



**Organisation
mondiale de la Santé**

**CONSEIL EXÉCUTIF
Cent quarantième session
Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire**

**EB140/8
13 janvier 2017**

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 quarantième 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

CONTEXTE

1. À la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont examiné la proposition de l'OMS tendant à réformer l'action de l'Organisation lors des flambées et des situations d'urgence, et l'Assemblée de la Santé, dans sa décision WHA69(9),¹ a salué les travaux menés concernant le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans cette décision également, l'Assemblée de la Santé a salué la création d'un Comité consultatif de surveillance indépendant pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire fondé sur les recommandations de différents groupes d'experts concernant la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola.^{2,3,4}
2. Les principales fonctions du Comité consistent à superviser et à contrôler le développement du Programme et ses résultats lors des flambées et situations d'urgence, à orienter les activités connexes et à présenter ses conclusions à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif. Le mandat du Comité est publié en ligne.⁵
3. Les rapports du Comité seront remis au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et au Comité permanent interorganisations (CPI).
4. Deux membres du Comité sont également membres de l'Équipe spéciale pour les crises sanitaires mondiales⁶ mise en place par le Secrétaire général des Nations Unies pour soutenir et suivre la mise en œuvre des recommandations du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires.⁷ Étant donné l'importance de l'Équipe spéciale et les liens étroits entre les domaines d'activité des deux groupes, un membre a été nommé « agent de liaison ».

¹ Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Décisions et liste des résolutions, A69/DIV./3, 10 juin 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2016).

² Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1>, consulté le 21 décembre 2016).

³ Advisory Group on reform of WHO's work in outbreaks and emergencies with health and humanitarian consequences. Second report, 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report.pdf?ua=1, consulté le 21 décembre 2016).

⁴ Moon S, Sridhar D, Pate MA, Jha AK, Clinton C, Delaunay S, et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet* 2015 ; 386:2204-1. doi:10.1016/S0140-6736(15)00946-0.

⁵ Mandat du Comité consultatif de surveillance indépendant (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/Terms-of-Reference-Independent-Oversight-Committee.pdf?ua=1, consulté le 21 décembre 2016).

⁶ Équipe spéciale pour les crises sanitaires mondiales (<http://www.un.org/en/global-health-crises-task-force/index.html>, consulté le 21 décembre 2016).

⁷ Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures : Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, 2016 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723&referer=/english/&Lang=F, consulté le 21 décembre 2016).

5. Le Comité combine différentes méthodes de travail : téléconférences, réunions en présentiel, visites sur le terrain, examens sur dossier et entretiens. Depuis mai 2016, il a tenu deux téléconférences et deux réunions en présentiel. Il a également réalisé un examen sur dossier de la riposte de l’OMS à la flambée récente de fièvre jaune et s’est rendu trois jours en Colombie en rapport avec la maladie à virus Zika. Toutes les réunions du Comité font l’objet de rapports publiés sur le site Web de l’OMS.¹ En 2017, le Comité effectuera de nouvelles visites sur le terrain et de nouveaux entretiens afin de consulter les principales parties prenantes ainsi que des membres du personnel de l’OMS, notamment les Directeurs régionaux.

6. Le présent document est le premier rapport du Comité présenté au Conseil exécutif ; il recouvre les activités de la période allant de mai à décembre 2016. On y trouvera des observations et des recommandations concernant la mise en œuvre du Programme et son efficacité face aux situations d’urgence et flambées épidémiques en cours.

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D’URGENCE SANITAIRE

7. Pour suivre la mise en œuvre du Programme par l’OMS, le Comité s’est principalement fondé sur le rapport du Directeur général concernant la réforme de l’action de l’OMS dans la gestion des situations d’urgence sanitaire, soumis à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.² Il a passé en revue les étapes et les échéances présentées dans le document, constatant que la majorité des activités ont été menées à bien ou sont en bonne voie. Le Comité reconnaît que l’OMS a déjà accompli un travail considérable pour mettre en œuvre la nouvelle structure et les nouveaux modèles fonctionnels qui ont été convenus à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016, tout en répondant également à de multiples flambées et situations d’urgence.³

8. Le Comité reconnaît que l’OMS est en pleine transformation. Le Programme et ses processus, bien qu’officiellement lancés le 1^{er} juillet 2016, sont encore en chantier. Le Comité note également que le Directeur exécutif du Programme n’a pris ses fonctions que le 27 juillet 2016. Par conséquent, le Comité a commencé d’examiner la mise en œuvre du Programme et ses résultats quatre mois seulement après la réforme initiale.

