



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

Faire le bilan pour aller de l'avant

PARTIE 1. CONTEXTE

1. Le Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (ci-après, le Comité)¹ a été créé en 2016, à la suite de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, pour effectuer un examen indépendant de la mise en œuvre de la réforme des activités de l'OMS relatives aux flambées et aux situations d'urgence, et de la gestion par l'Organisation des situations d'urgence sanitaire en cours. Dans le présent rapport, le Comité a décidé de réexaminer la réforme de 2016, d'étudier les progrès réalisés au cours des quatre dernières années et d'exposer les enseignements qui pourraient être utiles à l'avenir, en particulier à la lumière de l'actuelle pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).

2. La flambée de maladie à virus Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016 a été la plus importante et la plus complexe depuis que le virus Ebola a été identifié, en 1976. Elle a fait plus de 11 000 morts et causé d'importantes perturbations socioéconomiques dans la région. Cette crise a révélé les failles de la gestion des situations d'urgence sanitaire par l'OMS et les lacunes du Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Les résultats obtenus par l'Organisation ont été examinés en détail pendant et après la crise par divers experts et groupes, dont le Groupe de haut niveau des Nations Unies sur l'action mondiale face aux crises sanitaires,² le Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola³ et le 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. L'OMS a été invitée à entreprendre des transformations de grande ampleur pour renforcer ses capacités institutionnelles d'intervention face aux flambées et aux autres situations d'urgence et pour donner à nouveau confiance dans sa capacité à protéger la santé mondiale.

¹ Pour plus d'informations, voir le site Web du Comité à l'adresse https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/ (consulté le 28 septembre 2020).

² Voir <https://www.un.org/press/en/2015/sga1558.doc.htm> (consulté le 19 octobre 2020).

³ Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/fr/>, consulté le 28 septembre 2020).

3. La D^{re} Margaret Chan, alors Directrice générale de l'OMS, a soumis à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire (document A69/30),¹ qui donne une vue d'ensemble de la conception, de la supervision, du plan de mise en œuvre et des besoins de financement du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (ci-après, le Programme). Le Programme a été conçu en tant que programme unique aux trois niveaux de l'Organisation, avec une structure hiérarchique claire, un personnel dédié, un budget particulier, un ensemble unique de règles, de processus et de mesures normalisées de la performance, afin que l'action de l'OMS dans les situations d'urgence soit rapide et prévisible. La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de mettre en place le Programme, qui a été officiellement lancé le 1^{er} juillet 2016, avec un budget total de US \$494 millions pour l'exercice biennal 2016-2017.²

4. Pour surveiller la mise en œuvre de la réforme, le Comité a élaboré un cadre de suivi, comme indiqué dans le document A69/30. Ce cadre, qui est régulièrement actualisé, a été affiné pour correspondre au treizième programme général de travail, 2019-2023, et au programme de transformation de l'OMS. Le Comité a déjà soumis sept rapports où il présente ses conclusions et recommandations aux organes directeurs de l'OMS, ainsi qu'un rapport intérimaire sur la riposte de l'OMS à la COVID-19 de janvier à avril 2020 et un rapport spécial sur les mécanismes de l'OMS relatifs à la diversité et aux réclamations.³ D'autres rapports établis à la suite de missions au Bangladesh, en Colombie, en Iraq, au Mali, au Nigéria, en Ouganda, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en Turquie et au Viet Nam ont également été rendus publics. Pour ce huitième rapport, le Comité a dressé un tableau récapitulatif du document A69/30 et une liste des recommandations antérieures du Comité, en indiquant la progression de leur mise en œuvre de 2016 à 2020. Ces deux documents, ainsi que le cadre de suivi actualisé, sont disponibles sur le site Web du Comité.

PARTIE 2. PROGRÈS ACCOMPLIS DE 2016 À 2020 ET SITUATION DU PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

5. La mise en place du Programme a montré que les États Membres étaient déterminés à réformer leur Organisation et a renforcé les efforts concertés du Secrétariat pour faire de l'OMS une organisation de premier plan au niveau mondial dans le domaine de la santé publique, dotée de moyens normatifs et opérationnels, en mesure de gérer les flambées et les situations d'urgence sur le terrain et de combler une lacune critique en matière de santé mondiale en menant à bien des activités de préparation, de riposte et de relèvement.

6. Le Programme a été instauré conformément à la décision WHA69(9) et l'Organisation a considérablement progressé dans la gestion des situations d'urgence sanitaire. Au cours des quatre dernières années, l'efficacité du leadership de l'OMS s'est constamment améliorée dans les situations de crise sanitaire aiguë et prolongée. Depuis le lancement du Programme, l'OMS a géré jusqu'à 500 événements par an, tous risques confondus. Le mérite de ces progrès revient à la direction de l'OMS, notamment à l'ancienne Directrice générale, la D^{re} Margaret Chan, qui a lancé la réforme de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence, au D^r Peter Salama, aujourd'hui décédé, qui a dirigé la mise en œuvre des réformes du Programme au cours des cinq premiers semestres, et à la direction actuelle de l'OMS, qui a continué à mettre en œuvre et à renforcer les réformes de 2016.

¹ Document A69/30 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf, consulté le 19 octobre 2020).

² Décision WHA69(9) (2016).

³ Special report to the Director-General of the World Health Organization (https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/ioac-special-report.pdf?ua=1, consulté le 19 octobre 2020).

7. Il ressort constamment des examens sur dossier, des visites sur le terrain, des enquêtes et des entrevues effectués par le Comité que la réforme de l'action dans les situations d'urgence, de 2016, et la création du Programme ont permis de mettre en valeur l'Organisation en tant qu'entité opérationnelle menant des activités dans les situations d'urgence sanitaire sur le terrain. Le Comité note qu'un système de gestion des incidents fondé sur une « approche programmatique unique » a été institutionnalisé dans le cadre du Programme. Le personnel estime, en général, que la coordination entre les trois niveaux de l'OMS s'est considérablement améliorée. Néanmoins, le Comité observe que l'Organisation, en raison de sa culture et de son système administratif, reste réticente au changement.

8. En 2017, le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, qui venait d'être nommé Directeur général, a exposé la stratégie de l'OMS dans le treizième programme général de travail, 2019-2023,¹ en mettant l'accent sur une transformation institutionnelle harmonisée visant à accroître l'efficacité et à améliorer la coordination et la transparence, tout en faisant de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence une priorité absolue. La mise en œuvre du programme de transformation de l'OMS s'est poursuivie pendant la pandémie de COVID-19, mais le Comité note que la centralisation des fonctions institutionnelles, comme la gestion des ressources humaines et d'autres fonctions transversales, n'a pas encore permis d'obtenir une plus grande efficacité et une meilleure cohésion de l'Organisation.

