



Préparation et action de santé publique

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

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé le rapport soumis par la Présidente du Comité consultatif de surveillance indépendant (voir l'annexe).

ANNEXE

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

1. L'OMS a abordé la réforme de son action face aux flambées et aux situations d'urgence conformément à la résolution EBSS3.R1,¹ adoptée par le Conseil exécutif à sa session extraordinaire sur l'épidémie d'Ebola en 2015. L'année suivante, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a examiné la structure générale, la supervision, la mise en œuvre et le financement du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE), présenté dans le document A69/30,² et adopté la décision WHA69(9),³ Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.⁴ En vertu de cette décision, le Programme a officiellement été lancé par l'OMS le 1^{er} juillet 2016.

2. Dans sa décision WHA 69(9), l'Assemblée de la Santé a également salué la création du Comité consultatif de surveillance indépendant chargé de superviser et de contrôler le développement et les résultats du Programme. Depuis ses débuts, le Comité a observé son évolution et suivi ses progrès. Entre mai 2016 et mars 2018, il a tenu huit téléconférences et six réunions en présentiel, effectué six visites sur le terrain (au Bangladesh, en Colombie, en Iraq, au Mali, au Nigéria et au Pakistan) et organisé de nombreuses séances d'information sur des événements spécifiques, des consultations virtuelles spéciales et des entretiens avec les principales parties prenantes. Un résumé des discussions et des constatations concernant l'ensemble des réunions et missions du Comité sur le terrain est accessible au public sur le site Web de l'OMS.⁵

3. Conformément au mandat du Comité,⁶ le mandat de deux ans de ses membres actuels prend fin en mai 2018. Le présent rapport constitue donc le quatrième rapport aux organes directeurs présenté par le Comité dans sa composition actuelle et aussi son rapport final. Le premier rapport⁷ a été soumis au Conseil exécutif à sa cent quarantième session en janvier 2017, le deuxième⁸ à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017 et le troisième⁹ au Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018.

¹ Résolution EBSS3. R1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3-REC1/EBSS3_REC1-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

² Document A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

³ Décision WHA69(9) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-en.pdf, consulté le 17 avril 2018).

⁴ Voir le document WHA69/2016/REC/1, procès-verbaux de la Commission A, quatrième séance, section 1, et cinquième séance (en anglais seulement) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC3/A69_2016_REC3-en.pdf, consulté le 19 avril 2018).

⁵ Comité consultatif indépendant de surveillance du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/, consulté le 17 avril 2018).

⁶ Terms of reference of the Independent Oversight and Advisory Committee (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/Terms-of-Reference-Independent-Oversight-Committee.pdf consulté le 17 avril 2018).

⁷ Document EB140/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_8-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

⁸ Document A70/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_8-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

⁹ Document EB142/8 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_8-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

4. Le Comité se félicite de constater que les recommandations formulées dans ses précédents rapports ont été prises au sérieux et que certaines d'entre elles sont déjà en cours de mise en œuvre, alors que d'autres sont à l'étude. Il a apprécié la transparence, la coopération et l'attitude constructive dont le Secrétariat de l'OMS a fait preuve tout au long du processus d'examen et de suivi.

PROGRÈS ACCOMPLIS ET PROBLÈMES À SURMONTER AU COURS DES 20 PREMIERS MOIS DU PROGRAMME

Observations générales

5. Le Programme a constamment progressé au cours des deux dernières années. Le Comité constate avec satisfaction que le Directeur général en a fait une de ses principales priorités institutionnelles. Le projet de treizième programme général de travail 2019-2023,¹ soumis à la présente Assemblée de la Santé, considère les situations d'urgence sanitaire comme l'une des trois priorités stratégiques de l'Organisation, ce qui garantit au Programme le statut de priorité institutionnelle conformément au souhait des États Membres.

6. Le Comité se félicite des progrès importants réalisés par le Programme au cours des 20 derniers mois. Il relève qu'une bonne base a été établie et de notables avancées obtenues pour que l'OMS puisse répondre aux attentes en cas d'urgence. En particulier, il constate avec satisfaction : les progrès accomplis dans la mise en œuvre d'une approche et d'une structure fondées sur un seul programme aux trois niveaux de l'Organisation ; le renforcement de la direction en matière de gestion des flambées et des opérations en situation d'urgence (par exemple dans la lutte contre la diphtérie au Bangladesh et contre la fièvre de Lassa au nord-est du Nigéria) ; la préparation d'une orientation technique concernant les maladies à potentiel épidémique (y compris de plans pour mettre fin au choléra comme menace pour la santé publique d'ici à 2030² et éliminer la fièvre jaune d'ici à 2026) ;³ l'institutionnalisation d'un système de gestion des incidents pour les crises classées ; l'application sur le terrain du système d'alerte et d'intervention rapide ; et l'établissement et le renforcement de partenariats opérationnels sur le terrain.