9. Le Comité observe qu’il s’agit d’une réforme complexe et de grande ampleur et que, même avec toutes les ressources nécessaires, il faudra plusieurs années pour que le Programme soit pleinement mis en œuvre et intégré au plan mondial. Plutôt que de chercher à évaluer l’impact et l’efficacité de la réforme de l’action d’urgence, ce rapport s’intéresse donc en premier lieu aux problèmes associés au processus de mise en œuvre. Le Comité suivra attentivement les activités de l’OMS et présentera un deuxième rapport à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017, date à laquelle la mise en œuvre du Programme devrait avoir encore progressé.

¹ Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/, consulté le 21 décembre 2016).

² Document A69/30. Réforme de l’action de l’OMS dans la gestion des situations d’urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire, Rapport du Directeur général, 5 mai 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2016).

³ Le Secrétariat de l’OMS a expliqué au Comité consultatif de surveillance indépendant qu’en 2016, l’Organisation est intervenue face à des crises majeures dans plus de 50 pays, notamment en République arabe syrienne (<http://www.who.int/emergencies/fr/>, consulté le 21 décembre 2016). Des informations actualisées concernant la crise en République arabe syrienne seront présentées au Comité pour examen en janvier 2017.

10. Dans ce premier rapport, le Comité a évalué si la réforme de la gestion de situations d'urgence sanitaire par l'OMS était en bonne voie, en mettant l'accent sur huit domaines thématiques : structure, ressources humaines, gestion des incidents, évaluation des risques, processus institutionnels, partenariats, Règlement sanitaire international (2005) (RSI (2005)) et financement.

Structure du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

11. Le Comité reconnaît que l'action de l'OMS face aux situations d'urgence s'inscrit désormais dans une structure commune aux trois niveaux de l'Organisation reposant elle-même sur une approche englobant l'ensemble des risques. Il se réjouit de constater que tous les bureaux régionaux sont en train d'aligner leurs structures de gestion des situations d'urgence sanitaire conformément au plan de mise en œuvre du Programme. Il ressort cependant des visites sur le terrain et des examens sur dossier que des informations complètes sur le plan de mise en œuvre n'ont pas été communiquées au personnel de l'OMS dans les bureaux de pays. Notant que l'obtention de résultats dans les pays est indispensable à la réussite du Programme, le Comité recommande d'accélérer de toute urgence la mise en œuvre de celui-ci au plan national.

12. Le Comité note que la structure du Programme s'articule autour des principales fonctions de l'OMS en matière de gestion des situations d'urgence : gestion des risques infectieux, préparation des pays aux urgences sanitaires et mise en œuvre du RSI, informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques, opérations d'urgence, et services essentiels pour l'action d'urgence. Le Comité souligne que, pour que le Programme fonctionne comme une seule et même entité, il est important d'assurer une communication et une coordination efficaces aux trois niveaux.

13. Comme le processus d'alignement est en cours au niveau régional, on ne dispose pas encore de données suffisantes pour déterminer dans quelle mesure la structure opère de façon cohérente aux trois niveaux de l'Organisation et au sein des différentes fonctions. Le Comité continuera de suivre la manière dont les différents rôles et responsabilités, les autorités, les chaînes hiérarchiques et la coordination fonctionnent en pratique.

Ressources humaines

14. Le Comité note qu'au total, 1396 postes sont prévus pour le Programme au niveau mondial, à l'échelle de l'Organisation, dont 50 % au niveau des pays, 25 % dans les six bureaux régionaux et 25 % au Siège, une répartition des ressources humaines qui lui semble une cible raisonnable au vu du plan approuvé par l'Assemblée de la Santé.

15. En décembre 2016, environ 70 % des postes du Programme étaient pourvus au Siège ; ce chiffre était de 50 % pour les Régions et de seulement 35 % dans les pays. Le Comité estime que ces valeurs s'inscrivent dans des limites acceptables à ce stade de la mise en œuvre, compte tenu de la nécessité de conserver les compétences essentielles du personnel du Siège de l'OMS et l'expertise requise pour renforcer l'aptitude du Siège à répondre aux situations d'urgence actuelles. Néanmoins, le Comité craint que la structure actuelle ne compte trop de postes de niveau élevé et appelle donc instamment l'OMS à donner la priorité au processus de recrutement au niveau des pays. Le Comité recommande également d'optimiser et de rationaliser progressivement la planification des ressources humaines au Siège et dans les bureaux régionaux afin de parvenir à un meilleur équilibre entre les trois niveaux sans mettre en péril les moyens opérationnels de gestion des situations d'urgence.

