Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent quarante-deuxième session
Point 3.3 de l'ordre du jour provisoire

EB142/8
12 janvier 2018

Préparation et action de santé publique

Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Le Directeur général a l'honneur de transmettre au Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session le rapport soumis par le Président du Comité consultatif de surveillance indépendant (voir l'annexe).

ANNEXE

RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF DE SURVEILLANCE INDÉPENDANT DU PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

I. CONTEXTE

1. Conformément à la décision WHA69(9) (2016),[1] l'OMS a établi le Comité consultatif de surveillance indépendant (ci-après « le Comité ») pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) afin d'orienter le développement du nouveau Programme, de suivre l'action de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence, et d'en assurer le contrôle.[2] Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (ci-après « le Programme ») a été officiellement lancé le 1er juillet 2016.[3] Depuis lors, le Comité a suivi les progrès accomplis par l'intermédiaire des mises à jour et des informations spécifiques aux événements fournies régulièrement par le Secrétariat, des discussions de groupe via les téléconférences ou les réunions en présentiel, des visites sur le terrain et des entretiens en marge des réunions des organes directeurs.

2. En janvier 2017, le premier rapport du Comité a été transmis au Conseil exécutif à sa cent quarantième session.[4] Il recouvrait les activités de la période allant de mai à décembre 2016, y compris une visite de terrain effectuée en Colombie (pour examiner l'action de l'OMS face à la flambée de maladie à virus Zika) et un examen sur dossier de la riposte de l'OMS à la flambée de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo. Ce premier rapport a conclu que la réforme de l'action de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence, bien que complexe, était en bonne voie, mais qu'il faudrait plusieurs années pour qu'elle soit pleinement mise en œuvre. Le Comité a mis en garde contre le fait que le manque de fonds pourrait compromettre la mise en œuvre du nouveau Programme, et a encouragé les États Membres à continuer à lui apporter le soutien politique et financier nécessaire.

3. Le deuxième rapport a été transmis à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.[5] Il était axé sur la fonctionnalité du Programme dans l'ensemble de l'Organisation et les obstacles à l'efficacité des opérations. Les conclusions se sont appuyées sur les visites de terrain menées au Nigéria[6] afin d'observer l'action de l'OMS face à la crise dans le nord-est du pays, et en Iraq[7] pour examiner l'action de l'OMS face à la situation d'urgence humanitaire. Le Comité a reconnu les efforts déployés par l'OMS pour mettre en œuvre le Programme aux trois niveaux de

[1] Voir le document WHA69/2016/REC/1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[2] Comité consultatif de surveillance indépendant pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/ consulté le 21 décembre 2017).

[3] Situations d'urgence sanitaire (http://www.who.int/emergencies/fr/, consulté le 21 décembre 2017).

[4] Document EB140/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_8-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[5] Document A70/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_8-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[6] Nigeria mission report, 28 February-6 March 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/nigeria-mission-report.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[7] Iraq mission report, 22-24 March 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/iraq-mission-agenda.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

l'Organisation et a constaté à la fois des progrès et des difficultés persistantes dans les opérations d'urgence au niveau des pays. Le Comité a observé que les contraintes culturelles et des obstacles administratifs non négligeables restaient, dans l'ensemble de l'Organisation, le principal défi à relever pour accroître la rapidité et l'efficacité des réformes.

4. De mai à décembre 2017, le Comité a tenu deux téléconférences, a organisé deux réunions en présentiel et des visites de terrain au Mali[1] et au Pakistan.[2] Le Comité a examiné dans quelle mesure le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire avait modifié les résultats de l'OMS sur le terrain, et a évalué l'impact des mesures de réforme sur l'efficacité de l'action. Le présent document est le troisième rapport du Comité aux organes directeurs et il fournit un résumé des observations rassemblées au cours des 18 premiers mois du Programme. La partie II porte sur les progrès en général et la partie III sur les domaines clés où il existe, selon le Comité, des entraves importantes à une action efficace de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence.

II. PROGRÈS DU PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

5. Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, comme il est indiqué dans le rapport du Directeur général à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire,[3] le Comité a recensé huit domaines thématiques clés pour suivre les progrès : la structure, les ressources humaines (RH), la gestion des incidents, l'évaluation des risques, les finances, les processus institutionnels, les partenariats et le Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Le Comité a élaboré un cadre de suivi[4] pour soutenir son évaluation et assurera le suivi des progrès par rapport aux indicateurs définis dans le cadre de résultats du Programme qui a été présenté à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.[5]

6. Du lancement officiel du Programme en juillet 2016 à décembre 2017, le Comité a constaté des progrès significatifs dans la mise en œuvre du Programme, en particulier concernant la structure, la gestion des incidents, l'évaluation des risques, les partenariats et le RSI. Les performances de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence au niveau des pays se sont améliorées de façon significative dans de nombreux pays et le constat positif fait par le Comité a été confirmé par les partenaires travaillant sur le terrain au cours des visites sur place et des entretiens menés en Iraq, au Mali et au Pakistan. Le Comité a constaté d'autres progrès concernant le positionnement du Programme en tant que priorité institutionnelle sous l'autorité du nouveau Directeur général qui a pris ses fonctions le 1er juillet 2017. Le Comité se félicite que le Directeur général ait présenté les situations d'urgence sanitaire comme l'une des cinq priorités essentielles de l'Organisation.

