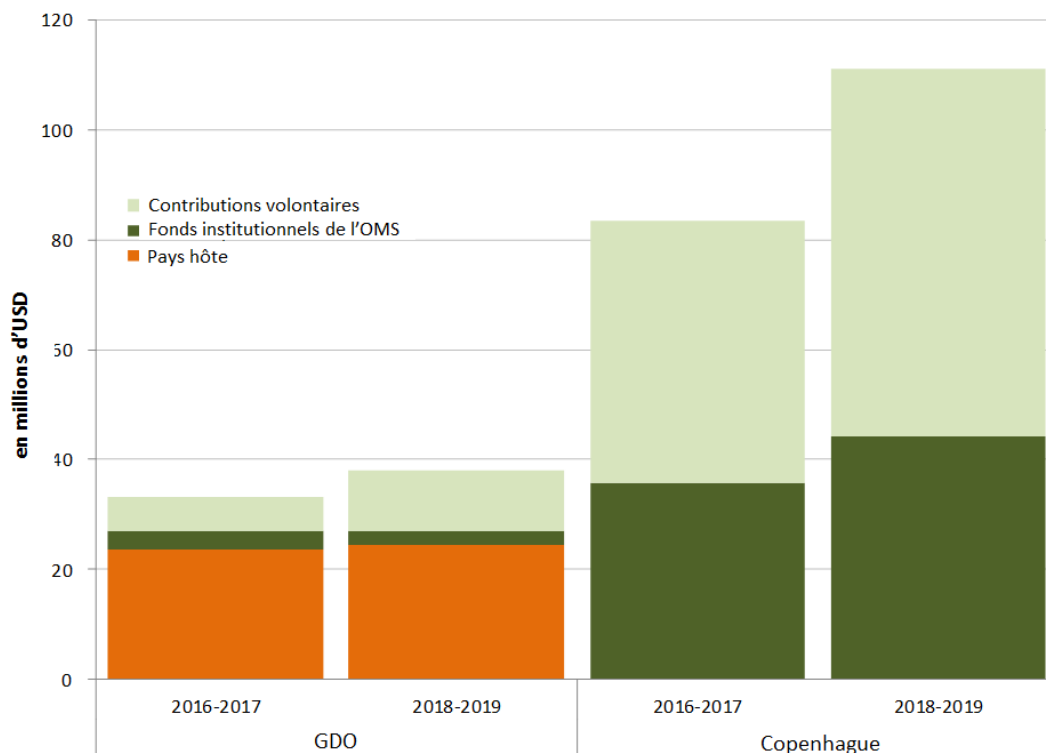
25. En ce qui concerne la fourniture ad hoc des produits et services prévus, il n'y a pas de différence substantielle entre les programmes techniques implantés dans les GDO et ceux qui sont implantés au Bureau régional : plus de 90 % des produits livrables sont en bonne voie de réalisation, comme décrit dans l'exercice de suivi à mi-parcours 2018-2019 mené pour tout le Bureau.

Budgets des GDO

26. Le budget des GDO est entièrement intégré à l'enveloppe budgétaire globale du Bureau régional et toutes les transactions budgétaires et financières sont conformes aux règles et règlements financiers normaux.