16. Le Comité encourage l’OMS à comparer la structure du personnel, la taille des effectifs et le niveau hiérarchique, en particulier au Siège, avec ce qui est observé dans les organisations et organismes humanitaires comparables, afin de garantir que la structure proposée pour le personnel du Programme et la parité entre les sexes soient appropriées et cadrent avec une allocation justifiable de ressources financières finies. Cette analyse comparative doit tenir compte de la nécessité de conserver les compétences requises pour les principales fonctions scientifiques et normatives de l’OMS.

17. Le Comité salue le plan du Programme tendant à affecter davantage de ressources aux pays et se félicite du recrutement prochain de 24 coordonnateurs pour le Groupe sectoriel pour la santé dans les pays prioritaires. Il rappelle néanmoins que les fonctions essentielles devraient être pourvues rapidement dans les bureaux de pays. Il note également que des postes de représentants de l’OMS sont actuellement vacants dans certains pays importants en situation de crise prolongée. Le Comité constate avec satisfaction que tous les postes internationaux du Programme sont soumis à rotation dans le cadre du régime de mobilité mondiale,¹ mais conseille d’envisager des mesures incitatives pour attirer et fidéliser le personnel de haut niveau dans les lieux d’affectation classés difficiles.

18. Étant donné la préférence déclarée du Programme pour voir les représentants de l’OMS jouer, lorsque possible, le rôle de gestionnaires d’incident, le Comité recommande que leur soit prodiguée une formation adaptée en matière de prise en mains par les pays, de coordination, de formation et de planification, d’opérations sanitaires, de logistique, de soutien opérationnel et d’administration. En outre, les représentants de l’OMS qui sont affectés aux situations d’urgence doivent, de préférence, posséder une expérience des crises humanitaires et de la gestion des situations d’urgence.

19. Au vu du nombre croissant de déploiements effectués par l’intermédiaire de l’OMS, notamment dans le cadre du Réseau mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie (GOARN)² ou s’agissant des partenaires permanents, le Comité estime que l’OMS devrait s’attacher en priorité à fournir un appui adapté en matière de logistique et de sécurité. Des procédures de gestion des risques et des mesures adéquates telles que l’évacuation médicale devraient être mises en place afin de soutenir et de protéger les membres du personnel qui apportent une assistance essentielle à la population dans des zones où les infrastructures sont limitées et les risques de sécurité, majorés.

20. Le Comité fait observer que la planification du recrutement sera fortement tributaire de la situation du financement du Programme dans son ensemble, qui apparaît particulièrement préoccupante. Si l’on ne parvient pas à un financement intégral du Programme, l’Organisation pourrait devoir trouver des compromis mobilisant des ressources humaines plus limitées et revoir l’équilibre entre le personnel du Siège, des bureaux régionaux et du terrain.

Gestion des incidents

21. L’OMS a adopté un nouveau système commun de gestion des incidents (IMS) pour plusieurs situations d’urgence, notamment les flambées de maladie à virus Zika et de fièvre jaune. Le Comité note que cette stratégie ne convient pas à tous les cas de figure et que le système doit être adapté au contexte de l’intervention en question et à la culture de l’Organisation. Ce système recouvre un ensemble de principes et de structures de gestion de crise permettant à une organisation complexe

¹ Politique de mobilité géographique de l’OMS (<http://www.who.int/employment/WHO-mobility-policy.pdf?ua=1> (en anglais seulement), consulté le 21 décembre 2016).

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 21 décembre 2016).

d'adopter une approche cohérente et unifiée des interventions en cas de crises. Il sera indispensable d'adapter ces principes et ces méthodes à la mission et à la structure de l'OMS et, au fil du temps, d'améliorer et de systématiser de façon itérative l'approche de l'OMS.