---

[1] Mali mission report, 10-13 October 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-Mali-Mission-report.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[2] Pakistan mission report, 6-8 September 2017 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/pakistan-mission-report-ioac-visit-6-8september2017.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[3] Document A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

[4] IOAC monitoring framework for WHE (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/ioac-monitoring-framework.pdf?ua=1, consulté le 26 décembre 2017).

[5] Voir le document A70/7, section E, Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

7. Le Comité salue l'instauration récente d'un point quotidien à l'intention du Directeur général sur les flambées et les situations d'urgence dans le monde entier et l'introduction de divers outils de notification interne pour soutenir la haute direction de l'OMS dans la prise de décisions et les opérations de riposte coordonnées. Le Comité a été particulièrement heureux de prendre connaissance du nouveau tableau des situations d'urgence, qui peut aider les administrateurs à prendre des décisions en toute connaissance de cause sur la base des données factuelles et des éléments probants. Le tableau fait la synthèse d'un large éventail de données (sur l'épidémiologie, les ressources humaines, le déploiement, les plans de riposte, les tâches de suivi, les rôles et responsabilités, et les finances – recueillies auprès de diverses sources moyennant les outils internes existants, y compris le système de gestion des événements[1] et les bases de données vSHOC[2]) pour aboutir à une interface facile à utiliser. Le Comité encourage le Programme à mettre le tableau à la disposition à la fois de l'ensemble des donateurs et du public.

8. Le Comité se réjouit de la mise en œuvre de la deuxième édition du Cadre d'action d'urgence pour l'évaluation des risques et l'analyse de la situation, de la classification par l'OMS des événements de santé publique et des situations d'urgence, du système de gestion des incidents et de la procédure de riposte aux situations d'urgence. Au 13 décembre 2017, le Programme gère 9 situations d'urgence de niveau 3,[3] 13 situations d'urgence de niveau 2 et 19 situations d'urgence de niveau 1.[4] La riposte de l'OMS à l'épidémie de peste à Madagascar a été particulièrement appréciée par le Gouvernement du pays et les partenaires sur le terrain.

9. Des progrès significatifs ont été constatés dans la rapidité de la vérification des événements, de l'évaluation des risques et des communications. Le Comité a noté qu'entre avril et septembre 2017, 852 signalements avaient donné lieu à une évaluation, une faible proportion (43) aboutissant formellement à une évaluation rapide des risques. Sur les 199 événements recensés dans le système de gestion des événements entre avril et septembre 2017, seuls 73 (37 %) ont donné lieu à un bulletin d'information sur les flambées épidémiques, et quelques événements supplémentaires ont entraîné des informations à destination du grand public par d'autres voies telles que le bulletin hebdomadaire sur les flambées et les autres situations d'urgence dans la Région africaine.

10. Le Comité se félicite des efforts constants de l'OMS en vue d'adapter le système de gestion des incidents aux différents contextes de crise et à la culture de l'Organisation. Conformément à la procédure prévue par le Cadre d'action d'urgence, l'OMS a activé le système de gestion des incidents pour toutes les situations d'urgence de niveau 3 afin de remplir ses fonctions essentielles et d'élargir son soutien opérationnel et technique en vue de répondre plus rapidement aux besoins sanitaires des populations touchées et d'agir face aux risques auxquels elles sont exposées. Le Comité note que 69 membres du personnel du Programme et de l'ensemble de l'Organisation ont reçu l'aval des Directeurs du Siège (HQ) et des Directeurs régionaux pour les situations d'urgence en vue d'exercer le rôle de gestionnaire d'incident ; il sera cependant nécessaire de recenser d'autres personnes possédant les compétences requises pour gérer une crise sur leur lieu d'affectation.

---

[1] Le système de gestion des événements (EMS – *Event Management System*) est une base de données pour la gestion des flambées.

[2] Le Centre stratégique d'opérations sanitaires virtuel (*Virtual Strategic Health Operations Centre* – vSHOC) est une base d'informations opérationnelles utilisée en appui aux opérations du Programme.

[3] Quatre des neuf situations d'urgence de niveau 3 sont aussi des situations d'urgence classées de niveau 3 à l'échelle du système par le Comité permanent interorganisations (en Iraq, en République arabe syrienne, en République du Congo et au Yémen).

[4] Veuillez noter que l'OMS a introduit un système de classification des situations d'urgence prolongées et que tous les chiffres incluent à la fois les situations d'urgence aiguës et les situations d'urgence prolongées. Par exemple, 3 des 9 situations d'urgence de niveau 3 sont des situations d'urgence prolongées de niveau 3.

