



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

# Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne



© OMS



Document de travail



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Europe**

**Comité régional de l'Europe**

Soixante-sixième session

EUR/RC66/21

**Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016**

1<sup>er</sup> août 2016

160563

Point 5 l) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne**

Ce document est le sixième rapport consécutif sur la réforme de l'OMS présenté par la directrice régionale au Comité régional de l'OMS pour l'Europe et ce, conformément à l'engagement pris en 2011 lors de la soixante et unième session du Comité régional de soumettre, dans le cadre de l'ordre du jour glissant de ses sessions, un rapport annuel sur les incidences de la réforme de l'OMS pour la Région européenne. Depuis la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Europe (2015), les organes directeurs mondiaux se sont principalement concentrés sur quatre grands domaines de la réforme :

- la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire ;
- le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ;
- les questions de réforme de la gouvernance découlant des réunions intergouvernementales à participation non limitée ;
- la réforme gestionnaire :
  - renforcer la responsabilisation ;
  - appliquer l'allocation stratégique des volants budgétaires ;
  - mettre en œuvre le programme de mobilité mondial.

Ces domaines incarnent les réformes considérées par les États membres comme essentielles à la transformation de l'Organisation. Des débats approfondis sur ce sujet ont eu lieu lors des sessions de janvier et de mai 2016 des organes directeurs mondiaux. Les incidences significatives de ces réformes pour la Région européenne de l'OMS sont évoquées dans le présent rapport.

## Sommaire

	page
Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire .....	3
Évolution à l'échelle mondiale.....	3
Incidences pour la Région européenne .....	4
Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques .....	7
Évolution à l'échelle mondiale.....	7
Incidences pour la Région européenne .....	8
Questions de réforme de la gouvernance découlant de la réunion intergouvernementale à participation non limitée consacrée à cette thématique .....	9
Évolution à l'échelle mondiale.....	9
Incidences pour la Région européenne .....	9
Réformes gestionnaires.....	10
Évolution à l'échelle mondiale.....	10
Responsabilisation .....	10
Allocation stratégique des volants budgétaires .....	10
Réforme des ressources humaines : mise en œuvre du programme de mobilité mondial .....	10
Incidences pour la Région européenne .....	11
Responsabilisation .....	11
Allocation stratégique des volants budgétaires .....	12
Réforme des ressources humaines : mise en œuvre du programme de mobilité mondial .....	13
Annexe 1. Récapitulatif des initiatives de réforme prises dans la Région européenne de l'OMS de 2010 à 2015 .....	14
Annexe 2. Incidence de la décision WHA69(8) pour la Région européenne.....	19

## Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire

### Évolution à l'échelle mondiale

1. La réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire a été entreprise en réponse à la résolution EBSS3.R1 du Conseil exécutif (2015) et à la décision WHA68(10) de l'Assemblée mondiale de la santé (2015), plaidant en faveur de réformes de grande ampleur de l'action de l'Organisation en cas de flambées épidémiques, d'urgences humanitaires et de crises. Le processus de réforme s'appuie sur les recommandations de plusieurs organes consultatifs (Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, Groupe consultatif du directeur général sur la réforme de l'action de l'OMS en cas de flambée ou de situation d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires, et Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005)) et s'inscrit dans le droit-fil du rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du secrétaire général des Nations Unies.
2. Lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé de mai 2016, le directeur général a présenté un rapport sur la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire (document A69/30), qui fournit une vue d'ensemble de la structure générale, de la supervision, du plan de mise en œuvre et des besoins de financement du nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.
3. Le rapport a bénéficié de l'important soutien de nombreux États membres, notamment de ceux de la Région européenne, qui estiment que ce nouveau programme est particulièrement important et vient à point nommé. Il complètera le rôle technique et normatif traditionnel de l'Organisation par de nouvelles capacités et moyens opérationnels pour son action lors des flambées épidémiques et situations d'urgence humanitaire.
4. Le programme adopte une approche englobant l'ensemble des menaces couvrant tout le cycle de gestion des risques, et se base sur les principes de programme unique, avec une relation hiérarchique clairement définie, doté de ses propres personnel, budget, règles et procédures, et un seul ensemble de critères normalisés de performance.
5. L'ensemble des activités de l'OMS pour les situations d'urgence relève donc d'un seul programme, doté d'une structure commune au Siège et aux six bureaux régionaux afin d'optimiser la coordination, les opérations et les échanges d'informations à l'intérieur de l'Organisation. La structure commune reflète les grandes fonctions de l'OMS pour la gestion des risques d'urgence sanitaire : gestion des risques infectieux ; préparation des pays aux urgences sanitaires et Règlement sanitaire international (RSI) (2005) ; informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques ; opérations d'urgence ; et gestion et administration des opérations d'urgence et relations extérieures.
6. Le programme dispose de mécanismes permettant de mobiliser le vaste éventail de compétences techniques de l'OMS en dehors du programme même, avec des partenariats solides, en particulier dans le cadre du Comité permanent interagences, et de renforcer les réseaux existants des équipes médicales d'urgence, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, ainsi que les partenariats d'intervention rapide.