Gestion des situations d'urgence sanitaire par l'OMS : rôles et responsabilités dans les situations d'urgence et redevabilité

9. La crise liée à la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a montré qu'il était indispensable de préciser le rôle et les responsabilités de l'OMS dans les situations d'urgence et la redevabilité de l'Organisation. À cet égard, le Secrétariat de l'OMS a publié en 2017 la deuxième édition du Cadre d'action d'urgence² pour définir les obligations de l'OMS au titre du RSI et au sein du système humanitaire mondial en tant qu'organisme chef de file du Groupe sectoriel mondial pour la santé du Comité permanent interinstitutions. Le Cadre définit également une approche commune pour l'évaluation des risques, le classement par l'OMS des événements et des urgences de santé publique, le système de gestion des incidents, les normes de performance dans les situations d'urgence, assorties d'indicateurs clés, et les procédures d'intervention d'urgence. Le Comité reconnaît que l'adhésion au Cadre a été de plus en plus cohérente dans les situations d'urgence de grande ampleur et a renforcé la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation. **Toutefois, bien que le Cadre se soit avéré efficace pour gérer les flambées aiguës, il doit encore être adapté aux situations de crise prolongée.**

10. Selon le Cadre, l'action de l'OMS dans les situations d'urgence relève, en dernier ressort, du Directeur général, mais la redevabilité et les responsabilités opérationnelles relatives à la rapidité et à l'efficacité des interventions sont déléguées aux Directeurs régionaux et au Directeur exécutif du Programme, en fonction du niveau et du type d'urgence. Le Comité constate que les situations d'urgence classées sont gérées collectivement et de manière coordonnée aux trois niveaux du Programme, quelle que soit la classification de l'urgence suivant le Cadre. Cela s'explique principalement par les relations de travail solides et cordiales entre les Directeurs régionaux et le Directeur exécutif du Programme, et par la volonté des responsables à tous les niveaux de rendre des comptes aux populations qu'ils desservent, aux États Membres, aux partenaires et aux donateurs. Les mécanismes de coordination interne, les structures de gestion et les processus de prise de décisions se sont considérablement améliorés. **Toutefois, une ambiguïté demeure quant au Cadre et à la mise en œuvre de la redevabilité partagée, des rôles et des responsabilités, de la délégation d'autorité et des relations**

¹ Treizième Programme général de travail, 2019-2023. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>, consulté le 4 octobre 2020).

² Voir <https://www.who.int/hac/about/erf/en/> (consulté le 19 octobre 2020).

hiérarchiques entre le Directeur général, les Directeurs régionaux, le Directeur exécutif du Programme, les Directeurs du Programme dans les Régions, les représentants de l'OMS et les gestionnaires d'incidents.

11. Alors que la proposition de réforme de l'action en situation d'urgence de 2016 était considérée comme ayant été conçue exclusivement depuis le Siège, le Programme a renforcé les bureaux de pays de l'OMS et aidé les bureaux régionaux, dans chaque Région, à jouer un rôle plus important dans la coordination des plateformes régionales et dans la communication d'informations importantes sur les questions géopolitiques qui ont une incidence sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence. Les Directeurs régionaux élus doivent rendre des comptes aux États Membres de leur Région respective et sont responsables de la gestion quotidienne du personnel aux niveaux national et régional et de la gestion des flambées nationales et régionales de maladies infectieuses. De même, le Directeur exécutif du Programme est responsable de l'efficacité institutionnelle de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence, et de leur détection précoce, de leur endiguement et de la riposte aux niveaux national et régional car, comme on l'a vu lors de la crise provoquée par la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et de la pandémie de COVID-19, c'est à partir d'un petit nombre de foyers locaux que toutes les maladies infectieuses se propagent. Compte tenu de la nature des maladies infectieuses, il est impératif que les Directeurs chargés des situations d'urgence dans les Régions et le personnel concerné aux trois niveaux rendent des comptes aux Directeurs régionaux et au Directeur exécutif du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire en cas de flambées de maladies infectieuses. **Le Cadre devrait préciser davantage le rôle et les responsabilités précis de chaque bureau intégré dans le Programme et renforcer les mesures institutionnelles pour qu'il soit strictement respecté, en prévoyant une seule voie hiérarchique en cas de désaccord.**

12. Le respect du cadre de responsabilisation dépend dans une large mesure de l'autorité administrative dont dispose le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire au sein de l'Organisation. En 2016, lors du lancement du Programme, son budget unique indépendant, sa dotation en personnel et son plan de travail relevaient du Directeur exécutif, en consultation avec les Directeurs régionaux. Tout au long de la mise en œuvre du Programme, chaque bureau a ajusté son plan de travail et adapté la structure du Programme en fonction des besoins. Au cours des quatre dernières années, le Programme a mûri et ses difficultés et ses possibilités ont évolué. Dans le cadre du treizième programme général de travail, 2019-2023, et du programme de transformation de l'OMS, on a envisagé d'intégrer le Programme dans la structure de l'OMS afin que les autres parties de la structure puissent mieux collaborer avec lui et tirer parti de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence, tout en permettant au Programme d'établir de meilleurs liens avec tous les niveaux de l'Organisation.

13. **Le Comité souligne que l'action de l'OMS lors des flambées et dans les situations d'urgence doit être prise en compte dans tous les aspects de l'Organisation en tant qu'élément central de son mandat.** Bien que le Programme ne soit pas une entité autonome et que son succès dépende des systèmes de soutien opérationnel et d'autres programmes, le Comité invite instamment l'OMS à trouver un juste équilibre entre l'autonomie et l'intégration du Programme et à prendre les dispositions institutionnelles voulues pour préserver l'autorité administrative et l'autonomie du Programme de toute politisation. Le Comité réaffirme que l'action de l'OMS lors des flambées et dans les situations d'urgence doit rester conforme aux principes humanitaires, en mettant particulièrement l'accent sur l'impartialité, la neutralité et l'indépendance politique.

Systemes administratifs de l'OMS et opérations d'aide d'urgence

14. Pour assurer l'efficacité des interventions d'urgence, il faut disposer d'un système administratif réactif, de procédures normalisées et de processus institutionnels simplifiés. La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a clairement mis en évidence les lacunes de l'OMS à cet égard.

