



Rapport du vérificateur intérieur des comptes

Rapport de vérification intérieure et d'enquête

1. Le Bureau des services de contrôle interne (ci-après le « Bureau ») transmet ci-après son rapport annuel pour l'année 2025 à l'Assemblée mondiale de la Santé.
2. La règle XII (vérification intérieure) des Règles de gestion financière définit le mandat du Bureau. Le paragraphe 112.3.e) de la règle XII prévoit que le Bureau soumette chaque année au Directeur général un rapport succinct sur ses activités, y compris leur orientation et leur portée, ainsi que sur les progrès de la mise en œuvre des recommandations issues de la vérification intérieure. Il dispose également que le rapport est soumis à l'Assemblée de la Santé en même temps que les observations jugées nécessaires.
3. Conformément à son mandat, le Bureau effectue des contrôles au moyen de services indépendants de vérification, d'évaluation et d'enquête, renforçant ainsi la responsabilisation, l'intégrité et l'apprentissage institutionnel et améliorant les résultats de l'Organisation. Dans le cadre du réalignement stratégique de l'Organisation, le Bureau de l'évaluation a été intégré au Bureau des services de contrôle interne en juillet 2025. Cette mesure a permis de renforcer le contrôle indépendant grâce à un meilleur alignement des fonctions d'évaluation et de contrôle, à l'amélioration de la coordination et des synergies, ainsi qu'à une utilisation plus efficace des ressources, tout en préservant les différents mandats de chaque fonction.
4. La composante d'évaluation de la fonction du Bureau est présentée séparément.¹
5. Le Bureau aide l'OMS à atteindre ses objectifs en suivant une approche systématique et rigoureuse pour évaluer et améliorer l'efficacité de la gouvernance, de la gestion des risques et des processus de contrôle, de manière à fournir des garanties raisonnables :
 - que les risques sont définis et gérés de façon appropriée ;
 - que l'interaction avec les différents groupes chargés de la gouvernance au sein du Secrétariat se déroule conformément à l'ensemble de la réglementation applicable ;

¹ Voir le document EB159/4.

- que l'information financière, gestionnaire, programmatique et opérationnelle importante est exacte, fiable et obtenue rapidement ;
- que l'ensemble des membres du personnel agissent conformément aux règlements, aux règles, aux politiques, aux normes et aux procédures de l'Organisation ;
- que les ressources sont obtenues de façon économique, utilisées efficacement et correctement protégées ;
- que la mise en œuvre des programmes et des plans et la réalisation des objectifs contribuent à l'obtention de résultats durables ; et
- que les processus de contrôle interne de l'Organisation favorisent la qualité et l'amélioration constante.

6. Le Bureau est autorisé à accéder librement, promptement et sans restriction à tous les dossiers, biens, membres du personnel, opérations et fonctions de l'Organisation qui, selon lui, intéressent la question qu'il examine.

Déclaration d'indépendance

7. Le Bureau confirme son indépendance au sein de l'Organisation en 2025. Il a pu, sans aucune ingérence de la direction, déterminer la portée de ses vérifications internes, de ses avis ou de ses enquêtes, mener à bien ses travaux ou communiquer ses résultats.

Objectif et portée des travaux

8. Conformément à son mandat, le Bureau fournit des services de vérification, d'évaluation et d'enquête à l'OMS. Il fournit en outre des services de vérification et d'enquête à certaines entités hébergées par l'OMS (par exemple, au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA),² au Centre international de calcul des Nations Unies (CIC) et à Unitaid), ainsi qu'au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Dans la Région des Amériques, le Bureau s'appuie sur les activités menées par le Bureau de l'audit interne de l'Organisation panaméricaine de la Santé concernant la gestion des risques, le contrôle et la gouvernance (voir le paragraphe 133).

Gestion du Bureau des services de contrôle interne

9. Le Bureau, qui relève directement du Directeur général, applique les normes mondiales d'audit interne promulguées par l'Institut des auditeurs internes et adoptées pour l'ensemble du système des Nations Unies ainsi que les Principes et lignes directrices uniformes en matière d'enquête approuvés par la Dixième Conférence des enquêteurs internationaux.

² L'ONUSIDA finance l'équivalent d'un poste consacré à la vérification de la classe P-5 pour les vérifications du Programme conjoint. Le Bureau a conclu un accord de niveau de service pour orienter les activités à mener.

Ressources et affectations

10. Le budget du Bureau pour l'exercice biennal 2024-2025 s'est élevé à 25 millions de dollars des États-Unis (USD).³

11. Suite au réalignement stratégique de l'Organisation, le budget programme du Bureau pour 2025 a été révisé et la structure organisationnelle du Bureau a été ajustée en conséquence. Dans le cadre de ces mesures, les services de vérification ont supprimé trois postes de vérificateur vacants. Les Services d'enquête ont supprimé neuf postes vacants et mis fin à 12 contrats de consultants.

12. Le Bureau des services de contrôle interne se compose d'une directrice, d'une cheffe des Services de vérification, d'une cheffe par intérim des Services d'enquête et d'un chef des Services d'évaluation.⁴ Les Services de vérification comptent neuf vérificateurs et vérificatrices, une personne en charge de l'analyse des données et un membre du personnel d'appui (44 % de femmes et 56 % d'hommes). Les Services d'enquête comptent 10,5 postes inscrits au budget, à savoir celui de cheffe des Services d'enquête et 9,5 postes de la catégorie professionnelle titulaires de contrats à durée déterminée, auxquels s'ajoute un budget de financement des activités correspondant à 10 enquêteurs-consultants et enquêtrices-consultantes en équivalent temps plein répartis dans trois équipes opérationnelles :
a) inconduite envers des personnes (inconduite sexuelle et comportements abusifs) ;
b) pratiques financières répréhensibles ; et c) soutien opérationnel et analyse des données.

13. En raison de leur dépendance excessive à l'égard du soutien extérieur, des capacités internes limitées et du nombre élevé de cas traités chaque année, les Services d'enquête restent confrontés à des difficultés pour gérer l'ensemble de leurs dossiers. Il est fondamental qu'ils disposent de ressources pérennes, y compris d'un financement suffisant pour le personnel de la catégorie professionnelle et le personnel d'appui, afin de pouvoir s'acquitter de manière efficace et efficiente de leurs fonctions essentielles d'enquête.

Planification et établissement de rapports

14. Pour pouvoir s'acquitter de son mandat, le Bureau engage des frais liés aux ressources humaines, aux voyages, aux services de consultantes et consultants, et aux fournitures nécessaires à son fonctionnement. En 2025, les dépenses ont fait l'objet d'un suivi constant dans un souci d'efficience, d'efficacité et d'optimisation des ressources. Le Bureau a couvert ses dépenses pour 2025.

15. Le Bureau a privilégié et adopté une approche souple pour mettre à jour son plan de travail et il a ajusté son calendrier afin de tenir compte de tout facteur imprévu ayant une incidence sur les tâches à accomplir. Afin d'assurer le contrôle interne le plus complet possible, le Bureau :

³ 2,4 millions USD pour la Direction (dont le budget correspondant aux contrats d'appui administratif pour les enquêtes), 7,3 millions USD pour la vérification des comptes et 15,3 millions USD pour les enquêtes.

⁴ Comme indiqué au paragraphe 4 du présent rapport, la composante d'évaluation de la fonction du Bureau est présentée séparément (voir le document EB159/4).

- affine constamment son modèle d'évaluation des risques et alloue ses ressources aux domaines où les risques sont les plus élevés ;
- réexamine périodiquement et adapte son approche de la vérification intégrée, opérationnelle et/ou sur dossier ;
- utilise des rapports abrégés pour les vérifications intégrées, les vérifications opérationnelles et les examens consultatifs ;
- utilise un logiciel de gestion d'audit pour le traitement électronique des documents de travail et le suivi de la mise en œuvre des recommandations ;
- applique des critères cohérents et étayés pour classer par ordre de priorité les rapports sur des irrégularités présumées appelant une enquête. Bien que la priorité absolue soit donnée aux enquêtes sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels, de harcèlement sexuel et d'agression sexuelle, ces critères sont également appliqués à toutes les formes de pratiques répréhensibles de la part du personnel employé, afin que des mesures appropriées soient prises à l'égard de ces risques ; et
- a continué d'utiliser l'analyse de données et la criminalistique numérique en 2025 afin d'améliorer ses méthodes de vérification et d'enquête, tout en ayant de plus en plus recours à l'intelligence artificielle pour améliorer l'efficacité des procédures de vérification et d'enquête et réaliser des économies.

16. Le Bureau a également participé à des réunions et à des discussions avec les réseaux professionnels compétents au sein du système des Nations Unies, en particulier les représentantes et représentants des services d'audit interne des entités des Nations Unies et les Représentantes et Représentants des services d'enquête du système des Nations Unies, en vue d'harmoniser les approches et de diffuser les meilleures pratiques. En outre, des travaux concertés ont été menés pour obtenir un aperçu des meilleures pratiques de contrôle auprès de toutes les sources, y compris auprès du secteur privé et des systèmes nationaux.

17. En 2025, le Bureau a entretenu des contacts réguliers avec le Commissaire aux comptes de l'Organisation pour coordonner le travail de vérification et éviter tout doublon. Il a fourni un exemplaire des rapports de vérification intérieure au Commissaire aux comptes et au Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, a participé aux réunions de ce dernier, a entretenu un dialogue ouvert avec les membres du Comité, a suivi les orientations qu'ils ont données et a appliqué leurs recommandations sur les questions relevant de leur compétence. Le Bureau a aussi entretenu des contacts réguliers avec d'autres départements du Secrétariat et avec le Bureau de l'audit interne de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Il a par ailleurs poursuivi ses travaux sur les fonctions de responsabilisation et d'intégrité de l'OMS afin de contribuer au renforcement des valeurs de l'Organisation.

18. Le Bureau rapporte les constatations issues de ses vérifications aux parties prenantes conformément aux cinq éléments du modèle défini par le Comité des organisations de parrainage de la Commission Treadway,⁵ qui a été adopté par l'OMS comme fondement de

⁵ Le modèle définit les cinq principaux domaines suivants : l'environnement de contrôle ; la gestion des risques ; les activités de contrôle ; l'information et la communication ; et le suivi.

son cadre de responsabilisation. Le plan de travail en matière de vérification pour 2025 était fondé sur l'évaluation indépendante des risques faite par le Bureau et tenait compte des risques principaux de l'OMS.⁶ Le Bureau continue également de réviser son programme de travail pour rendre compte de façon plus cohérente des activités de vérification sur les « trois lignes de défense », des affirmations de la direction sur le contrôle interne jusqu'aux constatations issues de la vérification intérieure. Le travail d'enquête a continué d'être mené en réaction à des événements, principalement en raison de contraintes financières et administratives.

19. Le Bureau utilise un système de traitement des dossiers qui fait appel à la technologie SharePoint et sert à l'archivage des dossiers d'enquête. Il dispose également d'une plateforme en ligne sécurisée qui permet d'accéder à distance aux rapports de vérification intérieure, à la demande des États Membres et d'autres parties, sur autorisation du Directeur général. Le Bureau diffuse une liste des rapports de vérification récents sur le site Web de l'Organisation, afin que les États Membres puissent obtenir des informations actualisées sur les rapports publiés au cours de l'année. Il publie aussi sur le site Web de l'Organisation des tableaux de bord qui rendent compte des résultats de ses principaux domaines de vérification et d'enquête. Ces tableaux de bord sont mis à jour tous les mois.

20. Le Bureau dispose d'un programme interne d'assurance et d'amélioration de la qualité pour ses services, qui comprend l'assurance de la qualité des missions ; des autoévaluations continues, y compris sur la base des avis des clients ; et une évaluation externe de la qualité tous les cinq ans. En 2023, la fonction de vérification a fait l'objet d'une évaluation externe. Il en est ressorti que la fonction de vérification est « globalement conforme » aux éléments obligatoires du Cadre international de pratiques professionnelles (IPPF), ce qui est la note la plus élevée octroyée par l'Institut des auditeurs internes. En 2025, le Bureau a effectué une autoévaluation de la conformité de sa fonction de vérification intérieure par rapport aux nouvelles normes mondiales d'audit interne. Cette autoévaluation a permis de conclure que la fonction de vérification intérieure est globalement conforme aux normes et de cerner certains domaines d'amélioration possible. La charte actuelle du Bureau a fourni une bonne base pour ses travaux en 2025. Le Bureau procède actuellement à la révision de sa charte. La fonction de vérification a élaboré un projet de stratégie pour la période 2025-2028, qui est aligné sur le quatorzième programme général de travail, 2025-2028 et s'articule autour de trois piliers : a) garanties/avis stratégiques ; b) innovation et mobilisation des parties prenantes ; et c) talents (effectifs). Le Bureau suit un ensemble d'indicateurs clés de performance pour la fonction de vérification (voir l'annexe 7) à l'appui de la gestion de la performance et de l'amélioration continue. En 2025, ces indicateurs clés de performance ont fait état d'améliorations dans plusieurs domaines, notamment en matière de satisfaction des clients et d'efficacité de la planification et de la gestion du temps.

21. En 2023, les Services d'enquête ont fait l'objet d'une évaluation externe de la qualité, qui a mis en évidence qu'une réforme de la structure du Bureau s'imposait afin que celui-ci puisse répondre aux besoins actuels et futurs de l'Organisation et gérer correctement, de manière anticipative et novatrice, les risques institutionnels. L'évaluation s'est terminée en avril 2024. En raison de contraintes en termes de ressources et du processus de réaligement

⁶ [Principal Risks](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 12 mai 2025 (consulté le 11 février 2026).

effectué en 2025, certaines recommandations restent en suspens, notamment en ce qui concerne la dotation en personnel des Services d'enquête.

Vérification

22. Les Services de vérification fournissent en toute indépendance et objectivité des services de vérification et de conseil destinés à optimiser et à améliorer les opérations de l'Organisation. Ils aident celle-ci à atteindre ses objectifs grâce à une démarche systématique et méthodique visant à évaluer les processus de gestion des risques, de contrôle et de gouvernance, et à en améliorer l'efficacité, en s'appuyant sur des missions de vérification et de conseil.

23. Les Services de vérification utilisent une approche fondée sur les risques pour établir leur plan de travail, qui est conçu de sorte à être axé sur les risques les plus importants s'appliquant à l'Organisation. Une évaluation des risques documentée détermine les priorités de la vérification intérieure. Dans le cadre de cette évaluation des risques, les Services recueillent les avis des principales parties prenantes au sujet des risques stratégiques et des grandes évolutions de l'Organisation. Le plan de travail est approuvé par le Directeur général, après concertation avec la haute direction, et est approuvé par le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance. Le plan de travail pour 2025 prévoyait des vérifications des opérations menées dans les bureaux de pays et les bureaux régionaux, ainsi que des fonctions institutionnelles, y compris dans le domaine des technologies de l'information.

24. À la fin de chaque mission, les Services de vérification établissent un rapport détaillé et formulent des recommandations à l'intention de la direction pour l'aider à gérer les risques, à maintenir des contrôles efficaces et à assurer une bonne gouvernance au sein du Secrétariat. Les points essentiels mis en lumière par chaque vérification sont résumés dans le présent rapport. L'annexe 1 donne la liste des rapports remis par les Services dans le cadre de leur plan de travail pour 2025 et renseigne sur l'état d'avancement en février 2026, de la mise en œuvre des recommandations issues des vérifications en cours. Les Services de vérification formulent des constatations globales suivant un système de notation à quatre niveaux : 1) satisfaisant ; 2) partiellement satisfaisant, avec certaines améliorations à apporter ; 3) partiellement satisfaisant, avec des améliorations majeures à apporter ; et 4) insatisfaisant.

Vérifications intégrées

25. L'objet des vérifications intégrées est, d'une part, d'évaluer dans quelle mesure l'OMS a obtenu les résultats indiqués dans les plans de travail correspondants, au niveau des pays ou à l'échelle d'un département ou d'une division d'un bureau régional ou du Siège, et, d'autre part, d'apprécier dans quelle mesure les bureaux de pays⁷ et les départements visés ont contribué sur le plan opérationnel aux résultats escomptés. Les vérifications intégrées sont axées sur les risques qui touchent des domaines et des fonctions, et s'articulent autour des trois composantes suivantes :

⁷ Dans le présent rapport, on entend par « bureau de pays » les bureaux de l'OMS dans les pays, territoires et zones.

- cadre institutionnel (stratégie ; environnement de contrôle ; gestion des risques ; profil institutionnel ; collaboration ; préparation et appui en cas d'urgence de santé publique) ;
- processus programmatiques et opérationnels (élaboration du budget programme et planification opérationnelle ; mobilisation de ressources ; information et communication ; appui des fonctions institutionnelles ; et efficacité des principaux contrôles internes pour le traitement des opérations) ; et
- résultats obtenus (mise en œuvre des fonctions essentielles de l'Organisation ; mise en œuvre de ses fonctions indispensables dans les situations d'urgence ; suivi et évaluation de l'exécution ; pérennité ; évaluation et apprentissage institutionnel).

26. Ces trois composantes se subdivisent en 23 secteurs et jusqu'à 116 activités de contrôle interne, y compris des contrôles spécifiques visant à évaluer l'efficacité de la préparation et de la riposte de l'Organisation aux situations d'urgence sanitaire conformément aux critères de performance du Cadre d'action d'urgence.

27. **Bureau de OMS en République islamique d'Iran.** Selon les conclusions issues de la vérification, les résultats du Bureau de l'OMS en République islamique d'Iran étaient partiellement satisfaisants, des améliorations majeures devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité. La vérification a mis en lumière les trois problèmes suivants présentant un niveau élevé de risque résiduel :

- la stratégie de mobilisation de partenariats et de mobilisation des ressources du bureau de pays pour la période 2025-2027 est restée à l'état de projet et n'a pas été communiquée aux équipes internes du bureau de pays afin d'obtenir leurs commentaires, ce qui a entraîné des occasions manquées en matière de partenariat et de mobilisation des ressources ainsi qu'une augmentation du risque de déficit de financement pour l'exécution du plan de travail et l'obtention des résultats escomptés.