7. En mars 2016, le directeur général a créé un Comité consultatif de surveillance pour les situations d'urgence chargé de superviser et de suivre l'élaboration et la performance du programme.

8. Le programme est doté d'un budget total de 494 millions de dollars des États-Unis (USD) pour la période biennale 2016-2017, soit une augmentation de 160 millions d'USD par rapport au budget actuel des activités principalement normatives et techniques de l'OMS en matière de gestion des situations d'urgence sanitaire. En outre, la création du fonds de réserve de l'OMS à cet égard permettra à l'Organisation de lancer rapidement les opérations lors des situations d'urgence aiguës.

9. À la suite de l'examen du budget du nouveau programme par la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, un dialogue sur le financement a été organisé le 22 juin 2016 afin de passer en revue les principaux éléments du budget, les facteurs de coût, les priorités immédiates en matière de financement, les stratégies potentielles dans ce domaine ainsi que plusieurs décisions de financement indicatif initial. Un plus vaste dialogue sur le financement se tiendra en octobre 2016 en vue de mobiliser les ressources nécessaires au nouveau programme pour la période biennale en cours. Lors des prochains exercices budgétaires, et dès la période biennale 2018-2019, les besoins du nouveau programme en ressources seront couverts dans le cadre intégral du processus de budgétisation programmatique de l'Organisation.

10. Après avoir arrêté la structure générale du nouveau programme, le nouveau système de gestion des situations d'urgence sera déployé au Siège, dans l'ensemble des six bureaux régionaux ainsi que dans le premier groupe de pays prioritaires. En date du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les objectifs opérationnels du nouveau programme ont été notamment fixés comme suit :

- a) désignation d'équipes de direction dans tous les grands bureaux ;
- b) mise en place de nouveaux processus d'urgence (évaluation des risques, classification, système de gestion des incidents) ;
- c) finalisation du Cadre d'action d'urgence de l'OMS et réaffectation des unités et du personnel clé selon de nouvelles lignes hiérarchiques fonctionnelles.

11. La transition du personnel existant vers la nouvelle structure doit s'achever le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Pour que le programme soit à même d'accomplir ses fonctions, il faudra procéder au recrutement d'un nombre important de personnels supplémentaires, dotés de nouvelles compétences, sur une période de 24 à 36 mois.

## **Incidences pour la Région européenne**

12. Le Bureau régional s'attachera à mettre en œuvre le nouveau programme de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire et à renforcer ses capacités opérationnelles pour soutenir efficacement les États membres dans la préparation et la réaction aux menaces pour la santé dans la Région européenne, dont le nombre et la complexité augmentent.

13. Le programme a été mis en place à la suite d'un processus de réforme impliquant les trois niveaux de l'Organisation, à savoir les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège. Le Bureau régional de l'Europe a contribué de manière proactive à la définition de la structure du programme par divers canaux, grâce à la participation de la directrice

régionale au Groupe de la politique mondiale, à celle de la directrice de la Division des maladies transmissibles et de la sécurité sanitaire au sein du Groupe de soutien exécutif et des Équipes de conception et de déploiement du nouveau programme, et à celle du personnel technique des bureaux régionaux et des bureaux de pays à plusieurs groupes de travail.

14. Les activités du Bureau régional en matière de sécurité sanitaire ont déjà fait l'objet d'une restructuration en 2010, en réunissant en une seule division et sous un seul directeur les trois programmes principalement chargés de la gestion des situations d'urgence sanitaire couvrant l'ensemble des menaces (prévention, atténuation, intervention et relèvement), à savoir Opérations d'alerte et d'intervention, Préparation des pays en cas d'urgence et Coordination du RSI. Or, ces trois programmes ont tous souffert, pendant plusieurs années, d'un très important manque de personnel en raison du manque de financement adéquat.

