



Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la réforme

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport résume les progrès accomplis dans la réforme de l'OMS depuis le rapport soumis à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.¹ Il donne une vue d'ensemble de la situation actuelle concernant la réforme, fait le point des progrès intervenus sur les trois grands axes de la réforme (programmes et définition des priorités, gouvernance et gestion) et rend compte des indicateurs mis en place pour mesurer la réalisation des objectifs de la réforme en donnant des exemples concernant différents grands bureaux. Le Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session a examiné une version antérieure du présent rapport dont il a pris note.²
2. Le nouvel axe de la réforme des activités de l'OMS concernant les flambées et les urgences sanitaires constitue un important élément du programme de réforme de l'OMS et les activités sont étroitement liées entre elles. L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur fait l'objet d'un rapport distinct.³

VUE D'ENSEMBLE

3. Au cours des cinq années qui se sont écoulées depuis que le Directeur général a présenté ses propositions concernant la réforme de l'OMS,⁴ d'importants progrès ont été accomplis en vue d'atteindre l'objectif d'une organisation plus efficace et efficiente, transparente et responsable qui tire mieux profit de ses points forts et de ses avantages comparatifs pour améliorer les résultats en matière de santé. Le degré de mise en œuvre des différents axes de la réforme depuis 2011 a été variable, les résultats les plus importants ayant été obtenus sur le front de la réforme programmatique alors que la réforme de la gouvernance et celle de la gestion ont moins progressé. Toutes les activités concernant la réforme seront intégrées aux processus institutionnels de l'Organisation au cours du prochain exercice biennal.

¹ Voir le document A68/4 et Summary records of the Sixty-eighth World Health Assembly, Committee A, first meeting, section 2 (document WHA68/2015/REC/3).

² Voir le document EB138/5 et les procès-verbaux de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, troisième séance, section 3 (document EB138/2016/REC/2, en anglais seulement).

³ Document A69/26.

⁴ Voir le document EB128/INF.DOC./3.

4. Sur la majorité des produits de la réforme (84 %), on en est désormais arrivé au stade de la mise en œuvre, cette proportion ayant peu varié depuis mai 2015 en raison du report des activités relatives à plusieurs produits à la suite de la riposte de l’OMS à la flambée de maladie à virus Ebola. Les activités concernant ces produits ont repris au cours du second semestre 2015 sans toutefois parvenir au stade de la mise en œuvre. Des progrès mesurables ont cependant été accomplis dans l’achèvement de la mise en œuvre, dont le taux est passé de plus de 50 % à 60 %.

5. Avec l’élaboration d’un cadre de suivi renforcé, comme l’a recommandé la deuxième étape de l’évaluation de la réforme de l’OMS,¹ il est désormais possible de faire rapport sur l’impact de ces réformes et, le cas échéant, d’interventions ciblées sur la base d’une série d’instruments permettant de mesurer les résultats au fil du temps qui sont présentés pour la première fois dans ce rapport (voir l’annexe). Les indicateurs font apparaître d’importantes réalisations dans certains domaines mais des résultats plus modestes dans d’autres, ce qui reflète dans une certaine mesure les rythmes différents selon les axes de la réforme. Ces indicateurs contribueront à établir un ordre de priorité pour les efforts de réforme au cours de l’exercice 2016-2017. Si l’impact semble faible dans certains domaines, c’est peut-être en raison du temps relativement limité qui s’est écoulé entre la mise en œuvre et la mesure des indicateurs.

6. La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l’Ouest a eu un impact majeur sur la réforme de l’OMS et des conséquences sur le rythme et l’exécution des travaux dans toute l’Organisation, notamment sur les activités de réforme, qui ont pesé très lourdement sur les structures et les systèmes de gestion de l’OMS. La flambée a renforcé la nécessité d’accélérer la mise en œuvre des éléments clés de la réforme, mais révélé aussi qu’il fallait apporter des réformes supplémentaires à l’action de l’OMS en cas de flambées et de situations d’urgence sanitaire afin de doter l’Organisation des moyens voulus pour mettre sur pied une riposte rapide et massivement renforcée à des situations d’urgence complexes. Les réformes de l’action de l’OMS dans les situations d’urgence sanitaire, étroitement liées au programme de réforme plus large, ont été introduites par le Directeur général en suivant l’orientation donnée par un groupe consultatif comprenant des experts internationaux des flambées de maladies et des urgences sanitaires et humanitaires.²

RÉFORME PROGRAMMATIQUE

7. La réforme programmatique est le domaine de réforme le plus avancé : plus de 80 % des activités prévues ont été menées à bien et les indicateurs mis en place pour les réformes programmatiques font également apparaître certains progrès.