22. Le Comité relève également le rôle crucial du gestionnaire d'incident dans la coordination et la gestion efficaces des moyens de l'OMS et de ses partenaires lors des situations d'urgence. Il recommande que cet acteur soit tenu de posséder le profil et l'expérience requis pour jouer efficacement son rôle de direction et, en outre, de lui apporter les moyens et le soutien nécessaires pour qu'il puisse s'acquitter de ses fonctions. Cela suppose notamment qu'il soit libéré de toute autre obligation ou fonction pendant une période prolongée, en fonction des besoins.

23. Les données des visites de terrain en Colombie tendent à indiquer que le système de gestion de l'incident mis en place pour la flambée de maladie à virus Zika a été efficace du point de vue de la coordination et de la communication. Le Comité note que l'intervention du pays était dirigée par le Ministère de la santé et de la protection sociale, avec un soutien solide de l'OPS/AMRO par l'intermédiaire du bureau de l'OMS en Colombie. Le représentant de l'OMS a joué le rôle de gestionnaire d'incident. Le Comité reconnaît que la déclaration du Directeur général¹ selon laquelle cet événement constituait une urgence de santé publique de portée internationale a incité le monde à engager de toute urgence une riposte coordonnée. Il est conscient que le virus Zika et ses conséquences demeurent un important problème de santé publique, mais ne constituent plus une urgence de santé publique de portée internationale² selon la définition du RSI.³ Le Comité souligne combien ce mécanisme de riposte est important pour que l'OMS veille à la coordination et à la responsabilisation à long terme.

24. Le Comité se félicite de la riposte de l'OMS à la flambée de fièvre jaune, avec notamment la vaccination de 30 millions de personnes dans des délais limités en Angola et en République démocratique du Congo. Il reconnaît que la République démocratique du Congo était parallèlement aux prises avec une flambée de choléra. Le Comité fait observer que ces résultats ont été obtenus dans le cadre d'un système intégré de gestion de l'incident, plusieurs partenaires concourant à la transition vers ces nouveaux modes de fonctionnement. L'examen sur dossier et les entretiens réalisés par le Comité indiquent que des améliorations sont encore possibles pour clarifier les rôles, les responsabilités et les liens hiérarchiques aux trois niveaux de l'Organisation. Le Comité rappelle que le système de gestion des incidents n'est pas en tant que tel un remède miracle et que son efficacité dépend dans une large mesure des capacités, des compétences et de la formation du gestionnaire de l'incident ; de la disponibilité de ressources financières et humaines ; et de l'existence d'un mandat et de liens hiérarchiques clairs pour chaque acteur du système. Il encourage l'OMS à continuer de travailler dans le cadre de cette approche et à l'adapter aux besoins en s'appuyant sur une culture et des systèmes institutionnels qui favorisent la souplesse, la transparence et une communication claire.

¹ Déclaration de l'OMS sur la première réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant le virus Zika (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/fr/>, consulté le 21 décembre 2016).

² Déclaration de l'OMS sur la cinquième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la microcéphalie, d'autres troubles neurologiques et le virus Zika (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/fr/>, consulté le 21 décembre 2016).

³ Troisième édition du RSI (2005) (<http://who.int/ihr/publications/9789241580496/fr/>, consulté le 21 décembre 2016).

Évaluation des risques

25. Le Programme a mis en place une série de « protocoles OMS pour l'évaluation des risques, le classement des situations d'urgence et la gestion des incidents » et la deuxième édition du Cadre d'action d'urgence sera établie à la fin du mois de janvier 2017. Le Comité souligne l'importance du Cadre d'action d'urgence, qui devrait donner des précisions sur le système de classement et les facteurs de déclenchement, les rôles, les responsabilités au titre du RSI et les obligations de l'OMS vis-à-vis du Comité permanent interorganisations (CPI)¹ pour les urgences humanitaires au titre du nouveau protocole du CPI.

26. Le Comité note également que la plateforme de surveillance des événements, Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS), sera lancée en juin 2017.

27. Le Comité suivra l'application sur le terrain du Cadre d'action d'urgence et de la plateforme EIOS et examinera si ces outils sont de nature à améliorer la rapidité et l'efficacité de la riposte au moyen des indicateurs de performance mis au point par le Programme.