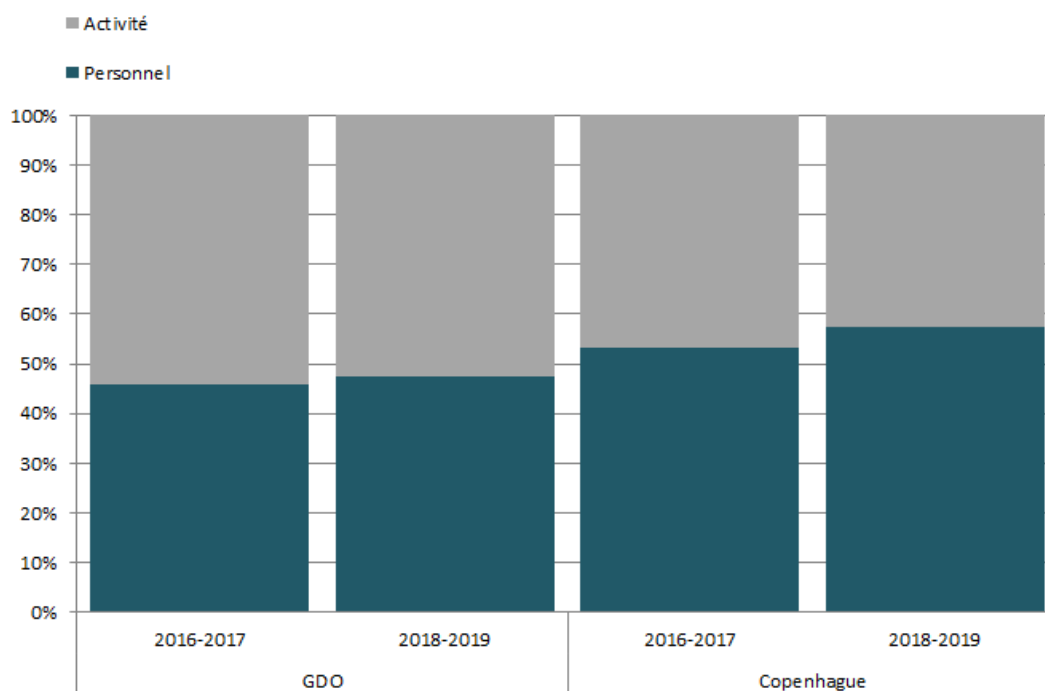
27. Les gouvernements hôtes assurent un financement de base durable et prévisible pour chaque GDO. Ces fonds couvrent les salaires du personnel de base des GDO, ainsi qu'une partie des activités et des frais de fonctionnement de chacun des bureaux. Dans le cas de certains GDO, les locaux sont également fournis en tant que contribution en nature. L'évolution de ces dernières années a changé la perspective à long terme et la durabilité des GDO et influencé positivement l'impact de leur travail. La figure 5 montre les sources de financement des programmes techniques établis à Copenhague et dans les GDO pour les périodes biennales 2016-2017 et 2018-2019.

Figure 5. Sources de financement des programmes techniques établis à Copenhague et dans les GDO, périodes biennales 2016-2017 et 2018-2019



28. La part du financement consacrée respectivement aux frais de personnel et aux activités suit un schéma similaire pour les GDO et les programmes établis à Copenhague (voir figure 6).

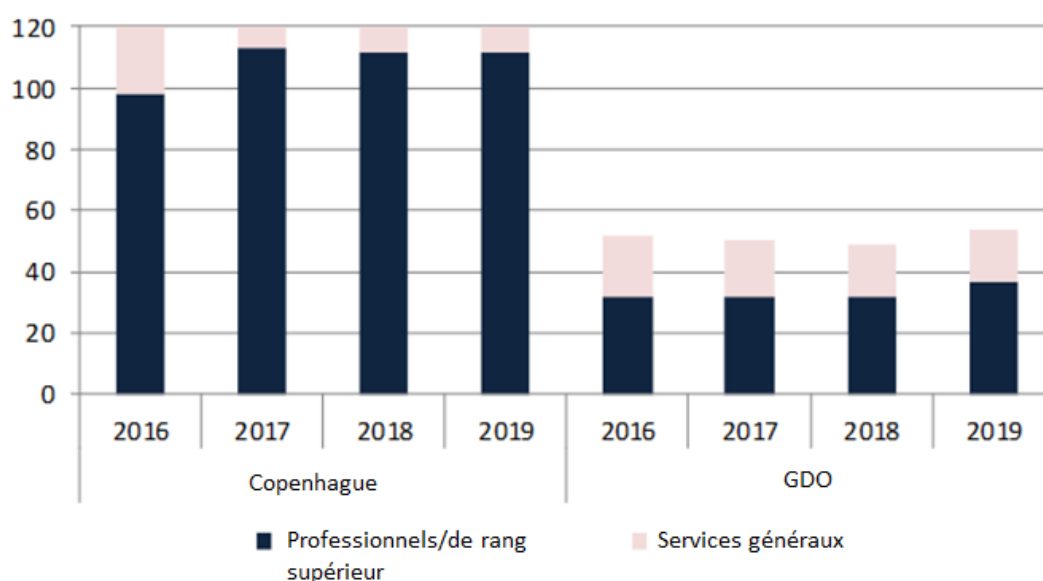
Figure 6. Sources de financement des activités et des frais de personnel pour les programmes techniques établis à Copenhague et dans les GDO, périodes biennales 2016-2017 et 2018-2019