28. Le bureau de pays a signé un protocole d'accord avec le Ministère de la santé et de l'éducation médicale en août 2025, concernant l'achat de certains équipements et fournitures médicaux sur une base remboursable. À la date de la vérification, les modalités convenues avec le Bureau régional et les équipes d'achat à l'échelle mondiale n'avaient pas été finalisées.

- Un certain nombre de commandes d'achat de marchandises ont été payées avant la livraison, sans avoir été dûment approuvées.

29. La vérification a aussi permis de repérer 18 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : environnement de contrôle ; collaboration et mise en œuvre des fonctions essentielles de l'OMS ; mise en œuvre des fonctions de l'OMS dans les situations d'urgence ; ressources humaines ; gestion des fournisseurs ; achats ; avances ; gestion des actifs ; logistique ; sécurité ; et information et communication.

30. **Bureau de OMS en Mongolie.** Selon les conclusions issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles effectués par le Bureau de l'OMS en Mongolie était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées. La vérification

n'a mis en lumière aucun problème associé à un niveau élevé de risque résiduel. Elle a toutefois permis de repérer 12 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : projets de recherche ; déclaration d'intérêts et vérification des antécédents des experts et expertes de l'OMS ; prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et mesures destinées à y remédier ; gestion des risques ; planification des ressources humaines ; achat de services ; activités de contrôle de la coopération financière directe ; plans de mobilisation des partenaires stratégiques ; et situations d'urgence sanitaire (liste de contrôle de préparation aux situations d'urgence et tests du plan de continuité des activités).

31. Bureau de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est. Dans le cadre de la vérification, le Bureau de l'OMS pour la Cisjordanie et la bande de Gaza a fait l'objet d'une visite sur le terrain. Cependant, les vérificateurs n'ont pas pu se rendre dans la bande de Gaza en raison des restrictions de sécurité visant les voyages. Les informations requises ont donc été collectées et examinées à distance. Selon les conclusions issues de la vérification, les résultats du Bureau de l'OMS pour la Cisjordanie et la bande de Gaza étaient partiellement satisfaisants, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité.

32. La vérification a mis en lumière un problème présentant un niveau élevé de risque résiduel, à savoir l'insuffisance du suivi et du contrôle de l'utilisation finale des biens reçus en don. Environ un tiers des fonds disponibles du Bureau de l'OMS pour la Cisjordanie et la bande de Gaza étaient alloués à l'achat de biens, principalement de médicaments, de matériel médical et de fournitures d'intervention d'urgence. Compte tenu de la nature des risques liés à l'achat et à la livraison de biens aux bénéficiaires, de leur impact potentiel et de la probabilité de survenue de ces risques, la direction n'avait pas pleinement mis en œuvre les mesures destinées à faire face aux risques recensés.

33. La vérification a aussi permis de repérer 13 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : mise en œuvre des fonctions de l'OMS dans les situations d'urgence ; ressources humaines ; achat de services et de biens ; lettres d'accord de subvention ; logistique ; avances ; gestion des actifs ; sécurité ; et activités de suivi.

34. Bureau de l'OMS en Thaïlande. Selon les conclusions issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles effectués par le Bureau de l'OMS en Thaïlande étaient partiellement satisfaisants, certaines améliorations devant être apportées. La vérification n'a mis en lumière aucun problème associé à un niveau élevé de risque résiduel. Elle a toutefois permis de repérer 12 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : déclaration d'intérêts et vérification des antécédents des experts et expertes de l'OMS ; approbation des publications ; stratégie de communication ; mise en œuvre des plans en matière de ressources humaines ; achat de services ; coopération financière directe ; lettres d'accord de subvention ; mobilisation de ressources ; recherche ; situations d'urgence sanitaire (liste de contrôle relative aux situations d'urgence et planification de la continuité des activités) ; et suivi des évaluations.

35. Bureau de l'OMS en Somalie. Selon les conclusions issues de la vérification, les résultats du Bureau de l'OMS en Somalie étaient partiellement satisfaisants, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité.

36. La vérification a mis en lumière un problème présentant un niveau élevé de risque résiduel, à savoir que le bureau de pays ne disposait pas d'un plan stratégique d'intervention d'urgence pour la situation d'urgence complexe prolongée de niveau 3 qui a touché la Somalie. Il n'y avait donc pas de surveillance ni de rapports établis au regard des indicateurs clés de performance. Ce problème peut compromettre l'efficacité et l'efficience de la riposte de l'Organisation ainsi que la responsabilisation quant à l'obtention de résultats.

37. La vérification a également permis de repérer 15 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : environnement de contrôle ; genre, équité, droits humains et handicap ; mise en œuvre des fonctions de l'OMS dans les situations d'urgence ; achat de biens et de services ; mise en œuvre directe – mécanisme de décaissement direct ; dotations ; logistique ; information et communication ; et activités de suivi.

38. **Bureau de l'OMS au Bangladesh.** Selon les conclusions issues de la vérification, les résultats du Bureau de l'OMS au Bangladesh étaient partiellement satisfaisants, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité. La vérification a mis en lumière les deux problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- le bureau de pays n'avait pas achevé en temps opportun les activités de contrôle de la coopération financière directe ;
- le bureau de pays gérait des comptes bancaires hors ligne (comptes bancaires non officiellement déclarés à la Trésorerie au Siège), un seul signataire étant requis pour effectuer des paiements en espèces sur le terrain.

39. La vérification a par ailleurs permis de repérer neuf problèmes présentant un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : déclaration d'intérêts des expertes et experts de l'OMS et formation sur les achats en ligne ; utilisation et connaissance du registre des risques ; planification et suivi des interventions d'urgence ; garanties en matière de durabilité environnementale et sociale ; avances ; présentation en temps opportun des rapports aux donateurs ; et approbation des publications et accès libre aux publications.

Vérifications opérationnelles

40. Les vérifications opérationnelles ont pour objet d'évaluer : la gestion des risques et les contrôles financiers et administratifs portant sur l'intégrité de l'information financière et gestionnaire ; l'efficacité et l'économie dans l'emploi des ressources (y compris suivant le principe dit d'optimisation des ressources) ; le respect des règles, politiques et procédures de l'Organisation ; et la sauvegarde des actifs.

41. **Bureau de l'OMS en République-Unie de Tanzanie (à partir du plan de travail de vérification de 2024).** Selon les constatations de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles administratifs et financiers réalisés par le Bureau de l'OMS en République-Unie de Tanzanie était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel. La vérification a mis en lumière les trois problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel.

42. Le principe d'optimisation des ressources n'était pas strictement suivi dans le cadre de l'achat de services et de biens. La liste des fournisseurs invités n'était pas systématiquement fournie dans les rapports d'adjudication des marchés, et la base de données commune des fournisseurs de l'initiative Unité d'action des Nations Unies n'était pas consultée lors de l'identification des fournisseurs invités. Le formulaire d'évaluation n'était pas signé ni daté par les personnes qui avaient préparé l'évaluation. Les courriels sollicitant des devis n'étaient pas toujours conservés.

- Certaines activités de mise en œuvre directe n'étaient pas suffisamment suivies.
- Dans certains cas, les fonds de dotation étaient utilisés pour des dépenses qui n'étaient pas conformes aux accords passés avec les donateurs. On avait souvent recours aux lots de dépenses.

43. La vérification a aussi permis de repérer huit problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : environnement de contrôle ; lettres d'accord de subvention ; voyages ; gestion des actifs ; et sécurité.

44. **Bureau régional de l'Europe.** Selon les constatations de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles au sein de la Division des fonctions institutionnelles du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe était satisfaisante au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité. La vérification n'a mis en lumière aucun problème associé à un niveau élevé de risque résiduel. Elle a toutefois permis de repérer 14 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : environnement de contrôle ; formation obligatoire ; prévention et lutte contre l'inconduite sexuelle ; gestion des risques ; ressources humaines ; activités de contrôle en matière de coopération financière directe et de lettres d'accord de subvention ; présentation en temps opportun des rapports aux donateurs ; sécurité ; et activités de suivi.

45. **Bureau régional de l'Afrique.** Selon les constatations de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles au sein du Groupe organique Administration générale et coordination du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique était partiellement satisfaisante, des améliorations majeures devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière les deux problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- les activités prévues de contrôle de la coopération financière directe, de la mise en œuvre directe et des lettres d'accord de subvention n'atteignaient pas la couverture requise au titre de la politique révisée sur les activités de contrôle. De plus, le plan de contrôle pour 2024 n'a été que partiellement mis en œuvre ;
- deux systèmes de flux de travail d'approbation interne étaient utilisés pour la création, la soumission et l'approbation des mémorandums, et le flux d'approbation mis en place comportait un nombre excessif de phases d'examen/d'approbation. Cela entraînait une duplication des systèmes, un fardeau administratif, des retards de traitement et des coûts liés aux systèmes plus élevés.

46. La vérification a également permis de repérer 14 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : délégation de pouvoirs ; ressources humaines ; achat de services et de biens ; évaluation des capacités des partenaires d'exécution ; voyages ; gestion des actifs ; et gestion des dotations.

47. **Bureau de l'OMS au Sénégal.** Selon les constatations issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles réalisés par le Bureau de l'OMS au Sénégal était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière un problème présentant un niveau élevé de risque résiduel, lié au fait que le bureau de pays était dans l'incertitude quant à un éventuel déménagement de ses locaux actuels vers la nouvelle Maison des Nations Unies. De plus, le plan de continuité des activités du bureau de pays était obsolète, sa dernière mise à jour remontant à février 2020.

48. La vérification a aussi permis de repérer 10 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : gestion des risques ; ressources humaines ; gestion des fournisseurs ; achat de services ; activités de contrôle de la coopération financière directe ; avances ; et gestion des actifs.

49. **Bureau de l'OMS à Djibouti.** Selon les constatations issues de la vérification, l'efficacité des contrôles opérationnels réalisés par le Bureau de l'OMS à Djibouti était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière un problème présentant un niveau élevé de risque résiduel, à savoir que les rapports d'adjudication des marchés ne contenaient pas d'explications détaillées sur la manière dont les fournisseurs invités à soumissionner étaient sélectionnés, et que plusieurs cas de commandes rétroactives ont été observés.

50. La vérification a aussi permis de repérer 11 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : gestion des risques ; ressources humaines ; continuité des activités ; gestion des fournisseurs ; achat de services ; mise en œuvre directe ; avances ; et gestion des actifs.

51. **Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire.** Selon les constatations issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles réalisés par le Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées. La vérification n'a mis en lumière aucun problème associé à un niveau élevé de risque résiduel. Elle a toutefois permis de repérer sept problèmes présentant un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : contrôle préalable des fournisseurs et surveillance de leur performance ; achat de services ; planification de la mise en œuvre directe et pièces justificatives ; contrôles financiers liés à l'argent mobile ; avances ; gestion des actifs ; et plan de continuité des activités et mesures de gestion des risques de sécurité.

52. **Bureau de l'OMS en Pologne.** La vérification a été effectuée via un examen sur dossier, sans visite sur le terrain. Selon les constatations issues de la vérification, l'efficacité des contrôles opérationnels réalisés par le Bureau de l'OMS en Pologne était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées. La vérification n'a mis en lumière aucun problème associé à un niveau élevé de risque résiduel. Elle a toutefois permis de repérer huit problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines

suivants : contrôle préalable des partenaires d'exécution ; planification des ressources humaines ; achat de services ; suivi technique des lettres d'accord de subvention ; et séparation des tâches dans le domaine financier.

53. **Bureau de l'OMS en Türkiye.** Selon les constatations de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles administratifs et financiers réalisés par le Bureau de l'OMS en Türkiye était partiellement satisfaisante, des améliorations majeures devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière les cinq problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- le taux global de satisfaction du personnel en ce qui concerne l'environnement de travail dans le bureau était relativement faible ;
- la séparation des tâches dans le cadre du processus d'achat au bureau d'Ankara était insuffisante. Dans certains cas, la même personne ou équipe était responsable de la création de la demande, de l'envoi des appels d'offres et des invitations à soumissionner, de l'évaluation des soumissions et de la confirmation des livraisons ;
- les activités de contrôle des lettres d'accord de subvention n'étaient pas suffisamment bien menées au bureau de Gaziantep. Les évaluations de capacité des partenaires d'exécution n'avaient pas été entièrement réalisées pour les partenaires d'exécution dépassant le seuil. En outre, il n'y avait pas de mécanisme structuré et systématique pour planifier et mener les visites de suivi technique concernant les lettres d'accord de subvention, et aucune vérification ponctuelle n'a été réalisée pour les lettres d'accord de subvention pour la période 2024-2025 ;
- les inventaires du bureau de Gaziantep n'étaient pas enregistrés dans le système d'inventaire de l'OMS.

54. La vérification a également permis de repérer 11 problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : structure organisationnelle ; gestion des risques ; contrats de consultants ; achat de biens et de services ; lettres d'accord de subvention ; gestion des subventions ; et immobilisations corporelles.

55. **Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo.** La vérification avait pour objet de donner suite aux recommandations opérationnelles issues du précédent rapport du Bureau des services de contrôle interne sur la vérification du Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo (rapport numéro 23/1266), qui avait conclu à des résultats insatisfaisants. Selon les constatations de la vérification de 2025, l'efficacité opérationnelle des contrôles administratifs et financiers réalisés par le Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo était partiellement satisfaisante, des améliorations majeures devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière les trois problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- le bureau de pays fonctionnait dans le cadre d'une structure de direction transitoire, certains postes clés étant vacants, notamment celui de représentant de l'OMS, de représentant adjoint de l'OMS, de responsable des opérations, ainsi que

plusieurs postes de chef d'équipe du groupe technique. Ces vacances coïncidaient avec des contraintes plus larges en matière de ressources humaines, puisque 29 % des postes figurant dans le plan des ressources humaines d'octobre 2025 restaient vacants, ce qui avait des conséquences négatives sur la gestion de la charge de travail, le contrôle régulier et, potentiellement, l'exécution des programmes ;

- malgré l'ampleur de la coopération financière directe, aucune activité de contrôle financier n'avait été menée en République démocratique du Congo ces dernières années. Il existait d'importantes lacunes dans les dispositifs de contrôle et de suivi de la coopération financière directe, traduisant l'absence de contrôle financier systématique et l'insuffisance du contrôle technique ;
- le bureau de pays comptait un grand nombre d'avances opérationnelles non réglées, totalisant 2 millions USD, dont plusieurs avances de grande valeur datant de périodes antérieures à 2025.

56. La vérification a aussi permis de repérer huit problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : gestion des risques ; achat de biens ; avances ; gestion des dotations ; et activités de suivi.

Vérifications transversales et informatiques

57. En plus des vérifications intégrées et opérationnelles, le Bureau des services de contrôle interne réalise des vérifications transversales, qui portent sur les processus opérationnels ou sur des domaines thématiques où des conditions sous-jacentes similaires peuvent donner lieu à des observations concernant plusieurs centres budgétaires et/ou niveaux d'activités de l'OMS. Ces travaux englobent les vérifications des technologies de l'information et des systèmes d'information, notamment en ce qui concerne la fiabilité et l'intégrité des systèmes d'information de l'OMS, l'efficacité et l'efficience des opérations informatiques, l'adéquation des mécanismes de protection des informations, ainsi que la conformité au cadre de gouvernance applicable.

58. **Vérification transversale des lettres d'accord de subvention à l'OMS.** Selon les conclusions issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles de la gestion des lettres d'accord de subvention était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière les trois problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- Les changements dans l'environnement extérieur, conjugués au processus de redéfinition des priorités stratégiques et de réalignement de l'OMS, devraient avoir une incidence sur la mise en œuvre des programmes et le rôle des lettres d'accord de subvention. Dans ce contexte, il est nécessaire de réévaluer le rôle des lettres d'accord de subvention dans le cadre de mise en œuvre de l'OMS et d'examiner tout risque émergent afin de s'assurer qu'elles sont adaptées à l'évolution du contexte politique. En particulier, la « faible capacité des partenaires d'exécution » a été identifiée comme l'un des risques principaux de l'OMS.

- Le mode opératoire normalisé relatif aux lettres d'accord de subvention a été révisé pour soumettre les lettres d'accord de subvention relatives à une situation d'urgence aux mêmes exigences que les lettres d'accord de subvention sans lien avec une situation d'urgence, sauf en ce qui concerne les délais d'établissement des rapports. Cependant, ces changements n'étaient pas largement connus ni bien compris, en conséquence de quoi les exigences clés n'étaient pas systématiquement appliquées aux lettres d'accord de subvention relatives à des situations d'urgence.
- Dans un grand nombre de lettres d'accord de subvention, les informations de planification du contrôle et les pièces justificatives concernant l'exécution étaient absentes ou incomplètes, et le contrôle technique n'était pas documenté ou pas suffisamment étayé.

59. La vérification a également permis de repérer cinq problèmes associés à un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : seuils d'approbation et pouvoirs délégués ; formation ; sélection des partenaires d'exécution ; évaluation des capacités et contrôle préalable des partenaires d'exécution.