Règles opérationnelles et systèmes pour l'action d'urgence

28. Le Comité a été informé que le Manuel électronique de l'OMS comporte une section sur le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire² où un ensemble de règles opérationnelles et de processus est présenté. Il salue les efforts déployés pour institutionnaliser ces processus, mais conseille de faire preuve de prudence pour appliquer ces nouvelles règles opérationnelles dans le cadre du système existant. Le Comité rappelle que les processus opérationnels doivent soutenir le Programme en se fondant sur une approche « sans regrets ». Le Directeur exécutif devrait exercer son pouvoir discrétionnaire pour s'écarter des règles et des procédures lorsque des circonstances exceptionnelles l'exigent, en particulier lorsque leur application empêche de répondre rapidement et avec souplesse à une situation d'urgence donnée. Le Comité examinera dans quelle mesure les processus opérationnels révisés sont adaptés à leur objet dans les domaines du recrutement, du déploiement, des achats et du financement, aux trois niveaux de l'Organisation, à l'appui de l'action d'urgence.

29. Le Comité reconnaît que le décaissement rapide de ressources provenant du fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence³ a permis à l'OMS d'intervenir rapidement face à la maladie à virus Zika et à la fièvre jaune. En novembre 2016, US \$18,16 millions avaient été décaissés pour 11 crises humanitaires distinctes, pour faire face à des flambées épidémiques et aux conséquences de catastrophes naturelles. Dans 75 % des cas, des sommes allant jusqu'à US \$500 000 ont été mises à disposition des gestionnaires d'incident dans les 24 heures suivant la demande de financement, en application des modes opératoires normalisés du fonds de réserve. Le Comité se félicite des avancées obtenues à cet égard.

¹ Site du Comité permanent interorganisations (<https://interagencystandingcommittee.org/>, consulté le 21 décembre 2016).

² Manuel électronique de l'OMS, section XVII sur les situations d'urgence sanitaire.

³ Fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/, consulté le 21 décembre 2016).

Partenariats

30. Tout en reconnaissant que les gouvernements nationaux sont des partenaires essentiels, le Comité encourage le Programme à entretenir des partenariats avec les acteurs non étatiques dans les pays, en vertu du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.¹ Ceux-ci aideront le Programme à exploiter et à renforcer la réserve de compétences techniques et de ressources affectables afin de toucher une population plus large et d'influencer davantage l'action au niveau national.

31. Le Comité reconnaît qu'en matière de partenariats, le Programme a adopté une approche systématique guidée par les priorités. Dans ce contexte, le Comité se félicite des progrès accomplis pour faire du Groupe sectoriel mondial pour la santé² et du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), les principaux espaces de partenariat pour l'intervention d'urgence dans le domaine de l'action humanitaire et de la santé publique, respectivement. Le Comité prend note également de certaines initiatives spécialisées, comme les équipes médicales d'urgence,³ qui visent à tirer parti des compétences d'équipes médicales ou chirurgicales spécialisées lors de catastrophes, et du nombre croissant de réseaux spécialisés dans certaines maladies ou risques, de réseaux cliniques et de réseaux de laboratoire qui fournissent des services mondiaux essentiels pour tout un éventail de risques.

32. Comme le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie est un mécanisme de collaboration composé de plus de 200 partenaires techniques pluridisciplinaires et d'autres réseaux, le Comité souligne qu'il faudrait investir davantage dans son développement stratégique, à l'appui des efforts nationaux d'alerte et de riposte. Le Comité est d'avis que le Réseau mondial ne devrait pas limiter son rôle au déploiement, mais aider le Programme à développer l'innovation technique et opérationnelle et le travail en réseau, éléments indispensables de la préparation, de l'alerte et de la riposte pour les urgences de santé publique.

33. Le Comité examinera le développement stratégique des partenariats et des investissements du Programme afin de s'acquitter de son rôle de coordination globale des partenaires pour l'ensemble de ses fonctions.

34. Le Comité relève le rôle unique de l'OMS en tant que chef de file technique dans le domaine de la santé au sein du CPI et salue la décision du CPI d'utiliser ses propres mécanismes mondiaux d'action humanitaire pour coordonner la riposte aux situations d'urgence de grande ampleur dues à des maladies infectieuses. Il rappelle qu'il faut œuvrer en harmonie avec le CPI pour la coordination internationale des principales situations d'urgence sanitaire et souligne que l'OMS devrait jouer un rôle de chef de file lors des flambées épidémiques.

35. Le Comité félicite les hauts responsables des organisations représentées au CPI d'avoir adopté en décembre 2016 les nouvelles procédures d'activation de niveau 3 pour les événements liés aux maladies infectieuses. Le Comité a été informé que les progrès dans ce domaine seront rapportés à l'Équipe spéciale pour les crises sanitaires mondiales du Secrétaire général de l'ONU, au titre du suivi des recommandations du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires.