15. Au cours de la phase d'élaboration du processus de réforme pour les situations d'urgence, le système de sécurité sanitaire du Bureau régional a été davantage aligné sur la structure du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, une structure commune pour l'ensemble des sept grands bureaux de l'Organisation.

16. Le Bureau régional accordera la priorité aux domaines suivants : informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques, préparation des pays aux urgences sanitaires et RSI (2005) ; et fonctions des opérations d'urgence. L'équipe chargée des informations sur les urgences sanitaires et de l'évaluation des risques continuera de fonctionner à tout moment comme point de contact régional pour le RSI, alors que la capacité de surveillance des signaux, et d'évaluation des risques et des besoins sera renforcée et harmonisée afin d'améliorer la détection et la vérification des événements de santé publique susceptibles d'avoir des incidences internationales. La gestion et la diffusion des données ainsi que la notification seront renforcées pour obtenir en temps utile des produits d'information sanitaire à la fois exacts et fiables en cas d'urgence sanitaire.

17. En ce qui concerne les opérations d'urgence, le Bureau régional participe actuellement à la gestion de trois événements ayant fait l'objet d'un classement. En réponse à la crise humanitaire sévissant en Ukraine, l'OMS coordonne les actions menées en vue de répondre aux besoins sanitaires des personnes déplacées et des communautés touchées. Face au conflit en République arabe syrienne, l'OMS aide le gouvernement turc à gérer les interventions d'ordre sanitaire auprès des personnes réfugiées en Turquie et, conformément aux résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies, coordonne les activités du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le nord de la Syrie. Afin de lutter contre la flambée épidémique de maladie à virus Zika, le Bureau régional a instauré le Système de gestion des incidents qui a permis de tester l'efficacité de la nouvelle structure et du nouveau système d'urgence, et de mettre en valeur l'amélioration de la coordination et de la communication à tous les niveaux de l'Organisation. Il s'agira d'accorder particulièrement l'attention, dans ce domaine, à la réalisation d'une plus grande convergence entre les activités menées par l'Organisation en matière d'action humanitaire, de sécurité sanitaire et de gestion des flambées épidémiques, ainsi qu'au renforcement des partenariats, notamment au sein du système des Nations Unies, afin de mettre en œuvre une intervention rapide, efficace, prévisible et globale face aux situations d'urgence sanitaire, à la lumière du cycle complet de gestion des risques.

18. À la demande des États membres, le Bureau régional considère la préparation des pays aux urgences sanitaires et le RSI (2005) comme prioritaires, et se focalisera sur le renforcement de leur préparation par l'adoption d'une approche pangouvernementale couvrant l'ensemble des menaces. Le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI et le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe constitueront les principaux instruments pour la préparation multirisques et multisectorielle, en établissant un lien entre, d'une part, les principales capacités du RSI et, d'autre part, les systèmes de santé résilients et les fonctions essentielles de santé publique.

19. La fonction de gestion des risques infectieux s'articulera autour de l'actuel programme Grippe et autres pathogènes respiratoires, qui fait également office de secrétariat pour le Cadre de préparation en cas de pandémie de grippe au Bureau régional. Celui-ci a déjà commencé à cartographier les agents pathogènes à haut risque les plus pertinents pour la Région européenne, et continuera à élaborer des stratégies et des outils pour la prévention et la lutte contre ces infections, et à développer les capacités dans ce domaine. L'instauration et le maintien de réseaux d'experts pour détecter, comprendre et gérer les nouvelles infections à haut risque s'inscrivent également dans le cadre de cette fonction.

20. Le Bureau régional a également mis en œuvre un processus de cartographie des pays afin de définir leur vulnérabilité face aux agents pathogènes à haut risque et aux crises humanitaires. Le premier groupe de pays prioritaires pour la Région a pu ainsi être identifié, et il en sera tenu compte lors de l'allocation des ressources au niveau des pays.

21. Avec le début de la phase de mise en œuvre le 1<sup>er</sup> juillet 2016, des postes de haut niveau ont été pourvus, en commençant par celui de directeur régional pour les situations d'urgence. Un processus officiel d'harmonisation des ressources humaines a été mis en place, en collaboration avec l'équipe de gestion des ressources humaines et l'Association du personnel, afin d'assortir les qualifications et l'expérience des membres du personnel existants aux postes élaborés dans le cadre de la nouvelle structure. Du nouveau personnel sera recruté afin de remplir les postes restant vacants, au fur et à mesure que les ressources deviennent disponibles. L'objectif est de terminer la transition du personnel existant vers la nouvelle structure pour le 1<sup>er</sup> octobre 2016.