60. **Paiements numériques dans la Région africaine.** L'objectif de cette vérification était d'évaluer l'efficacité des processus de gestion et de contrôle des risques liés aux paiements numériques dans la Région de l'OMS pour l'Afrique. La vérification portait notamment sur la collecte des données, la validation et les contrôles de qualité ; la sécurité et la protection des données personnelles ; la gestion des bases de données sur les bénéficiaires ; et l'intégrité et l'opportunité des processus d'approbation des paiements et de décaissement. La vérification visait par ailleurs à examiner la couverture de la mise en œuvre dans les différents pays, à évaluer les modalités contractuelles appliquées aux partenaires en matière d'argent mobile (y compris en ce qui concerne les rôles, les contrôles préalables, la responsabilité et le signalement des actes de fraude), et à documenter les bilans d'expérience ainsi que les bonnes pratiques en vue d'une éventuelle adoption à l'échelle de l'Organisation.

61. Selon les conclusions issues de la vérification, l'efficacité opérationnelle des contrôles liés aux paiements numériques dans la Région était partiellement satisfaisante, certaines améliorations devant être apportées au regard du niveau modéré à élevé de risque résiduel et afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle. La vérification a mis en lumière les quatre problèmes suivants associés à un niveau élevé de risque résiduel :

- Dans la Région africaine, la principale source de financement de l'équipe Finances numériques de l'OMS et des principaux contrats associés, tels que les contrats portant sur les applications logicielles, est la Fondation Gates. Aucun autre donateur n'a été recensé au cas où la Fondation Gates mettrait fin à son financement.
- À l'heure actuelle, l'utilisation de portefeuilles électroniques pour les paiements numériques n'est pas régie par un cadre politique mondial, notamment en ce qui concerne les aspects connexes tels que la comptabilisation des dépenses et le processus de rapprochement associé aux portefeuilles électroniques et aux comptes du Système mondial de gestion.

- Il n'existe aucun protocole d'accord entre l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour certains pays où l'OMS fournit des services dans le domaine des paiements numériques. En l'absence d'un tel protocole, l'équipe Finances numériques de l'OMS fournit des services non rémunérés et il n'existe pas de cadre permettant de gérer les risques juridiques potentiels.
- Les phases d'approbation des paiements numériques au niveau des bureaux de pays ne sont pas harmonisées, certains bureaux de pays appliquant un plus grand nombre de phases que d'autres, ce qui entraîne des retards pour certains paiements.

62. La vérification a également permis de repérer neuf problèmes présentant un niveau modéré de risque résiduel dans les domaines suivants : documentation des bénéficiaires et qualité des données ; campagnes menées conjointement avec l'UNICEF ; couverture des enquêtes auprès des bénéficiaires ; gestion des contrats ; processus d'inscription ; accords de partenariat ; gestion des risques ; et suivi des projets de paiement numérique et planification de la transition.

63. **Gestion globale des risques.** Les objectifs de l'évaluation de la maturité en matière de gestion globale des risques de l'Organisation étaient les suivants : i) réaliser une évaluation de la maturité de la conception et des activités existantes en matière de gestion globale des risques suivant le modèle de maturité de référence pour la gestion des risques des Nations Unies,⁸ élaboré par le Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination ; ii) recenser et examiner les mesures actuelles découlant du rapport du Corps commun d'inspection intitulé « Gestion du risque institutionnel : approches et utilisations dans les entités des Nations Unies » (document JIU/REP/2020/5) et d'études, de vérifications et d'examens similaires (rapports de vérification extérieure, par exemple) ; et iii) proposer à la direction des recommandations et des opportunités, le cas échéant, pour améliorer les éléments existants de la gestion globale des risques de l'Organisation.

64. La conclusion de l'évaluation, basée sur un examen des documents, des processus et des entretiens, était que la gestion globale des risques de l'Organisation se situait globalement au niveau « Établi » du modèle de maturité de référence des Nations Unies. Plusieurs domaines nécessitaient toutefois l'attention de la direction afin de stabiliser la gestion globale des risques au niveau « Établi » et de jeter les bases nécessaires pour atteindre un niveau supérieur à l'avenir. Il s'agissait plus précisément :

- de redéfinir les fonctions régionales et locales de gestion des risques au sein de la structure générale de gestion globale des risques ;
- de mettre en place des méthodes permettant de mobiliser de manière régulière et cohérente la haute direction concernant les questions de gestion des risques, afin qu'elle ait une connaissance approfondie du programme de gestion globale des

⁸ Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, Comité de haut niveau sur la gestion, document CEB/2019/HLCM/25 intitulé [Reference Maturity Model for Risk Management \(Final\)](#) (2019).

risques de l'Organisation, puisse prendre des décisions en temps opportun et assurer un contrôle conforme aux meilleures pratiques du secteur ; et

- de poursuivre les efforts existants visant à promouvoir une culture du risque aux trois niveaux. La transformation de la culture du risque est un processus graduel et long qui nécessite des efforts continus et soutenus, qui s'avère du reste plus difficile encore au sein d'une organisation décentralisée comme l'OMS. Il est essentiel que la haute direction s'investisse activement dans cet effort, notamment pour donner l'exemple au sommet.

65. **Mise en œuvre du Système de gestion opérationnelle.** L'objectif de la vérification était de procéder à une analyse complète du programme relatif au Système de gestion opérationnelle (BMS) et de ses résultats attendus pour 2025-2026.

66. La **conclusion** de la vérification, fondée sur le travail de vérification mené et les informations disponibles au moment de la vérification, était que les processus de contrôle instaurés pour gérer la mise en œuvre du BMS étaient partiellement satisfaisants, des améliorations importantes étant toutefois nécessaires pour atténuer les principaux risques.

67. Tandis que le programme BMS a consenti d'**importants** efforts et pris des mesures considérables pour surmonter les difficultés rencontrées au cours des dernières années, la conclusion du Bureau repose une série de constats majeurs :

68. Le programme BMS a connu, lors de sa phase d'exécution, d'importants changements de portée. Il est à noter que les modules « finances » et « paie » ont été retirés du nouveau progiciel de gestion intégré (plateforme Workday) alors qu'ils figurent toujours dans l'actuel progiciel de gestion intégré (le Système mondial de gestion), dont la mise hors service était initialement prévue. Cette décision a rendu l'architecture technique plus complexe et a contribué à repousser la date de fin du projet à 2027 (au lieu de 2024).

- Des dépassements significatifs du budget et du calendrier ont été recensés. Fin 2025, les dépenses s'élevaient à environ 150 millions USD, et un montant supplémentaire de 27 millions USD était requis pour mener à terme ce projet qui, au moment de l'établissement du présent rapport, était prévu pour mars 2027 (au lieu de 2024). Les changements de budget et de calendrier ont été approuvés par le Conseil du programme BMS à plusieurs occasions.
- Certaines composantes du BMS – le Système de gestion de la collaboration avec les contributeurs (CEM) 2.0 et le système lié à la gestion des déplacements, des réunions et des événements – ont été mises en route en décembre 2025 et en janvier 2026 respectivement, alors qu'elles présentaient encore de grands défauts. Bien qu'un plan ait été élaboré en vue de remédier à ces problèmes, des inquiétudes subsistent quant à la stabilité du dispositif post-mise en œuvre.
- Les retards dans la mise à disposition des rapports opérationnels du BMS risquent d'entraîner des lacunes en matière de contrôle, ce qui pourrait entraver la prise de décisions opérationnelles et les activités quotidiennes.

- La question de la séparation des tâches n'a pas été suffisamment analysée, ce qui pourrait entraîner des défaillances en matière de contrôle.

69. La direction a indiqué que les résultats ci-dessus étaient influencés par différents facteurs, notamment par des difficultés en matière d'intégration, d'architecture et de gestion du changement, des contraintes contextuelles échappant au contrôle du programme BMS (contraintes financières et processus de réalignement engagé par l'Organisation en 2025, par exemple) et des risques inhérents à l'architecture choisie. Ces facteurs continuent de compromettre l'application réussie des composantes BMS restantes attendues pour 2026 et 2027, ce qui fait peser sur le programme BMS et l'Organisation, qui doivent respecter un calendrier serré avec des ressources limitées, une pression considérable.

Services consultatifs

70. Aux termes de sa charte, le Bureau des services de contrôle interne peut fournir des services consultatifs à la direction de l'OMS dans la mesure où son indépendance et son objectivité ne sont pas compromises. Ces services reposent sur la connaissance que le Bureau a de la gouvernance, de la gestion des risques et des contrôles, et des activités de l'OMS. Le Bureau peut participer à l'examen de projets de politiques, de grandes orientations, de systèmes et de modes de travail, mais ne participe pas au processus de prise de décisions.⁹

71. Dans le cadre de son plan de travail pour 2025, le Bureau a publié les rapports consultatifs ci-après pour aider la direction en lui donnant des idées et en formulant des recommandations en vue d'améliorer l'environnement de gestion des risques, de gouvernance et de contrôle interne. Les recommandations formulées à l'issue des examens consultatifs doivent être étudiées par la direction mais, habituellement, le Bureau n'assure pas officiellement le suivi de leur mise en œuvre.

72. **Paiements numériques dans la Région de la Méditerranée orientale.** L'objectif de cet examen consultatif était d'évaluer l'efficacité des processus de gestion et de contrôle des risques liés au recours aux paiements numériques dans la Région OMS de la Méditerranée orientale. Dans le cadre de l'examen, qui portait sur trois pays disposant de systèmes de déploiement de solutions de paiement numérique plus avancés – à savoir l'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie –, deux observations hautement prioritaires ont été énoncées :

- la nécessité de renforcer les directives et la prise d'initiatives régionales en matière de dispositifs de paiement numérique (autrement dit, le mécanisme de décaissement direct) dans l'ensemble de la Région ; et
- la nécessité de poursuivre la modernisation des processus de paiement numérique et leur utilisation par d'autres bureaux de pays, initiatives et programmes.

73. Dans le cadre de cet examen, sept recommandations d'amélioration de priorité moyenne ont par ailleurs été formulées dans les domaines suivants : ressources humaines ;

⁹ [Charter of the Office of Internal Oversight Services](#) (version mise à jour de janvier 2024), section C « Advisory Services », paragraphe 12. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (consulté le 11 février 2026).

technologie de l'information ; gestion des données ; finances (paiements) ; gestion des contrats avec des tiers ; communication ; et conformité et suivi.

74. **Cartographie des contrôles à l'OMS.** L'objectif de cet examen était d'évaluer l'efficacité et l'exhaustivité des activités de contrôle de l'Organisation en matière de supervision coordonnée et fondée sur les risques sur les trois lignes. L'examen a permis : de déterminer si les fonctions de contrôle existantes offraient une protection contre les principaux risques institutionnels ; d'évaluer si les responsabilités en matière de contrôle étaient clairement assignées et comprises ; et de recenser les chevauchements et les lacunes dans les activités de contrôle, le cas échéant.

75. À l'issue de l'examen, il a été établi que l'OMS menait diverses activités de contrôle au niveau du Siège, des Régions et des pays et qu'elle avait entrepris de mettre au point des outils de cartographie des contrôles, mais qu'aucun cadre relatif à cette cartographie n'avait encore été officiellement instauré ou appliqué de manière cohérente à l'échelle de l'Organisation. Les activités de contrôle n'étaient donc regroupées sous aucune structure ou méthodologie commune, et il restait à définir des dispositions relatives au regroupement, à la gestion et à l'actualisation périodique à l'échelle de l'Organisation. Le Bureau a donc recommandé de définir, sur la base des travaux existants, les modalités régissant la cartographie des contrôles, de les aligner sur les risques principaux de l'OMS et le cadre de gestion globale des risques, d'élaborer un cadre de cartographie formel et de garantir son application, et de s'appuyer sur la cartographie des contrôles ainsi établie pour renforcer la communication d'informations sur la gouvernance ainsi que la conformité et la planification de la vérification.

76. **Analyse des problèmes récurrents pour la période 2024-2025.** Le Bureau a procédé à une analyse des problèmes récurrents révélés par la vérification intérieure des comptes qui ont été recensés lors des vérifications des bureaux de pays effectuées en 2024 et 2025. Le Bureau a demandé à la direction d'examiner de près ces problèmes récurrents, en particulier ceux qui présentaient un niveau élevé de risque résiduel, afin de déterminer s'ils étaient systémiques et de veiller à ce qu'ils soient correctement réglés.

77. Les problèmes récurrents présentant les niveaux de risque résiduel les plus élevés étaient les suivants :

- Structure institutionnelle et effectifs : parmi les difficultés persistantes figurent le décalage entre les plans approuvés en matière de ressources humaines et les structures institutionnelles, les retards dans le pourvoi de postes clés, les taux de vacance élevés et le recours excessif à des modalités contractuelles de courte durée, ce qui nuit à la continuité, réduit la stabilité institutionnelle et compromet l'efficacité et la mise en œuvre des programmes.
- État de préparation aux urgences de santé publique – planification et suivi des situations d'urgence : la planification des interventions d'urgence est souvent incomplète, et les dispositifs de suivi ne sont pas appliqués de manière systématique. Les indicateurs clés de performance et les systèmes d'information d'urgence ne sont pas suffisamment mis au service de la préparation, de la responsabilisation et de la prise de décisions.

- Activités de contrôle de la coopération financière directe : les activités de contrôle sont insuffisantes ou mal documentées, ce qui limite la fiabilité du contrôle.
- Séparation des fonctions en matière d'achats : les responsabilités ne sont pas toujours bien séparées dans le cadre des procédures d'achat, ce qui accroît le risque de mauvaise gestion et de fraude et peut entraîner une optimisation insuffisante des ressources.
- Logistique du dernier kilomètre pour la livraison de biens dans les situations d'urgence : on observe une surveillance insuffisante des dons de matériel et de fournitures aux homologues nationaux pour s'assurer qu'ils sont utilisés aux fins prévues.

78. En ce qui concerne les services consultatifs en 2025, le Bureau a continué de participer en qualité d'observateur – sans aucun pouvoir de décision – au comité directeur chargé de la mise en place du nouveau progiciel de gestion intégré, le BMS, et d'assister aux réunions du Comité mondial de gestion des risques de l'Organisation, également en qualité d'observateur.

79. Le Bureau a publié **trois mémorandums de vérification transversaux** en 2025, l'objectif étant d'adresser des recommandations à la direction pour donner suite aux éléments récurrents constatés lors des vérifications, notamment dans des domaines tels que : la gestion des risques associés aux lettres d'accord de subvention et aux partenaires d'exécution ; les prescriptions s'adressant aux pays confrontés à des situations d'urgence énoncées dans les stratégies de coopération avec les pays ; et l'utilisation de portefeuilles électroniques pour les paiements numériques.

80. Au cours de l'exercice de réalignement stratégique et de redéfinition des priorités, le Bureau a veillé à préserver le rôle de contrôle indépendant qui lui incombe tout en tenant compte des risques stratégiques et opérationnels liés à la procédure accélérée. Le Bureau a officiellement proposé ses services à la haute direction afin de contribuer à renforcer la gouvernance, la transparence et la gestion des risques tout au long de l'exercice. Conformément aux meilleures pratiques et afin de préserver l'indépendance du Bureau, il a ensuite été convenu que celui-ci mènerait en 2026 des activités de contrôle a posteriori afin d'évaluer l'efficacité des mesures d'atténuation des risques et des processus décisionnels, ainsi que le respect des politiques et des principes établis en matière de bonne gouvernance.

81. L'équipe de vérification a organisé plusieurs séances d'information et de sensibilisation aux trois niveaux de l'Organisation, et a présenté des exposés sur l'éthique et la prévention de la fraude à des entités faisant l'objet de vérifications. Elle a régulièrement rendu compte de ses travaux à diverses parties prenantes, notamment aux États Membres lors de deux séances d'information organisées à leur intention, ainsi qu'au Comité du programme, du budget et de l'administration, au Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance et à d'autres instances dans le cadre de réunions. En outre, elle a participé aux réunions des représentantes et représentants des services d'audit interne des entités du système des Nations Unies et a assumé la coprésidence d'un groupe de travail sur les normes mondiales d'audit interne.

Analyse des données

82. Dans le cadre de son plan de travail et sur une base trimestrielle, le Bureau analyse les données provenant de différentes applications institutionnelles, telles que le Système mondial de gestion/GSM, l'outil de gestion des risques institutionnels et la base de données du système de gestion du parc de véhicules de l'OMS (Tracpoint). L'objectif de ces exercices d'analyse de données est d'identifier les transactions, les distributions de données et les montants inhabituels ou inattendus susceptibles de révéler des faiblesses du contrôle ou de constituer des signaux d'alarme qui justifieraient l'attention de la direction ou la conduite de travaux de vérification plus poussés. Les domaines sur lesquels le Bureau a concentré son attention sont les suivants : l'environnement de contrôle (processus d'approbation) ; les registres des risques ; la gestion des fournisseurs (doublons) ; l'achat de biens et de services (bons de commande rétroactifs potentiels) ; les paiements d'avances en espèces ; les dotations (administrateurs et gestionnaires) ; et la gestion du parc de véhicules.

Prise en compte de l'équité, du genre et des droits humains

83. Conformément aux prescriptions du Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'avancement des femmes,¹⁰ les vérifications du Bureau prévoient un ensemble de tests standardisés pour évaluer la prise en compte de l'équité, du genre, des droits humains et des déterminants sociaux dans les activités de l'entité sur laquelle porte la vérification. Début 2023, ces contrôles ont été élargis pour inclure l'examen des efforts déployés pour atteindre les personnes handicapées. Les vérifications comprennent systématiquement des recommandations sur la nécessité de vérifier plus strictement que les membres du personnel s'acquittent de la formation obligatoire concernant la prévention du harcèlement, du harcèlement sexuel et de l'abus d'autorité, et sur la tolérance zéro de l'Organisation à l'égard de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels. En 2025, le Bureau a noté que la sensibilisation générale à l'intégration des considérations d'équité, de genre et de droits humains était en hausse et que des efforts étaient déployés pour inclure ces questions aux programmes techniques et aux opérations. Cependant, comme au cours des années précédentes, des améliorations demeurent nécessaires afin d'inclure et d'autonomiser davantage les personnes handicapées.