11. L'OMS a réalisé des progrès en démontrant qu'elle pouvait être, dans les situations d'urgence, un partenaire fiable et compétent pour les gouvernements, les entités du système des Nations Unies, les membres du groupe sectoriel pour la santé, les organisations non gouvernementales (ONG) et les donateurs. Les bureaux de pays de l'OMS ont réalisé des avancées en mettant à profit une solide coordination sur le plan opérationnel et les partenariats avec les gouvernements, les entités du système des Nations Unies et un large éventail d'autres partenaires de la mise en œuvre aux niveaux national et international. Ainsi, au cours des visites de terrain en Iraq, au Mali, au Nigéria et au Pakistan, le Comité a reçu des échos positifs de l'engagement de l'OMS auprès des principaux partenaires et parties prenantes, et du soutien technique et opérationnel fourni. Le Comité observe que ces progrès sont le fruit d'un effort commun entre les représentants de l'OMS, les gestionnaires d'incident et les coordonnateurs des groupes sectoriels pour la santé.

12. Le Comité reconnaît que le Programme a fait d'importants progrès pour que l'OMS soit mieux préparée à jouer un rôle de leader dans la riposte aux flambées dans le cadre du Comité permanent interorganisations.[1] Le Comité note aussi que les activités des réseaux de partenariat, y compris l'initiative relative aux équipes médicales d'urgence, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)[2] et le Réseau des centres d'opérations d'urgence en santé publique (EOC-NET), se sont intensifiées.

13. Le Comité salue les progrès obtenus par le Programme dans la mise au point de partenariats innovants. Parmi ceux-ci figure notamment le lancement d'un nouveau mécanisme humanitaire pour les vaccins avec la participation de l'UNICEF, de Médecins sans frontières et de Save the Children, afin de faciliter l'accès aux fournitures de vaccin conjugué antipneumococcique pour les populations dans les situations d'urgence humanitaire. Ce mécanisme a été activé sept fois depuis mai 2017 et a permis d'atteindre environ 360 000 enfants au Liban, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Soudan du Sud.

14. Le Comité est heureux d'observer des progrès constants dans l'évaluation des capacités des pays, du suivi et de la planification au regard du RSI. En novembre 2017, 61 pays avaient réalisé des évaluations extérieures conjointes (JEE)[3] et 24 prévoyaient de procéder à celles-ci au cours des mois à venir. Au cours des visites de terrain au Mali et au Pakistan, le Comité a rencontré les gouvernements et les partenaires qui se sont félicités du soutien technique de l'OMS et de la coordination assurée par l'Organisation. Douze pays au total ont déjà finalisé leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire et dans 11 autres pays ces plans sont en cours d'élaboration. Toutefois, des questions importantes subsistent quant au financement de ces plans et à la manière dont ils contribueront au renforcement des systèmes de santé.

15. Les conclusions tirées des visites de terrain au Mali et au Pakistan ont permis de confirmer qu'une solide appropriation par les pays, la collaboration intergouvernementale et la participation de multiples secteurs étaient des éléments essentiels pour la réussite des évaluations extérieures conjointes et des plans d'action nationaux. Le Comité note un consensus entre les autorités nationales sur le fait que le processus global de consultation et de participation inclusive qui a été suivi, impliquant des parties prenantes extérieures au secteur de la santé, a été profitable à l'élaboration des

[1] Comité permanent interorganisations (https://interagencystandingcommittee.org/, consulté le 21 décembre 2017).

[2] Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) (http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 20 avril 2017).

[3] Joint External Evaluation (JEE) mission reports (http://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/, consulté le 27 décembre 2017).

plans d'action nationaux. La mission au Pakistan a montré que l'OMS et le Gouvernement avaient adopté avec succès une approche pleinement multisectorielle, dans le respect du principe « Un monde, une santé », et a fait aussi appel à des secteurs plus larges pour réaliser les évaluations extérieures conjointes et élaborer les plans d'action nationaux, avec le soutien de partenaires tels que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique. Le Comité souligne qu'il convient de considérer la réalisation des évaluations extérieures conjointes et l'élaboration des plans d'action nationaux comme une occasion de renforcer les systèmes de santé.

16. Le Comité reconnaît que des efforts sont actuellement faits pour améliorer les indicateurs relatifs aux évaluations extérieures conjointes[1] afin d'éviter les doubles emplois et d'inclure des aspects relatifs à la participation collective et des outils d'estimation des coûts pour aider les pays dans l'élaboration des plans d'action nationaux. Le Comité est d'avis que le Programme améliorera ces outils au fur et à mesure de l'expérience acquise dans leur utilisation.

17. En se fondant sur les missions menées au Mali et au Nigéria, le Comité a observé les signes de progrès récents dans l'amélioration de la responsabilisation moyennant la clarification des responsabilités, l'ajustement des niveaux de pouvoir et la rationalisation des processus institutionnels. Le Directeur régional pour l'Afrique a révisé récemment les délégations de pouvoir et les processus institutionnels. La mise en pratique de cette nouvelle politique requerra un étroit suivi et une formation régulière du personnel aux trois niveaux de l'Organisation. Le Bureau régional de l'Afrique a tenu sa première session de formation à l'intention de tous les représentants de l'OMS de la Région en juillet 2017. Le Comité prévoit d'observer l'impact de ces changements au cours de ses missions futures.