8. L’OMS contribue à améliorer les résultats en matière de santé en mettant l’accent sur les priorités programmatiques qui débouchent sur des produits clairement définis et bénéficient d’un financement adéquat. Les premières mesures ont été prises dans le cadre du budget programme 2014-2015 et poursuivies dans le budget programme 2016-2017. Les trois niveaux de l’Organisation ont été systématiquement associés au processus de planification avec une approche coordonnée reposant sur des réseaux de catégories et de domaines programmatiques. Les deux tiers environ des

¹ Voir le document EB134/39.

² Pour plus de renseignements sur la réforme de l’action de l’OMS dans les situations d’urgence sanitaire et sur les travaux du Groupe consultatif sur la réforme de l’action de l’OMS lors de flambées et de situations d’urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires, voir le site http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/fr/ (consulté le 2 mars 2016).

réseaux de domaines programmatiques ont organisé des réunions en bonne et due forme pour la planification du budget programme 2016-2017. Dans le cadre d'un processus de définition des priorités et de planification ascendant, les bureaux de pays ont été priés de collaborer avec leurs interlocuteurs gouvernementaux pour définir 10 domaines prioritaires auxquels 80 % au moins du budget serait alloué. La majorité des bureaux de pays a pu suivre cette orientation même si certains pays plus étendus ou plus hétérogènes ont éprouvé des difficultés et 66 % des bureaux de pays¹ ont alloué au moins 80 % de leur budget à la série limitée de priorités pour 2016-2017. Afin de continuer à renforcer la présence de l'OMS dans les pays, la Région de la Méditerranée orientale a, par exemple, accru l'allocation budgétaire aux bureaux de pays au moyen d'un transfert provenant du niveau régional. Les États Membres de la Région des Amériques ont approuvé une politique budgétaire² qui applique une formule fondée sur les besoins pour fixer les allocations budgétaires des bureaux de pays. La formule repose notamment sur des indicateurs sanitaires et économiques. La politique budgétaire définit aussi une présence minimale dans chaque pays doté d'un représentant OMS/OPS, allouant 40 % du budget régional aux pays, 7 % aux bureaux sous-régionaux, 18 % aux activités interpays et 35 % au Bureau régional. Le réseau des gestionnaires de programmes introduit dans la Région du Pacifique occidental a renforcé l'exécution du budget programme et du plan des ressources humaines. Son mandat a maintenant été élargi à la planification et à la prévision des priorités techniques et stratégiques dans chaque pays au cours du processus d'élaboration des stratégies de coopération avec les pays.

9. La chaîne des résultats pour le budget programme 2016-2017 a été renforcée par la mise au point d'indicateurs pour les produits institutionnels liés à des réalisations sanitaires mesurables. Le lien entre les résultats et les ressources est renforcé, et l'appréciation de l'exécution du budget programme 2014-2015 et le rapport financier concernant cet exercice seront regroupés.

10. Des améliorations significatives ont été apportées au financement du budget programme, le dialogue sur le financement jouant un rôle important à cet égard.³ La prévisibilité du financement du budget de base a été améliorée au cours des trois derniers exercices puisqu'on est passé de 62 % au début de l'exercice 2012-2013⁴ à 77 % pour l'exercice 2014-2015 et à 83 % pour l'exercice 2016-2017. Les ressources sont également mieux alignées sur le budget programme au niveau des catégories même si un déficit de financement relatif subsiste dans plusieurs domaines programmatiques. Les améliorations concernant l'alignement pour 2014-2015 résultent avant tout d'une allocation plus stratégique des ressources souples par le Directeur général plutôt que d'un changement de comportement des donateurs. La vulnérabilité financière continue de diminuer lentement et la proportion des ressources fournies par les 20 principaux donateurs a été ramenée de 82,3 % en 2010-2011 à 75,9 % pour l'exercice 2014-2015. La transparence a été sensiblement améliorée et le portail Web révisé⁵ fournit maintenant des informations détaillées sur les flux financiers jusqu'au niveau des bureaux de pays. La prochaine version du portail donnera davantage de précisions sur les résultats obtenus et la contribution des ressources à ces résultats.

¹ Ce chiffre exclut les bureaux de pays de la Région des Amériques.

² Document CSP28/7.

³ Voir le document EB138/42.