7. Si des progrès sensibles ont été réalisés sur les réformes relevant directement du Programme, le Comité relève que des contraintes majeures qui continuent d'entraver l'efficacité du Programme sont liées de plus en plus aux systèmes institutionnels et à des obstacles culturels. Les systèmes et procédures institutionnels sont évoqués tant par le personnel de l'OMS que par ses partenaires comme une contrainte majeure affectant les opérations d'urgence. En mai 2017, dans son deuxième rapport, le Comité a recommandé la mise sur pied d'un groupe de travail de durée limitée chargé des principales questions de rationalisation des systèmes administratifs et opérationnels en situation d'urgence. Il a constaté avec satisfaction la création d'un groupe de travail comprenant des hauts responsables, notamment le Directeur de l'administration et des finances et le Directeur de la gestion des programmes des Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Le groupe qui a terminé ses travaux en décembre 2017 a joué un rôle déterminant dans l'examen des modes

¹ Document A71/4 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-fr.pdf, consulté le 17 avril 2018).

² Ending cholera, a global roadmap to 2030 (<http://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap.pdf>, consulté le 17 avril 2018).

³ Eliminate yellow fever epidemics by 2026 (<http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/eye-strategy-one-pager.pdf>, consulté le 17 avril 2018).

opératoires normalisés (MON) les plus importants. Le groupe de travail a défini cinq domaines¹ appelant des solutions institutionnelles qui ont été abordés au niveau de la direction de l'OMS.

8. Pour suivre les progrès et faciliter son évaluation, le Comité a utilisé un cadre de suivi mis au point sur la base des étapes présentées dans le document A69/30² et les indicateurs proposés dans le cadre de résultats du Programme soumis au Conseil exécutif à sa cent quarantième session.³ Il a défini pour cela huit domaines thématiques : structure, gestion des incidents, évaluation des risques, ressources humaines, finances, processus institutionnels, partenariats et Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Dans le présent rapport, le Comité a sélectivement mis en évidence les éléments des huit domaines thématiques qui appellent d'autres améliorations. **Le Comité devra continuer à en assurer le suivi.**

Communication, coordination et gestion internes et externes

9. Des efforts ont été faits pour informer le personnel du plan de mise en œuvre du Programme, diffuser les nouvelles politiques et procédures aux bureaux concernés et collaborer avec le personnel aux différents niveaux de l'Organisation afin d'assurer une riposte coordonnée en cas de crise. Le Comité est conscient de l'augmentation globale du volume d'informations, de la fréquence des communications par différentes voies, ainsi que des interactions entre le personnel aux trois niveaux de l'Organisation et entre les responsables et le personnel, mais de nouveaux efforts sont nécessaires pour assurer l'efficacité et l'impact du Programme en améliorant la communication sur le plan interne.

10. Une équipe spécialement chargée de la communication à la fois à l'intérieur et avec l'extérieur a récemment été constituée dans le cadre du Programme. Elle dirige la communication de l'OMS avec l'extérieur sur les crises en cours en intervenant plus tôt au lieu de réagir simplement aux événements, ce qui est réjouissant. Le Programme diffuse régulièrement des communiqués de presse et a intensifié ses activités sous la forme d'entretiens, de séances d'information destinées aux médias, d'articles de fond et par la mise au point et la diffusion de matériel audiovisuel au niveau mondial. Le Comité souligne l'importance que revêt une communication institutionnelle régulière et cohérente fondée sur une étroite collaboration entre le Département Communication et les autres programmes de l'OMS.

11. À l'occasion de ses visites sur le terrain, le Comité a constaté que pour chaque flambée les trois niveaux du Programme produisent chacun une série d'évaluations des risques et d'analyses de la situation. Le risque de doublons entre les trois niveaux constitue une charge supplémentaire pour l'équipe d'intervention en cas d'urgence et en particulier pour le personnel sur le terrain qui doit répondre aux demandes d'informations émanant de l'intérieur comme de l'extérieur, tout en faisant face à la crise elle-même. Au cours de la seule année 2017, 429 événements ont fait l'objet d'investigations, dont 113 ont appelé une évaluation rapide des risques – laquelle a été effectuée. La production et la diffusion de différents types de rapports de situation et d'évaluations pour chaque événement doivent être rationalisées, et leur format et leur fréquence normalisés aux différents niveaux de l'Organisation pour réduire la charge de travail du personnel du Programme.

¹ Les cinq domaines sont : la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; la sécurité ; le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (vérification diligente) ; la délégation des pouvoirs aux représentants de l'OMS ; et la gestion des ressources humaines.

² Document A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf, consulté le 18 avril 2018).

³ Document EB140/36 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_36-fr.pdf, consulté le 18 avril 2018).