Analyse des constatations

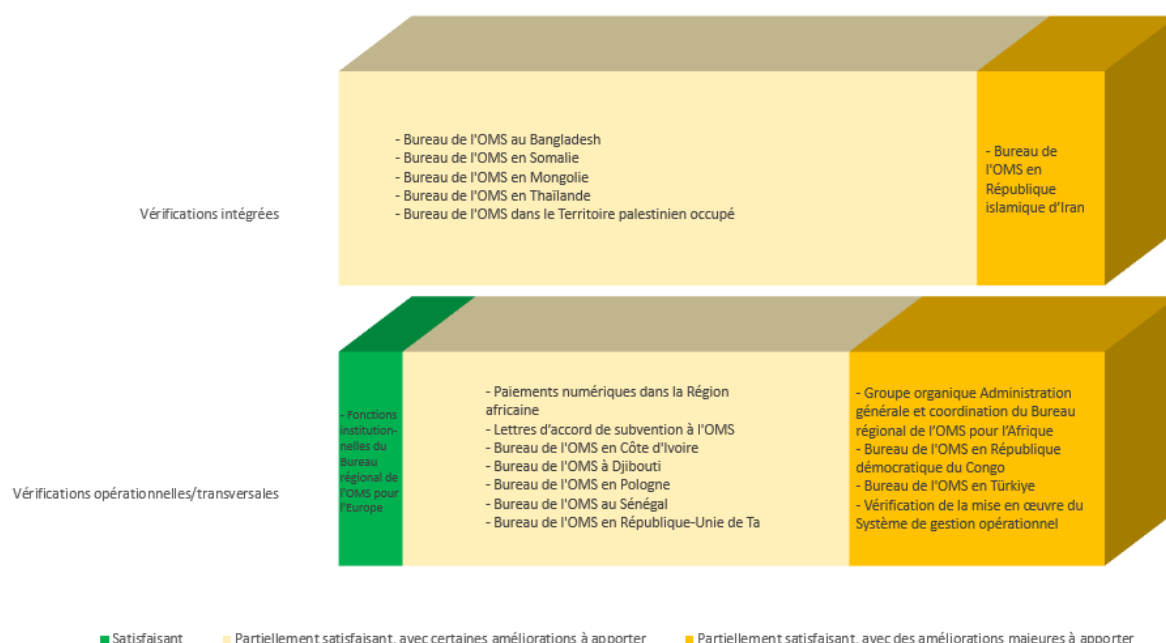
Efficacité opérationnelle des contrôles internes et risques résiduels

84. Les qualifications globales relatives à l'efficacité opérationnelle des contrôles internes pour les vérifications effectuées en 2025 étaient moins bonnes qu'en 2024. En 2025, d'après 72 % des conclusions globales (soit 13 vérifications sur 18), l'efficacité opérationnelle a été jugée soit « satisfaisante » soit « partiellement satisfaisante, avec certaines améliorations à apporter » (niveaux 1 et 2), contre 83 % en 2024. En 2025, cinq vérifications (28 %) ont conclu que l'efficacité opérationnelle était « partiellement satisfaisante, avec des améliorations majeures à apporter », contre deux vérifications en 2024. Aucune vérification

¹⁰ En 2025, l'indicateur de performance (IP 5) du Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'avancement des femmes relatif à la vérification a « dépassé les exigences ».

n'a amené à qualifier l'efficacité d'« insatisfaisante », comme en 2024. Les conclusions des vérifications effectuées en 2025 sont résumées dans la Figure 1.

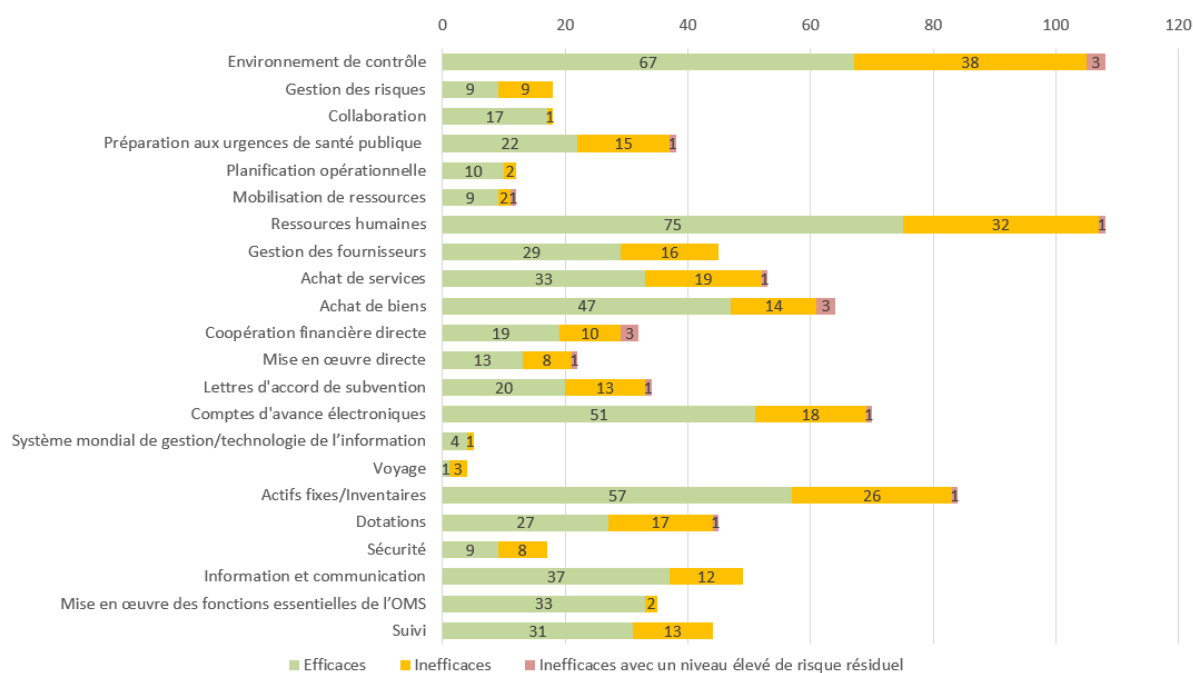
Figure 1. Qualifications données dans les vérifications, selon le type de vérification, 2025



85. Sur la base des vérifications effectuées en 2025, la Figure 2 illustre l'efficacité des contrôles pour différentes catégories de risques, et fait apparaître le nombre de risques résiduels de haut niveau et de vérifications effectuées dans chaque domaine de processus principal (des informations de même nature sont présentées sous une autre forme à l'annexe 2A). La proportion de risques résiduels élevés dans l'ensemble des contrôles vérifiés en 2025 était inférieure (2,0 %) à celle de 2024 (3,7 %) ; en 2023, elle était de 3,4 %. Le taux d'efficacité globale des contrôles vérifiés¹¹ était de 68 % en 2025, ce qui représente une légère hausse par rapport au taux de 67 % constaté en 2024 (contre 66 % en 2023).

¹¹ Contrôles opérationnels des vérifications intégrées et opérationnelles des bureaux de pays et des bureaux régionaux de l'OMS.

Figure 2. Efficacité opérationnelle des contrôles internes, par processus, pour 2025 (nombre de vérifications effectuées)



Analyse des causes profondes des problèmes révélés par les vérifications

86. Le Bureau a procédé à une analyse des causes profondes des problèmes révélés par les vérifications et comportant des risques résiduels élevés ou modérés. Il ressort d'une analyse préliminaire d'un total de 231 recommandations formulées dans les rapports de vérification de 2025¹² que les principales causes profondes, telles que rapportées par les entités vérifiées, étaient les suivantes (voir Tableau 1) : manque de personnel ou de ressources (pour 26 % des recommandations analysées) ; suivi insuffisant des exigences par la direction ou les membres du personnel (19 %) ; connaissance insuffisante des exigences découlant des politiques (17 %) ; et inadéquation ou complexité des processus (7 %).

Tableau 1. Principales causes profondes des problèmes révélés par la vérification en 2024 et en 2025

2024		2025	
Principales causes profondes	%	Principales causes profondes	%
Connaissance insuffisante des exigences découlant des politiques de la part du personnel	27 %	Manque de personnel ou de ressources	26 %
Manque de personnel ou de ressources	23 %	Suivi insuffisant des exigences par la direction ou les membres du personnel	19 %
Suivi insuffisant des exigences par la direction ou les membres du personnel	22 %	Connaissance insuffisante des exigences découlant des politiques de la part du personnel	17 %
Situations d'urgence en cours dans le pays	10 %	Inadéquation ou complexité des processus	7 %

¹² L'analyse incluait les vérifications intégrées et opérationnelles menées dans les bureaux de pays et dans les bureaux régionaux de l'OMS d'après les données disponibles en février 2026.

87. Le Bureau continuera de veiller, dans le cadre d'un processus transversal, à ce que les insuffisances récurrentes ne fassent pas l'objet de recommandations répétées.

Analyse de l'évolution des constatations dans les bureaux de pays

88. Le Bureau a analysé les résultats des vérifications menées dans les bureaux de pays au cours de la période 2023-2025 afin de mettre en évidence les tendances générales en matière de respect des règles et des règlements de l'Organisation pour l'ensemble des processus opérationnels (voir l'annexe 3A, qui fournit une analyse sommaire des tendances observées dans l'efficacité des contrôles internes vérifiés dans les bureaux de pays, par domaine de processus et par année, pour la période 2023-2025) ; et en vue de mettre en lumière les processus qui représentent les plus grands défis sur le plan de la cohérence dans l'efficacité des contrôles entre les Régions (voir l'annexe 3B).¹³

89. Les résultats des vérifications menées dans les bureaux de pays (voir l'annexe 3A) font apparaître, en 2025, une amélioration de l'efficacité des contrôles internes pour sept domaines de processus opérationnels et une diminution de l'efficacité pour sept autres, le pourcentage de contrôles efficaces ayant considérablement diminué pour deux d'entre eux (gestion des risques et sécurité). L'annexe 3B présente l'analyse par le Bureau des différences régionales en matière de conformité, c'est-à-dire l'efficacité opérationnelle comparative des contrôles internes dans les bureaux de pays, regroupés par Région, au cours de la même période (2023-2025).

Mise en œuvre des recommandations issues de la vérification

90. Périodiquement, le Bureau suit auprès de la direction la mise en œuvre des recommandations formulées à l'issue des vérifications intérieures et fait ensuite rapport sur celles restées en suspens, notamment sur les progrès accomplis depuis la période sur laquelle portait son rapport précédent. Afin de rendre des comptes aux États Membres, le Bureau établit des statistiques cumulées sur la mise en œuvre de toutes les recommandations issues des vérifications en suspens depuis la date du dernier rapport qu'il a présenté à l'Assemblée de la Santé (voir l'annexe 1). Le Bureau tient à jour un portail Web pour faciliter le contrôle et le suivi des recommandations, que celles-ci émanent de la direction ou des vérificateurs. Ce portail fournit des notifications automatisées par courriel des étapes à venir en vue de progresser dans la mise en œuvre. Le Bureau rend compte des recommandations en suspens en s'appuyant sur la date de mise en œuvre cible qui a été convenue pour chacune d'entre elles. Sur la base de ces informations, le Bureau relève que la mise en œuvre des recommandations s'est légèrement améliorée : ainsi, la mise en œuvre de 26,9 % des recommandations en suspens est considérée comme « tardive » en 2025, contre 32,5 % en 2024. Les recommandations dont la mise en œuvre est tardive et qui concernent des questions à fort risque résiduel représentaient 3,8 % de l'ensemble des recommandations en suspens. Le respect des délais de mise en œuvre des recommandations issues de la

¹³ Pour les principaux tests, les contrôles internes ont été regroupés selon les éléments du cadre du Comité des organisations coparrainantes de la Commission Treadway et les différents domaines : a) environnement de contrôle ; b) gestion des risques ; c) activités de contrôle (ressources humaines ; gestion des fournisseurs ; contrats de services ; achat de biens ; coopération financière directe ; mise en œuvre directe ; compte d'avance électronique, Système mondial de gestion/technologie de l'information ; voyages ; actifs fixes/stocks ; dotations ; sécurité) ; d) information et communication ; et e) suivi.

vérification s'est amélioré depuis le précédent rapport, et 50 % de celles dont la date butoir était fixée à 2025 ont été mises en œuvre dans les délais convenus (par comparaison à 31 % de celles dont la date butoir était fixée à 2024).

91. Le Bureau a classé les recommandations formulées en 2025 par domaine de vérification et par risque résiduel (annexe 2B). Il a veillé à suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations à fort risque résiduel et des recommandations ayant un rang de priorité élevé, c'est-à-dire les recommandations nécessitant une action immédiate, pour la plupart des dossiers en suspens (annexe 1).

92. Depuis la soumission de son dernier rapport à l'Assemblée de la Santé, en mai 2025, le Bureau a reçu des informations actualisées sur la mise en œuvre de ses recommandations et il a pu clore 19 dossiers de vérification (annexe 4). Le Tableau 2 présente les taux annuels de mise en œuvre, en février 2026, des recommandations formulées à l'issue des rapports de vérification soumis depuis le 1^{er} janvier 2024.

Tableau 2. Taux comparatifs de mise en œuvre des recommandations formulées à l'issue des vérifications portant sur 2024 et 2025, en février 2026

Suivi des recommandations	Nombre de recommandations		Pourcentage du nombre de recommandations		Nombre moyen de jours d'avance/ (de retard)	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Mise en œuvre non encore attendue	7	127	3 %	55 %	-	-
Clôture du dossier après mise en œuvre dans les délais prévus	126	44	48 %	19 %	61	41
Clôture du dossier après mise en œuvre tardive	96	11	37 %	5 %	(95)	(26)
En cours d'application et en retard	28	39	11 %	17 %	(249)	(85)
Non encore lancée et en retard	4	10	1 %	4 %	(210)	(77)
Total *	261	231	100 %	100 %	-	-

* Le nombre total des recommandations comprend les projets de rapports (il peut donc y avoir de légères différences avec les rapports finaux) et les rapports clos au cours de la période.

93. Le Bureau constate des retards dans la mise en œuvre des recommandations pour les vérifications suivantes : a) la vérification portant sur le Bureau de l'OMS au Zimbabwe (rapport 21/1206 du Bureau) réalisée en 2021 ; b) la vérification de la gestion des mots de passe et des contrôles des accès privilégiés (rapport 21/1207 du Bureau) réalisée en 2021 ; c) la vérification des mesures correctives des vulnérabilités liées à la cybersécurité (rapport 21/1217 du Bureau), également réalisée en 2021 ; d) la vérification portant sur les ressources humaines au Centre mondial de services (rapport 22/1237 du Bureau), réalisée en 2022 ; e) la vérification du rapport de l'OMS sur les résultats 2020-2021 (rapport 22/1233 du Bureau), réalisée en 2022 ; et f) la vérification de la gouvernance des données au sein de la Division Données, analyse et résultologie (rapport 22/1243 du Bureau), réalisée en 2022. Certaines de ces vérifications sont directement liées à deux des risques principaux de l'OMS : les menaces pour la cybersécurité et l'incapacité à démontrer les résultats et l'impact. Pour les vérifications 21/1207 et 21/1217, les progrès sont subordonnés à l'acquisition de certaines technologies, qui se trouve à un stade différent pour chacune de ces vérifications.

Pour la vérification 22/1237, les progrès sont subordonnés à la mise en œuvre du BMS tandis que pour la vérification 22/1243, les progrès sont affectés par le processus de définition des priorités et de réalignement entrepris par l'OMS en 2025.

Enquêtes

Processus d'enquête et points clés

94. Au titre de ses prérogatives en matière d'enquête, le Bureau a pour mission de recueillir pour le compte de l'Organisation deux types de signalements, à savoir les allégations d'inconduite et les allégations d'actes répréhensibles. Depuis 2024, il recueille également les allégations de violations de la politique sociale et environnementale de l'OMS lors de la mise en œuvre d'un programme ou d'un projet donné.

95. En ce qui concerne les normes sociales et environnementales, le personnel des Services d'enquête procède à une évaluation préliminaire des signalements effectués. Selon la nature du problème, il peut solliciter d'autres expert(e)s internes ou externes afin d'envisager des modalités d'examen et de traitement de la plainte supplémentaires, tout en garantissant la confidentialité de la procédure. Lorsque le personnel des Services d'enquête juge que les mécanismes informels ne sont pas adaptés à un cas donné, il transmet le signalement à l'unité technique concernée ou à l'équipe de l'OMS chargée de la protection sociale et environnementale (WESST) et à un comité spécial chargé du respect des normes environnementales et sociales créé à cet effet.

96. Le mandat des Services d'enquête en matière d'inconduite et d'actes répréhensibles consiste à évaluer les allégations d'inconduite et d'actes répréhensibles et à mener des enquêtes à leur sujet lorsqu'elles concernent les ressources, le personnel, les membres du personnel affilié (titulaires de contrats de vacataires n'étant pas membres du personnel), les fournisseurs ou les partenaires d'exécution de l'OMS, de l'ONUSIDA, d'Unitaid, du CIRC ou du CIC.

97. En mai 2025, la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le processus à suivre pour traiter les allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet. En pareil cas, les Services d'enquête procéderont, dès réception d'un signalement, à une première phase d'examen préliminaire (examen *prima facie*). Si les Services d'enquête estiment que les circonstances le justifient, le Président ou la Présidente du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance désignera une entité d'enquête externe, qui procèdera alors à une deuxième phase d'examen préliminaire et à une enquête, s'il y a lieu.