⁴ Le financement pour 2012-2013 ne comprenait pas les projections des recettes qui ont été prises en compte en 2014-2015 et 2016-2017.

⁵ Voir <http://extranet.who.int/programmebudget/> (consulté le 18 décembre 2015).

11. Avec les innovations en matière d'établissement de priorités, d'articulation des résultats et de financement, on prévoit une amélioration mesurable de la contribution apportée par l'Organisation aux résultats en matière de santé, qui sont suivis au moyen des indicateurs de réalisation articulés dans le douzième programme général de travail, 2014-2019 et reflétés dans les budgets programmes biennaux.

RÉFORME DE LA GOUVERNANCE

12. L'objectif premier de cet axe de la réforme est d'assurer une meilleure cohérence de l'action sanitaire dans le monde avec deux réalisations prévues : une amélioration de la prise de décisions au sein des organes directeurs et un renforcement de la collaboration avec les parties prenantes. Les réformes de la gouvernance sont souvent les réformes institutionnelles les plus délicates comme le reflète la lenteur relative des progrès accomplis dans ce domaine, seules 50 % des activités de réforme ayant été menées à terme. Malgré les résultats limités enregistrés au niveau mondial, des exemples de progrès sont observés au niveau régional. La Région de l'Asie du Sud-Est a, par exemple, rationalisé les travaux de son Comité régional en allégeant l'ordre du jour et la documentation présession, en réduisant le nombre des résolutions et en procédant à la diffusion électronique des documents.

13. Dans sa décision EB136(16) (2015), le Conseil exécutif a notamment décidé de créer un processus ouvert de consultation des États Membres sur la réforme de la gouvernance, devant achever ses travaux avant la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016 et fournir, par l'intermédiaire du Conseil exécutif en janvier 2016, des recommandations sur la manière d'améliorer l'efficacité de la gouvernance de l'OMS. La première réunion à composition non limitée des États Membres sur la réforme de la gouvernance a eu lieu en mai 2015 et la deuxième les 10 et 11 décembre 2015.¹

14. Des progrès continuent d'être accomplis en vue de l'établissement de la version définitive du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.² Si le cadre est en train d'être finalisé, le Secrétariat continue de procéder à une vérification diligente et à des évaluations des risques de la collaboration avec les acteurs non étatiques, et de fournir des informations sur cette collaboration sur le site Web de l'OMS.³

RÉFORME GESTIONNAIRE

15. Malgré les importants progrès réalisés dans le domaine de la réforme gestionnaire, la flambée de maladie à virus Ebola a fait ressortir l'importance critique que revêt la poursuite des réformes, notamment dans les domaines des ressources humaines, de la gestion de l'information et de la communication stratégique.

¹ Voir le document EB138/6.

² Voir le document EB138/7.

³ Voir http://www.who.int/about/who_reform/partnerships-collaborative-arrangements-with-WHO-involvement.pdf (consulté le 2 mars 2016).

Ressources humaines

16. On a décrit dans les précédents rapports aux organes directeurs les différentes réformes concernant les ressources humaines fondées sur la stratégie des ressources humaines visant à assurer une dotation en personnel correspondant aux besoins aux trois niveaux de l'Organisation. Le rapport annuel sur les ressources humaines¹ donne une vue d'ensemble, mais les besoins des Régions et des pays sont également pris en compte : la Région africaine a, par exemple, élaboré un modèle pour aligner les profils de personnel et les effectifs sur les priorités programmatiques. La charge de morbidité et les années de vie ajustées sur l'incapacité dans les différents pays font partie intégrante du modèle. La Région européenne a réduit ses dépenses de personnel entre 2012 et 2014.

17. La planification des ressources humaines a été améliorée et des plans de dotation en personnel existent pour 62 % des postes qui deviennent vacants à la suite de départs à la retraite pendant l'exercice en cours. Les processus de recrutement sont en cours d'harmonisation et 70 % des postes vacants à pourvoir par recrutement international ont été pourvus dans un délai de 15 semaines en 2015. Ce résultat a été obtenu en introduisant des descriptions de postes génériques et en dressant des listes de candidats qualifiés, comme on a commencé à le faire dans la Région de la Méditerranée orientale. Des efforts sont consentis pour améliorer l'égalité entre les sexes et la diversité géographique, mais les progrès ont été lents. Seuls 33 % des titulaires de postes des classes P.5 à D.2 (chiffres de 2014) et 36 % des chefs de bureaux de pays de l'OMS (chiffres d'octobre 2014) sont des femmes, alors que 32 % des États Membres de l'OMS continuent d'être non représentés ou sous-représentés au sein du personnel de la catégorie professionnelle recruté sur le plan international.