Personnel des GDO

29. Les membres du personnel des GDO sont recrutés, rémunérés et évalués exactement de la même manière que les membres du personnel du Bureau régional, dans le respect des politiques en matière de ressources humaines et du règlement du personnel de l’OMS. Le nombre total de membres du personnel de la catégorie professionnelle et des services généraux est indiqué dans la figure 7 ci-dessous. Les chiffres donnés aux fins de la comparaison à Copenhague représentent uniquement le personnel travaillant sur des programmes techniques. Le personnel du bureau du directeur régional et de la Division de l’administration et des finances a été exclu pour permettre une comparaison plus valable (voir figure 7).

Figure 7. Personnel de la catégorie professionnelle et des services généraux dans les GDO et à Copenhague, 2016-2019 (jusqu’en mars 2019)



30. Le personnel des GDO a les mêmes possibilités de formation et de renforcement des capacités que le personnel du Bureau régional. Récemment, les choses ont été facilitées par le fait qu’une grande partie des formations sont proposées par voie électronique. Étant donné la localisation géographique des GDO, certains services destinés au personnel ne sont pas aussi facilement accessibles au personnel des GDO qu’aux employés de Copenhague, par exemple l’interaction avec l’Association du personnel et la fonction de médiateur (ceci vaut également pour le personnel des bureaux de pays).

31. Des représentants du service des Ressources humaines de Copenhague se rendent régulièrement dans les GDO ; durant ces visites sont abordés des sujets ayant un impact sur le personnel, tels que l’évolution professionnelle, le recrutement, le maintien en poste et le respect sur le lieu de travail. Le médiateur peut également être appelé à avoir des interactions directes avec le personnel du GDO si nécessaire. Par ailleurs, des membres du personnel des GDO sont membres élus du Conseil de l’Association du personnel et jouent un rôle de liaison important entre les GDO et le Bureau régional pour les dossiers relatifs au personnel.

32. Les moyens de communication modernes ont facilité l’interaction directe entre le personnel des GDO et celui du Bureau régional, mais il y a, de facto, une différence d’accès aux services pour le personnel de Copenhague et celui des GDO, ce qui nécessite une vigilance. Il

ressort d'entretiens avec le président de l'Association du personnel et le médiateur, ainsi que des informations contenues dans leurs rapports respectifs, qu'il n'y a pas d'accumulation de dossiers relevant de leurs attributions dans les GDO.

Valeur ajoutée des GDO

33. Le principal avantage des GDO pour le Bureau régional et les États membres est qu'ils permettent à l'OMS d'entreprendre un éventail d'activités beaucoup plus important que ce ne serait le cas autrement. L'injection substantielle et durable de fonds par le pays d'accueil dans les domaines d'action prioritaires assure une exécution plus stable et un flux de travail plus prévisible.

34. Le financement des GDO par le pays hôte représente un engagement à long terme, et le fait que ces fonds puissent être utilisés pour les dépenses de personnel est un grand avantage par rapport aux contributions volontaires, qui sont souvent moins prévisibles et affectées à un usage bien précis. Cet engagement financier et l'accent mis sur les dossiers techniques prioritaires sont motivants pour le personnel. De plus, le fait que la mise en place d'un GDO nécessite un engagement budgétaire minimum et un minimum de personnel technique a permis d'atténuer le problème qui se présente lorsqu'une masse critique, nécessaire pour faire avancer les travaux dans certains domaines techniques prioritaires, n'est pas disponible (ce qui est malheureusement encore le cas dans d'autres domaines techniques).