98. Les allégations d'inconduite ou d'actes répréhensibles peuvent faire l'objet d'une enquête menée après coup, sur la base de rapports sur des irrégularités présumées, ou d'une enquête effectuée en amont, sur la base d'informations déjà disponibles. Les types d'allégations répertoriées se répartissent en trois groupes : 1) la fraude, la corruption, le vol ou le détournement et le non-respect des normes professionnelles (pratiques financières répréhensibles et non-respect) ; 2) l'exploitation et les abus sexuels ainsi que le harcèlement sexuel (inconduite sexuelle) ; et 3) le harcèlement au travail, l'abus d'autorité, la discrimination (comportements abusifs au travail) et les représailles.

99. À l'exception des signalements manifestement mal fondés, des spams ou des escroqueries, les rapports sur des irrégularités présumées reçus sont enregistrés dans le système de traitement des dossiers des Services d'enquête et se voient attribuer un numéro de dossier unique. Ces rapports font l'objet d'un examen préliminaire afin qu'il soit déterminé si les allégations signalées justifient une enquête ou un renvoi, le cas échéant.

100. En 2025, les Services d'enquête ont privilégié un système de réception des dossiers fondé sur les risques. Dans ce contexte, les signalements d'inconduite ou d'actes répréhensibles sont évalués selon des critères renforcés et une matrice de hiérarchisation. Dès réception du dossier, les Services d'enquête décident soit de clôturer le cas, soit de le clôturer puis de le transmettre à la direction pour suite à donner ou à d'autres services de l'OMS chargés de la responsabilisation, soit de soumettre le cas à une enquête.

101. Lorsqu'une enquête est menée, elle peut aboutir à un ou deux des trois résultats suivants : 1) l'établissement de rapports d'enquête – pour les cas étayés qui ont été transmis aux personnes référentes compétentes au sein de la direction en vue d'une procédure disciplinaire ; 2) l'établissement de rapports de clôture d'enquête – pour les cas non étayés qui seront conservés par les Services d'enquête à des fins administratives ;¹⁴ et 3) l'établissement de lettres de recommandations – lorsque les activités d'enquête engendrent des problèmes systémiques ou de contrôle interne, un memorandum est émis pour recommander à la direction des mesures à prendre.

102. Que l'issue soit déterminée à la réception du dossier ou au cours de l'enquête, les parties prenantes à l'enquête ayant besoin d'en connaître et, le cas échéant, la direction, sont informés des décisions prises par les Services d'enquête concernant le dossier.

103. En 2025, les Services d'enquête ont procédé à l'instauration d'un nouveau système configurable de traitement des dossiers destiné à renforcer la capacité du Bureau de gérer les dossiers, de rendre compte des activités qu'il mène et d'évaluer les résultats obtenus par ses soins. Ce système est en cours d'élaboration et devrait être opérationnel aux alentours du deuxième trimestre 2026. En outre, les Services d'enquête ont lancé en 2025 un appel d'offres pour mettre à jour le service de signalement des problèmes d'intégrité du Bureau. Le dispositif actualisé devrait être mis en service aux alentours du premier trimestre 2026.

104. Outre les activités liées aux dossiers, les activités des Services d'enquête incluent les services consultatifs, les services de notification, et les activités de collaboration et de communication. Ces activités sans lien avec les dossiers englobent notamment la communication d'informations aux organes directeurs de l'Organisation, les activités de sensibilisation et de communication, ainsi que les contributions aux accords établis avec les partenaires financiers, dont il est fait état pour la première fois dans le présent rapport.¹⁵

¹⁴ Conformément à la [politique de l'OMS intitulée « Prévention et lutte contre les comportements abusifs »](#) (2023), les signalements concernant des allégations de harcèlement, d'abus d'autorité et de discrimination sont transmis à la direction, qu'ils soient fondés ou non (consulté le 29 avril 2026).

¹⁵ Les résultats et l'impact du Bureau sont mesurés au moyen de différents indicateurs de performance liés ou non aux dossiers. Les indicateurs relatifs aux techniques et aux capacités d'enquête du Bureau demeurent en interne.

Activités liées aux dossiers

105. Les Services d'enquête ont traité 1174 dossiers en 2025, dont 656 dossiers reportés de l'année précédente et 518 nouveaux dossiers reçus en 2025.¹⁶ Sur les 636 dossiers clôturés, 534 ont été clôturés dès réception (au stade du triage ou de l'examen préliminaire) et 102 au stade de l'enquête, sachant que 44 cas (43 %) ont été jugés fondés.

Tableau 3. Évolution du nombre de dossiers entre 2023 et 2025

Nombre de dossiers	2023	2024	2025
Dossiers reportés	717	719	656
Dossiers reçus	740	652	518
Nombre total d'allégations soumises à enquête	1 457	1 371	1 174
Nombre de dossiers clôturés	(738)	(715)	(636)
Dossiers en suspens au 31 décembre 2025	719	656	538
Dossiers clôturés après une enquête complète, dont :	92	116	102
Dossiers pour lesquels les allégations ont été jugées fondées	36	34	44
Dossiers pour lesquels les allégations ont été jugées infondées	56	64	58

106. En 2025, les Services d'enquête ont traité 14 % de dossiers en moins qu'en 2024 et ont clôturé 2 % de dossiers de plus qu'en 2024 par rapport au nombre total de dossiers traités. Le nombre total de dossiers traités restait toutefois très élevé, et 79 (12 %) des 636 dossiers clôturés dataient toujours de plus de trois ans.

107. Les Services d'enquête ont continué de recevoir un grand nombre de signalements et de demandes qui ne concernaient pas des allégations d'inconduite, ce qui s'explique en partie par le succès de la campagne en faveur d'une « culture de la parole » menée par l'Organisation. Il s'agissait notamment de signalements concernant la gestion des performances, des conflits professionnels et des griefs relatifs aux procédures de recrutement ou d'approvisionnement qui ne relevaient pas de leur mandat.

108. En réponse, les Services d'enquête ont rationalisé leurs procédures de réception, notamment en recourant à une intelligence artificielle (IA) au stade du triage. Ils ont également appliqué des critères rigoureux, uniformes et fondés sur les risques dès la phase de réception afin d'éviter les enquêtes inutiles sur des allégations sans lien avec des faits d'inconduite, de limiter les enquêtes ne débouchant pas sur des mesures concrètes ou de renvoyer les dossiers pour lesquels la conduite d'une enquête ne constituait pas nécessairement la meilleure solution. S'agissant des signalements relevant davantage de la compétence d'autres services, les Services d'enquête s'emploient, aux côtés de leurs partenaires dans le domaine de la responsabilisation, à promouvoir une résolution informelle et des moyens de renforcer les capacités institutionnelles.

¹⁶ Ces chiffres peuvent varier légèrement par rapport à 2024, car certains dossiers ont été rouverts, clôturés dès réception et réexaminés de manière ponctuelle.

109. Les Services d'enquête ont collaboré avec les services compétents au sein de l'Organisation pour proposer le recours à un mécanisme de substitution, dont le Directeur général a approuvé la mise à l'essai en avril 2025. Un mécanisme de substitution est un instrument par lequel un membre du personnel contre lequel pèsent de lourdes présomptions d'actes d'inconduite n'étant pas visés par les politiques de tolérance zéro de l'Organisation peut choisir de renoncer à une enquête, en échange de quoi la direction adoptera à son endroit une décision disciplinaire dans le cadre d'un accord à l'amiable. Ce projet pilote s'inscrit dans le droit fil du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, de l'Organisation, qui vise à instaurer et à mettre en œuvre des cadres réglementaires, stratégiques et de responsabilisation actualisés, qui permettront à l'Organisation d'adopter un modèle de responsabilisation moderne aligné sur les meilleures pratiques, et du rapport d'évaluation externe de la qualité de la fonction d'enquête du Bureau publié en avril 2024. La mise à l'essai de ce mécanisme de responsabilisation de substitution, qui devait intervenir en 2025, a été reportée en raison du processus de redéfinition des priorités de l'OMS, et devrait débuter en 2026.

110. Compte tenu des contraintes budgétaires et du manque de ressources engendrées par la redéfinition des priorités au niveau des départements, des activités et du personnel, associée à une délégation accrue des pouvoirs, les Services d'enquête s'attendent à voir le nombre d'allégations de pratiques financières répréhensibles et de comportements abusifs augmenter. Pris conjointement, ces facteurs soulignent la nécessité d'une coordination, à l'échelle de l'Organisation, pour ce qui a trait aux mesures parallèles de responsabilisation, aux mécanismes informels et systémiques de résolution des différends et aux interventions rapides de la direction, en particulier pour donner suite à des signalements concernant des allégations de comportements abusifs.

Réception des dossiers

111. En 2025, les pratiques financières répréhensibles (et le non-respect des normes professionnelles) demeuraient en tête des signalements d'irrégularités présumées reçus, et représentaient 303 (58 %) des 518 dossiers ouverts, contre 329 (50 %) en 2024. Venaient ensuite les signalements de comportements abusifs et d'inconduite sexuelle, qui représentaient respectivement environ 167 (32 %) et 48 (9 %) de l'ensemble des dossiers ouverts.

112. En 2025, les Services d'enquête ont ouvert 48 dossiers d'inconduite sexuelle, ce qui est nettement inférieur au nombre enregistré en 2024 (99 dossiers) et en 2023 (172 dossiers). En application des critères rigoureux qu'ils se doivent d'observer au stade de la réception, les Services d'enquête ont ouvert de moins en moins de dossiers portant sur des allégations de comportements abusifs. En effet, 167 dossiers de cet ordre ont été ouverts en 2025 (contre 226 en 2024 et 273 en 2023).

Tableau 4. Dossiers ouverts entre 2023 et 2025

Type d'allégation	2023	2024	2025
Pratiques financières répréhensibles			
Corruption	13	87	28
Fraude, vol et détournement	155	144	144
Non-respect des normes	127	98	131
Inconduite sexuelle			
Exploitation et abus sexuels	106	42	22
Harcèlement sexuel	66	57	26
Comportements abusifs			
Représailles	50	22	15
Harcèlement et abus d'autorité	220	197	139
Discrimination	3	7	13
Total	740	654	518

113. La diminution du nombre de signalements de comportements abusifs et d'actes d'inconduite sexuelle pourrait être attribuable à un ou plusieurs des facteurs suivants : les mesures efficaces prises par la direction pour prévenir l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels et sensibiliser à ce phénomène ; la coordination entre les Services d'enquête et la direction pour assurer le renvoi vers des mécanismes informels de résolution et les interventions rapides de la direction ; la nouvelle approche adoptée par les Services d'enquête concernant la réception des signalements et la sélection des dossiers justifiant la conduite d'une enquête ; et l'évolution de l'attention portée aux signalements et des pressions découlant des signalements induits par le processus de redéfinition des priorités de l'OMS.

114. En 2025, ce sont de nouveau la Région de la Méditerranée orientale et la Région africaine qui ont communiqué aux Services d'enquête le plus grand nombre de rapports sur des irrégularités présumées, lesquels représentaient 59 % des dossiers ouverts. Les cas sans lien avec l'OMS (qui concernaient l'ONUSIDA, le CIRC et le CIC, notamment) représentaient environ 5 % des nouveaux dossiers ouverts (28 dossiers).

Tableau 5. Dossiers ouverts par site

Bureau principal	2023	2024	2025
Afrique	205	140	129
Amériques ^a	3	6	1
Méditerranée orientale	0	238	176
Europe	51	67	34
Asie du Sud-Est	56	77	50
Pacifique occidental	38	18	19
Siège	135	105	86
Total OMS	488	651	495
CIC	1	1	4
ONUSIDA	27	10	14
CIRC	4	5	3
Unitaid	15	6	2
Total hors OMS	47	22	23
Total général	535	673	518

^a La Région des Amériques recueille les cas notifiés au Bureau puis transmis aux Services d'enquête de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

Achèvement des dossiers

115. Les Services d'enquête ont continué de traiter un grand nombre de signalements qui ne concernaient pas des allégations d'inconduite ou pour lesquels une enquête ne constituait pas nécessairement la meilleure solution. Sur les 534 dossiers clôturés au moment de la réception, 216 ont été transmis à la direction pour suite à donner ou à d'autres services chargés de la responsabilisation au sein de l'Organisation, ce qui constitue environ 56 % de renvois de plus qu'en 2024 (95 dossiers).

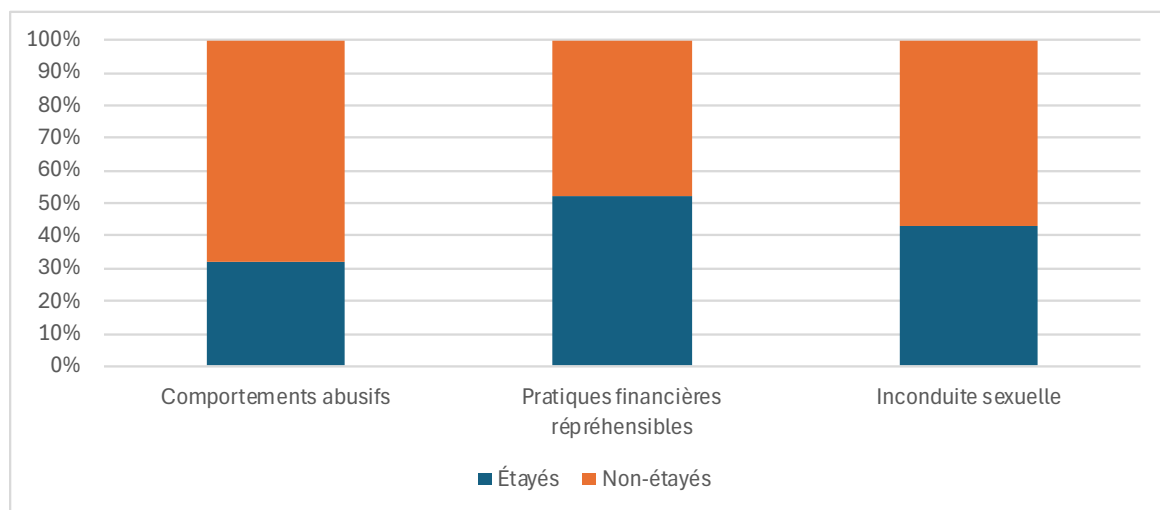
116. Les Services d'enquête visent à mener à terme les dossiers clôturés au moment de la réception dans un délai de 30 jours (un mois). Il a fallu en moyenne sept mois pour mener à terme les 534 dossiers en question (parmi lesquels figuraient des dossiers reportés de l'année 2024). Cependant, parmi ces dossiers, 271 (51 %) ont été ouverts en 2025 et menés à terme en l'espace de deux mois.

117. Au total, 102 dossiers ont été menés à terme au stade de l'enquête, ce qui représente environ 8,7 % du nombre total de dossiers traités en 2025. Malgré une réduction des effectifs de l'équipe en 2025, le nombre de dossiers soumis à enquête par rapport au nombre total de dossiers traités est resté le même qu'en 2024 (116 dossiers).

118. Sur les 102 cas ayant fait l'objet d'une enquête, 30 se sont produits dans la Région de la Méditerranée orientale, 26 dans la Région africaine et 15 au Siège, entre autres sites et entités hébergées par l'OMS, ainsi qu'au CIRC.

119. Les Services d'enquête ont publié des rapports d'enquête étayés concernant 44 des 102 cas soumis à enquête en 2025, contre 34 des 116 cas en 2024 et 36 des 92 cas en 2023 (voir Tableau 3).¹⁷ La répartition de tous les signalements émis, par résultat et par groupe d'allégation, est présentée dans la Figure 3 et à l'annexe 5.

Figure 3. Cas clôturés au stade de l'enquête, par groupe d'allégation et par résultat



120. Le montant total des pertes financières subies par l'Organisation (en excluant les autres entités hébergées par l'OMS et le CIRC), tel qu'il a été établi dans les rapports d'enquête, s'élevait à 83 231,07 USD.¹⁸ Parmi ces pertes figurent notamment, sans toutefois s'y limiter, celles imputables à de fausses demandes de remboursement de frais médicaux liées à l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS, et n'incluent ni les dépenses que les Services d'enquête n'ont pu quantifier de manière probante ni les pertes subies par des tiers.

121. En 2025, les Services d'enquête ont mené une mission (contre deux en 2024) ainsi qu'une enquête conjointe avec une autre entité du système des Nations Unies. Aucune lettre de recommandations n'a été émise en 2025, tandis qu'une lettre avait été émise en 2024.

122. La durée moyenne des enquêtes sur les allégations d'inconduite sexuelle était de 20 mois, ce qui dépasse l'objectif de quatre mois (120 jours) et dépasse de cinq mois en moyenne la durée de ces enquêtes en 2024. Il a fallu en moyenne 34 mois pour mener à terme les dossiers concernant des allégations de pratiques financières répréhensibles et de comportements abusifs, ce qui dépasse l'objectif de six mois (180 jours). Il a fallu en moyenne neuf mois de plus qu'en 2024 pour achever les dossiers concernant des allégations de comportements abusifs ; s'agissant des dossiers concernant des allégations de pratiques financières répréhensibles, aucun changement n'a été constaté.

¹⁷ Le taux de corroboration n'est pas considéré comme un indicateur de performance.

¹⁸ Le montant total des pertes subies par une ou plusieurs autres entités du système des Nations Unies s'élevait à 69 000 USD (2025).

123. La longueur des enquêtes s'explique en partie par la forte augmentation du nombre de dossiers reçus et soumis à enquête entre 2019 et 2022 qui, en 2025, représentaient 15 % du total des dossiers. En revanche, si l'on considère les dossiers reçus et clôturés au stade de l'enquête en 2024 et 2025, la durée moyenne était de 14 mois.