La réforme de 2016 a donc tenu compte du fait que les systèmes d'administration et d'appui étaient des fonctions essentielles du Programme et comprenaient un processus institutionnel de gestion des ressources humaines, des finances, des achats et de la logistique pour soutenir les interventions d'urgence de l'OMS, en vue de suivre une approche « sans regrets ». Le Secrétariat a fait de grands efforts pour instaurer de nouvelles méthodes de travail en intégrant les règles institutionnelles relatives aux urgences dans le Manuel électronique de l'OMS, mais les observations du personnel et des organisations partenaires ont montré qu'il restait de nombreuses limitations quant à la souplesse et à l'efficacité des opérations d'urgence.

15. La délégation d'autorité dans les situations d'urgence a été normalisée dans toutes les Régions en 2017. D'autres orientations sur la mise en œuvre de la délégation d'autorité dans le Système mondial de gestion (GSM) ont été publiées dans le cadre du programme de transformation pour rationaliser le processus et harmoniser les niveaux d'approbation entre les principaux bureaux. Toutefois, l'application de cette délégation d'autorité a été incohérente en raison d'une réticence à la prise de risques au sein de l'Organisation et d'une mauvaise compréhension de la part du personnel participant au processus.

16. Sous la direction du Directeur général, le D^r Tedros, le Programme est devenu une priorité du programme de transformation de l'OMS. Le programme de transformation reconnaissait qu'il était urgent d'améliorer le système administratif et les processus institutionnels qui sous-tendent l'action de l'OMS dans les situations d'urgence. Il visait à trouver des solutions institutionnelles en centralisant les fonctions d'appui essentielles, telles que la communication, la mobilisation des ressources, les ressources humaines, les achats et la sécurité, et en consolidant les structures dans l'ensemble de l'Organisation. Le Comité signale que cette centralisation pourrait affaiblir les fonctions particulières et les processus de fonctionnement souples du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire.¹

17. Il est trop tôt pour évaluer tout l'impact de la centralisation sur le Programme mais le Comité constate que le Département Mobilisation coordonnée des ressources (CRM) a fait la preuve de ses possibilités dans la riposte de l'OMS à la COVID-19. Une collaboration et une interaction étroites entre les dirigeants du Programme et du Département CRM, de vastes processus de consultation et de négociation pour définir en commun des objectifs, des priorités et une répartition des tâches, et l'établissement de liens hiérarchiques doubles pour le personnel du Département CRM avec le Programme et avec le Directeur du Département CRM ont mobilisé d'importantes ressources financières et ont renforcé la confiance des donateurs. Le Comité constate que le Département CRM intègre parfaitement les compétences en matière de mobilisation des ressources dans les situations d'urgence et que l'ensemble du Département est prêt à réaffecter son personnel pour répondre aux crises de grande ampleur. **Le Comité observe également que le succès de la centralisation de la fonction de mobilisation des ressources repose en grande partie sur les bonnes relations professionnelles entre le Directeur exécutif du Programme et la Directrice exécutive chargée des relations extérieures et de la gouvernance, et sur l'engagement de leur personnel.**

18. En mars 2017, le Comité a effectué des missions en Iraq, où il a constaté la frustration du personnel du bureau de pays de l'OMS, à qui il fallait 87 jours en moyenne pour pourvoir de nouveaux postes, depuis le début du processus jusqu'à l'arrivée du nouveau membre du personnel sur le lieu d'affectation. Toutefois, le Comité a constaté en République démocratique du Congo, en mai 2019, que la réforme avait eu un impact positif sur la gestion des ressources humaines. Au 29 avril 2019, 745 personnes avaient été dépêchées sur le terrain, dont 650 avaient été recrutées suivant une procédure accélérée pour intervenir en renfort et étaient titulaires de contrats de consultants. L'équipe chargée des ressources humaines au sein du Programme a réussi à établir des contrats de consultants en 24 heures et

¹ Voir le document A72/6 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_6-fr.pdf, consulté le 20 octobre 2020).

des contrats temporaires en sept jours pour les situations d'urgence. Dans le cadre du programme de transformation, la fonction du Programme relative aux ressources humaines a été centralisée et les modes opératoires normalisés sont restructurés et développés. **Bien qu'une équipe soit chargée de soutenir l'action dans les situations d'urgence au sein Département Ressources humaines, le Programme estime que les procédures sont devenues plus longues et plus contraignantes, avec des niveaux supplémentaires d'examen pour les recrutements.**

19. Le personnel et les partenaires de l'OMS signalent constamment l'existence d'une lacune critique dans le système d'achats et dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement de l'Organisation. D'après les informations disponibles, les retards persistants dans les achats et les livraisons minent la confiance des partenaires dans la capacité et la redevabilité de l'OMS sur le terrain. Dans le cadre du programme de transformation, l'Administration (GMG) de l'OMS et plusieurs Départements de l'Organisation, dont le Programme, collaborent à la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement adaptée aux besoins, qui devrait fournir l'appui nécessaire dans les situations d'urgence sanitaire. Le Comité constate avec satisfaction que le Programme a entamé sérieusement la refonte des processus opérationnels de la chaîne d'approvisionnement afin d'appuyer les interventions dans les situations d'urgence sanitaire, dans le cadre du programme de transformation. **Le Comité note que le Programme a créé la Cellule de coordination interinstitutions pour la chaîne d'approvisionnement dans le cadre de la COVID-19, composée de membres du personnel de l'OMS, du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires et du Programme alimentaire mondial, pour faciliter la riposte à la pandémie de COVID-19.**

20. Après la centralisation de la communication, le Programme continue de collaborer étroitement avec une équipe exclusivement chargée des situations d'urgence au sein du Département Communication du Cabinet du Directeur général. La pandémie de COVID-19 a donné un nouvel élan et a accéléré la mise en place d'une stratégie de communication institutionnelle, a amélioré la communication publique et a accru la visibilité de l'OMS dans le monde. **Le Comité prend acte des importants progrès réalisés mais d'autres améliorations sont nécessaires en termes de redevabilité et de coordination avec le Programme, la Division Relations extérieures et le reste de l'Organisation aux trois niveaux, afin d'utiliser les ressources disponibles de manière optimale et de faire passer des messages cohérents en cas d'urgence de grande ampleur.**

Budget et gestion financière du Programme

21. Au cours de l'exercice biennal 2016-2017, l'OMS a alloué un budget de US \$334 millions pour son action dans les situations d'urgence et a demandé un financement de base supplémentaire de US \$160 millions pour les activités et le personnel qui seraient transférés dans le cadre de la réforme des interventions d'urgence. Le 1^{er} juillet 2016, le Programme a été lancé avec un budget total de US \$494 millions. En novembre 2019, le Programme était financé à hauteur d'environ 90 % de son budget de base, de US \$533 millions pour l'exercice biennal 2018-2019. Tout en constatant que le Programme était mieux à même de lever des fonds, le Comité s'est inquiété de la baisse du financement souple de base alloué au Programme. L'OMS est invitée à accroître l'allocation de fonds souples de base au Programme, en particulier pour soutenir les activités de préparation des pays, pour lesquelles il a été difficile d'obtenir un financement. Le budget du Programme a augmenté d'à peine 7 % au cours des quatre dernières années. Le Comité estime que cette augmentation est insuffisante compte tenu des demandes croissantes auxquelles le Programme doit actuellement répondre pour faire face aux situations d'urgence et de crise humanitaire. En outre, ce budget n'est pas suffisant pour affronter une pandémie mondiale comme celle de COVID-19.