18. La mise en œuvre de la nouvelle politique de mobilité géographique suit son cours et la première phase de mobilité volontaire commencera en 2016 sur la base d'une liste de postes à pourvoir par roulement qui est en train d'être finalisée. Un plan d'action (comprenant des activités prioritaires spécifiques et fixant des délais) a été établi pour renforcer le système de justice interne en consultation avec les associations du personnel de l'OMS.

Responsabilisation

19. En mai 2015, le Conseil exécutif et son Comité du programme, du budget et de l'administration ont défini la responsabilisation comme un domaine devant particulièrement retenir l'attention pour lutter contre ce que le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance a qualifié de « culture de tolérance vis-à-vis de la non-conformité » au sein de l'Organisation.² Le pourcentage des vérifications opérationnelles évaluées comme « satisfaisantes » ou « partiellement satisfaisantes » – qui constituent le principal moyen de mesurer la responsabilisation – n'a que relativement peu évolué au cours des deux dernières années (74 % en 2013, 67 % en 2014 et 69 % en 2015).

20. Outre celles décrites dans le rapport à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,³ plusieurs mesures supplémentaires sont actuellement prises pour renforcer la responsabilisation, la transparence et les contrôles internes :

- a) tous les centres budgétaires à l'OMS ont établi des registres des risques assortis de plans d'atténuation des risques en place pour 98 % des risques définis à l'échelle de l'Organisation ;

¹ Voir le document A69/52.

² Voir le document EBPBAC22/3, paragraphe 17.

³ Document WHA68/4.

b) les mesures prises pour encourager le respect des valeurs éthiques fondamentales comprennent la publication d'un rapport annuel sur les enquêtes et une mise à jour annuelle destinée au personnel sur les mesures disciplinaires prises en cas de faute grave ;

c) une importance particulière est accordée à la responsabilisation dans les bureaux de pays : des listes types d'autoévaluation y ont été introduites et la mise au point d'indicateurs de performance clés se poursuit. La Région européenne a, par exemple, mis en œuvre une initiative visant à définir clairement dans une matrice – pour les différentes étapes des principaux processus professionnels jusqu'au niveau des pays – qui est responsable, qui doit rendre des comptes, qui doit être consulté et qui est informé. La Région africaine a défini des indicateurs de performance gestionnaire clés pour différents domaines (comme les finances, les achats, les voyages et la sécurité) en établissant des cibles mesurables et des sources de données correspondantes pour tous les bureaux de pays. Des fourchettes de réalisation ont été arrêtées et seront utilisées pour évaluer les services du personnel concerné des bureaux de pays. Le réseau de mise en œuvre des réformes, comprenant une représentation de tous les principaux bureaux, a servi de plateforme d'apprentissage et d'échange de données d'expérience pour la mise en œuvre en matière de responsabilisation à l'échelle de l'Organisation.

21. De nouvelles mesures seront prises en 2016-2017 pour promouvoir une responsabilisation et une transparence accrues, notamment la mise en œuvre de la politique de gestion des risques institutionnels (avec l'escalade des risques les plus critiques pour la direction) et l'établissement d'une ligne directe pour dénoncer les abus.

Évaluation

22. Un point de la situation concernant l'évaluation et la proposition de plan de travail pour 2016-2017 a été présenté au Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session.¹ Plusieurs évaluations prévues en 2015 ont été retardées ou reportées à 2016 afin de pouvoir consacrer les ressources prévues aux activités du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, qui a terminé ses travaux en juillet 2015.

Gestion de l'information

23. En novembre 2015, le Directeur général a annoncé son engagement à respecter les normes de l'initiative sur la transparence de l'aide internationale. Un élément clé de cet engagement sera la mise au point et l'application d'une politique de divulgation de l'information, qui sera finalisée en 2016.

Communication

24. Sur la base des enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola, les activités dans le domaine de la communication ont porté sur les risques et la communication d'urgence ainsi que sur la présence des médias mondiaux et sociaux. Une enquête majeure a été effectuée auprès des parties prenantes en 2012 puis à nouveau en 2015. Une stratégie de communication de l'OMS est en cours de mise au point pour orienter les travaux de l'Organisation dans ce domaine.

¹ Document EB138/44.