18. Le Comité note que le déficit de financement pour le budget de base du Programme a été ramené de 41% à 23 % au cours des six derniers mois. Pour l'exercice 2016-2017, le Programme a reçu 77 % de son budget total de base qui est de US $485 millions, et le budget pour les appels de fonds destinés à la riposte aux flambées et aux crises a conduit à la réception de US $780 millions sur un montant ciblé de US $1,1 milliard. Cette amélioration témoigne de la confiance accrue du public et des donateurs dans la capacité du Programme à exécuter son mandat, ce dont le Comité se félicite. Le Comité reste toutefois préoccupé par la viabilité du financement à long terme.

III. DIFFICULTÉS : DOMAINES À PRIVILÉGIER

19. Bien que des progrès notables aient été enregistrés, pour lesquels l'OMS et le Programme méritent d'être salués, il subsiste plusieurs difficultés importantes auxquelles il convient de remédier pour satisfaire aux objectifs ambitieux et aux exigences du Programme.

Partage des informations et communications internes

20. Le Comité reconnaît que les structures du Programme sont alignées aux trois niveaux de l'Organisation, comme le prévoit le plan de mise en œuvre du Programme (document A69/30), mais il observe que de nombreux membres du personnel n'ont toujours pas, à l'heure actuelle, pleinement conscience des détails du Programme et des changements correspondants au sein de l'Organisation. Cette constatation a pu être confirmée par les dernières missions au Mali et au Pakistan. Le partage insuffisant des informations a été source d'anxiété pour les membres du personnel dans les premiers

[1] *Outil d'évaluation extérieure conjointe du Règlement sanitaire international (2005)* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208174/1/9789242510171_fre.pdf?ua=1, consulté le 22 décembre 2017).

temps de la réforme. Au cours des visites de terrain, le Comité a noté que le Gouvernement et les organismes partenaires reconnaissaient les fonctions plus larges/vastes de l'OMS dans les situations d'urgence, mais qu'ils connaissaient mal le Programme. **Le Comité recommande à l'OMS de poursuivre ses efforts pour intégrer en amont une communication transparente dans l'ensemble de l'Organisation, à la fois à destination des publics interne et externe, en particulier concernant la vision stratégique, la structure, la fonction et les réalisations attendues du Programme OMS de gestion des situations d'urgence.**

Processus institutionnels

21. Le Comité reste préoccupé par le fait que les processus institutionnels internes à l'OMS ne sont pas adaptés pour appuyer l'action en situation d'urgence. Pour cette raison, le Comité a formulé, dans son deuxième rapport, une recommandation visant à la mise sur pied d'un groupe de travail de durée limitée chargé de la rationalisation des systèmes administratifs et opérationnels pour l'action d'urgence. Le Comité se félicite des travaux entrepris pour donner suite à cette recommandation. Le groupe de travail de l'OMS créé réunit des membres du personnel de haut niveau venant du Programme et extérieurs à celui-ci. Il a mis en lumière certains problèmes clés, conformément aux conclusions du Comité, et a formulé des recommandations de changements à apporter aux processus institutionnels.

22. Les observations issues des visites de terrain menées en Iraq, au Mali, au Nigéria et au Pakistan confirment toutefois que les systèmes et procédures de l'OMS retardent l'action dans le cadre des opérations d'urgence et appellent des solutions institutionnelles. Sur les questions ci-après, considérées par le Comité comme étant d'une importance fondamentale, des changements institutionnels sont requis de la part de l'OMS : retards dans les recrutements, achats médicaux, niveaux de la délégation de pouvoir financier aux bureaux de pays de l'OMS et aux gestionnaires d'incident, contrats passés avec les partenaires de la mise en œuvre et déploiement de consultants dans les pays. Au cours des visites sur le terrain, le Comité a constaté que ces retards étaient source de frustration pour les membres du personnel, les gouvernements, les donateurs et les partenaires des groupes sectoriels pour la santé.

23. Depuis le lancement du Programme, et en particulier à la suite de la création du groupe de travail de l'OMS, d'énormes efforts ont été faits et de nombreux modes opératoires normalisés (MON) en situation d'urgence ont été mis au point et diffusés, parmi lesquels l'activation automatique des modes opératoires normalisés en situation d'urgence une fois qu'une décision de classification d'une situation d'urgence a été prise, la diffusion des délégations de pouvoir simultanément à l'activation des MON en situation d'urgence, le relèvement de la limite d'approbation financière pour les gestionnaires d'incident/représentants de l'OMS à US $200 000 pour toutes les transactions, à l'exception des articles du catalogue (pour lesquels la limite est de US $500 000), et la révision du modèle de rapport d'adjudication pour simplifier le processus d'achat. Toutefois, dans de nombreux cas, le personnel au niveau du pays soit ne connaît pas les nouveaux MON, soit hésite à les appliquer, par souci des approbations nécessaires et des contrôles.

24. En outre, le Comité note qu'il existe un manque d'informations et de responsabilisation dans la mise en œuvre des procédures d'urgence au niveau des pays. Des entretiens avec le personnel à ce niveau ont révélé, même au cours des visites de terrain les plus récentes, que l'envoi des sections mises à jour du Manuel électronique de l'OMS n'était pas efficace, étant donné que les membres du personnel n'avaient pas le temps de les lire ou ne comprenaient pas les procédures révisées. Qui plus est, les gestionnaires qui devraient donner leur approbation ne sont généralement pas au courant des nouveaux MON ou sont réticents à déléguer leur pouvoir d'approbation.