35. Les GDO couvrent un grand nombre de domaines essentiels du financement des systèmes de santé et de la prestation de services, de la santé environnementale, des MNT, de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé. Les GDO couvrent également diverses fonctions essentielles de l'action de l'OMS. Avec l'adoption du treizième PGT, il est clair, comme le montrent les modèles types des différents GDO (voir EUR/RC69/Inf.Doc./7 Rev.2), que des actions importantes pour la réalisation des cibles du « triple milliard » bénéficieront de l'apport technique des GDO.

36. Certains des GDO ont de capacités très pointues, ce qui permet au Bureau régional de livrer des produits d'envergure mondiale pour le compte de l'OMS. Ce travail est normalement effectué en étroite collaboration entre les homologues techniques du Bureau régional et du Siège de l'OMS, sous la direction du GDO, avec une répartition efficace des tâches. Quelques exemples : le travail normatif du GDO de Bonn, comme l'élaboration de directives de l'OMS sur la qualité de l'air et le bruit ambiant, et la production de modes opératoires normalisés pour la biosurveillance de l'exposition humaine au mercure ; le suivi de la protection financière en vue de la couverture sanitaire universelle et l'organisation de formations sur le financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle, par le bureau de Barcelone ; la mise au point d'une méthode d'investissement pour quantifier l'impact du secteur de la santé sur les économies nationales et l'inclusion sociale, ainsi que de l'outil permettant d'observer et d'analyser les politiques en matière d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé, par le GDO de Venise ; et la formation mondiale sur les MNT proposée au personnel de l'OMS par le GDO de Moscou.

37. La participation des GDO à la fourniture de biens publics mondiaux au nom de la Région et du Siège de l'OMS est une prise en considération de leur excellence technique et s'inscrit dans le cadre du plan de travail global convenu pour l'OMS. Toutefois, il demeure que la gouvernance des GDO est régionale par nature.

38. La proximité et la compatibilité linguistique peuvent également avoir leur importance pour une prestation efficace des services. Comme le GDO de Moscou est situé dans la partie orientale de la Région, il est à l'épicentre de l'épidémie de MNT dans la Région. En collaboration avec le Siège et d'autres Régions, ce GDO a assuré le renforcement des capacités du personnel du monde entier, tout en dirigeant des initiatives mondiales dans des domaines tels que le marketing numérique des aliments peu sains et le « big data » pour la surveillance des MNT. Un financement durable a contribué à la croissance significative du portefeuille de ce bureau, dont le personnel est désormais au complet, avec un équilibre correct entre le personnel technique de la Fédération de Russie et les experts internationaux.

39. Le travail du GDO d'Almaty est de montrer comment le système de santé primaire peut accélérer l'évolution vers une couverture sanitaire universelle. Ce GDO collabore avec toute une série d'acteurs sur des thèmes tels que la résistance aux antimicrobiens, la prise en charge en dehors des horaires habituels et la santé de l'homme. Il aide plus de 20 pays de la Région à évaluer les systèmes de santé primaires, à mesurer la performance et à élaborer des politiques pour la prestation de services de santé, notamment par le biais d'études techniques et de recommandations quant aux politiques à mener, afin d'évoluer vers une prestation intégrée des services de santé, des systèmes de santé centrés sur la personne et la couverture sanitaire universelle. Le GDO réunit des représentants des pays, des experts, et des membres d'associations professionnelles et de la société civile afin de diffuser, par le biais d'ateliers, d'événements et de concertations, leur expertise et leurs connaissances pratiques sur la transformation de la prestation des services de santé.

40. Dans les pays où il existe un bureau de pays de l'OMS, les GDO peuvent renforcer l'appui technique fourni au pays hôte et promouvoir des projets de démonstration qui profilent le pays hôte comme le spécialiste de certains domaines de travail. Les pays hôtes profitent également du fait que leurs experts et institutions nationaux entrent en relation avec des experts internationaux et acquièrent une meilleure compréhension de la santé mondiale.