12. Le Comité a constaté une amélioration de la coordination entre les trois niveaux du Programme. À la faveur de séances d'information régulières destinées au Directeur général, aux six Directeurs régionaux et au Conseil de sécurité de l'OMS sur les urgences en cours, ainsi que des séances quotidiennes du système de gestion des incidents et d'autres mesures formelles du même type, la coordination à l'échelle de l'Organisation s'institutionnalise et permet de prendre plus rapidement des décisions fondées sur davantage d'informations, d'aligner les priorités, de prendre des mesures types et de gérer efficacement les ressources. Le Comité relève toutefois que l'ambiguïté des rôles et des responsabilités a parfois généré des tensions entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays, et affecté la rapidité et l'efficacité des interventions. **Le Comité recommande que le Cadre d'action d'urgence de l'OMS soit suivi en permanence par le personnel à tous les niveaux de l'Organisation. En outre, la communication et la prise de décisions devraient être améliorées entre les hauts responsables au Siège et les Directeurs régionaux et entre le personnel au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays.**

Système de gestion des incidents, délégation de pouvoirs et responsabilisation

13. Le Comité reconnaît que l'OMS a activé le système de gestion des incidents dans les 39 événements classés entre juillet 2016 et mars 2018, conformément au Cadre d'action d'urgence.¹ Si la deuxième édition du Cadre a été publiée pour clarifier les procédures d'évaluation des risques, le classement et la gestion de la riposte, le système de gestion des incidents, les normes voulues pour les situations d'urgence, les principaux indicateurs de performance et l'action d'urgence de l'OMS, il ressort des constatations effectuées par le Comité lors de ses visites sur le terrain au Bangladesh et au Nigéria, qu'une stricte application du Cadre s'impose pour éviter toute confusion. Le Comité reconnaît qu'il faut faire preuve de souplesse pour s'adapter aux spécificités des différentes situations d'urgence ; à cet égard, **il recommande une prise de décisions transparente reposant sur des documents aux trois niveaux pour décrire l'adaptation voulue des rôles et responsabilités tels qu'ils sont présentés dans le Cadre.**

14. Le Comité reconnaît que la délégation des pouvoirs aux gestionnaires d'incidents et aux représentants de l'OMS dans une situation d'urgence classée a été mise au point et ajoutée au Manuel électronique de l'OMS.² Conformément aux recommandations formulées à la suite de la visite du Comité au Nigéria, la délégation de pouvoirs est automatiquement activée lors de la nomination du gestionnaire d'incident. Le Comité reconnaît que cette délégation peut être difficile à appliquer dans certaines conditions et recommande une prise de décisions transparente et documentée aux trois niveaux pour régler les problèmes qui se présentent. Il serait également utile d'organiser une téléconférence lors du déploiement d'un gestionnaire d'incident afin que le personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays et l'équipe de gestion de l'incident aient la même position concernant les rôles et les attentes. Le Comité relève que la formation en matière d'orientation avant le déploiement des gestionnaires d'incidents est encore en cours et qu'en attendant des ateliers de MON en situation d'urgence ont été organisés (dans la Région africaine) ou sont prévus (dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale) à titre de mesures temporaires.

15. Le Comité constate avec satisfaction qu'on s'efforce d'actualiser de manière systématique les MON à la lumière des enseignements tirés. Ces efforts ont notamment pris les formes suivantes : résumés trimestriels des principales constatations des entretiens de fin de contrat ou des déclarations de fin de mission du personnel de terrain, du personnel déployé et du personnel de renfort ; examen

¹ Emergency response framework, second edition (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>, consulté le 18 avril 2018).

² Manuel électronique de l'OMS, section XVII.2.3, Delegation of authority.

régulier des réactions sur les principaux MON via le réseau de gestion du WHE ; réactions en ligne par le biais de la nouvelle plateforme de gestion des MON pour les situations d'urgence ; et établissement d'une équipe spéciale interdépartements sur la gestion des résultats et les enseignements tirés.

Planification des ressources humaines, recrutement et rétention des talents

16. Pour la période 2018-2019, le Programme dispose en tout de 1580 postes alloués, dont 751 avaient été pourvus en mars 2018. Le nombre des postes est en hausse par rapport aux 1157 initialement prévus en juillet 2016 pour la mise en œuvre du Programme, en raison de l'augmentation des postes au niveau des pays. La répartition cible des postes est toutefois maintenue – à savoir 50 % dans les bureaux de pays, 25 % dans les six bureaux régionaux et 25 % au Siège, conformément à la recommandation du Comité.