22. Bien que le budget de base soit resté modeste de 2016 à 2020, le Comité note une grande amélioration du soutien financier en faveur des appels, car les réussites du Programme sur le terrain ont renforcé la confiance des donateurs humanitaires envers l'OMS. Au cours de l'exercice biennal 2016-2017, sur un appel total de US \$1,073 milliard pour l'action humanitaire, US \$780 millions ont été reçus et affectés à des situations d'urgence classées. Le Programme a fait état d'un déficit de financement de 6 % seulement par rapport aux besoins totaux, estimés à US \$1,2 milliard pour l'exercice biennal 2018-2019. Le Comité constate que, si la capacité des bureaux de pays de l'OMS dans les situations d'urgence a été renforcée dans les pays prioritaires, il reste difficile de collecter des fonds dans les pays.

23. En 2019, le Fonds de réserve pour les situations d'urgence a permis de recueillir US \$54 millions auprès de 16 pays donateurs. Les États Membres admettent généralement que le Fonds de réserve est essentiel pour que l'OMS puisse répondre aux besoins immédiats en cas d'urgence et empêcher la propagation d'une flambée. Cependant, il a été difficile d'atteindre la capitalisation totale du Fonds, fixée à US \$100 millions, et le dispositif de reconstitution s'est avéré inefficace. Le Comité constate également que des sommes ont été prélevées sur le Fonds à des fins autres que celles prévues, par exemple pour remédier à un grave problème de trésorerie lors de la riposte à la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, ce qui a sérieusement diminué son solde. Le Comité a eu un entretien avec les pays donateurs au Fonds, au cours duquel les États Membres ont mis en doute la pérennité et la transparence du Fonds, ainsi que l'application de critères rigoureux pour son utilisation. Ils ont indiqué au Comité que le caractère ponctuel des demandes de financement était problématique de leur point de vue et qu'une base de donateurs plus large et un flux de financement plus diversifié étaient nécessaires. Les pays donateurs ont également noté un manque de coordination parmi les dispositifs internationaux de financement des situations d'urgence, tels que le mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie et le Fonds central pour les interventions d'urgence.

24. Dans l'ensemble, l'OMS a prouvé qu'elle était en mesure de recueillir des fonds pour gérer les situations d'urgence, et le Programme a progressivement gagné la confiance des donateurs. **Toutefois, le Comité observe un écart important entre les contributions financières des États Membres et leurs attentes à l'égard du Programme. De ce fait, il faut constamment lutter pour mobiliser des ressources et le personnel est contraint de répondre simultanément à des priorités concurrentes.** L'Organisation est confrontée à des difficultés financières chroniques : manque de financement prévisible et souple, priorités concurrentes, forte dépendance à l'égard d'un nombre limité de donateurs et lassitude des donateurs. En outre, alors que l'OMS joue un rôle de plus en plus important dans les situations d'urgence de grande ampleur, les risques inhérents aux interventions dans les États fragiles ont considérablement augmenté, comme en témoignent les allégations contre le bureau de l'OMS au Yémen en 2018. Le Comité note que le Secrétariat a élaboré un plan d'action pour améliorer la capacité et l'efficacité du bureau du Yémen en matière de finances et d'administration, qui doit être pleinement mis en œuvre d'ici à la fin de l'année 2020. **Le Comité souligne que les opérations du Programme doivent absolument être transparentes et qu'il faut impérativement lutter contre la collusion, la fraude et la corruption.**

Personnel du Programme

25. En novembre 2016, 1396 postes étaient prévus pour le Programme dans l'ensemble de l'Organisation. Il était proposé de les répartir comme suit : 50 % au niveau des pays, 25 % dans les six bureaux régionaux et 25 % au Siège de l'OMS. En novembre 2019, le nombre de postes est passé à 1583 ; ils sont répartis comme suit : 46 % dans les bureaux de pays, 30 % dans les six bureaux régionaux et 24 % au Siège de l'OMS. À l'heure actuelle, le Programme compte 1064 membres du personnel et 519 postes vacants, principalement en raison d'un financement insuffisant. Environ 70 % des postes prévus dans les bureaux de pays ont été pourvus. Une enquête du Comité auprès des représentants de l'OMS a confirmé que le Programme avait renforcé la capacité des ressources humaines

des bureaux de pays. Toutefois, les représentants de l’OMS affirment que le personnel au niveau des pays est insuffisant et que la pandémie de COVID-19 a montré que le modèle de fonctionnement dans les pays devait être revu.

26. Le Comité constate que la coordination et la direction par l’OMS du groupe sectoriel pour la santé dans les situations d’urgence prolongées s’est considérablement améliorée. **Toutefois, peu de postes ont été pourvus au sein du groupe sectoriel pour la santé au cours des quatre dernières années.** En décembre 2019, six des 30 groupes sectoriels pour la santé n’avaient pas de coordonnateur à temps plein, et un membre du personnel assurait la coordination à temps partiel tout en s’acquittant d’autres fonctions au Bureau régional ou au bureau de pays de l’OMS. Seuls 14 des groupes sectoriels pour la santé disposaient de spécialistes de la gestion de l’information affectés à cette seule fonction, la plupart ayant été embauchés pour des contrats courts reposant sur des financements occasionnels, ou déployés par l’intermédiaire de partenaires de réserve. Le manque de candidats valables et le financement insuffisant sont quelques-uns des obstacles au recrutement. **Il faudrait envisager d’améliorer les modalités de recrutement et le processus de sélection afin de trouver des candidats ayant des compétences qui correspondent aux besoins spécifiques de chaque pays, de mettre au point un système de liste interne pour les coordonnateurs potentiels des groupes sectoriels pour la santé et les responsables de la gestion de l’information, et d’améliorer la formation, l’orientation et l’autonomisation des coordonnateurs des groupes sectoriels.**

27. La pandémie de COVID-19 a montré au monde toute l’importance des fonctions essentielles de l’OMS en matière d’élaboration de normes et de politiques et a **révélé qu’il fallait renforcer les capacités et l’expertise du personnel du Programme dans les domaines des maladies infectieuses et des sciences sociales. Les compétences disponibles en interne devraient également être mises à profit, en envoyant du personnel en renfort ou en le réaffectant pour soutenir les interventions d’urgence.** D’après les conclusions du rapport intérimaire du Comité sur la riposte de l’OMS à la COVID-19,¹ le Programme devrait s’appuyer davantage sur les centres collaborateurs de l’OMS, des réseaux d’experts, tels que les organes consultatifs techniques, et des instituts de santé publique pour maintenir un équilibre entre la rigueur technique et l’élaboration rapide d’orientations politiques.