41. Étant donné que, conformément à la stratégie des GDO, ces derniers sont complètement intégrés au Bureau régional, mais sont établis en dehors de Copenhague, le Bureau régional a examiné des méthodes et outils de gestion novateurs convenant pour les GDO. Il s'agit notamment de gérer des bureaux comme des réseaux, d'interagir à distance et de créer des modalités de travail novatrices. Les outils modernes de télécommunications et d'informatique ont joué un rôle important. La mise au point de tableaux de bord statutaires pour tout le bureau, publiés sur l'intranet, permettant à l'ensemble du personnel de suivre des indicateurs tels que les recettes et les dépenses, a été largement inspirée par la nécessité, pour le personnel des GDO, d'avoir facilement accès à des informations actualisées concernant l'Organisation.

42. Au fil du temps, les GDO ont élaboré de nouvelles stratégies de gestion et de commandement adaptées aux particularités de leur contexte et des difficultés qu'ils rencontrent. Prenons l'exemple, au GDO de Bonn, du Groupe de travail européen Environnement et santé, qui comprend 53 États membres de la Région, représentés par les ministères de la Santé et de l'Environnement. Ce groupe de travail est une plate-forme multisectorielle permettant un dialogue constant dans toute la Région et garantissant à la fois l'utilité du travail du bureau et la possibilité de mettre les produits techniques du bureau à la disposition de tous les États membres. On trouvera d'autres exemples dans le document EUR/RC69/Inf.Doc./7 Rev 2.

Points à renforcer et perspectives d'avenir

43. L'un des points qui pourraient encore être renforcés concerne la responsabilité collective des GDO, qui incombe à la fois au Bureau régional et à tous les États membres. Quoique le financement par le pays hôte soit indispensable, il conviendrait, dans le cadre de la stratégie de mobilisation de ressources de l'OMS, d'étudier la possibilité d'élargir le nombre de donateurs et de partenaires qui soutiennent le travail des GDO.

44. Comme certains GDO ont été fermés, d'aucuns ont l'impression que l'insécurité d'emploi du personnel des GDO est plus grande que celle d'autres employés du Bureau régional, en dépit d'un statut contractuel normal. Cela a quelquefois un impact sur la capacité des GDO à attirer et à maintenir en poste du personnel. Dans les futurs avis de vacance de poste et dans la politique générale de recrutement de l'OMS, cette idée fautive doit être corrigée.

45. Avec la réalisation du treizième PGT et ses nouvelles priorités organisationnelles, et vu la charge des maladies prévue pour la Région, il serait utile de recenser les travaux techniques pour lesquels le Bureau régional ne disposera pas, à lui seul, des capacités nécessaires. Ceci permettrait de déterminer les besoins en matière de nouveaux GDO qui pourraient donner à ces domaines de travail l'importance requise.

46. Les procédures opératoires des GDO ont été rationalisées et sont maintenant appliquées avec succès. On obtient ainsi une formule performante pour l'expansion des activités de l'OMS. La diffusion et la promotion de cette formule auprès d'autres grands bureaux de l'OMS peuvent maintenant commencer. Elles ont déjà suscité l'intérêt de la Région du Pacifique occidental, où un GDO pour l'environnement et la santé a été établi (en République de Corée) et où les possibilités d'implanter d'autres GDO sont étudiées avec attention.

Conclusions

47. Les GDO existent dans la Région européenne depuis près de 30 ans. Les GDO actuels fonctionnent bien et ont augmenté la capacité technique du Bureau régional à procurer des produits et des services d'excellente qualité ; ils ont permis une expansion considérable de la palette de biens et d'initiatives de santé publique fournis dans des domaines techniques prioritaires. Le Bureau régional ne serait pas en mesure de gérer son portefeuille actuel sans les importantes capacités et contributions des GDO.

48. Les fonds des pays hôtes ont été et sont toujours d'une importance capitale pour le fonctionnement à long terme des GDO. Cependant, le financement n'est pas la seule caractéristique de la générosité des pays hôtes. Celle-ci se manifeste également sous une multitude d'autres formes, ce qui permet aux GDO d'œuvrer avec efficacité.

49. Les GDO font partie intégrante du Bureau régional, sont gérés par les directeurs de divisions et régis conformément à la stratégie approuvée par le Comité régional.

50. La valeur ajoutée des GDO n'est plus à prouver et, avec l'accord du Comité régional, d'autres GDO pourraient être envisagés afin de relever les futurs défis de santé publique dans la Région.