17. Le Comité constate que le nombre des postes de la catégorie professionnelle occupés à plus long terme au sein du Programme a augmenté de 74 % au niveau régional (passant de 78 à 136) et de 37 % au niveau des pays (de 77 à 107), alors que la hausse n'était que de 4 % au Siège (de 119 à 124). La proportion des postes pourvus comparativement au nombre cible est toutefois plus difficile à respecter aux trois niveaux du Programme : elle n'est que de 45 % au niveau régional et de 37 % dans les pays, contre 71 % au Siège. La direction du Programme a informé le Comité des principaux obstacles au recrutement de personnels de base, notamment dans les bureaux de pays, à savoir le financement insuffisant ou incertain, le manque de candidats qualifiés pour des lieux d'affectation difficiles et les retards dans la procédure de recrutement.

18. Le Comité salue la décision du Directeur général d'allouer au Programme US \$200 millions de fonds souples de base en 2018-2019, comparativement aux US \$145 millions reçus par le Programme en 2016-2017. Le Comité croit comprendre que cette augmentation devrait offrir des garanties de financement suffisantes au titre des ressources humaines pour pourvoir 75 % des postes prévus au niveau des pays (selon la composition finale des plans pour les ressources humaines). Avec la disparition de cette contrainte budgétaire, il sera important pour le Programme d'augmenter rapidement les niveaux de la dotation de personnel dans les bureaux de pays et les bureaux régionaux, pour qu'elle arrive au même niveau qu'au Siège. Le Secrétariat de l'OMS est instamment prié d'accorder un niveau de priorité élevé aux bureaux de pays pour qu'ils puissent pourvoir les postes vacants afin de réduire le différentiel des postes non pourvus qui subsiste entre les trois niveaux de l'Organisation.

19. Le Comité fait observer que la planification et les budgets des ressources humaines du Programme étaient initialement déterminés par le personnel du Siège et des bureaux régionaux en suivant la procédure de réforme d'urgence en 2015-2016. Au cours de ses visites sur le terrain, on a indiqué au Comité que les besoins des pays n'étaient pas entièrement reflétés dans la planification initiale. Dans le cadre de la planification des ressources humaines 2018-2019, les Directeurs régionaux chargés des situations d'urgence ont examiné la pénurie de personnel actuel dans leur Région et dans les pays cibles, et la planification a été adaptée en conséquence. Les représentants de l'OMS s'efforcent actuellement de mettre au point et d'appliquer leurs modèles opérationnels de pays dans le cadre de la procédure visant à pourvoir les postes dans le bureau de pays. Le Comité continuera de suivre l'évolution de la situation du Programme en matière de ressources humaines.

20. À la suite des recommandations formulées par le Comité dans son troisième rapport, des efforts sont consentis pour allouer au Programme des personnels spécifiquement chargés des ressources humaines. En tout, 40 postes liés aux ressources humaines sont prévus dans le cadre du Programme en mars 2018 : 17 au Siège, 16 dans la Région africaine, 5 dans celle de la Méditerranée orientale et 2 dans la Région européenne. Il faut compter 3 à 6 mois en général pour mener à bien les procédures

de recrutement. Pour répondre à la demande d'un déploiement rapide de personnel, on a recours à de nouveaux MON et à des contrats souples, comme des engagements temporaires d'une durée de moins de 6 mois et à des contrats de consultant fondés sur des MON accélérés. Une solution à l'échelle de l'Organisation dans son ensemble est toutefois nécessaire. Le Comité constate avec satisfaction que la direction cherche activement à améliorer la situation par le biais du programme de transformation de l'OMS.¹

21. Dans ses précédents rapports, le Comité a instamment invité l'OMS à définir des points de référence concernant les incitations dans le domaine des ressources humaines en vue de l'acquisition et de la gestion de talents, ainsi qu'une politique appropriée pour les congés de détente en situation d'urgence correspondant à l'intensité du travail, en la rapprochant de celle des organismes comparables des Nations Unies² et des organisations de développement. Le Comité relève que cette comparaison est prévue, mais qu'elle n'a pas encore été effectuée. On lui a indiqué que la mise en œuvre de la politique de mobilité géographique³ de l'OMS commencera en janvier 2019 et que le Programme envisage de s'inspirer des meilleures pratiques des autres organismes des Nations Unies pour optimiser la mobilité de son personnel. **Le Comité recommande que cette question reste à l'examen.**

Financement du Programme et mobilisation des ressources au niveau des pays

22. Le Programme compte trois sources de financement distinctes : le budget de base, les appels de fonds et le Fonds de réserve pour les situations d'urgence. Au cours de la période biennale 2016-2017, 73 % du budget de base approuvé du Programme de US \$485 millions a été financé, avec une répartition de 30 % pour les bureaux de pays, 28 % pour les bureaux régionaux et 42 % pour le Siège. Le montant total nécessaire au titre du budget de base du Programme pour l'exercice 2018-2019 s'établit à US \$526 millions, dont 45 % a déjà été financé. Le financement de base du Programme est assuré par 53 donateurs volontaires distincts, mais, en mars 2018, aucun nouvel accord de financement s'étalant sur plusieurs années n'avait encore été signé. Le Comité reconnaît que le Programme s'efforce de diversifier ses donateurs et d'introduire des mécanismes de financement innovants et durables. Il encourage l'OMS à trouver de nouveaux partenariats pour plusieurs années, à améliorer la prévisibilité de l'action d'urgence et à rendre le Programme plus résilient.