PROCHAINES ÉTAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

25. Si les indicateurs de la réforme font apparaître une amélioration mesurable de l'efficacité de l'Organisation dans plusieurs domaines, il faut d'urgence réaliser de nouveaux progrès dans des domaines comme la gouvernance, les ressources humaines, la responsabilisation et la gestion de l'information. Ces progrès devraient être accomplis à mesure que les dernières réformes institutionnelles en arrivent à la phase de mise en œuvre. La pratique de plus en plus répandue qui consiste à procéder à des évaluations indépendantes des indicateurs de résultats institutionnels renforcera l'évaluation objective des réformes de l'OMS. Il en va de même dans les Régions. Ainsi, dans la Région africaine, le « programme de transformation »¹ a clairement défini les mesures stratégiques prioritaires à prendre pour accélérer la mise en œuvre de la réforme.

26. Afin d'appuyer les réformes institutionnelles en cours, des mesures sont prises pour institutionnaliser l'apprentissage par différents mécanismes internes, notamment le Groupe de la politique mondiale, les réseaux de catégories, les réseaux de domaines programmatiques et d'autres réunions régulières de hauts responsables. Les recommandations et les leçons tirées des évaluations, des vérifications et de l'appréciation de l'exécution sont diffusées de plus en plus grâce à ces mécanismes. Un réseau de mise en œuvre de la réforme a été mis en place pour coordonner et harmoniser la mise en œuvre des réformes aux trois niveaux de l'Organisation.

27. Le nouvel axe de la réforme des activités de l'OMS concernant les flambées et les urgences sanitaires concernera aussi plusieurs domaines spécifiques, comme les ressources humaines, la gestion de l'information et la communication, et contribuera à renforcer les processus gestionnaires dans l'ensemble de l'Organisation, surtout au niveau des pays où les besoins sont les plus importants.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

28. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

¹ Voir <http://www.afro.who.int/fr/rdo/programme-de-transformation.html> (consulté le 2 mars 2016).

ANNEXE

SUIVI DE LA RÉFORME DE L'OMS : INSTRUMENTS DE MESURE

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle	Observations			
1.	Amélioration des résultats sanitaires						
1.1	Priorités de l'OMS définies et abordées de manière systématique, transparente et ciblée, et financées en conséquence	Alignement des recettes et des dépenses sur le budget programme approuvé, par catégorie et par grand bureau		Cet indicateur exclut les lignes budgétaires concernant le Bureau régional des Amériques/l'Organisation panaméricaine de la Santé, les interventions en cas d'épidémies ou de crises et la poliomyélite.			
		a) Recettes	Jun 2013	Distribution des allocations la plus faible 68 % (objectif stratégique (OS) 5) et 72 % (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est)	Jun 2015	Distribution des allocations la plus faible 87 % (catégorie 2 – Maladies non transmissibles) et 88 % (Bureau régional de la Méditerranée orientale)	La distribution des allocations est utilisée comme approximation des recettes. La distribution des allocations la plus faible en pourcentage du budget programme approuvé indique le niveau d'alignement le plus faible.
		b) Dépenses	Jun 2013	Dépenses les plus faibles 44 % (OS 2) et 47 % (Asie du Sud-Est)	Jun 2015	Dépenses les plus faibles 51 % (catégorie 2) et 53 % (Méditerranée orientale)	Les dépenses relativement les plus faibles en pourcentage du budget programme approuvé indiquent le niveau d'alignement le plus faible.
1.1.1	Définition des priorités sur la base des besoins, définition des résultats et allocation des ressources alignée sur les résultats à obtenir	Pourcentage des bureaux de pays allouant au moins 80 % du budget à leurs 10 domaines programmatiques prioritaires prédéfinis	Pas de base, car la notion de domaines prioritaires prédéfinis n'était pas auparavant suivie au plan mondial	2016-2017	66 %	Les bureaux de pays ont été priés de définir leurs priorités (10 domaines programmatiques) avant le processus de planification opérationnelle. Selon la taille et l'hétérogénéité d'un pays, on a parfois défini un nombre de priorités supérieur ou inférieur. Après la planification opérationnelle, un examen a indiqué le pourcentage des bureaux de pays ayant alloué au moins 80 % de leur budget, c'est-à-dire des coûts prévus, aux priorités prédéfinies. Cet examen exclut concernant le Bureau régional des Amériques/l'OPS, les interventions en cas d'épidémies ou de crises et la poliomyélite ainsi que la catégorie 6 – Services institutionnels/fonctions d'appui.	