28. Le Programme fonctionne constamment dans des conditions d’urgence depuis son lancement en 2016, et le personnel est donc évidemment sous pression. **Le Comité estime qu’il faut accorder une attention particulière au recrutement et à la progression de carrière du personnel qui intervient dans les situations d’urgence dans des lieux d’affectation extrêmement difficiles.** Il constate que la mise en œuvre du programme de transformation de l’OMS a permis de progresser sensiblement dans le développement du personnel, l’apprentissage et les récompenses pour les personnes les plus efficaces, avec des incitations adaptées pour le personnel soumis à un stress exceptionnel. **Toutefois, l’acquisition des talents, la fidélisation du personnel et la gestion des services demeurent préoccupantes et doivent être renforcées.**

29. Au cours de ses visites sur le terrain, le Comité a relevé de graves lacunes concernant les capacités et la gestion de l’OMS en matière de sécurité ainsi que les mesures de protection du personnel. Dans ses rapports précédents, **le Comité a recommandé à maintes reprises à l’OMS d’investir dans ses propres moyens de sécurité lors de la mise en œuvre du Programme. Le Comité s’inquiète du fait que le recrutement pour la sécurité de l’OMS au Siège ne soit pas achevé et que le poste de chef des services de sécurité de l’OMS ait été rétrogradé de D1 à P5. Le fonctionnement de la sécurité de l’OMS en termes de rapports hiérarchiques, de redevabilité et de coordination entre les bureaux sur le terrain, les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège de l’OMS n’est**

¹ Voir https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-interim-report-on-COVID-19.pdf?ua=1 (consulté le 20 octobre 2020).

pas non plus clairement établi. L'insécurité continue d'exposer le personnel de l'OMS sur le terrain à un niveau élevé de risque, ce qui l'empêche d'intervenir efficacement dans les communautés touchées.

30. Lors de la mise en œuvre de la réforme de 2016, la nécessité absolue d'intégrer tous les membres du personnel des départements qui intervenaient dans les situations d'urgence et de les faire travailler ensemble pour mettre en place le Programme a empêché l'Organisation d'assurer pleinement l'équilibre entre les sexes, la diversité, l'inclusion et la mise en place d'un système approprié de réclamation et de réparation. En février 2019, en réponse à des allégations anonymes selon lesquelles le Programme présentait des lacunes dans certains de ces domaines, le Directeur général a demandé au Comité d'examiner les questions ayant une incidence sur le moral du personnel et empêchant le Programme de fonctionner de manière optimale. Le Comité a conclu que ces questions concernaient également l'ensemble de l'OMS et des bureaux régionaux et a recommandé une série de mesures à l'échelle de l'Organisation. **Le Comité constate avec satisfaction que les ressources humaines du Programme sont plus diverses, mais il craint que peu de progrès aient été réalisés depuis dans le cadre de la politique et des systèmes institutionnels. Il note également que l'enquête sur les allégations n'est pas encore terminée, tandis que la réputation des membres du personnel du Programme cités dans ces allégations reste gravement compromise.**

Partenariats

31. Au cours des quatre dernières années, le Programme a progressivement renforcé ses relations avec les États Membres et d'autres parties prenantes habituelles, élargi les partenariats avec la société civile et le secteur privé et affirmé son rôle dans les principales plateformes de partenariat pour les urgences humanitaires et de santé publique. Face à la COVID-19, l'OMS a convoqué des experts mondiaux et mis en place de nombreuses initiatives et plateformes, telles que l'essai Solidarity¹ et le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT).²

32. Les conclusions du Comité à l'issue des visites sur le terrain ont confirmé que les partenariats opérationnels et le leadership de l'OMS au sein de l'architecture humanitaire se sont aussi considérablement améliorés. Toutefois, **le Comité constate que l'efficacité de l'OMS au sein du groupe sectoriel pour la santé et l'interaction avec les partenaires sur le terrain dépend fortement de la capacité des coordonnateurs. Des mesures systématiques et un soutien institutionnel aux coordonnateurs des groupes sectoriels pour la santé s'imposent pour que l'OMS assure une coordination solide et un soutien technique et opérationnel pour les partenaires sur le terrain, par l'intermédiaire du système de groupes sectoriels pour la santé.**

33. L'OMS a joué son rôle en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies dans le domaine de la santé à la tête de l'Équipe de gestion des crises de l'ONU pour la COVID-19. Cette équipe, activée le 4 février 2020, coordonne l'ensemble du système des Nations Unies pour aider les pays à faire face à la pandémie de COVID-19. Réunissant à la fois des partenaires humanitaires et des partenaires du développement sous la direction de l'OMS, elle est devenue un important réseau de coordination pour l'action humanitaire mondiale face à la COVID-19, facilitant la mise en œuvre des recommandations de l'OMS dans les pays qui disposent de peu de ressources et atténuant les conséquences socioéconomiques de la pandémie dans les États fragiles. **Le Comité prend note des commentaires positifs et de la reconnaissance par les partenaires des Nations Unies du leadership de l'OMS au niveau mondial et sur le terrain.**

¹ Pour plus d'informations, voir <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments> (consulté le 29 septembre 2020).

² Pour plus d'informations, voir <https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator> (consulté le 29 septembre 2020).