25. **Le Comité recommande qu'une série de nouvelles mesures visant à renforcer les connaissances du personnel concernant les MON soient prises –** telles qu'une formation régulière du personnel chargé des opérations et de l'administration, des communications ciblées avec des instructions claires sur ce qu'il convient de faire et une séance d'information sur les MON en situation d'urgence pour l'ensemble du personnel intervenant dans des situations d'urgence classées. En dernier ressort toutefois, une mise en œuvre efficace des MON nécessitera une profonde mutation culturelle et des changements fondamentaux dans la responsabilisation dans l'ensemble de l'Organisation.

Délégations de pouvoir

26. Le Comité met en garde contre le fait que le système actuel de délégation du pouvoir financier aux administrateurs, qui est spécifique aux Régions et non harmonisé d'une Région à l'autre, est un obstacle à l'unité de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence. **Le Comité recommande que la délégation de pouvoir et les responsabilités en matière d'approbation soient harmonisées et normalisées dans le système de planification des ressources à l'échelle du système, à savoir le Système mondial de gestion (GSM). Il conviendrait d'harmoniser le nombre des niveaux d'approbation, la délégation financière et les types de rôle en matière d'approbation par niveau.** Une telle harmonisation faciliterait grandement la mise en pratique des MON en situation d'urgence.

27. Le rôle du bureau de pays dans la mobilisation des ressources et l'autorité financière du représentant de l'OMS dans l'acceptation des fonds manquent aussi de cohérence d'une Région à l'autre. Le Comité a appris que les représentants de l'OMS n'étaient pas systématiquement encouragés à récolter des fonds pour le Programme et pouvaient même être découragés de le faire, ce qui pose problème étant donné que de nombreux donateurs prennent des décisions de financement de l'action d'urgence au niveau des pays. **Le Comité recommande que l'OMS renforce sa capacité de mobilisation des ressources au niveau des pays et encourage les représentants de l'OMS à s'engager concrètement auprès des représentants des donateurs dans les pays qui gèrent le financement des programmes à ce niveau. L'autorité des représentants de l'OMS dans la collecte de fonds et la gestion des fonds alloués devrait aussi être normalisée d'une Région à l'autre, et des séances d'information et de formation organisées. Le Comité souligne que les représentants de l'OMS devraient être encouragés, par des mesures d'incitation, à collecter des fonds au niveau des bureaux de pays, être dotés des capacités d'intervenir auprès des donateurs et soutenus à cet égard.**

Planification, recrutement et gestion des ressources humaines

28. En octobre 2017, le nombre de postes prévus pour le Programme était de 1580 au total, dont 751 postes pourvus. Même si un nombre comparable de postes ont été pourvus à chacun des trois niveaux de l'Organisation, cela se traduit par une proportion beaucoup plus importante de postes pourvus au Siège que dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays du fait de besoins plus importants à ces deux derniers niveaux. Le Comité réaffirme que la répartition des ressources humaines doit être de 50 % dans les bureaux de pays, 25 % dans l'ensembles des six bureaux régionaux et 25 % au Siège.

29. Depuis le lancement du Programme en juillet 2016, le nombre de postes de longue durée de la catégorie professionnelle pourvus au sein du Programme a progressé de 74 % au niveau régional, passant de 78 à 136, de 37 % au niveau national, progressant de 77 à 107, et de 4 % au Siège, passant de 119 à 124. Toutefois, aucune amélioration significative n'a été obtenue dans la proportion relative des postes pourvus globalement à chaque niveau, avec 37 % des postes pourvus dans les bureaux de pays, 45% dans les bureaux régionaux et 71 % au Siège en octobre 2017. Les principaux obstacles au

recrutement d'autres membres du personnel de base sont l'absence ou l'incertitude du financement pour les nouveaux recrutements, le manque ou le nombre insuffisant de candidats qualifiés et les retards dans le processus de recrutement. Le Comité reconnaît les efforts déployés pour rationaliser le processus de recrutement et pour mobiliser des ressources afin de pourvoir les nouveaux postes ; toutefois, le Programme éprouve toujours des difficultés pour attirer et recruter des candidats compétents et pour obtenir le financement nécessaire.

30. Des MON accélérés ont été mis en place pour le recrutement ; toutefois, le processus demande encore trop de temps pour recenser les candidats qualifiés et le Programme éprouve des difficultés pour répondre aux demandes d'emploi et de déploiement rapides, dans le cadre de la politique et des procédures applicables aux ressources humaines (RH) de l'OMS. **Par conséquent, le Comité encourage l'OMS à envisager d'adopter des dispositions contractuelles flexibles pour veiller à un déploiement rapide des personnes ayant les profils requis et l'expérience de la gestion des situations d'urgence. Le Comité recommande que le Département des ressources humaines et le Programme collaborent pour adapter de manière appropriée les dispositions relatives aux contrats et aux listes d'aptitude aux situations d'urgence. Pour mettre en œuvre les procédures, il est indispensable de disposer du niveau de capacités en ressources humaines approprié.**