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle		Observations		
1.1.2	Modèle de prestation amélioré aux trois niveaux de l'Organisation pour mieux appuyer les États Membres	Pourcentage des réseaux de domaines programmatiques dotés d'un mécanisme de coordination effectif	Pas de base, car la notion de réseau de domaines programmatiques n'était pas auparavant suivie au niveau mondial	2014-2015	64 %	L'indicateur utilisé est le pourcentage des réseaux de domaines programmatiques ayant organisé des réunions en bonne et due forme pour l'établissement ou la planification opérationnelle du budget programme 2016-2017. Cet indicateur exclut la catégorie 6.	
1.1.3	Financement adéquat et aligné à l'appui de l'orientation stratégique	Pourcentage du budget programme financé en début d'exercice	2012-2013	62 %	2016-2017	83 %	Cet indicateur renseigne sur la prévisibilité du financement au niveau mondial mais ne tient pas compte de l'alignement du financement. Y compris les projections.
1.1.4	Notification transparente des résultats obtenus et de l'utilisation des ressources	Exécution mesurée par une évaluation récapitulative de la fourniture des produits prévus	2012-2013	Pleinement achevé à 63 %	2014-2015	Pas encore disponible	Si l'appréciation de l'exécution à la fin de l'exercice 2014-2015 n'a pas encore été effectuée, il ressort de l'examen à mi-parcours que les domaines programmatiques sont en bonne voie à 90 %. Au cours de la prochaine période de notification, une comparaison sera effectuée entre les deux appréciations de l'exécution en fin d'exercice.
2.	Plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale	Mesure dans laquelle les priorités de leadership sont reflétées dans les résolutions et décisions des organes directeurs (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif) adoptées en cours d'exercice	2013	45 %	2015	55 %	La grande majorité des résolutions et des décisions concerne la gestion et l'administration. Pour ce qui est des résolutions et des décisions techniques, l'indicateur mesure celles qui reflètent les six priorités de leadership.
		Pourcentage des parties prenantes extérieures qui considèrent l'OMS comme l'organisation qui parvient le mieux à influencer les politiques visant à améliorer la santé au niveau mondial	2012	74 %	2015	84 %	Il s'agit d'un indicateur supplémentaire uniquement à des fins de validation, dont les données sont tirées des enquêtes sur la perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle		Observations
2.1 Amélioration de la prise de décisions stratégique	Perception qu'ont les États Membres de l'efficacité des discussions et des décisions des organes directeurs				En attendant l'issue du processus de consultation de l'ensemble des États Membres sur la réforme de la gouvernance.
	Nombre de réunions préparatoires (1 ^{er} juin 2014-31 mai 2015)				
2.1.1 Collaboration avant les sessions des organes directeurs	Pourcentage des documents des organes directeurs fournis dans les délais prévus	2013	52 %	2015 48 %	L'OMS doit fournir aux États Membres les documents des sessions des organes directeurs six semaines avant le début des travaux ; cette règle ne s'étend pas aux documents dont la présentation tardive fait l'objet d'un accord. L'indicateur exclut la documentation des comités régionaux. Pour la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, 51 % des documents ont été fournis à temps.
2.1.2 Coordination et harmonisation des pratiques des organes directeurs					En attendant l'issue du processus de consultation de l'ensemble des États Membres sur la réforme de la gouvernance.
2.1.3 Action sanitaire mondiale cohérente des États Membres	Nombre de pays dotés de processus explicites et effectifs de préparation des sessions des organes directeurs et de participation à ces sessions, et mise en œuvre des décisions des organes directeurs				En attendant l'issue du processus de consultation de l'ensemble des États Membres sur la réforme de la gouvernance.
2.2 Renforcement de la collaboration effective avec les parties prenantes	Nombre d'acteurs non étatiques et de partenariats pour lesquels on dispose d'informations sur leur nature et leur collaboration avec l'OMS	Début 2014	100	2015 295	Sources : http://www.who.int/about/who_reform/partnerships-collaborative-arrangements-with-WHO-involvement.pdf ; http://www.who.int/civilsociety/relations/NGOs-in-Official-Relations-with-WHO.pdf?ua=1 .
2.2.1 Utiliser les acteurs non étatiques pour obtenir les résultats de l'OMS	Pourcentage des produits par grand bureau auxquels les acteurs non étatiques ont apporté une contribution significative				En attendant le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base		Situation actuelle		Observations	
2.2.2	Collaboration avec gestion des risques	Nombre de vérifications diligentes effectuées	2013	500	2015	624	Nombre de vérifications diligentes effectuées sur la base de la documentation du département concerné.
		Pourcentage des parties prenantes extérieures qui ne perçoivent pas l’OMS comme indûment influencée par l’industrie/le secteur privé	2012	36 %	2015	37 %	Il s’agit d’un indicateur supplémentaire uniquement à des fins de validation dont les données sont tirées des enquêtes sur la perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.
2.2.3	Assurer un maximum de convergence avec la réforme du système des Nations Unies visant à exercer de manière efficace et efficiente le mandat de l’ONU	Pourcentage des plans-cadres des Nations Unies pour l’aide au développement contenant des produits liés à la santé (convergence avec les priorités de leadership de l’OMS)	2012	67 %	2015	91 %	Données tirées des rapports de 2012 et 2015 sur la présence de l’OMS dans les pays, zones et territoires (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136487/1/WHOPresence2012Report.pdf?ua=1 et http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf?ua=1).
3.	Une organisation qui aspire à l’excellence	Niveau d’efficacité de la gestion et de l’administration de l’OMS					Pour mesurer cet indicateur il est proposé d’utiliser le Réseau de mesure des performances des organisations multilatérales (MOPAN). Le rapport pour 2013 serait comparé aux résultats du prochain rapport MOPAN ; le libellé exact de l’indicateur devra être déterminé dès la parution du rapport MOPAN pour 2015.
		Pourcentage des parties prenantes extérieures à qui l’activité de l’OMS au cours des trois à cinq dernières années inspire « une confiance accrue » ou « toujours une grande confiance »	2012	76 %	2015	61 %	Il s’agit d’un indicateur supplémentaire uniquement à des fins de validation, dont les données sont tirées des enquêtes sur la perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.
3.1	Dotation en personnel correspondant aux besoins à tous les niveaux de l’Organisation	Pourcentage des vacances de poste prévues en raison des départs à la retraite à venir faisant l’objet de plans précis de dotation en personnel (redéfinition des profils, recherche et renforcement des talents sur le plan interne, et recrutement)	2012-2013	Non disponible	2014-2015	62 %	Une planification adéquate des vacances de poste est révélatrice d’une dotation en personnel correspondant aux besoins de l’Organisation : les départs à la retraite donnent lieu à des vacances de poste connues bien à l’avance permettant une planification adéquate. Les chiffres représentent les vacances de poste au niveau mondial.