34. Le Comité prend également acte des efforts soutenus déployés par le Programme pour participer aux réseaux partenaires de l'OMS, les approfondir et renforcer leurs capacités, tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), l'Équipe de gestion des situations d'urgence (EMT) et les accords avec les partenaires en attente, afin d'augmenter la réserve de compétences et de ressources pour un éventail de dangers, et d'en tirer parti. **Il faut toutefois préciser davantage la structure de gouvernance, le rôle et les responsabilités des partenariats de l'OMS, ainsi que les mécanismes de coordination.**

Recherche-développement

35. Dans le cadre de la réforme de 2016, l'OMS a réuni une vaste coalition mondiale d'experts pour élaborer un schéma directeur et une plateforme pour accélérer la recherche-développement afin d'assurer le lancement rapide des activités de recherche-développement pendant les épidémies (le schéma directeur de la recherche-développement).¹ Les travaux réalisés dans le cadre du schéma directeur de la recherche-développement ont facilité l'introduction, en 2018-2019, de quatre nouveaux traitements et la vaccination à grande échelle contre la maladie à virus Ebola dans les provinces de l'Équateur et du Kivu en République démocratique du Congo. Le Comité a su que, dans le cadre de la riposte à la COVID-19, le schéma directeur de la recherche-développement a facilité l'organisation d'essais multinationaux de vaccins et de traitements en uniformisant les protocoles et en tirant parti des capacités nationales. Le schéma directeur de la recherche-développement est géré conjointement par le Programme et par la Division des sciences, la mobilisation des ressources étant centralisée. Bien qu'aucun cadre de redevabilité ne soit en place, le schéma directeur de la recherche-développement a bien fonctionné, en partie grâce à l'engagement personnel de la Scientifique-Cheffe et du Directeur exécutif du Programme et aux relations cordiales entre eux.

36. La pandémie de COVID-19 a permis de réaffirmer plus clairement que jamais le rôle normatif essentiel de l'OMS. La création, dans le cadre du programme de transformation, d'une nouvelle Division des sciences s'est avérée particulièrement utile pour appuyer le mandat de l'Organisation pendant la pandémie. Le Comité constate que la Division des sciences collabore étroitement avec le Programme pour garantir la rigueur médicale et scientifique de la riposte à la COVID-19 grâce aux plateformes de recherche de l'OMS et à la création d'un comité d'examen des publications, coprésidé par de hauts responsables du Programme et de la Division des sciences.

37. Le niveau de collaboration entre les chercheurs au niveau mondial et la volonté de partager les résultats relatifs à la COVID-19 sont sans précédent. Comme il est urgent de trouver un traitement et des vaccins efficaces au cours de l'année à venir, le **Comité étudiera dans quelle mesure l'OMS parvient à fournir une plateforme, à faciliter les activités de recherche et à accélérer la mise au point et la fabrication de vaccins contre la COVID-19, et à en garantir l'accès juste et équitable à tous les pays.**

Règlement sanitaire international (2005)

38. La pandémie de COVID-19 a soulevé des questions fondamentales concernant la pertinence des dispositions actuelles du RSI et l'efficacité des mécanismes et outils existants pour prévenir la propagation internationale des maladies. Dans son rapport intérimaire sur la COVID-19, le Comité a recommandé de revoir les devoirs des États Membres ainsi que le rôle et les responsabilités attribués au Secrétariat de l'OMS dans le cadre du RSI. Le Comité réaffirme que le Secrétariat de l'OMS prend

¹ Voir l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé (https://www.who.int/research-observatory/analyses/rd_blueprint/en/, consulté le 29 septembre 2020).

des mesures en fonction de ses devoirs et responsabilités au titre du RSI et en fonction du respect du RSI par les États Membres dans leurs interventions face aux crises, ce qui devrait être pris en considération lors de l'examen de la riposte de l'OMS à la COVID-19.

39. Le Comité note que la fonction essentielle de l'OMS au titre du RSI a été intégrée dans la structure du Programme. Entre 2016 et 2019, afin de renforcer les capacités de prévenir, de détecter et de contrer rapidement les menaces pour la santé publique au niveau national, le Secrétariat de l'OMS a aidé plus de 100 pays à entreprendre des évaluations externes conjointes dans toutes les Régions et 65 pays à achever leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. Tout en prenant acte des progrès réalisés, le Comité prévient que les investissements dans la préparation ont été insuffisants et qu'il est difficile de déterminer l'impact de l'action de l'OMS sur le renforcement des principales capacités au titre du RSI.

40. Il ressort du rapport intérimaire du Comité sur la riposte de l'OMS à la COVID-19 que la majorité des pays semblaient mal préparés, ce qui indique qu'il n'y a pas de lien évident entre le score à l'évaluation externe et la préparation et la riposte réelles des pays dans le cas d'une pandémie de cette ampleur. Le Comité souligne que l'une des principales fonctions du Programme est d'aider les États Membres à renforcer leurs principales capacités au titre du RSI et que le Secrétariat devrait examiner les outils et mécanismes existants à la lumière de la COVID-19 et des enseignements tirés. À cet égard, il faut tenir compte du leadership national, de l'approche englobant l'ensemble des pouvoirs publics, des moyens au niveau infranational et de l'autonomisation et de la résilience des communautés.

41. La crise provoquée par la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a soulevé des questions liées à la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a montré que la communauté internationale ne comprenait pas bien ce que signifiait une USPPI. Le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte a étudié la possibilité d'un niveau intermédiaire de déclaration, mais la détermination d'une USPPI est restée une décision binaire. **Le Comité considère opportun d'instaurer un système de classement dont les critères et les conséquences pratiques pour les pays seraient clairs, afin d'alerter et de faire participer l'ensemble de la communauté internationale plus tôt lors d'une crise sanitaire.**

PARTIE 3. RECOMMANDATIONS

42. Le Comité suit la mise en œuvre de la réforme de 2016 depuis la création du Programme, assure la supervision de ses activités lors des flambées et dans les situations d'urgence et présente régulièrement des conclusions et des recommandations aux organes directeurs de l'OMS. À l'issue de son deuxième mandat de deux ans, le Comité a procédé à un examen de la mise en œuvre de ses recommandations précédentes sur quatre ans. Dans l'ensemble, le Comité est satisfait des réalisations et est impressionné par le dévouement et l'assiduité du Secrétariat, qui s'efforce de concrétiser les ambitions du Programme. Le Comité félicite l'OMS d'avoir considérablement progressé s'agissant de son action dans les situations d'urgence aiguë et de crise prolongée, grâce aux qualités de dirigeant du Directeur général, des Directeurs régionaux et du Directeur exécutif du Programme. Le Comité réaffirme les observations qui figurent dans ses sept rapports précédents¹ et dans son rapport intérimaire sur la riposte de l'OMS à la COVID-19, et formule d'autres recommandations portant sur certains domaines pour achever la réforme de 2016 et donner de nouvelles orientations pour l'action de l'OMS dans les situations d'urgence, comme suit :

¹ Documents EB140/8, A70/8, EB142/8, A71/5, EB144/8, A72/6 et EB146/16 (<https://apps.who.int/gb/gov/fr/index.html>, consulté le 26 octobre 2020).