23. Au cours de la période biennale 2016-2017, le Programme a reçu, sur le montant total de l'appel de US \$1,073 milliard pour l'action humanitaire, US \$780 millions qui ont été acheminés aux situations d'urgence classées. Ces chiffres montrent que l'Organisation a su se montrer plus efficace au cours des 20 derniers mois, ce qui a renforcé la confiance des donateurs.

24. Entre sa création en 2015 et décembre 2017, 11 États Membres ont apporté au Fonds de réserve des contributions d'un montant total de US \$45,4 millions sur une capitalisation cible de US \$100 millions. En tout, 44 situations d'urgence ont pu bénéficier des allocations du Fonds de réserve d'un montant total de US \$38,9 millions au cours de la période. Dans le cas de 85 % des demandes d'un montant de US \$500 000 au maximum, les fonds ont été débloqués dans les 24 heures. Le Comité reconnaît que le Fonds de réserve a joué un rôle déterminant dans la riposte rapide aux situations d'urgence. L'intervention précoce qui permet d'éviter la propagation ultérieure d'une

¹ WHO transformation plan & architecture (http://intranet.who.int/sites/transformation/documents/who_transformation_plan_architecture_at%2016feb2018.pdf?dt=20180319114824934, consulté le 19 avril 2018).

² United Nations, Rest and recuperation (http://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/allowances/orb.htm, consulté le 19 avril 2018).

³ WHO geographical mobility policy (<http://www.who.int/employment/WHO-mobility-policy.pdf>, consulté le 19 avril 2018).

flambée se révèle particulièrement rentable en permettant d'éviter des opérations ultérieures de plus grande envergure. Malgré l'utilité manifeste du Fonds de réserve, les donateurs semblent avoir éprouvé une certaine réticence à apporter des contributions avant que les situations d'urgence ne surviennent. Le Comité salue les nouvelles contributions d'un montant supplémentaire de US \$15,3 millions annoncées par 11 donateurs à la première conférence¹ pour les annonces de contributions au Fonds de réserve qui a eu lieu à Genève le 26 mars 2018. L'OMS est encouragée à faire connaître les mesures concluantes qui ont pu être prises grâce au Fonds de réserve et à s'adresser aux donateurs potentiels en vue d'une bonne reconstitution du Fonds. Le Comité relève que le Secrétariat de l'OMS a élaboré un argumentaire pour les contributions en faveur de l'Organisation et suggère qu'il mette davantage l'accent sur le Programme dont le retour sur investissement est particulièrement marqué.

25. **Le Comité réaffirme ses recommandations tendant à renforcer la capacité de mobilisation de ressources au niveau des pays et à veiller dans l'ensemble des Régions à ce que les représentants de l'OMS aient les mêmes pouvoirs d'accepter des fonds.** Il ressort des constatations effectuées lors des visites sur le terrain au Bangladesh, en Iraq, au Mali, au Nigéria et au Pakistan que le rôle des bureaux de pays en matière de mobilisation des ressources devrait être clarifié et renforcé de façon à permettre une mobilisation de fonds plus systématique. Il convient d'encourager les représentants de l'OMS à collaborer avec les donateurs dans les pays et de les inciter à obtenir un financement au niveau des pays. Le Comité relève que le Programme cherche à promouvoir les pouvoirs financiers révisés et normalisés dans les réunions d'entrée en service des représentants de l'OMS et leurs réunions biennales, et que 19 agents de mobilisation des ressources et administrateurs de subventions en mission à court terme ont été déployés dans 10 pays dans le cadre des efforts visant à appuyer la mobilisation des ressources au niveau des pays. Le retour sur investissement devra être attentivement suivi et faire l'objet de rapports.

Achats et gestion de la chaîne d'approvisionnement

26. L'incapacité de l'OMS à acheter et à livrer rapidement des marchandises dans une situation d'urgence reste un des principaux points faibles du processus de réforme. C'est là une source de frustration constatée lors de chaque mission du Comité sur le terrain. Le Comité a consulté le personnel aux trois niveaux de l'Organisation ainsi qu'au Centre mondial de services à Kuala Lumpur qui supervise les achats mondiaux. Sur la base de ces consultations, il fait observer qu'il n'existe pas de système unifié de chaîne d'approvisionnement à l'OMS, ni de système de suivi des achats, du besoin initial jusqu'à la livraison finale. En fait, les trois parties du système de la chaîne d'approvisionnement – création du besoin d'achat sur le terrain ; examen et délivrance d'un ordre d'achat par le Centre mondial de services ; et expédition, dédouanement et livraison – opèrent de manière indépendante et sans coordination aucune. Le personnel a notamment fait valoir que l'expédition et le dédouanement après l'achat constituent souvent un goulet d'étranglement, et l'OMS est à cet égard en sous-effectif par rapport aux organisations comparables.