22. Il est prévu de renforcer les capacités des ressources humaines lors du déploiement de la structure du nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire au niveau de l'Organisation, qui a d'ailleurs débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Cette nouvelle structure, qui s'accompagne d'une augmentation des capacités, devrait améliorer la mise en œuvre des interventions prioritaires dans la Région européenne, telles que définies dans le nouveau programme. À cet égard, la priorité sera accordée, au cours de 2016-2017, au renforcement des ressources humaines pour la préparation des pays aux urgences sanitaires et le RSI (2005), ainsi que pour les fonctions d'information sur les urgences sanitaires et d'évaluation des risques. Dès que le financement deviendra disponible, de nouveaux personnels seront recrutés pour les opérations d'urgence, ainsi que pour la gestion et l'administration des opérations d'urgence et les relations extérieures.

## Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

### Évolution à l'échelle mondiale

23. L'effort de réforme le plus inextricable entrepris à l'OMS fut certes celui qui a conduit à l'élaboration d'un cadre général de collaboration avec les acteurs non étatiques.

24. Cependant, un consensus a pu finalement être dégagé sur ce point important au terme de 5 années de négociations et des innombrables heures que les représentants des États membres ont passé aux sessions du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration, à la réunion intergouvernementale à participation non limitée, et aux réunions des groupes de rédaction formels et informels instaurés par les sessions consécutives de l'Assemblée mondiale de la santé. Il s'agit en effet d'un élément central de la réforme de la gouvernance globale, et de l'interaction de l'Organisation avec d'autres intervenants dans le domaine de la santé internationale. Le nouveau cadre met à disposition des politiques et des procédures complètes pour la collaboration avec les organisations non gouvernementales, les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et le monde universitaire.

25. Les précédents rapports à ce sujet présentés pour examen au Comité régional ont mis en évidence les difficultés rencontrées lors des négociations sur le cadre, ainsi que les positions exprimées par les États membres de la Région européenne à cet égard. Un accord a été conclu grâce principalement au leadership infatigable et indéfectible du représentant argentin, et au rôle positif que celui-ci a joué au cours de ces deux dernières années en présidant les débats de la réunion intergouvernementale à participation non limitée.

26. Au terme des nombreuses réunions du groupe de rédaction organisées en marge de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, la Commission A a adopté la résolution WHA69.10 le dernier jour de l'Assemblée. La résolution énonce les étapes suivantes :

- a) commencer immédiatement à appliquer le cadre (juin 2016) ;
- b) faire rapport tous les ans au Conseil exécutif par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration (premier rapport en janvier 2017) ;
- c) procéder à l'établissement complet du registre des acteurs non étatiques pour la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé (mai 2017) ;
- d) prier « la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé d'examiner les progrès accomplis dans l'application aux trois niveaux de l'Organisation, en vue de prendre toute décision nécessaire pour une application complète et cohérente du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques » (mai 2017) ;
- e) rendre pleinement opérationnelle l'application du cadre pendant une période de 2 ans (mai 2018) ;
- f) réaliser en 2019 une évaluation initiale de l'application du cadre.

## **Incidences pour la Région européenne**

27. Bien que l'accord définitif sur le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques constitue une excellente nouvelle, l'application de ce dernier au sein de l'Organisation reste problématique.

28. Les représentants des États membres de la Région européenne ont activement participé aux négociations sur le cadre, et le Bureau régional a contribué à son élaboration tout en suivant de près ce processus. Pendant toute la durée des négociations, le Bureau régional a organisé régulièrement des séances d'information sur les progrès accomplis à l'intention du personnel. Cette initiative s'avérera utile pour l'application du cadre dans la mesure où elle a permis au personnel du Bureau régional et des bureaux de pays d'être bien informé du processus.

29. L'unité Partenariat du bureau de la directrice régionale de l'Europe sera l'unité chargée de l'application du cadre au niveau régional, et apportera son soutien à cet effet aux unités techniques et aux bureaux de pays. Une première séance d'information a été organisée début juillet pour le personnel afin de présenter le cadre tel qu'adopté par l'Assemblée mondiale de la santé. Un guide pour le personnel et un manuel à l'intention des acteurs non étatiques sont actuellement en cours d'élaboration au Siège de l'OMS, et doivent être finalisés à la fin octobre 2016. Le Bureau régional a adopté une approche pragmatique pour la mise en œuvre, notamment en documentant la charge de travail effective et les engagements pris à cet égard. Un complément de formation sera dispensé au personnel à l'automne 2016 et au printemps 2017, notamment sur l'utilisation du registre des acteurs non étatiques.