¹ Résolution WHA69.10, Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-fr.pdf, consulté le 21 décembre 2016).

² Groupe sectoriel pour la santé (<http://www.who.int/health-cluster/en/>, consulté le 21 décembre 2016).

³ Initiative sur les équipes médicales d'urgence (<https://extranet.who.int/emt/page/emt-initiative>, consulté le 21 décembre 2016).

36. Le Comité reconnaît le rôle de chef de file de l'OMS dans la fixation des priorités face à la flambée de maladie à virus Zika entre les hauts responsables des organismes des Nations Unies, par l'intermédiaire de l'appel du Vice-Secrétaire général des Nations Unies pour la coordination de l'action face au virus Zika, et dans l'appui aux partenaires en vue de promouvoir une communication cohérente. Il a observé lors d'une visite sur le terrain en Colombie qu'une coordination étroite entre les hauts responsables des organismes des Nations Unies était essentielle pour déterminer les priorités et préciser les responsabilités des différents organismes des Nations Unies au niveau national.

Règlement sanitaire international (2005) (RSI (2005))

37. Le Comité reconnaît que la fonction du RSI (2005) trouve son pendant dans la structure du Programme à l'échelle de l'Organisation, dans le cadre plus général de la gestion des risques pour la santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes.

38. Le Comité rappelle que les pays doivent se préparer à répondre aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence et que ce devrait être l'une des principales fonctions du Programme. Sa visite de terrain tend à indiquer que le rôle directeur du Gouvernement colombien dans la planification et la mise en œuvre de la riposte ainsi que les solides capacités dont disposait le pays en matière de préparation et de riposte pour la dengue et le chikungunya, ont contribué au succès de l'action engagée face à la maladie à virus Zika.

39. Compte tenu du rôle déterminant de l'évaluation extérieure conjointe pour apprécier les capacités des pays à prévenir, détecter et contrer rapidement les menaces pour la santé publique, le Comité a examiné les progrès accomplis à cet égard. Il observe avec satisfaction que, pendant cette période initiale de mise en œuvre, le Programme a mené des évaluations extérieures conjointes dans 27 pays dans les six Régions de l'OMS, en collaboration avec ses partenaires. Il note que les plans d'action nationaux fondés sur les évaluations extérieures indépendantes iront au-delà du seul système de santé pour s'intéresser à la coordination intersectorielle requise pour protéger la santé publique au moyen d'une approche pangouvernementale.

40. Le Comité examinera dans quelle mesure cet outil¹ est adapté à sa finalité, notamment du point de vue de son aptitude à évaluer : i) les capacités de la communauté à donner l'alerte et à agir rapidement ; et ii) la façon dont le renforcement de la collaboration communautaire est intégré aux principales capacités du RSI. Ses conclusions à ce sujet seront présentées dans son rapport à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

41. Des informations actualisées ont été communiquées au Comité sur les travaux que l'Alliance pour l'évaluation de la sécurité sanitaire mondiale et de l'application du RSI dans les pays a entrepris en collaboration avec l'OMS.

Financement

42. Le Comité reconnaît que les donateurs apportent à l'échelle mondiale un financement important pour répondre aux situations d'urgence sanitaire : entre 2011 et 2015, les contributions mondiales pour l'action sanitaire relevant du cadre humanitaire sont passées de US \$1,4 milliard à US \$2,7 milliards, pour un volume représentant 14 % du total des contributions pour l'action humanitaire sur cette période. Il note que l'OMS ne reçoit généralement qu'un faible pourcentage de ces ressources, ce qui indique sans doute qu'il faut renforcer la confiance des donateurs humanitaires.

¹ Outil d'évaluation extérieure conjointe du Règlement sanitaire international (2005) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf, consulté le 22 décembre 2016)

43. Le Comité recommande à l'OMS de renforcer ses capacités de mobilisation des ressources et de diversifier son portefeuille de donateurs, en particulier les partenariats pluriannuels visant à soutenir la mise en œuvre du plan stratégique du Programme. Il recommande également à l'OMS : d'améliorer la participation des donateurs ; d'élaborer un argumentaire stratégique crédible et convainquant reposant sur des données probantes ; d'améliorer la compréhension des besoins des donateurs ; de tisser des liens avec les donateurs concernés ; de donner la priorité aux ressources à usage non restreint ; et de personnaliser les stratégies de levée de fonds en fonction des exigences particulières des donateurs et des besoins de financement.