27. De toute évidence, le problème ne peut être réglé dans le cadre du seul Programme, mais appelle une solution à l'échelle de l'Organisation. Dans son troisième rapport, le Comité recommandait soit de sous-traiter la fonction des achats à un autre fournisseur, soit de créer une division centrale de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le Programme a indiqué qu'une externalisation complète de la fonction des achats à un autre fournisseur n'offrirait pas une solution

¹ Communiqué de presse à l'issue de la conférence pour les annonces de contribution au Fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence sanitaire (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/contingency-fund-emergencies/fr/>, consulté le 19 avril 2018).

viable. On envisage donc l'option qui consiste à créer un système centralisé pour l'ensemble de l'OMS sous la direction du Directeur général adjoint chargé des activités de l'Organisation. Il est encourageant pour le Comité de constater que la gestion de la chaîne d'approvisionnement est l'une des principales priorités du programme de transformation et que le Secrétariat réexamine sa stratégie institutionnelle. **Le Comité encourage l'OMS à définir des points de référence pour la chaîne d'approvisionnement, à se doter de moyens de mesure de la rapidité et de l'efficacité du processus et à estimer la dotation en personnel et le niveau d'investissements institutionnels nécessaires.**

28. Des retards subsistent dans la conclusion de contrats avec des organisations locales et internationales pour la prestation de services critiques. Sur la base des éléments réunis lors des visites sur le terrain en Iraq, il faut en moyenne 57 jours pour la mise au courant, l'approbation et le paiement d'un partenaire d'exécution au moyen d'une lettre d'accord, et pas moins de 24 mesures administratives distinctes à différents niveaux de l'Organisation. Les constatations faites lors de la visite au Mali confirment que c'est là un sujet sérieux de préoccupation. **Le Comité craint que les retards persistants en matière d'achats et de livraisons n'entraînent une perte de la confiance des partenaires concernant les capacités et la fiabilité de l'OMS. Les mesures correctrices, notamment les mesures d'urgence en vertu du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, doivent être mises en œuvre intégralement aux trois niveaux de l'Organisation pour appuyer l'action sur le terrain. Ce domaine aussi doit rester à l'examen dans le programme de travail du Comité pour l'avenir.**

Sécurité, protection du personnel et politique OMS de prévention et de lutte contre l'exploitation et les abus sexuels

29. La capacité institutionnelle d'assurer la sécurité reste faible à l'OMS ; le personnel qui en est chargé relève du budget et du plan de dotation en personnel du Groupe Administration. Dans ses précédents rapports, le Comité a noté que la sécurité ne peut être du ressort du seul Programme et il a recommandé un renforcement des investissements et des capacités au niveau de l'Organisation dans son ensemble. Le Comité reconnaît que le Programme a déjà prévu comme mesure intermédiaire 13 postes liés à la sécurité et que les effectifs du personnel de sécurité devraient augmenter à la suite de l'examen du modèle opérationnel de pays en 2018. Il est encourageant pour le Comité de voir qu'une évaluation indépendante de la fonction de sécurité à l'échelle de l'Organisation a été menée à bien en 2017 et que les recommandations qui en sont issues seront mises en œuvre sous la direction du Sous-Directeur général chargé de l'Administration, en coordination étroite avec le Programme.

30. Les éléments recueillis lors des visites sur le terrain au Mali et au Nigéria confirment que des approches et des pratiques innovantes comme le suivi par des tiers, le déploiement d'équipes de santé mobile intégrées et le recrutement d'agents nationaux au sein des communautés touchées peuvent contribuer à la gestion des risques et améliorer la capacité de riposte de l'OMS dans les domaines à haut risque. Le Programme devrait continuer de collaborer en amont avec le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies, et les autres partenaires sur le terrain afin d'envisager les options concernant les opérations destinées à sauver des vies dans des conditions d'insécurité sur le terrain sans mettre en cause la sécurité du personnel. **Le Comité réaffirme que les procédures et les mesures adéquates, y compris l'évacuation pour raisons médicales, devraient être mises en place pour appuyer et protéger le personnel en cas d'assistance critique à la population dans des zones caractérisées par une infrastructure limitée et un risque accru de sécurité.**

31. Dans son deuxième rapport, le Comité a relevé que les mesures de protection du personnel étaient inadéquates au regard des conditions de travail stressantes sur le terrain et il a recommandé que tous les agents intervenant dans des situations d'urgence aient accès à un soutien psychologique et

soient protégés contre le harcèlement sur le lieu de travail. Des progrès ont été constatés à cet égard. Le soutien psychologique fait désormais partie du cadre global d'obligation de veiller au bien-être du personnel sur le terrain. Le Programme a institutionnalisé les consultations psychologiques dans le cadre de procédures types avant et après le déploiement. De nouveaux matériels de formation ont été mis au point concernant le harcèlement sur le lieu de travail.