Recommandation 1. Il est capital de réaffirmer le rôle et les responsabilités de l'OMS dans les situations d'urgence et d'institutionnaliser la mise en œuvre des autorités et processus administratifs établis. Le Comité recommande :

- a) d'améliorer encore l'agilité et la flexibilité du Programme en lui donnant un niveau adapté d'autonomie et d'autorité suivant le principe d'une structure unique, d'un budget unique, d'un plan de travail unique pour le personnel et d'un cadre de résultats commun au Siège et à tous les bureaux régionaux de l'OMS. La responsabilité administrative du Programme incombe à son Directeur exécutif, qui est placé directement sous l'autorité du Directeur général ;
- b) d'actualiser la deuxième édition du Cadre d'action d'urgence, en précisant explicitement le rôle et les responsabilités de chaque intervenant et de mettre à jour les processus de gestion de l'ensemble des risques, liés à des événements aigus ou à des crises prolongées ;
- c) de partager la responsabilité concernant les événements liés aux risques infectieux et aux autres situations d'urgence sanitaire susceptibles de s'étendre à l'échelle internationale entre les Directeurs régionaux et le Directeur exécutif du Programme, collectivement responsables de la gestion quotidienne de ces événements. Le rôle et les responsabilités de chaque intervenant et les processus mis à jour de gestion de l'ensemble des risques devraient être inscrits dans le Cadre d'intervention d'urgence ;
- d) de confier conjointement aux Directeurs régionaux et au Directeur exécutif du Programme le recrutement et la nomination des directeurs chargés des situations d'urgence au niveau régional. En cas de désaccord, la décision revient au Directeur général. Les directeurs chargés des situations d'urgence au niveau régional devraient avoir une délégation d'autorité pour gérer les situations d'urgence dans leur Région respective et être placés directement sous l'autorité du Directeur régional et du Directeur exécutif du Programme ; et
- e) d'organiser un dialogue officiel afin de trouver un dispositif/une plateforme susceptible de faciliter la collaboration des États Membres avec le Secrétariat de l'OMS pour qu'un milliard de personnes supplémentaires soient mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire, conformément au treizième programme général de travail, 2019-2023, et pour que l'autorité et les capacités de l'OMS correspondent aux attentes des États Membres, afin que le Programme traite les situations d'urgence suivant un principe de redevabilité mutuelle. Cette plateforme devrait aussi institutionnaliser les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence et de promouvoir le respect du RSI par les États Membres.

Recommandation 2. Les systèmes et processus de l'OMS en matière d'administration, de gestion des subventions, de gestion des ressources humaines et d'achats devraient permettre au Programme d'intervenir efficacement dans les situations d'urgence sur le terrain. La centralisation des fonctions d'appui doit garantir l'agilité, la flexibilité et l'efficacité du Programme. Le Comité recommande :

- a) d'établir des indicateurs de performance essentiels pour toutes les fonctions centralisées (ressources humaines, communication, mobilisation des ressources, achats et sécurité) afin de suivre leur impact sur les opérations d'urgence de l'OMS. Ces indicateurs devraient être définis conjointement par le Programme et par les divisions concernées, et des rapports périodiques devraient être soumis au Comité ;

-
- b) de mettre en place des équipes dédiées au sein des divisions fonctionnelles centralisées pour apporter un soutien dans les situations d'urgence. Ces équipes seraient placées sous l'autorité à la fois du Programme et des divisions concernées ;
 - c) au Programme de tirer parti du programme de transformation de l'OMS pour promouvoir une approche « sans regrets » de l'action d'urgence dans l'ensemble de l'Organisation pour toutes les fonctions opérationnelles et les systèmes administratifs, en particulier la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; et
 - d) à l'OMS d'investir dans sa propre sécurité, en définissant clairement un cadre de redevabilité prévoyant un lien hiérarchique double et un mécanisme de coordination entre les bureaux sur le terrain, les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS. L'insécurité continue d'exposer le personnel de l'OMS sur le terrain à un niveau élevé de risque, ce qui l'empêche considérablement d'intervenir efficacement dans les communautés touchées.

Recommandation 3. Le Programme doit absolument disposer d'un financement prévisible et souple pour continuer à mener des activités stratégiques en vue de renforcer la préparation des pays et de mettre rapidement en œuvre toutes les interventions nécessaires en cas de situation d'urgence aiguë. La capacité de l'OMS à recueillir des fonds pour les situations d'urgence dépend toujours de l'optimisation des ressources que le Programme a réussi à prouver au fil du temps. Les aspirations du Programme devraient être à la mesure de l'engagement des États Membres à y contribuer. Le Comité recommande :

- a) d'inviter les États Membres à envisager une augmentation des contributions fixées. Cela permettrait au Directeur général d'améliorer la pérennité et la prévisibilité du financement du Programme en augmentant l'allocation au budget ordinaire de l'OMS, tout en élargissant la base de financement et en faisant preuve d'une plus grande solidarité mondiale, sans s'appuyer principalement sur les contributions volontaires de quelques pays. Le Comité recommande aussi d'allouer au Programme la proportion accrue des fonds souples de base de l'OMS. Le Programme devrait aussi privilégier les ressources existantes de manière plus efficace et plus transparente, en faisant ressortir les liens entre des ressources et des résultats précis, en définissant des critères d'évaluation des progrès réalisés par rapport aux résultats à atteindre et en établissant des processus de suivi rigoureux des dépenses et des rapports d'une manière plus complète ;
- b) de clarifier les relations et la répartition des tâches entre le Fonds de réserve pour les situations d'urgence et les autres sources de financement humanitaire alimentées par des donateurs dans les situations d'urgence sanitaire. Préciser quels fonds devraient être utilisés et dans quelles circonstances aiderait l'OMS et les donateurs à planifier les interventions d'urgence de manière plus efficiente et plus efficace ; et
- c) de repenser le dispositif de reconstitution, les critères de déblocage des fonds et les processus de fonctionnement du Fonds de réserve pour les situations d'urgence. Il faut déterminer si le Fonds de réserve doit être partiellement financé par le budget de base de l'OMS ou si d'autres sources de financement, y compris du secteur privé et des fondations, devraient également être envisagées.