124. Les Services d'enquête continuent par ailleurs de recevoir et de traiter de nombreux signalements qui ne relèvent pas de leur mandat, ce qui les confronte à un volume de travail qui n'est pas viable compte tenu du modèle actuel régissant la conduite d'enquêtes, axé sur le recours à des consultantes et des consultants. Le recours excessif à des enquêtrices et enquêteurs externes expose directement les dossiers, dès leur réception ou au cours de l'enquête, à des retards en raison de l'interruption obligatoire des contrats de consultantes et de consultants, du jeu naturel des départs, de la rotation de ces effectifs, de leur expérience souvent limitée des réalités sur le terrain et en mission et de leur connaissance souvent insuffisante de l'Organisation ou du système des Nations Unies, et de déficits de compétences auxquels les formations ne permettent pas de répondre.

125. D'autres facteurs liés ou non aux dossiers influent sur la durée des enquêtes, notamment (sans toutefois s'y limiter) le degré de coopération entre les parties prenantes à l'enquête et la rapidité de celle-ci, la complexité du dossier, les exigences en matière d'équité procédurale, et les facteurs relatifs à l'environnement ayant une incidence sur le dossier ou la coopération des parties prenantes à l'enquête (processus de réalignement de l'OMS et zones de conflit).

Au-delà des dossiers

Services consultatifs

126. En 2025, les Services d'enquête ont répondu à des dizaines de demandes de conseils, de précisions ou d'informations dans le but d'appuyer l'Organisation sur des questions de responsabilisation et de gestion des risques. Cela incluait 22 avis relatifs à des accords interinstitutions ou avec des donateurs, 110 vérifications en lien avec la promotion ou la démission de membres du personnel et 2 missions au cours desquelles le Bureau a accompagné l'Organisation dans l'élaboration d'une nouvelle politique, en qualité d'observateur.

Services de notification

127. Les Services d'enquête ont rendu compte de leurs fonctions de contrôle en interne comme en externe à de nombreuses occasions, notamment au moyen des tableaux de bord du Bureau accessibles au public et actualisés chaque mois ainsi que dans le cadre de deux séances d'information à l'intention des États Membres, de deux réunions du Comité du programme, du budget et de l'administration, à deux reprises devant le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance et une fois devant le Comité de surveillance mondial de l'Assurance-maladie du personnel. Les Services d'enquête ont également donné suite à cinq demandes du Commissaire aux comptes et ont répondu à ou traité de nombreuses questions en lien avec la présentation des rapports aux donateurs, notamment en organisant des réunions à cet effet.

Collaboration et communication

128. Lors de tables rondes et de réunions spéciales tenues régulièrement, les Services d'enquête ont collaboré avec leurs partenaires en matière de responsabilisation, tels que le Département Éthique, gestion des risques et principe de diligence, et acteurs non étatiques (anciennement Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique), l'Ombudsman, l'unité chargée de la coordination de la politique en matière de ressources humaines et de la justice interne, le Bureau du Conseiller juridique, ainsi que l'équipe chargée de la prévention et de la lutte contre l'inconduite sexuelle au sein du Département Genre, droits, équité et prévention de l'inconduite sexuelle. Dans ce cadre, ils se sont notamment employés, aux côtés de l'équipe chargée de la prévention et de la lutte contre l'inconduite sexuelle, à affiner les clauses relatives à l'inconduite sexuelle inscrites dans les contrats des partenaires d'exécution. Ils ont par ailleurs œuvré, aux côtés de l'unité chargée de la coordination de la politique en matière de ressources humaines et de la justice interne et du Bureau du Conseiller juridique, à l'établissement de mesures de résolution parallèles (mécanisme de substitution, par exemple) et de mesures informelles de résolution des différends (pour ce qui a trait aux signalements sans lien avec des faits d'inconduite, notamment) et ont collaboré avec le Département Éthique, gestion des risques et principe de diligence, et acteurs non étatiques à l'élaboration de normes visant à améliorer la gestion des mesures de protection.

129. Les Services d'enquête ont organisé neuf présentations ou sessions de sensibilisation à l'intention des bureaux régionaux et nationaux, auxquels ont participé 294 membres du personnel, dont 19 cheffes et chefs de bureau. Sept réunions de planification et de coordination ont par ailleurs été organisées avec des collègues de deuxième ligne, ce qui a permis d'appréhender les liens entre les enquêtes, la gestion des ressources humaines et la conformité.

130. En 2025, les Services d'enquête ont fourni une assistance en matière de criminalistique numérique à trois de leurs homologues des services d'enquête des Nations Unies. Ils ont collaboré avec cinq de leurs homologues au sein des services d'enquête des Nations Unies et des banques multilatérales de développement en vue de mettre au point et de parfaire leur assistant IA au stade de la réception des dossiers et à d'autres stades de la procédure d'enquête, afin d'éviter tout double emploi.

131. Les Services d'enquête ont participé à 10 réunions des Représentants des services d'enquête du système des Nations Unies. Dans ce cadre, ils ont assumé la présidence du groupe de travail sur les comportements abusifs et ont été membres du groupe de travail sur les gains d'efficacité stratégiques. Ils ont également assisté à deux conférences réunissant des homologues issus des services d'enquête des Nations Unies, des donateurs et des banques multilatérales de développement, qui se sont tenues à Genève en juin 2025 et en Chine en novembre 2025, respectivement, et ont présenté un exposé à l'occasion de la seconde conférence.

Évaluation des risques institutionnels

132. L'examen systématique des registres de risque des Départements et Unités à vérifier fait partie intégrante du processus de planification de l'ensemble des vérifications effectuées par le Bureau. Parmi les activités visant à contrôler ces aspects de la gestion des risques (sensibilisation aux risques, et définition et atténuation des risques) on retrouve, le cas échéant, l'harmonisation des risques figurant dans le registre avec ceux qui se trouvent dans les rapports relatifs au budget programme correspondants.

133. Les risques principaux de l'OMS,¹⁹ dont la liste est établie par la direction, sont ceux qui pourraient influencer sur la réalisation des objectifs de l'Organisation et qui nécessitent un alignement et une coordination de la riposte et des efforts d'atténuation aux trois niveaux. Ils sont identifiés selon un processus ascendant, moyennant l'outil de gestion des risques institutionnels de l'Organisation, lui-même complété par un examen descendant mené par le Comité mondial de gestion des risques de l'OMS, l'objectif étant de garantir la pertinence de l'univers de risque de l'Organisation.

134. À la demande des États Membres, le Bureau a analysé les activités de vérification effectuées en 2025 et les années précédentes, ainsi que les activités planifiées en 2026, du point de vue des risques principaux ; les résultats de ce travail figurent à l'annexe 6. Les activités du Bureau continueront d'être reliées à ces risques principaux et au suivi des recommandations correspondantes relatives aux risques importants et aux mesures d'atténuation définies par la direction.

Région des Amériques

135. En ce qui concerne la Région des Amériques, le Bureau de l'audit interne du Bureau sanitaire panaméricain a établi un projet de rapport au Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour l'année 2025. Sur la base des activités d'audit interne menées en 2025 et de sa participation au fonctionnement au jour le jour de l'Organisation (y compris son rôle en qualité d'observateur dans les comités internes et les groupes de travail), le Bureau de l'audit interne formule l'opinion selon laquelle en 2025, l'environnement de contrôle interne du Bureau sanitaire panaméricain a continué à fournir une assurance raisonnable de l'exactitude et de l'enregistrement en temps voulu des transactions, des actifs et des passifs, ainsi que de la sauvegarde des actifs. Le Bureau de l'audit interne n'a accordé de note « insatisfaisante » à aucune des missions d'audit interne réalisées en 2025 - il s'agit de la huitième année consécutive sans note « insatisfaisante » au niveau global, et de la neuvième année sans note « insatisfaisante » pour les audits réalisés dans les pays.

¹⁹ [Principal Risks](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 12 mai 2025 (consulté le 17 avril 2026).

Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé

136. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport et à donner des orientations sur les questions suivantes :

- Quelles informations supplémentaires, ou quelle analyse découlant des travaux du Bureau des services de contrôle interne, pourraient figurer dans de futurs rapports pour aider les États Membres à évaluer globalement les contrôles internes, la gestion des risques et la gouvernance à l'OMS ?
- Les États Membres souhaiteraient-ils que le Bureau envisage d'inclure dans son plan de travail pour 2027 des domaines ou des questions en particulier ?

Annexe 1

Suivi de la mise en œuvre des recommandations en suspens au 19 février 2026

N° du dossier	Intitulé	Responsable	Date du rapport final	Nombre de recommandations	Mise en œuvre non encore due	Pas encore échue	En cours d'application et en retard	Closes	Taux de mise en œuvre (à l'exclusion de ce qui n'est pas encore dû)	Pourcentage de mise en œuvre en retard*	Risque résiduel élevé en suspens et non closes	Observations sur les changements depuis le rapport de situation précédent
Rapports de vérification se rapportant au plan de travail 2021												
21/1206	Bureau de l'OMS au Zimbabwe	RD/AFRO	2021/06	32	0	0	1	31	97 %	3 %	1	Aucune recommandation close au cours de la période
21/1207	Vérification de la gestion des mots de passe et des contrôles des accès privilégiés	ADG/BOS	2021/09	15	0	1	6	8	53 %	47 %	2	3 recommandations closes au cours de la période
21/1217	Mesures correctives des vulnérabilités liées à la cybersécurité	ADG/BOS	2022/06	10	0	0	6	4	40 %	60 %	1	Aucune recommandation close au cours de la période
Rapports de vérification se rapportant au plan de travail 2022												
22/1237	Vérification portant sur les ressources humaines au Centre mondial de services	ADG/BOS	2022/09	12	0	1	0	11	92 %	8 %	0	Aucune recommandation close au cours de la période
22/1233	Vérification du rapport de l'OMS sur les résultats 2020-2021	DG	2022/11	17	0	0	1	16	94 %	6 %	0	13 recommandations closes au cours de la période
22/1239	Bureau de l'OMS en Libye	RD/EMRO	2023/01	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
22/1240	Bureau de l'OMS au Cameroun	RD/AFRO	2023/01	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
22/1234	Bureau de l'OMS au Yémen	RD/EMRO	2023/01	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période

N° du dossier	Intitulé	Responsable	Date du rapport final	Nombre de recommandations	Mise en œuvre non encore due	Pas encore échue	En cours d'application et en retard	Closes	Taux de mise en œuvre (à l'exclusion de ce qui n'est pas encore dû)	Pourcentage de mise en œuvre en retard*	Risque résiduel élevé en suspens et non closes	Observations sur les changements depuis le rapport de situation précédent
22/1243	Gouvernance des données dans la Division Données, analyse et résultologie	ADG/HSD	2023/06	7	0	0	7	0	0 %	100 %	3	Aucune recommandation close au cours de la période
Rapports de vérification se rapportant au plan de travail 2023												
23/1248	Bureau de l'OMS au Timor Leste	RD/SEARO	2023/10	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1250	Sécurité mondiale à l'OMS	ADG/BOS	2023/09	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1252	Vérification de la gestion des risques liés aux tiers dans le domaine de l'informatique	ADG/BOS	2023/12	7	0	2	5	0	0 %	100 %	0	Aucune recommandation close au cours de la période
23/1254	Bureau de l'OMS en Afghanistan	RD/EMRO	2023/09	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1257	Division Accès aux médicaments et aux produits de santé au Siège	ADG/HSD	2023/12	29	0	0	3	26	90 %	10 %	0	8 recommandations closes au cours de la période
23/1259	Programme OMS de gestion des situations d'urgence au Siège	ADG/WHE	2023/12	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1260	Bureau de l'OMS en Éthiopie	RD/AFRO	2024/02	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1266	Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo	RD/AFRO	2024/02	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1265	Division de l'administration et des finances au Bureau régional du Pacifique occidental	RD/WPRO	2024/02	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
23/1262	Vérification du Centre des opérations de sécurité	ADG/BOS	2024/04	5	0	0	5	0	0 %	100 %	0	Aucune recommandation close au cours de la période
23/1268	Assurance-maladie du personnel de l'OMS	ADG/BOS	2024/10	10	2	6	2	0	0 %	80 %	1	Aucune recommandation close au cours de la période

N° du dossier	Intitulé	Responsable	Date du rapport final	Nombre de recommandations	Mise en œuvre non encore due	Pas encore échue	En cours d' application et en retard	Closes	Taux de mise en œuvre (à l' exclusion de ce qui n' est pas encore dû)	Pourcentage de mise en œuvre en retard*	Risque résiduel élevé en suspens et non closes	Observations sur les changements depuis le rapport de situation précédent
Rapports de vérification se rapportant au plan de travail 2024												
24/1227	Bureau de l'OMS au Mali	RD/AFRO	2024/08	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1270	Bureau de l'OMS aux Philippines	RD/WPRO	2024/07	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1271	Bureau de l'OMS en Azerbaïdjan	RD/EURO	2024/07	25	0	0	4	21	84 %	16 %	1	7 recommandations closes au cours de la période
24/1272	Vérification intégrée de la Division des sciences	Scientifique en chef	2024/07	22	0	1	9	12	55 %	45 %	0	12 recommandations closes au cours de la période
24/1275	Bureau de l'OMS en République arabe syrienne	RD/EMRO	2024/09	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1276	Bureau de l'OMS au Soudan	RD/EMRO	2024/11	29	0	3	5	21	72 %	28 %	4	21 recommandations closes au cours de la période
24/1277	Bureau de l'OMS aux Maldives	RD/SEARO	2024/09	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1281	Bureau de l'OMS en Iraq	RD/EMRO	2024/12	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1284	Bureau de l'OMS en Zambie	RD/AFRO	2024/12	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1286	Bureau de l'OMS au Myanmar	RD/SEARO	2024/12	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
24/1287	Bureau de l'OMS au Soudan du Sud***	RD/AFRO	2024/12	34	0	0	10	24	71 %	29 %	0	24 recommandations closes au cours de la période
24/1288	Bureau de l'OMS en République-Unie de Tanzanie***	RD/AFRO	2025/05	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période

N° du dossier	Intitulé	Responsable	Date du rapport final	Nombre de recommandations	Mise en œuvre non encore due	Pas encore échue	En cours d' application et en retard	Closes	Taux de mise en œuvre (à l' exclusion de ce qui n' est pas encore dû)	Pourcentage de mise en œuvre en retard*	Risque résiduel élevé en suspens et non closes	Observations sur les changements depuis le rapport de situation précédent
Rapports de vérification se rapportant au plan de travail 2025												
25/001	Bureau de l'OMS en République islamique d'Iran	RD/EMRO	2026/02	25	25	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/002	Gestion globale des risques	DG	2025/08	10	10	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/003	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	RD/EURO	2025/05	18	4	1	8	5	36 %	50 %	0	5 recommandations closes au cours de la période
25/004	Bureau de l'OMS en Mongolie	RD/WPRO	2025/08	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Vérification close au cours de la période
25/005	Vérification des comptes du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	RD/AFRO	IR2024/05	21	0	0	2	19	90 %	10 %	2	19 recommandations closes au cours de la période
25/007	Bureau de l'OMS au Sénégal	RD/AFRO	2025/07	13	0	0	13	0	0 %	100 %	2	Suivi en cours pour 13 recommandations échues
25/008	Bureau de l'OMS à Djibouti	RD/EMRO	2025/06	13	3	1	6	3	30 %	54 %	1	3 recommandations closes au cours de la période
25/009	Bureau de l'OMS dans le territoire palestinien occupé	RD/EMRO	2025/09	20	8	2	5	5	42 %	35 %	0	5 recommandations closes au cours de la période
25/011	Vérification transversale des lettres d'accord de subvention à l'OMS	ADG/BOS	2025/11	7	7	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/013	Bureau de l'OMS en Thaïlande	RD/SEARO	2025/07	13	1	0	4	8	67 %	31 %	0	8 recommandations closes au cours de la période
25/015	Paiements numériques à AFRO **	RD/AFRO	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Projet de rapport pas encore publié
25/016	Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire	RD/AFRO	2025/09	8	4	0	1	3	75 %	13 %	0	3 recommandations closes au cours de la période
25/017	Bureau de l'OMS en Pologne	RD/EURO	2025/09	8	2	6	0	0	0 %	75 %	0	Aucune recommandation close au cours de la période

N° du dossier	Intitulé	Responsable	Date du rapport final	Nombre de recommandations	Mise en œuvre non encore due	Pas encore échue	En cours d' application et en retard	Closes	Taux de mise en œuvre (à l' exclusion de ce qui n' est pas encore dû)	Pourcentage de mise en œuvre en retard*	Risque résiduel élevé en suspens et non closes	Observations sur les changements depuis le rapport de situation précédent
25/018	Bureau de l'OMS en Somalie	RD/EMRO	2025/11	19	19	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/019	Bureau de l'OMS en Türkiye	RD/EURO	2025/11	12	12	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/020	Vérification de la mise en œuvre du système de gestion opérationnelle (BMS)**	ADG/BOS	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	Projet de rapport pas encore publié
25/021	Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo	RD/AFRO	2026/01	15	15	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
25/023	Bureau de l'OMS au Bangladesh	RD/SEARO	2026/01	17	17	0	0	0	100 %	0 %	0	Pas encore échue
Nombre total de recommandations					473	129	24	103	217			18
* Non close signifie en suspens ou en cours.					100,0 %	27,3 %	5,1 %	21,8 %	45,9 %			3,8 %
** Le rapport est encore à l'état de projet.												
*** En février 2025, le rapport était encore à l'état de projet et/ou non publié (ce qui explique la différence entre le nombre de recommandations indiqué ici et dans le précédent rapport de situation, le cas échéant).												