32. À la lumière des préoccupations croissantes concernant l'exploitation et les abus sexuels dans le secteur de l'aide humanitaire et les risques prononcés qui peuvent se présenter à cet égard dans des postes de terrain reculés, le Comité a réexaminé la politique de l'OMS en la matière et ses incidences sur le Programme. La direction de l'OMS a informé le Comité des orientations globales définies par l'Organisation et de la mise en place de procédures et de mesures de prévention et de riposte en cas d'incident. **L'application de ces orientations dans les environnements d'urgence complexes dans lesquels intervient le Programme est une autre question qui devra être suivie dans le cadre du programme de travail du Comité à l'avenir.**

Rôle de chef de file de l'OMS au sein du Comité permanent interorganisations sur les situations d'urgence sanitaire, coordination du Groupe sectoriel pour la santé et plateformes de partenariat

33. Le Comité a relevé des progrès sensibles dans les partenariats regroupant l'OMS et les autres organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et d'autres parties intéressées. Le rôle de l'OMS dans la coordination de la riposte aux situations d'urgence ayant des conséquences pour la santé a été renforcé par l'intensification et la rationalisation des activités de différents réseaux et partenariats, notamment le Groupe sectoriel mondial pour la santé,¹ le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN),² les équipes médicales d'urgence³ et les partenaires en attente.⁴ Le Comité recommande d'exploiter ces réalisations pour affirmer le rôle de chef de file de l'Organisation au sein du Comité permanent interorganisations⁵ pour ce qui est des événements liés aux maladies infectieuses.

34. Les éléments recueillis lors des visites sur le terrain ont confirmé qu'on cherche à promouvoir le déploiement d'experts sur la base de partenariats extérieurs et que cette solution se révèle utile. Dans le cadre du Réseau GOARN, 118 experts de 35 établissements ont été déployés dans 17 situations d'urgences distinctes en 2016-2017. Les partenaires en attente ont assuré 223 mois de travail dans 16 bureaux de l'OMS en 2017. En décembre 2017, 85 équipes médicales d'urgence s'étaient inscrites au programme de mentorat et de classification, 13 avaient été classées comme aptes au déploiement international et plus de 50 visites de mentors ont été effectuées. D'autres efforts sont nécessaires pour rendre systématique le processus de déploiement et assurer la qualité et la sécurité des experts déployés.

¹ Health Cluster (<http://www.who.int/health-cluster/en/>, consulté le 19 avril 2018).

² Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 19 avril 2018).

³ Emergency Medical Teams (http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en/, consulté le 19 avril 2018).

⁴ WHO Standby Partnerships (http://www.who.int/hac/standby_partnerships/introduction/en/, consulté le 19 avril 2018).

⁵ Inter-Agency Standing Committee (<https://interagencystandingcommittee.org/>, consulté le 19 avril 2018).

35. Le Comité confirme que l’OMS a apporté d’importantes améliorations dans la conduite du Groupe sectoriel pour la santé dont elle est le chef de file. Les partenaires consultés lors des visites de terrain ont mentionné les modifications positives apportées depuis le lancement du Programme. La riposte aux urgences sanitaires est plus prévisible et les ressources communes mieux utilisées. Conformément à la recommandation du Comité, le Programme accorde un niveau de priorité élevé aux 24 pays dans lesquels des groupes sectoriels pour la santé ont été activés : en mars 2018, 19 des 24 postes de coordonnateur de groupe sectoriel pour la santé avaient été pourvus à long terme. Des problèmes subsistent toutefois concernant le déploiement des coordonnateurs ayant les compétences d’experts voulues, les retards dans le recrutement de coordonnateurs qualifiés, les changements fréquents de personnel et les carences en matière de capacité de gestion de l’information. **Il est conseillé au Programme de veiller à la qualité de la liste en vue des coordonnateurs de groupes sectoriels pour la santé au moyen d’une évaluation appropriée des candidats, d’une meilleure gestion de leurs services, d’une formation à la coordination sur le terrain d’un groupe sectoriel pour la santé avant le déploiement, en assurant aussi un soutien adéquat au déploiement pour assurer une gestion et une coordination satisfaisantes.**

36. En 2017, le Programme a entrepris une initiative visant à déterminer les partenaires présents et a compté au total 711 partenaires dans les 24 groupes sectoriels pour la santé offrant des services de santé essentiels à quelque 70 millions de personnes. Le Comité se félicite d’apprendre qu’une enquête de suivi visant à estimer la capacité des partenaires internationaux et nationaux sera menée à bien en 2018. Les résultats combinés pourraient servir de base à une stratégie de collaboration avec les futurs partenaires permettant de répondre de manière efficace aux besoins techniques, opérationnels et de coordination.