Recommandation 4. La pandémie de COVID-19 a montré toute l'importance de la fonction normative de l'OMS. Le Comité se félicite de l'intensité croissante de la collaboration entre le Programme et la Division des sciences. Le Comité recommande :

- a) au Programme et à la Division des sciences de collaborer avec d'autres divisions de l'Organisation pour mettre en œuvre le plan de travail conjoint relatif au schéma directeur de recherche-développement, en définissant les besoins de financement, le cadre de suivi commun et un système de lien hiérarchique double avec le Directeur exécutif du Programme et avec la Scientifique-chef. En dernier ressort, c'est le Directeur exécutif du Programme qui est responsable de l'efficacité du schéma directeur de la recherche-développement dans le cadre des opérations d'urgence ;
- b) à l'OMS de renforcer les capacités du Programme à donner des conseils scientifiques et des orientations techniques et d'institutionnaliser le mécanisme permettant de privilégier les domaines dans lesquels il faut des orientations en urgence et d'accélérer le processus d'examen et de publication, qui a été mis en place pour fournir rapidement des lignes directrices sur la COVID-19. Le Programme est invité à renforcer la collaboration avec les organes consultatifs techniques existants tels que le Groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux et le GOARN, et à renforcer encore les partenariats avec les centres collaborateurs de l'OMS, les instituts de santé publique et d'autres groupes techniques et d'experts afin d'améliorer la rigueur scientifique et technique ainsi que les délais grâce à un accès rapide à des moyens supplémentaires ;
- c) à l'OMS d'obtenir des ressources pour maintenir et accroître les compétences techniques essentielles au sein du Programme au Siège et pour permettre au Programme de mobiliser des experts en interne quand des renforts sont nécessaires. Des mesures et des systèmes institutionnels doivent être en place pour que des membres du personnel d'autres divisions puissent être libérés rapidement, si nécessaire ;
- d) au Programme de tenir compte des conséquences socioéconomiques et sur l'égalité des sexes de la préparation aux urgences de santé publique, de l'action pour y faire face, du relèvement et de ses interventions, en créant une petite équipe de spécialistes en sciences sociales et d'experts en matière d'égalité des sexes dans le cadre du Programme, guidée par un groupe consultatif externe ou un réseau d'experts ;
- e) à l'OMS de participer activement et durablement aux efforts mondiaux visant à promouvoir un accès équitable aux vaccins et aux traitements contre la COVID-19.

Recommandation 5. La santé mondiale relève d'une responsabilité partagée et les États Membres doivent jouer leur rôle. Le Comité se félicite de la création du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie¹ et du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) au cours de la riposte à la COVID-19² et affirme son engagement à appuyer leurs travaux en cours à cet égard. Le Comité recommande :

- a) aux États Membres de veiller à ce que leurs attentes à l'égard de l'OMS soient conformes à l'autorité qu'ils accordent au Secrétariat et à ce que l'Organisation ait les moyens de jouer son rôle, tel qu'il est recommandé et réaffirmé dans une nouvelle version du RSI, sous la direction du Comité d'examen du RSI ;

¹ Pour plus d'informations, voir <https://www.who.int/fr/news/item/09-07-2020-independent-evaluation-of-global-covid-19-response-announced> (consulté le 29 septembre 2020).

² Pour plus d'informations, voir <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19> (consulté le 29 septembre 2020).

- b) d'instaurer un système de classement des USPPI en définissant des critères clairs et des conséquences pratiques pour les pays, sous la direction et suivant les recommandations du Comité d'examen du RSI, pour faciliter la préparation, l'action préventive et l'allocation de ressources au début des flambées, ce qui pourrait éviter que celles-ci prennent de l'ampleur. Ce système de classement doit être lié à un ensemble de mesures contraignantes conformes aux dispositions du RSI ;
- c) au Secrétariat de l'OMS de simplifier encore le processus de présentation des rapports et d'aider les pays à renforcer leurs capacités à donner les informations requises au titre du RSI ;
- d) d'examiner et d'améliorer l'adéquation des évaluations externes conjointes et des autres outils existants pour appuyer la préparation des pays, sur la base des enseignements tirés de la préparation et de la riposte à la pandémie de COVID-19, sous la direction du Comité d'examen du RSI ; et
- e) d'instaurer des mécanismes d'examen collégial, des plateformes et des mesures incitatives et de les intégrer dans la structure des organes directeurs afin de garantir la transparence, d'éviter la politisation et de promouvoir le RSI et le respect de ses dispositions par les États Membres.

Observations finales

43. Au cours des quatre dernières années, le Programme a démontré sa capacité à gérer de multiples situations d'urgence et a contribué à affirmer la position de l'OMS en tant qu'institution mondiale de premier plan dans le domaine de la santé. Dans l'ensemble, le fonctionnement du Programme a permis de remporter de nombreux succès et l'OMS s'est avérée être un partenaire fiable et compétent pour les gouvernements, les institutions des Nations Unies, les membres du groupe sectoriel pour la santé, les organisations non gouvernementales et les donateurs. Mais la pandémie de COVID-19 a mis en évidence les défis auxquels l'OMS est confrontée dans la gestion d'une pandémie mondiale et a placé le Programme sous l'œil critique de l'opinion publique mondiale. Il faut rappeler que la réforme de 2016 et le lancement du Programme ont représenté un changement profond pour l'Organisation, qui a pour origine les douloureux enseignements tirés de la crise provoquée par la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Cette crise a façonné la structure et la conception actuelles du Programme, qui est donc en mesure de faire face à de multiples événements d'une gravité et d'une ampleur similaires dans le monde, mais pas à une pandémie mondiale. En revenant à la genèse du Programme et en examinant ses performances au cours des premiers mois de l'épidémie de COVID-19,¹ le Comité confirme que le Programme a atteint les objectifs fixés en 2016, mais l'Organisation devra encore faire d'autres réformes pour devenir garante de la santé publique mondiale. Ce moment doit donc être considéré comme déterminant pour la santé mondiale. Le Comité réaffirme qu'il s'engage à assurer la supervision et à donner des conseils pour que le Programme continue de progresser dans tous ses domaines d'activité, opérationnels, techniques et normatifs, afin de permettre à l'OMS de jouer son rôle dans la protection de la santé des populations à travers le monde.

**Felicity Harvey (Présidente), Walid Ammar, Hiroyoshi Endo, Geeta Rao Gupta,
Jeremy Konyndyk, Precious Matsoso,² Theresa Tam**

= = =

¹ IOAC interim report on WHO's response to COVID-19 (https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-interim-report-on-COVID-19.pdf?ua=1, consulté le 21 octobre 2020).

² Precious Matsoso a été Présidente du Comité de mai 2016 à mai 2018 et membre honoraire du Comité de mai 2018 à août 2020, date à laquelle elle a été nommée membre du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (<https://www.theindependentpanel.org/panel-members>, consulté le 21 octobre 2020).