31. De fait, le Comité est préoccupé par l'insuffisance du soutien des ressources humaines au niveau professionnel dans le recrutement et la gestion des talents au sein de l'Organisation. Au cours des visites de terrain en Iraq, au Mali, au Nigéria et au Pakistan, le Comité a observé que les représentants de l'OMS ou les gestionnaires d'incident étaient submergés par la charge de travail relative aux ressources humaines tout au long du processus de sélection, qui devrait être géré par des administrateurs spécialistes des RH. Outre les activités de riposte à une situation d'urgence et la gestion quotidienne de la crise, le personnel du Programme est tenu d'élaborer des descriptions de poste, de trier des centaines de candidatures, d'examiner de nombreux curriculums vitae, d'établir des listes restreintes de candidats et de préparer des tests et des questions en vue des entretiens, un processus qui peut être géré différemment. **Pour remédier à ces difficultés, il conviendrait qu'un nombre suffisant de membres du personnel des ressources humaines soit affecté au Programme. Le Comité conseille à l'OMS de revoir les capacités actuelles de planification, de recrutement et de gestion des RH, et de proposer des orientations pour obtenir des améliorations au niveau institutionnel pour le Programme.**

32. En s'appuyant sur de précédents rapports et l'expérience acquise par d'autres organisations, **le Comité estime que l'ensemble des étapes du processus de recrutement peuvent être menées avant la réception du financement** ; toutefois, la plupart des bureaux sont réticents à l'idée de créer des postes sans garantie de financement, **d'où certains mécanismes pour réduire le risque financier et la nécessité d'envisager des incitations à la mise en œuvre des nouveaux MON**.

33. Le Comité a été informé que le modèle opérationnel au niveau des pays a été lancé en 2017, mais que la planification des ressources humaines du Programme pour la période 2018-2019 n'était pas pleinement établie. Les conclusions issues des visites de terrain au Mali et au Pakistan laissent à penser que les postes clés proposés par les bureaux régionaux et le Siège pour assurer l'exécution des principales fonctions du Programme ne correspondent pas nécessairement aux priorités et aux besoins des pays, et qu'un ajustement local est nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des pays. **Le Comité souligne que les représentants de l'OMS doivent participer à la prise de décisions concernant les effectifs pour répondre aux priorités des pays.**

34. Le Comité souligne qu'il convient d'investir davantage dans la formation et le perfectionnement du personnel, et de prévoir des récompenses pour les membres du personnel les plus performants, notamment des mesures d'incitation pour retenir les talents et pour encourager les membres du

personnel à accepter des affectations en situation d'urgence, ainsi qu'un système de mobilité amélioré dans l'ensemble de l'Organisation. L'OMS est invitée à adopter une approche laissant plus de place au risque dans le recrutement, la mobilité et la gestion des services du personnel. À cet égard, **le Comité conseille à l'OMS de mener un exercice de comparaison avec les institutions sœurs au sein du système des Nations Unies qui travaillent dans les situations d'urgence et qui disposent de bons systèmes de recrutement et de gestion des talents.**

35. Des progrès ont été faits dans la nomination et l'affectation des coordonnateurs des groupes sectoriels pour la santé ; en novembre 2017, 16 des 23 (69 %) groupes sectoriels pour la santé dans les pays disposaient de coordonnateurs attitrés. Toutefois, les observations issues des visites de terrain au Mali et au Pakistan suggèrent que la gestion par l'OMS des coordonnateurs des groupes sectoriels pour la santé, en tant que ressources internationales, pourrait être améliorée. Le processus actuel de recrutement des candidats qui disposent de l'ensemble des compétences correspondant aux besoins spécifiques des pays, afin de guider le déploiement et de leur donner les moyens d'agir, n'est pas adapté. Le Comité souligne aussi que la gestion des informations est un élément indispensable de la coordination du groupe sectoriel pour la santé et que le rôle de l'OMS dans la fourniture des informations et des données de référence, y compris la cartographie des établissements de santé, les capacités de fonctionnement actuelles et l'estimation des besoins, est très important.

36. Compte tenu du fait que la politique de mobilité géographique de l'OMS[1] sera mise en œuvre en janvier 2019 pour l'ensemble de l'Organisation, le Comité considère nécessaire que la politique soit appliquée au Programme. Toutefois, le recrutement comme le soutien au personnel travaillant dans des situations d'urgence dans des lieux d'affectation particulièrement difficiles, tels que l'Iraq, le nord du Nigéria et la République arabe syrienne, doivent faire l'objet d'une attention particulière. Des mesures d'incitation, comme des garanties d'une progression de carrière, doivent être instaurées pour encourager le personnel à travailler dans les lieux difficiles. Pour soutenir les membres du personnel déjà en poste dans ces lieux, il convient de veiller à ce qu'ils bénéficient des congés de détente auxquels ils ont droit afin de ne pas s'épuiser du fait de conditions de travail exceptionnellement stressantes. **Le Comité appelle instamment l'OMS à comparer les mesures d'incitation destinées au personnel et les congés de détente dans les situations d'urgence, compte tenu de l'intensité du travail, avec ceux qui sont proposés par les institutions sœurs au sein du système des Nations Unies et les organisations de développement.**