Évaluation des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005), et suivi et planification

37. Entre le lancement de l’évaluation conjointe commune des principales capacités requises en vertu de RSI (2005) menée à titre volontaire en février 2016 et mars 2018, 72 pays ont mené à bien le processus. Le Comité note qu’il est difficile à ce stade de discerner le niveau d’impact de l’évaluation et des autres instruments d’évaluation indépendante de la capacité. Au cours de la même période, seuls 22 pays ont élaboré un plan d’action national pour la sécurité sanitaire. Le Comité relève qu’il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces plans peuvent contribuer au renforcement des systèmes de santé et des principales capacités requises pour prévenir et détecter les menaces pour la santé publique au niveau national et pour intervenir rapidement. Le rôle de l’OMS est d’aider les gouvernements à établir les plans d’action nationaux et de veiller aux liens avec les plans du secteur de la santé, de catalyser les investissements et de fournir un appui technique à la mise en œuvre. **Le Comité note que le financement des plans d’action nationaux est crucial pour combler les lacunes qui sont susceptibles d’entraver les progrès ultérieurs dans la mise en œuvre du RSI.**

38. Les carences concernant les principales capacités requises en vertu du RSI (2005) sont repérées au moyen des rapports RSI, des évaluations indépendantes, des simulations et des analyses a posteriori. Le Comité reconnaît que 22 pays prioritaires reçoivent un appui visant à renforcer : le système national de surveillance ; les capacités de détection précoce ; le développement du personnel (ciblant surtout les points focaux nationaux RSI) ; le suivi des capacités aux points d’entrée tels que les ports, aéroports et postes-frontières ; et la gestion des événements liés aux transports aériens et maritimes. **Le Comité réaffirme que le renforcement des capacités des gouvernements nationaux est un rôle fondamental et continu du Programme.**

39. Le Comité a été informé que le Programme prend les devants pour engager des discussions avec les pays qui imposent des restrictions aux déplacements comme mesures sanitaires. **Il est conseillé à l'OMS d'aider les pays à prendre des décisions rationnelles en déployant des mesures efficaces propres à éviter les urgences de santé publique et à respecter les dispositions du RSI. C'est là une autre question qui devra faire partie du programme du Comité à l'avenir.**

OBSERVATIONS FINALES

40. Le programme de réforme de l'OMS concernant les situations d'urgence est issu des dures leçons tirées de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et des dysfonctionnements perçus au cours de la riposte initiale. Le Programme WHE a été mis en place comme un effort résolu de redéfinition de l'OMS en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies dotée de fonctions opérationnelles tout en préservant son rôle de figure de proue de l'expertise technique. L'efficacité du Programme au cours des 20 derniers mois apporte la preuve de l'impact que l'OMS est susceptible d'avoir lors de flambées et de situations d'urgence. Le Programme a démontré l'importance qu'il revêt pour stopper la propagation d'agents pathogènes infectieux au-delà des frontières nationales et conduire la riposte sanitaire dans de nombreuses crises humanitaires.

41. Sur la base du suivi et de l'examen effectués entre le lancement officiel du Programme en juillet 2016 et la fin mars 2018, le Comité conclut que d'importants progrès ont été réalisés par l'OMS en vue des étapes clés présentées dans le document A69/30 et que les résultats obtenus par le programme répondent aux principes applicables d'un programme unique ayant permis à l'OMS d'intervenir de manière plus rapide et prévisible en situation d'urgence. Le Comité estime que le programme a mis en place les structures et systèmes de base pour éviter le genre d'échec catastrophique enregistré lors de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, même si des progrès considérables restent à accomplir. Pour maintenir cet élan et institutionnaliser ces avancées, les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et les partenaires devront continuer à conjuguer leurs efforts.

42. Il est encourageant pour le Comité de constater que la direction de l'OMS a inscrit la nécessité d'améliorer le système administratif de l'Organisation et les processus économiques dans le programme de transformation et qu'elle recherche des solutions dans son ensemble. Les expériences faites dans la mise en œuvre des réformes du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire devront être exploitées pour transformer l'Organisation, laquelle à son tour sera susceptible d'aider le Programme à atteindre ses objectifs. Le Comité continuera de surveiller l'évolution et l'institutionnalisation du Programme WHE au cours des deux prochaines années pour le compte des États Membres et de formuler des recommandations en vue de le renforcer.

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

= = =