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle		Observations		
3.1.1	Stratégie de ressources humaines renforcée et plus pertinente						
3.1.2	Attirer les talents	Délai de recrutement (temps écoulé entre l'avis de vacance et la décision de sélection) pour le personnel à plein temps recruté sur le plan international	2014	65 % en 15 semaines	2015	70 %	
3.1.3	Retenir et renforcer les talents	Pourcentage des membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur qui ont changé de lieu d'affectation au cours de l'année écoulée	2013	9,5 %	2015	9 %	Si cet indicateur est déjà mesuré, il faut tenir compte du fait que la nouvelle politique de mobilité n'a pas encore été mise en œuvre. L'indicateur exclut concernant le Bureau régional des Amériques/l'OPS.
3.1.4	Environnement favorable	Nombre d'appels ou d'appels potentiels ayant fait l'objet d'un règlement informel ou d'une révision administrative (conformément à la révision du système de justice interne)	2015	25 %			On a pris pour base la fin de 2015 juste avant la mise en œuvre du système de justice interne révisé.
3.2	Responsabilisation gestionnaire, transparence et gestion des risques effectives	Pourcentage des vérifications opérationnelles évaluées comme étant « satisfaisantes » ou « partiellement satisfaisantes » au cours de l'exercice	2013	74 %	2015	69 %	Chiffres fournis par le Bureau des services de contrôle interne à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 et 2015.
3.2.1	Processus effectif de contrôle interne et de gestion des risques	Pourcentage des risques avec plan d'atténuation	Aucune base en l'absence d'un cadre sur les risques mondiaux		Novembre 2015	98 %	Nombre de risques repérés au niveau mondial pour lesquels un plan d'atténuation est disponible.
3.2.2	Cadre effectif pour la divulgation et la gestion des conflits d'intérêts	Proportion des participants aux réunions ayant rempli une déclaration d'intérêts					Si la totalité des déclarations d'intérêts sont déjà traitées aujourd'hui, cet indicateur renseigne sur la divulgation effective des intérêts. La mesure sera effectuée après la mise en œuvre de l'instrument.

Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle	Observations		
3.2.3 Promotion effective et respect des valeurs éthiques fondamentales	Transparence et information sur les mesures prises en cas d'irrégularités (présumées)	2012	Aucune documentation fournie	2015	Communication régulière aux parties prenantes	Rapport annuel sur les enquêtes et informations régulièrement fournies au personnel sur les mesures disciplinaires prises à la suite d'une faute grave.
3.3 Culture institutionnelle de l'évaluation et de l'apprentissage	Nombre d'évaluations prévues menées à terme conformément à la politique d'évaluation de l'OMS (comparaison avec le plan de travail biennal pour l'évaluation à l'échelle de l'Organisation)					
3.3.1 Renforcement de la politique de l'OMS en matière d'évaluation						
3.3.2 Institutionnalisation de la fonction d'évaluation	Organisation structurelle et fonctionnelle de l'évaluation à l'échelle de l'OMS appuyée par des ressources à cette intention en vue de l'application du cadre pour le renforcement de l'évaluation et du plan de travail sur l'apprentissage institutionnel					Le nouveau cadre de travail pour l'évaluation ayant été finalisé et adopté au début de 2015, les indicateurs ne pourront être mesurés et les premiers résultats obtenus qu'à partir de 2016.
3.3.3 Évaluation des plans de personnel et de programmes et utilisation des résultats de l'évaluation pour en améliorer l'efficacité	Taux de mise en œuvre des recommandations dans les délais prévus à partir de la date du rapport d'évaluation >85 %					
3.3.4 L'OMS s'attache à tirer les enseignements voulus des succès et des échecs	Pourcentage des évaluations comprenant l'identification des enseignements tirés (conditions de l'assurance de la qualité de la politique d'évaluation de l'OMS)					

	Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base		Situation actuelle		Observations
3.4	Information gérée comme moyen d'action stratégique						
3.4.1	Cadre stratégique pour des politiques, processus, rôles, responsabilités et outils rationalisés et normalisés	Cadre stratégique approuvé pour la gestion de l'information couvrant un pourcentage élevé de processus de gestion de l'information					
3.4.2	Rationalisation des rapports nationaux	Nombre de systèmes mis en œuvre à l'appui du cadre de gestion de l'information					La gestion de l'information a été mise en veilleuse à la suite des contraintes en matière de ressources au cours de la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola. La reprise des activités dans ce domaine ne fait que commencer.
3.4.3	Systèmes de technologie de l'information et de la communication en place à l'appui de la gestion de l'information	Pourcentage de membres du personnel estimant avoir un accès satisfaisant ou excellent aux informations d'autres unités					
3.4.4	Promotion d'une culture d'échange des connaissances	Pourcentage de membres du personnel estimant avoir un accès satisfaisant ou excellent aux informations d'autres unités					
3.5	Amélioration de la fiabilité, de la crédibilité et de la pertinence de la communication	Pourcentage des parties prenantes qui portent un jugement favorable (excellent ou bon) sur la capacité de l'OMS à gérer les menaces pour la santé publique à l'avenir	2012	79 %	2015	67 %	Ces chiffres sont tirés des enquêtes sur la perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.
3.5.1	Feuille de route précise pour la communication						

	Résultat (réalisation/produit)	Indicateur	Base	Situation actuelle		Observations		
	3.5.2	Mise en évidence constante de la qualité et des efforts de l'OMS pour améliorer la santé	Pourcentage des réponses reflétant une opinion positive de l'OMS	2013	63 %	2015	68 %	Ces chiffres sont tirés du baromètre mondial des ONG de la Gallup International Association.
	3.5.3	Fourniture d'informations sanitaires fiables, accessibles, à jour, compréhensibles et utilisables	Pourcentage des parties prenantes affirmant que l'OMS communique des données sur la santé publique rapidement et de manière facilement accessible	2012	66 %	2015	66 %	Ces chiffres sont tirés des enquêtes de perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.
II	3.5.4	L'ensemble du personnel de l'OMS a accès aux informations programmatiques et institutionnelles dont il a besoin	Pourcentage des membres du personnel estimant avoir un accès excellent ou bon aux informations nécessaires pour exercer leurs fonctions	2012	Non disponible	2015	71 %	Ces chiffres sont tirés des enquêtes de perception des parties prenantes effectuées en 2012 et 2015.
II	3.5.5	Communication rapide, viable, exacte et prospective sur les flambées de maladies, les urgences de santé publique et les crises humanitaires	Délai entre le moment où l'OMS prend conscience d'une flambée et la publication des premières informations sur la flambée	2015	6 jours			Délai médian entre la première information reçue et la première information communiquée sur la flambée.