Partenariats

37. L'OMS est un partenaire actif de l'initiative DARES pour une accélération des résultats de manière efficace et durable (Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably),[2] qui est menée en collaboration avec la Banque mondiale, l'UNICEF et le PAM – afin de fournir un soutien plus inclusif, complet, prévisible et durable pour le relèvement des systèmes de santé dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables. C'est une initiative audacieuse et ambitieuse et un exemple encourageant de partenariat novateur avec l'OMS. Toutefois, les volumes de financement concernés et le niveau de risque opérationnel et financier dans des environnements tels que le Yémen poseront des problèmes de contrôle allant bien au-delà de ceux généralement rencontrés par l'OMS. **Le Comité encourage vivement l'OMS à mettre en place, tandis qu'elle poursuit cette initiative importante, des mécanismes appropriés de gestion des risques et de contrôle pour garantir la responsabilisation.**

---

[1] WHO geographical mobility policy (http://www.who.int/employment/WHO-mobility-policy.pdf, consulté le 22 décembre 2017).

[2] DARES (Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably) (http://www.who.int/emergencies/partners/dares-operational-framework-nov17.pdf?ua=1, consulté le 4 janvier 2018).

Financement

38. Tout en se félicitant du soutien financier accru de la part des États Membres et des donateurs, le Comité a noté qu'une proportion significative des fonds destinés au Programme était à objet désigné et levée de façon ponctuelle au cours de la dernière moitié de l'exercice. La prévisibilité et la flexibilité futures des fonds destinés au Programme sont d'une importance critique pour permettre les activités stratégiques visant à renforcer les capacités dans les pays et pour mettre rapidement en œuvre toutes les interventions nécessaires lors des flambées et des situations d'urgence aiguës. **Le Comité encourage les donateurs à fournir des fonds qui ne soient pas réservés à un objet spécifié, ou légèrement seulement, par l'intermédiaire de partenariats pluriannuels, afin que le Programme bénéficie d'une plus grande souplesse et soit mieux à même de remplir ses objectifs.**

39. Le Comité a examiné un projet de document de plaidoyer pour l'investissement dans le Programme et a conclu que des améliorations seraient nécessaires. Étant donné que le Secrétariat de l'OMS élabore actuellement une argumentation en faveur de l'investissement dans l'Organisation, **le Comité conseille au Programme d'apporter sa contribution au document de synthèse en proposant un calcul distinct des avantages d'un investissement dans le Programme. Le Comité recommande à l'OMS de transmettre le projet de document de plaidoyer pour l'investissement aux États Membres afin de s'assurer que le document final réussit à présenter des arguments économiques solides en faveur de l'investissement aux gouvernements, y compris aux ministres des finances et aux autres donateurs.**

40. Le Comité reconnaît que depuis son lancement en 2015, le Fonds de réserve pour les situations d'urgence (CFE) a joué un rôle essentiel dans l'action rapide de l'OMS face à 44 situations d'urgence, pour un total de US $34,5 millions. En août 2017, 83 % des demandes de versement de fonds <US $500 000 avaient été satisfaites dans le délai ciblé de 24 heures. Malgré ses avantages manifestes, le Fonds n'a pas réussi à atteindre la capitalisation totale de US $100 millions et son déficit de financement s'élève à US $55,5 millions.

41. À la suite de la recommandation formulée dans le deuxième rapport du Comité,[1] le Secrétariat a présenté au Comité une stratégie de reconstitution des réserves comportant six options. Ces options sont les suivantes : mobiliser le soutien d'un ensemble ciblé de donateurs, en s'appuyant à titre justificatif sur l'argumentation pour l'investissement et les résultats actuels ; organiser une collecte annuelle pour le Fonds de réserve ; étudier les possibilités de relier la capitalisation du Fonds de réserve aux liquidités du dispositif de financement d'urgence en cas de pandémie de la Banque mondiale ; établir un mécanisme de crédit au sein du Fonds de réserve pour les crises aiguës de santé publique, qui serait financé par des donateurs soucieux de la sécurité sanitaire mondiale ; mobiliser le groupe des principaux partenaires du Programme et premiers soutiens de celui-ci, pour qu'ils défendent le Fonds de réserve en utilisant leur influence politique et montrent l'exemple en le finançant ; et finalement, au fur et à mesure que les capacités de collecte de fonds des bureaux de pays de l'OMS s'accroîtront, utiliser le modèle initial selon lequel les bureaux de pays bénéficiaires remboursent le Fonds de réserve pour les fonds reçus. Le Comité encourage l'OMS à se faire l'écho des exemples positifs de recours au Fonds de réserve et à présenter un rapport financier afin d'obtenir la confiance des donateurs. Le Comité a appris que le recrutement à des postes destinés à la mobilisation des ressources était en cours pour les pays où les besoins sont les plus grands, et s'en félicite. **Le Comité réitère sa recommandation selon laquelle les représentants de l'OMS devraient accroître leur niveau de mobilisation auprès des représentants des donateurs dans les pays.**

[1] Voir le document A70/8, paragraphe 30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_8-fr.pdf, consulté le 22 décembre 2017).