Légende des codes couleur

Critère	Nombre d'années écoulées depuis la parution du rapport
Rapport final paru il y a moins d'un an	0,8
Rapport final paru il y a entre 1 et 1,3 an (1,3 an : le temps moyen actuellement nécessaire pour la clôture d'un rapport du Bureau des services de contrôle interne)	1,1 à 1,3
Rapport final paru il y a plus de 1,3 an (c'est-à-dire > au temps moyen actuellement nécessaire pour la clôture d'un rapport du Bureau des services de contrôle interne)	>1,3

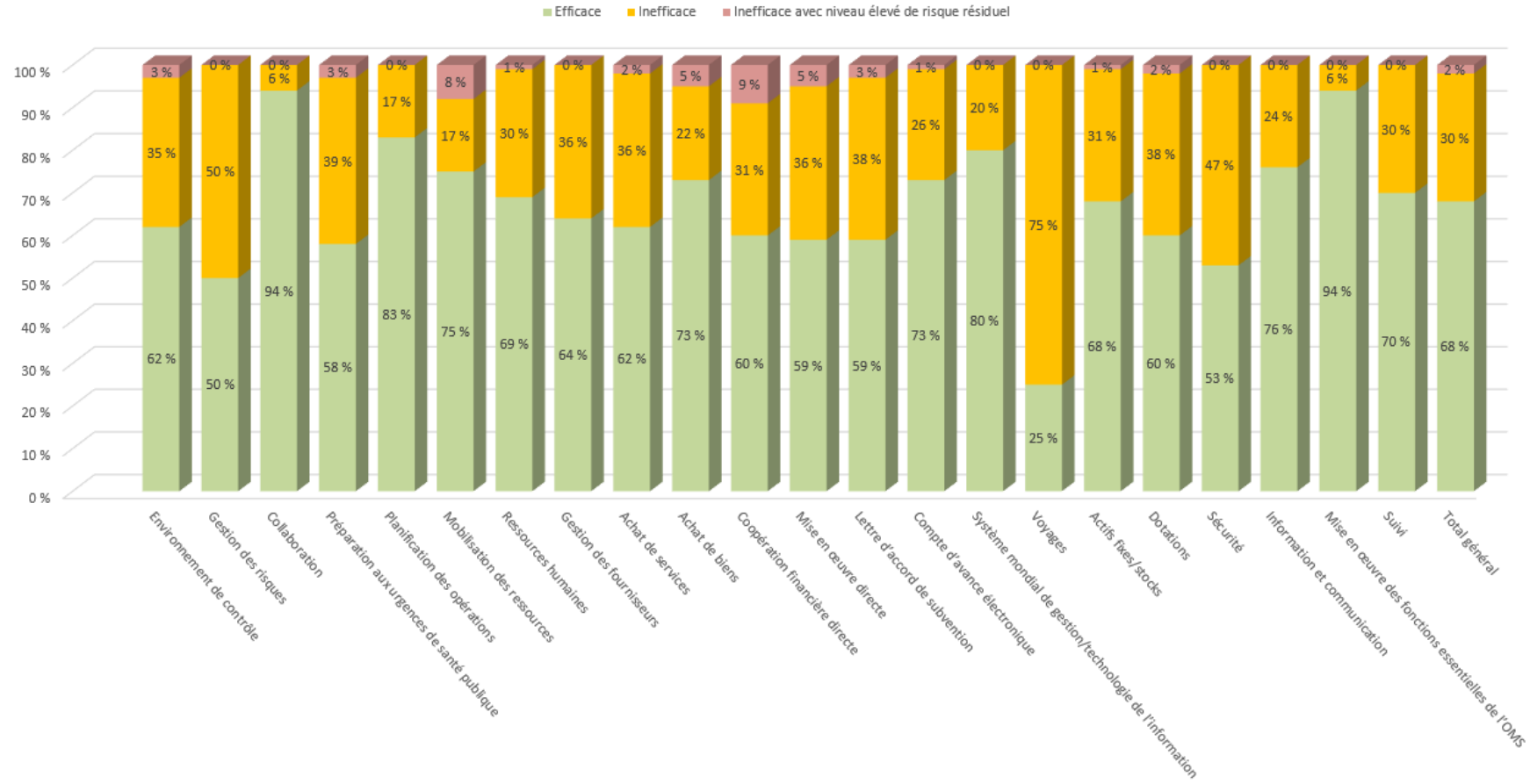
Critères	Taux de mise en œuvre
Taux de mise en œuvre supérieur à 85 %	>85 %
Taux de mise en œuvre situé entre 50 % et 85 %	50 % à 85 %
Taux de mise en œuvre inférieur à 50 %	<50 %

Critère	% de mise en œuvre en retard*
Plus de 50 % en retard	>50 %
Entre 15 % et 50 % en retard	15 % à 50 %
Moins de 15 % en retard	<15 %

Critère	Risque résiduel en suspens et non clos
Réponse de l'entité vérifiée non encore due	s. o.
Une ou plusieurs recommandations de haute importance en retard	> = 1
Aucune recommandation de haute importance en retard	0

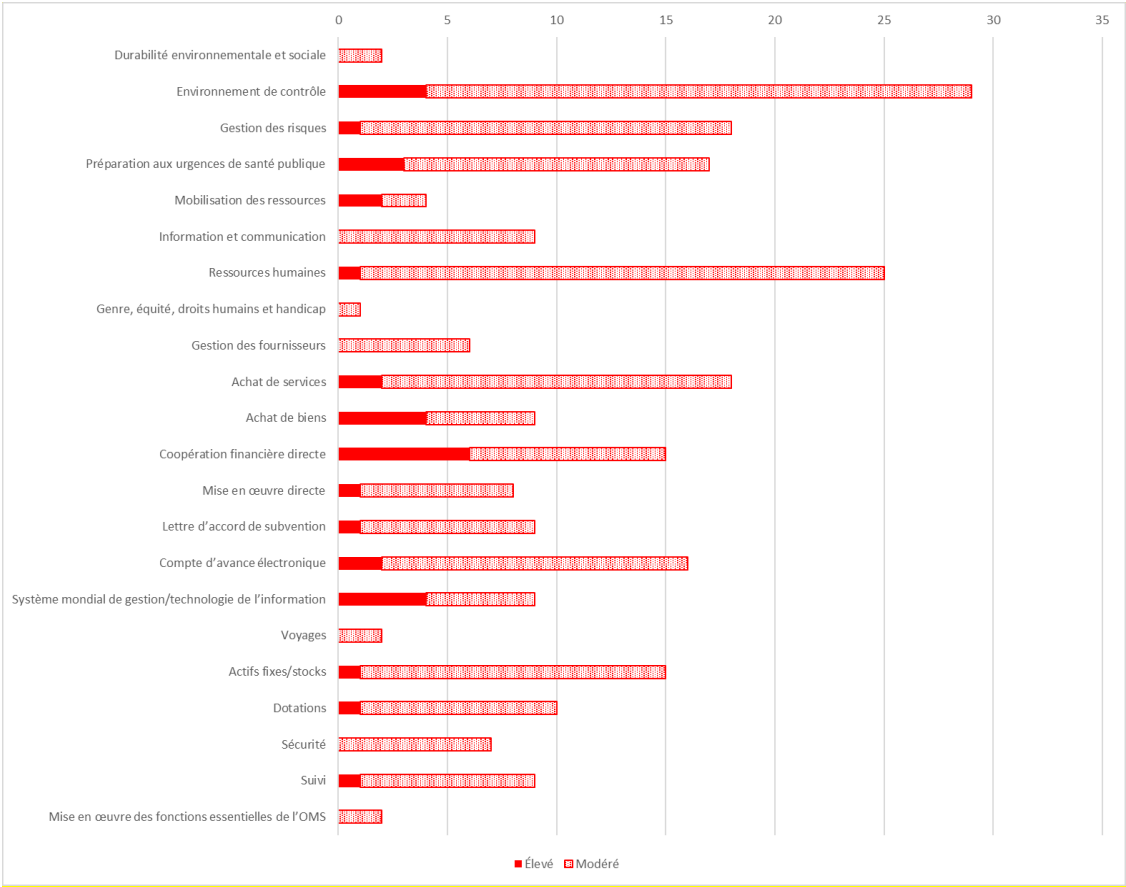
Annexe 2A

Ventilation des vérifications effectuées en 2025 par catégorie de risque et selon l'efficacité du contrôle et le risque résiduel



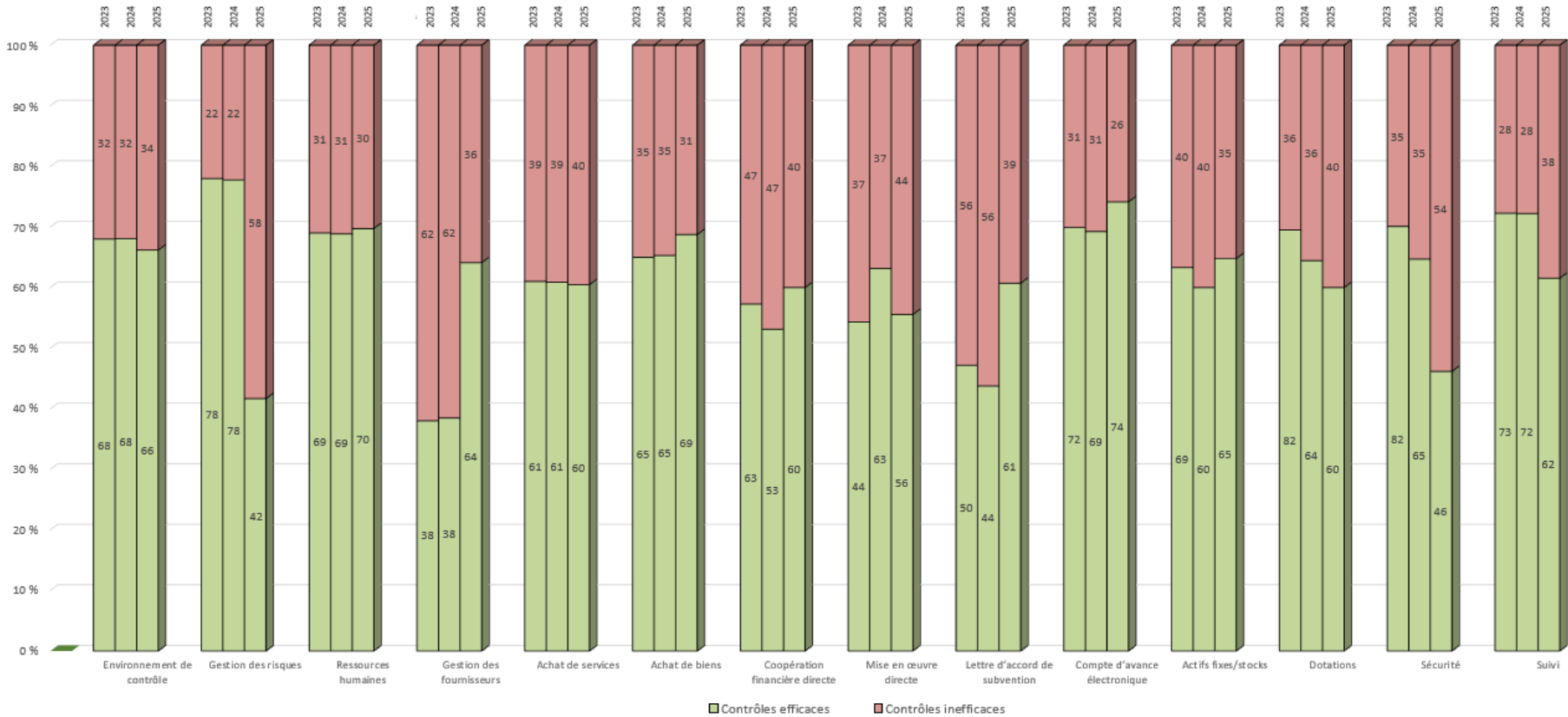
Annexe 2B

Ventilation des recommandations par domaine de vérification et selon le risque résiduel



Annexe 3A

Tendances de l’efficacité opérationnelle des contrôles internes dans les vérifications de bureaux de pays effectuées de 2023 à 2025



Annexe 3B

Effacité opérationnelle des contrôles internes, telle que rapportée dans la section opérationnelle des vérifications de bureaux de pays effectuées de 2023 à 2025

Résumé de l'efficacité des contrôles internes – à l'échelle de l'Organisation, par Région pour la période 2023-2025						
Effacité globale des contrôles de 2023 à 2025	OMS (32 vérifications)	Afrique (11 vérifications)	Méditerranée orientale (9 vérifications)	Europe (4 vérifications)	Asie du Sud-Est (5 vérifications)	Pacifique occidental (3 vérifications)
	64 %	64 %	67 %	55 %	72 %	57 %
Environnement de contrôle	68 %	71 %	61 %	54 %	79 %	55 %
Gestion des risques	62 %	67 %	78 %	56 %	56 %	43 %
Ressources humaines	69 %	77 %	69 %	48 %	85 %	61 %
Gestion des fournisseurs	51 %	49 %	76 %	25 %	53 %	50 %
Achat de services	59 %	65 %	63 %	29 %	65 %	50 %
Achat de biens	68 %	63 %	67 %	63 %	88 %	58 %
Coopération financière directe	59 %	60 %	57 %	57 %	67 %	42 %
Mise en œuvre directe	58 %	52 %	66 %	Non vérifié	60 %	Non vérifié
Lettre d'accord de subvention	59 %	63 %	57 %	46 %	78 %	33 %
Compte d'avance électronique	72 %	67 %	66 %	80 %	74 %	88 %
Actifs fixes/stocks	62 %	62 %	56 %	64 %	71 %	56 %
Dotations	66 %	65 %	68 %	57 %	85 %	50 %
Sécurité	62 %	62 %	56 %	64 %	71 %	56 %
Suivi	66 %	65 %	68 %	57 %	85 %	50 %

Annexe 4

Liste des vérifications closes depuis février 2025 (situation en février 2026)

N° du dossier	Intitulé	Date du rapport final	Date de clôture	Nombre de mois pour clôturer la vérification
22/1234	Bureau de l'OMS au Yémen	2023/02	2025/07	29
22/1239	Bureau de l'OMS en Libye	2023/01	2025/06	29
22/1240	Bureau de l'OMS au Cameroun	2023/01	2025/07	30
23/1248	Bureau de l'OMS au Timor-Leste	2023/10	2025/04	18
23/1250	Gestion globale de la sécurité à l'OMS	2023/09	2025/09	24
23/1254	Bureau de l'OMS en Afghanistan	2023/09	2025/10	25
23/1259	Programme OMS de gestion des situations d'urgence au Siège	2023/12	2026/02	26
23/1260	Bureau de l'OMS en Éthiopie	2024/02	2025/07	17
23/1265	Division Administration et finances au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental	2024/03	2025/05	14
23/1266	Bureau de l'OMS en République démocratique du Congo	2024/02	2026/01	23
24/1270	Bureau de l'OMS aux Philippines	2024/07	2025/08	13
24/1275	Bureau de l'OMS en République arabe syrienne	2024/09	2025/10	13
24/1277	Bureau de l'OMS au Mali	2024/08	2028/07	47
24/1277	Bureau de l'OMS aux Maldives.	2024/09	2025/08	11
24/1281	Bureau de l'OMS en Iraq	2024/12	2025/11	11
24/1284	Bureau de l'OMS en Zambie	2024/12	2025/11	11
24/1286	Bureau de l'OMS au Myanmar	2024/12	2025/09	9
24/1288	Bureau de l'OMS en République-Uni de Tanzanie	2025/05	2026/01	8
25/004	Bureau de l'OMS en Mongolie	2025/08	2025/11	3

Annexe 5

Rapports d'enquête (étayés) – clos en 2025

Numéro de dossier	Type d'allégation	Ancienneté	Classe/grade
2018-086	Fraude	Niveau intermédiaire	P.3
2020-062	Non-respect des normes professionnelles	Niveau intermédiaire	P.4
2020-110	Non-respect des normes professionnelles	Personnel affilié	Stagiaire
2021-006	Fraude	Personnel affilié	SSA
2021-030	Fraude	Haut niveau	P.5
2021-062	Représailles	Haut niveau	D.1
2021-072	Fraude	Début de carrière	G.2
2021-074	Fraude	Début de carrière	G.2
2021-075	Fraude	Début de carrière	G.2
2021-076	Fraude	Début de carrière	G.2
2021-077	Fraude	Début de carrière	G.2
2021-078	Fraude	Niveau intermédiaire	G.6
2021-079	Fraude	Niveau intermédiaire	P.4
2021-106	Harcèlement	Haut niveau	P.5
2021-122	Abus d'autorité	Haut niveau	D.2
2022-071	Harcèlement	Niveau intermédiaire	P.4
2022-199	Harcèlement sexuel	Niveau intermédiaire	P.3

Numéro de dossier	Type d'allégation	Ancienneté	Classe/grade
2022-225	Harcèlement	Haut niveau	D-1
2022-231	Fraude	Haut niveau	P-5
2023-006	Fraude	Haut niveau	P-5
2023-017	Harcèlement sexuel	Haut niveau	P-5
2023-227	Abus d'autorité	Haut niveau	D-1
2023-248	Fraude	Niveau intermédiaire	G-5
2023-366	Harcèlement	Niveau exécutif	Directeur régional
2023-383	Harcèlement	Haut niveau	D-1
2023-506	Harcèlement sexuel	Début de carrière	Administrateur recruté sur le plan national, classe B
2023-671	Harcèlement sexuel	Haut niveau	P-6
2023-724	Harcèlement sexuel	Début de carrière	Administrateur recruté sur le plan national, classe B
2024-204	Fraude	Niveau intermédiaire	G-5
2024-229	Corruption	Personnel affilié	Consultant
2024-236	Fraude	Personnel affilié	Vacataire
2024-286	Non-respect des normes professionnelles	Personnel affilié	SSA
2024-347	Harcèlement	Haut niveau	D-1
2024-464	Exploitation et atteintes sexuelles	Personnel affilié	Consultant
2024-559	Fraude	Niveau intermédiaire	P-4
2024-560	Harcèlement sexuel	Personnel affilié	Consultant
2024-568	Non-respect des normes professionnelles	Début de carrière	P-2

Numéro de dossier	Type d'allégation	Ancienneté	Classe/grade
2024-577	Harcèlement	Haut niveau	P-5
2024-590	Fraude	Niveau intermédiaire	P-4
2024-647	Fraude	Personnel affilié	SSA
2025-022	Non-respect des normes professionnelles	Niveau intermédiaire	P-4
2025-116	Fraude	Haut niveau	P-5
2025-122	Harcèlement sexuel	Début de carrière	Équivalent G-2
2025-373	Non-respect des normes professionnelles	Niveau intermédiaire	P-3

Annexe 6

Évaluation de la couverture des risques principaux pour l’OMS¹ dans les vérifications internes effectuées récemment

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d’activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
1	La santé mondiale et la légitimité de l’OMS remises en cause (notamment en raison de la polarisation de la société)	La santé mondiale et la légitimité de l’OMS (notamment la reconnaissance de son rôle de chef de file et de coordination dans le domaine de la santé internationale) sont compromises par l’instabilité géopolitique, par le fait que son avantage comparatif n’est pas reconnu par les autres acteurs et/ou par le scepticisme à l’égard du multilatéralisme, ce qui nuit à sa capacité à tirer parti des mécanismes fondés sur le consensus et à ses efforts de mobilisation des ressources.	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l’examen des contrôles internes liés aux activités de coordination à tous les niveaux de l’Organisation.
1.1	Faible capacité des partenaires d’exécution (y compris des pays fragiles)	Le fait de dépendre de partenaires d’exécution dont les capacités sont limitées et en rapide déclin (notamment les ministères de la santé et les parties prenantes au niveau national) risque d’entraîner une exécution incomplète des programmes mis en œuvre par l’OMS.	Les vérifications intégrées et les vérifications opérationnelles comprenaient des procédures pour l’examen des contrôles internes liés aux capacités des partenaires d’exécution à tous les niveaux. Une vérification transversale des lettres d’accord de subvention a été menée en 2025. Un examen consultatif de l’assurance relative à la coopération financière directe, à l’exécution directe et aux lettres d’accord de subvention a été mené en 2024.