44. Le financement du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire recouvre trois éléments : budget de base, appels à contributions et fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence. Le Comité a été informé que US \$485 millions sont nécessaires durant l'exercice 2016-2017 pour la mise en œuvre des activités essentielles de l'OMS en matière de gestion des situations d'urgence sanitaire et que 56 % des besoins totaux avaient été reçus en décembre 2016.

45. Depuis que le fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence a été créé en mai 2015 avec une capitalisation cible de US \$100 millions, il a reçu seulement US \$33,68 millions (33 % de la cible) provenant de 10 donateurs, dont US \$18,16 millions ont été déjà dépensés pour couvrir les coûts opérationnels immédiats de 11 situations d'urgence distinctes. Le Comité reconnaît que le fonds de réserve OMS est un outil essentiel aux premiers stades de la riposte de l'OMS face aux situations d'urgence sanitaire et qu'une riposte rapide solide peut s'avérer très avantageuse économiquement pour prévenir la propagation future des flambées épidémiques. Il note qu'il faudra relever deux grands défis : financer intégralement le fonds de réserve OMS selon les plans initiaux, et le reconstituer complètement.

46. Les appels à contributions liés aux plans d'action humanitaire présentent actuellement un déficit de financement de 66 % pour des besoins totaux de US \$656 millions. Ces fonds ont été principalement affectés à des situations d'urgence de niveau 3. Pour plusieurs flambées épidémiques (maladie à virus Zika et fièvre jaune, notamment), les financements ont pris du temps à se matérialiser, obligeant l'Organisation à recourir au fonds de réserve OMS qui se tarit rapidement. Le Comité observe qu'en matière de levée de fonds, très peu de ressources humaines sont disponibles aux niveaux régional et national, et que ces capacités sont relativement limitées au Siège par rapport à ce qui est observé dans les autres organismes internationaux. Le Comité encourage les représentants de l'OMS à collaborer efficacement avec les représentants des donateurs qui, dans les pays, sont chargés de gérer le financement des programmes nationaux.

47. La disponibilité des fonds est un préalable indispensable pour que l'OMS puisse répondre aux flambées et aux situations d'urgence. Par conséquent, le Comité craint que le déficit de financement n'entrave fortement la capacité de l'OMS à intervenir face aux futures situations d'urgence sanitaire mondiales. À moins que les États Membres et les donateurs augmentent leurs engagements de financement, l'OMS aura du mal à exécuter le plan de mise en œuvre du Programme, dont la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé avait salué l'élaboration. Le Comité avertit également que les déficits de financement persisteront tant que le Programme n'aura pas démontré de façon tangible l'intérêt de renforcer ses capacités à répondre efficacement aux situations d'urgence. Il encourage l'OMS à s'employer plus activement à relayer les premiers succès qu'elle a rencontrés et à présenter des argumentaires économiques convaincants en faveur de l'investissement dans le nouveau Programme. L'OMS devrait renforcer le cadre de suivi des résultats et élaborer une approche globale pour la mobilisation des donateurs.

OBSERVATIONS FINALES

48. Un plan ambitieux a été présenté par les États Membres pour combler les graves lacunes observées en matière de situations d'urgence sanitaire et de crises humanitaires. Il faudra plusieurs années pour mettre en œuvre pleinement le Programme et réaliser les ambitions qu'il incarne. Le manque de fonds pourrait compromettre le processus de réforme de l'action d'urgence et avoir des répercussions négatives sur les activités du nouveau Programme. En dépit de ces difficultés, l'OMS a accompli un travail considérable dans des délais relativement courts tout en gérant simultanément plusieurs flambées épidémiques et situations d'urgence dans le monde. Le Comité réaffirme son engagement à suivre et à contrôler la mise en œuvre du Programme et ses résultats en veillant à ce que l'OMS rende des comptes dans ce domaine. Les États Membres doivent jouer leur rôle en apportant le soutien politique et financier nécessaire – la santé mondiale est une responsabilité partagée.

Precious Matsoso (Président), Walid Ammar, Geeta Rao Gupta, Felicity Harvey, Jeremy Konyndyk, Hiroki Nakatani, Michael Ryan, Elhadj As Sy.

= = =