Achat de biens et de services

42. Le Comité a noté avec préoccupation que l'OMS ne dispose pas d'un système de gestion pleinement intégré de la chaîne d'approvisionnement mondiale et qu'il n'existe pas d'obligation générale de rendre compte ni de système harmonisé dans les Régions à cet égard. C'est un problème qui a été soulevé lors de chacune des visites du Comité sur le terrain. Actuellement, il n'existe pas de système pleinement intégré permettant de savoir quel est le stock dans l'un ou l'autre des entrepôts d'un pays quel qu'il soit – une situation qui conduit à un manque d'efficacité dans l'utilisation des médicaments, dispositifs médicaux et kits d'urgence, et qui est une entrave à la réussite du Programme. L'OMS doit remédier à ce problème de toute urgence. Les achats représentent un domaine où les ressources sont gravement insuffisantes et **le Comité recommande que l'OMS envisage :**

- **soit de sous-traiter cette fonction à un autre fournisseur au sein du système des Nations Unies, tel que la Division des approvisionnements de l'UNICEF, pour permettre au Programme d'effectuer ses achats, et de gérer et d'acheminer avec efficacité ses stocks en situation d'urgence ;**

- **soit de défendre, à l'échelle de toute l'Organisation, la création d'une division centrale de gestion de la chaîne d'approvisionnement, dotée d'objectifs clairs et d'une obligation de rendre compte aux différents niveaux de l'Organisation, et sur laquelle le Programme pourra s'appuyer si des capacités supplémentaires pour les situations d'urgence sont requises.**

43. Les bureaux de pays de l'OMS ont régulièrement rapporté que les exigences en matière de vérification diligente au titre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques sont contraignantes, fréquemment redondantes et qu'elles font obstacle à la souplesse d'action de l'OMS dans les situations d'urgence. L'OMS doit, par exemple, répéter le processus de vérification diligente pour un partenaire au niveau du pays chaque fois qu'un nouveau financement est accordé, même si ce partenaire a déjà été approuvé au niveau national ou mondial, ou dispose déjà de fonds octroyés par l'OMS. **Le Comité recommande que l'OMS mette en œuvre des mesures d'urgence au titre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques dans toutes les Régions. Cela passerait par l'établissement d'un registre des risques pour les acteurs non étatiques et d'une liste des acteurs pour lesquels la vérification diligente a déjà été effectuée. Ainsi, on pourra être dispensé de procéder à une nouvelle vérification diligente en cas de renouvellement d'engagements existants. Dans le contexte des situations d'urgence, les bureaux de pays de l'OMS devraient être autorisés à proposer des engagements de longue durée aux ONG chargées de la mise en œuvre avant que la vérification diligente soit effectuée, en prévoyant une clause d'annulation du contrat en cas d'échec du processus de vérification.**

Sécurité

44. **Le Comité recommande à l'OMS d'accroître ses investissements et ses capacités dans la sécurité sur le terrain et les autres mesures de protection du personnel.** Les membres du personnel travaillant dans des situations d'urgence sont exposés à un niveau de risque plus élevé. Au cours des visites sur le terrain, le Comité a pu observer directement que le niveau de soutien en matière de sécurité était inapproprié compte tenu du nombre de membres du personnel de l'OMS, de la répartition des bureaux et des bureaux subsidiaires de l'OMS, et des lourdes exigences des missions sur le terrain et des déploiements. Les conditions de travail sur le terrain sont dangereuses et stressantes. Les problèmes d'insécurité sont également dus aux attaques et aux activités criminelles ayant pour cible les agents et les établissements de santé. **Il est conseillé à l'OMS de mettre en place de toute**

urgence une stratégie cohérente pour la sécurité et les investissements correspondants. Le Comité réitère l'importance déterminante de ce point compte tenu de l'engagement de la responsabilité de l'OMS dans le cadre de déploiements de personnel et avec des partenaires de plus en plus nombreux.

CONCLUSIONS

45. L'OMS a lancé avec succès son Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et elle endosse fermement son rôle de coordination et de direction dans le domaine de la santé avec le soutien de ses partenaires. Les progrès notables dans l'action de l'OMS face aux situations d'urgence ont été accueillis favorablement par les gouvernements, les autres entités du système des Nations Unies, les ONG et les donateurs sur le terrain. Toutefois, les systèmes administratifs de l'OMS, la machinerie des ressources humaines et les processus institutionnels sont une entrave au potentiel d'excellence du Programme. Le Programme n'est pas indépendant et ne peut réussir sans une architecture administrative adaptée et des MON efficaces dans l'ensemble de l'Organisation. L'OMS doit entreprendre une transformation institutionnelle harmonisée plutôt qu'une réforme fragmentaire, ou introduire un système parallèle pour le Programme. Le Comité est optimiste quant à la capacité de l'OMS, par la hardiesse et la détermination de ses dirigeants au plus haut niveau, de faire en sorte que cette transformation ait lieu.

Precious Matsoso (Présidente), Walid Ammar, Geeta Rao Gupta, Felicity Harvey, Jeremy Konyndyk, Hiroki Nakatani, Elhadj As Sy

= = =