¹ [Principal Risks](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 12 mai 2025 (consulté le 11 février 2026).

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d'activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
1.2	Méfiance à l'égard de la science et de l'OMS (inclut la mésinformation et la désinformation)	La méfiance à l'égard de la science et les doutes concernant l'impact positif des activités de santé de l'OMS – qui peuvent donner lieu à des campagnes de mésinformation et de désinformation ciblant la santé, amplifiées par les médias sociaux – risquent de réduire l'efficacité et la portée des politiques et des lignes directrices de l'OMS dans certaines communautés et de dégrader la confiance du public et des États Membres.	Une vérification des publications de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation est prévue pour 2026. Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes liés au travail de communication. Le Bureau des services de contrôle interne (IOS) a intégré une mission de conseil dans le domaine de la gouvernance de l'IA, qui se concentrerait, entre autres, sur la santé numérique et également suivi la mise en œuvre d'une recommandation formulée dans le cadre de la vérification de la gouvernance des données (2023) qui portait sur les questions de fiabilité et d'intégrité des données de santé.
1.3	Mobilisation inefficace des partenaires	Une stratégie et un modèle de collaboration avec les partenaires inefficaces peuvent entraîner une duplication des efforts, une concurrence accrue entre les organismes de santé et une incapacité à tirer parti des atouts de chacun pour traiter efficacement les questions de santé.	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes liés au travail de coordination et de mobilisation des ressources à tous les niveaux.
1.4.	Communication sur les risques	L'absence de stratégies de communication internes et externes efficaces, qui conduit i) à une méconnaissance de la valeur ajoutée de l'OMS par les autres parties prenantes, et/ou ii) à des incohérences dans la réponse apportée aux problèmes émergents aux trois niveaux de l'Organisation.	Une vérification des publications de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation est prévue pour 2026. Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes liés aux activités de communication.
2	Des financements rigides, imprévisibles et non diversifiés, ainsi que de fortes baisses des financements	L'insuffisance de financements souples et prévisibles, ainsi que la dépendance vis-à-vis d'un nombre limité de donateurs, font augmenter le risque de coupes budgétaires qui ont un impact significatif sur les fonctions et programmes clés, ainsi que sur la continuité des opérations.	La fonction essentielle de leadership de l'OMS, y compris les efforts déployés par l'Organisation en matière d'engagement et de collaboration avec les parties prenantes et les partenaires, comme en matière de mobilisation des ressources, est examinée dans le cadre des vérifications intégrées. En outre, le Bureau a mis à jour en 2024 la matrice des risques de vérification pour la section des vérifications intégrées sur la mobilisation des ressources, en tenant compte des « deux thèmes transversaux que sont l'amélioration de la prévisibilité et de la souplesse et en accordant davantage d'attention à la collecte de fonds au niveau des pays, où le potentiel pourrait être renforcé et où l'on devrait trouver de nouvelles possibilités d'obtenir un impact », conformément à la stratégie de mobilisation des ressources de l'OMS. Les vérifications intégrées comprenaient des procédures relatives à l'examen des activités de mobilisation des ressources. La matrice des risques de vérification a été mise à jour en 2024 pour tenir compte des thèmes

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d'activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
			transversaux de la stratégie de mobilisation des ressources de l'OMS, notamment la visibilité des donateurs et la reconnaissance des partenaires. En 2025, le Bureau des services de contrôle interne a achevé une évaluation de la maturité de la gestion des risques institutionnels de l'OMS. Ce risque (financement) est l'un des risques les plus critiques. La mission de l'IOS mentionnée précédemment a formulé des recommandations en faveur d'une participation plus effective de la haute direction concernant tous les risques principaux, y compris ce risque.
3	Incapacité à définir rapidement une structure organisationnelle adaptée à son objectif et répondant aux besoins de santé publique et conforme à la Constitution de l'OMS	Incapacité à concevoir rapidement une structure opérationnelle conformément au mandat constitutionnel de l'OMS dans un contexte mondial en évolution en raison : i. des difficultés à hiérarchiser les domaines techniques stratégiques ii. de la nécessité d'adopter l'innovation dans les questions de santé (par exemple, cybersanté, intelligence artificielle)	Les vérifications intégrées et les vérifications opérationnelles comprenaient des procédures pour l'examen de la structure organisationnelle et du plan de ressources humaines.
3.1	Mise en service du Système de gestion opérationnelle (BMS).	Dans le contexte des changements organisationnels actuels, l'incapacité du BMS à obtenir les résultats escomptés sur le plan opérationnel et du point de vue des processus ne permet donc pas à l'Organisation de répondre aux besoins mondiaux actuels en matière de santé.	Le Bureau a participé aux réunions du Conseil du programme BMS en qualité d'observateur. En 2025, il a présenté un rapport de vérification sur la gouvernance du projet BMS assorti de recommandations (2023). Un mémorandum a été présenté au Directeur général, et un examen de la conversion des données et de la gestion de la qualité est prévu pour 2026, avant la mise en œuvre de la phase 4 du projet. En 2025, l'IOS a effectué une vérification de la mise en œuvre du BMS (T4). La direction du projet a été informée des conclusions de la vérification et des recommandations formulées. Le rapport est en attente (en janvier 2026).
3.2	Qualité et excellence des activités normatives de l'OMS compromises	Activités normatives et techniques de l'OMS compromises, nuisant à la capacité de l'OMS à fournir les résultats du PGT et à sa réputation	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes liés à l'exécution des principales fonctions de l'OMS à tous les niveaux.
4	Incapacité de l'OMS à soutenir adéquatement les États Membres en cas de résurgence rapide de maladies infectieuses ou d'urgences sanitaires	Incapacité à soutenir adéquatement les États Membres et à gérer la résurgence rapide de maladies infectieuses (y compris l'incapacité à interrompre la transmission du poliovirus sauvage) ou de multiples urgences sanitaires simultanées affectant la réputation de l'Organisation.	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen de la capacité de réaction de l'OMS face aux situations d'urgence. Les vérifications menées en 2025 portaient sur les bureaux en République démocratique du Congo, en République islamique d'Iran, dans le Territoire palestinien occupé et en Somalie. Un examen consultatif sur la résilience organisationnelle a été mené en 2024.

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d'activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
5	Fraude et corruption	Les affaires de fraude et de corruption impliquent des malversations des membres du personnel et des non-fonctionnaires, qui peuvent empêcher une mise en œuvre efficace, efficiente et économique des activités de l'OMS, et susciter l'indignation des principaux donateurs et des États Membres et leur perte de confiance dans la capacité de l'Organisation à gérer les fonds.	La plupart des vérifications examinent systématiquement les domaines de fraudes potentielles comme la séparation des tâches dans le cadre des comptes d'avance électroniques, des paiements, des achats et des actifs fixes. Les faiblesses du contrôle interne dans ces domaines sont consignées dans le rapport d'audit à l'attention de la direction. Le Bureau présente un exposé sur la sensibilisation aux fraudes et à l'éthique dans le cadre de ses missions de vérification ; il fournit également des informations à ce sujet lors des séances d'orientation destinées aux nouveaux membres du personnel au Siège et d'autres séances d'orientation. Le Bureau effectue des analyses de données périodiques pour identifier les signaux d'alarme potentiels. Certains de ces rapports sont utilisés dans des vérifications standard.
6	Incapacité à doter l'OMS d'un personnel compétent et qualifié	Difficulté à constituer un personnel technique performant et compétent pour soutenir les activités présentes et à venir de l'OMS, ce qui pourrait entraver la capacité de l'OMS à s'acquitter de son mandat fondamental.	Les vérifications intégrées et les vérifications opérationnelles comprenaient des procédures pour l'examen du plan de ressources humaines et le processus de recrutement.
7	Santé mentale et bien-être du personnel sous pression	Les pressions sur le bien-être et la santé mentale du personnel de l'OMS peuvent dégrader la motivation, peser sur le mental, détériorer la santé physique et entraîner des cas d'épuisement professionnel, nuisant au bout du compte à la performance de l'Organisation.	Les vérifications comprennent des enquêtes auprès de tous les membres du personnel et des non-fonctionnaires sur l'esprit qui prévaut au sommet de l'Organisation, le style de gestion et le bien-être et la santé mentale du personnel de l'OMS. Les vérifications incluent la possibilité de mener des entretiens confidentiels pour discuter des domaines sensibles.
8	Violation de la protection des données et de la vie privée et fuite d'informations confidentielles de l'OMS	Fuite intentionnelle ou non et utilisation abusive d'informations personnelles identifiables et/ou d'informations confidentielles de l'OMS (commis en interne ou par des acteurs externes) en raison d'un manque de mécanismes et de ressources adéquats en matière de protection des données.	Ces points ont été couverts dans la vérification par l'IOS de la gouvernance des données (2023) Un examen par le Corps commun d'inspection est en cours (T1 2026).

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d'activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
9	Incapacité à démontrer les résultats et l'impact	Incapacité à démontrer les résultats et l'impact de l'OMS avec une chaîne des résultats adaptée à l'objectif répondant aux derniers besoins de santé mondiale, affectant la capacité de l'OMS à conserver son avantage comparatif dans l'architecture de la santé mondiale et sa fiabilité pour les donateurs.	Les vérifications intégrées comportent un examen de la réalisation des résultats escomptés du budget programme et un examen de la fonction essentielle de l'OMS relative au suivi des situations et des tendances sanitaires. Les vérifications intégrées comprennent en outre un examen des six fonctions essentielles de l'OMS, y compris les fonctions de leadership, le soutien technique et l'établissement de normes et de critères, et le suivi, à tous les niveaux de l'Organisation. Une vérification du rapport sur les résultats a été réalisée en 2022. Le Bureau a effectué un suivi de la mise en œuvre d'une recommandation formulée dans le cadre de la vérification de la gouvernance des données (2023) qui portait sur les questions de fiabilité et d'intégrité des données de santé.
10	Perturbations vulnérables de la chaîne d'approvisionnement	Dans le paysage actuel du commerce international, incapacité à fournir des produits de santé de qualité en temps opportun et à un coût budgétisé dans les programmes de l'OMS en réponse aux besoins des pays.	Les vérifications intégrées et les vérifications opérationnelles comprenaient des procédures pour l'examen de la chaîne d'approvisionnement et des achats à tous les niveaux.
11	Inconduite sexuelle et harcèlement sexuel ne faisant l'objet d'aucune mesure de prévention ni d'aucune action	Incapacité à prévenir, à détecter et à gérer les cas d'inconduite sexuelle, notamment mais non exclusivement l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels, ce qui nuit aux personnes et à la réputation de l'Organisation.	– Vérification : voir risque 12.
12	Abus de pouvoir et harcèlement	Au sein de l'OMS, l'abus de pouvoir et le harcèlement au travail risquent d'entraîner une dégradation du bien-être du personnel et de créer un climat d'acceptation nuisant à la réputation de l'Organisation en tant qu'institution des Nations Unies chargée des questions de santé.	Le Bureau présente un exposé sur la sensibilisation aux fraudes et à l'éthique dans le cadre de ses missions de vérification ; il fournit également des informations à ce sujet lors des séances d'orientation destinées aux nouveaux membres du personnel au Siège et d'autres séances d'orientation. Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes relatifs à la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels. Les vérifications comprennent des enquêtes auprès de tous les fonctionnaires et membres du personnel affilié sur le mécanisme de signalement dans ce domaine, et les vérifications incluent la possibilité de mener des entretiens confidentiels.

N° du risque	Intitulé	Description	Exemples d'activités de vérification spécifiques du Bureau liées aux risques
13	Perturbations des services institutionnels	Les incidents (tels que les catastrophes naturelles, les menaces pour la sécurité ou les conflits armés) susceptibles d'interrompre ou de paralyser le fonctionnement normal des services essentiels au sein de l'OMS peuvent entraîner une interruption des activités, notamment des pertes financières importantes, l'impossibilité de mettre en œuvre les programmes, des risques pour la sécurité du personnel et la perte de données.	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des plans de continuité des opérations à tous les niveaux. Un examen consultatif sur la résilience organisationnelle a été mené en 2024.
13.1	Faibles en matière de cybersécurité	Le risque d'une attaque de cybersécurité de grande ampleur met gravement en danger les systèmes d'information essentiels du Siège, régionaux et/ou de pays, les actifs numériques ou les données critiques de l'OMS, entraînant une rupture dans la continuité des opérations, des pertes financières, des actions en justice ou une atteinte à la réputation de l'Organisation.	Un examen consultatif de la résilience institutionnelle de l'OMS a été réalisé (2024). La vérification du Centre des opérations de sécurité couvrait la gestion des incidents de cybersécurité (2023). Une vérification de la gestion des risques liés aux tiers dans le domaine de l'informatique (2023) a été réalisée. Périodiquement, le Bureau est invité à participer en tant qu'observateur aux réunions de l'équipe de cybersécurité et d'autres groupes dont les activités sont axées sur la cybersécurité. Il existe un dialogue continu avec la ou le responsable concerné (responsable de la sécurité de l'information) sur les évolutions en cours. Une vérification de la gestion des incidents de cybersécurité est incluse dans le plan de l'IOS pour 2026.
14	Risques liés aux mesures de protection climatique, environnementale et sociale	Incapacité à lutter contre les conséquences des changements climatiques sur la santé à l'échelle mondiale et au sein des programmes de santé de l'OMS, ce qui i) affaiblit la capacité de l'OMS à « agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international » (comme l'exige sa Constitution) dans ce domaine, ou ii) provoque involontairement des conséquences environnementales et sociales négatives sur les communautés au service desquelles l'OMS œuvre.	Les vérifications intégrées comprenaient des procédures pour l'examen des contrôles internes liés aux mesures de protection environnementale et sociale à tous les niveaux de l'Organisation.

Annexe 7

Indicateurs clés de performance de la vérification interne 2023-2025

#	Indicateurs clés de performance	Cible	2023	2024	2025
1	Satisfaction client (Enquête)	>80 %	86 %	85 %	97 %
2	Temps alloué aux projets / temps total de travail (Note : en 2023, le Bureau a revu les définitions des projets ; par conséquent, les données de 2023/2024 ne sont pas entièrement comparables à celles de 2022)	>85 %	88 %	85 %	88 %
3	Jours travaillés par mission : réels/budgétisés (écart)	+/-10 %	80 contre 81 (-1 %)	71 contre 78 (-9 %)	65 contre 68 (-4 %)
4	Délai d'exécution de la mission (en mois) : réel/prévu (écart)	+/-20 %	7 contre 4,4 (+59 %)	5,5 contre 4 (+38 %)	6,2 contre 4,6 (+35 %)
5	Pourcentage de recommandations du vérificateur intérieur des comptes n'ayant pas été présentées (indicateur principal du PGT)	<10 %	76 %	69 %	50 %
6	Mesures du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance au vérificateur intérieur des comptes qui ont été traitées	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Journées de formation par vérificateur intérieur des comptes (Par an)	>7 jours	7,0	9,4	6,8
8	Vérificateurs intérieurs des comptes ayant une certification professionnelle (Note : tous les vérificateurs possèdent des certifications en matière de vérification, à l'exception des deux administrateurs techniques principaux, qui sont médecins)	75 %	80 %	82 %	82 %

Notes :

Les résultats des indicateurs clés de performance 2025 sont provisoires, car les données de plusieurs vérifications n'ont pas encore été finalisées ou entièrement compilées.

Les vérificateurs ont effectué les heures de formation professionnelle continue requises pour obtenir leur certification. Les jours de formation indiqués ici ne correspondent qu'à la formation effectuée pendant les heures de travail et enregistrée sur les feuilles de présence.