30. Suite à l'adoption du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, le Bureau régional élaborera, en collaboration avec le Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR), une proposition conforme à l'article 55 du cadre et relative à l'octroi d'une accréditation aux acteurs non étatiques régionaux qui ne sont pas en relation officielle avec l'OMS, afin de leur permettre d'assister aux sessions du Comité régional. Cette proposition sera soumise à l'examen de la soixante-septième session du Comité régional en 2017.

31. Enfin, le Bureau régional préparera une stratégie de partenariat comme il a été demandé précédemment par le Comité régional. Cette initiative avait d'ailleurs été mise en veilleuse en raison des négociations en cours sur le cadre mondial. La nouvelle stratégie de partenariat sera axée sur le renforcement des relations avec tous les partenaires collaborant aux niveaux régional et national à la mise en œuvre de Santé 2020 et à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé. Elle sera présentée pour examen à la soixante-septième session du Comité régional de 2017.

## **Questions de réforme de la gouvernance découlant de la réunion intergouvernementale à participation non limitée consacrée à cette thématique**

### **Évolution à l'échelle mondiale**

32. Aux termes de la décision EB136(16) (2015), le Conseil exécutif a convenu de créer un processus ouvert de consultation des États membres sur la réforme de la gouvernance, qui doit achever ses travaux avant la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, et formuler des recommandations pratiques sur la manière d'améliorer l'efficacité de la gouvernance de l'OMS.

33. La Réunion intergouvernementale à composition non limitée sur la réforme de la gouvernance a été convoquée à deux reprises en 2015 ainsi qu'en 2016, préalablement à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé. Ses recommandations, telles qu'approuvées par l'Assemblée dans sa décision WHA69(8), portent sur les points suivants : gestion de l'ordre du jour des organes directeurs mondiaux ; utilisation des outils informatiques afin de mieux accéder aux réunions des organes directeurs et à la documentation ; coordination de la haute direction et responsabilisation ; harmonisation entre les comités régionaux et le Conseil exécutif ; et fonctions de surveillance des comités régionaux, notamment celles des bureaux de pays.

### **Incidences pour la Région européenne**

34. Au cours de ces cinq dernières années, le Bureau régional de l'Europe a joué un rôle actif dans la réforme de la gouvernance.

35. En ce qui concerne la gestion de l'ordre du jour, par exemple, un ordre du jour glissant et pluriannuel a été mis en place dans la Région européenne afin que les membres du CPR puissent porter un meilleur regard stratégique sur le calendrier des débats du Comité régional et des thèmes particuliers abordés à ces occasions, et ce dans le but de faciliter leur préparation. Un ordre du jour annoté présentant des informations sur la conduite des discussions prévues vient compléter cette initiative.

36. Pour ce qui est de la surveillance du Comité régional, les fonctions de supervision renforcées du CPR, combinées à l'élargissement de sa composition (de 9 à 12 membres) pour permettre une représentation plus équilibrée sur le plan géographique (mis en œuvre en 2010 par la résolution EUR/RC60/R3), représente probablement un exemple de « meilleure pratique » dans l'Organisation, comme demandé dans la décision WHA69(8).

37. Ces dernières années, plusieurs autres initiatives ont été menées en matière de gouvernance dans la Région européenne, comme décrit dans l'annexe 1 au présent rapport.

38. L'annexe 2 aborde plus en détail la mise en œuvre pratique des points relatifs à la gouvernance énoncés dans la décision WHA69(8).

## **Réformes gestionnaires**

### **Évolution à l'échelle mondiale**

39. Les organes directeurs mondiaux se sont penchés, en 2016, sur trois points de la réforme gestionnaire, à savoir le renforcement de la responsabilisation à tous les niveaux de l'Organisation ; l'allocation stratégique des volants budgétaires ; et la réforme des ressources humaines, avec référence particulière à la mise en œuvre du programme de mobilité mondial.

#### **Responsabilisation**

40. Depuis les débats engagés en 2015 au Comité du programme, du budget et de l'administration et au Conseil exécutif sur ce que le président du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance a appelé « une culture de tolérance à la non-conformité » dans l'Organisation, le directeur général et les directeurs régionaux ont donné la plus haute priorité à l'intensification des efforts visant à renforcer la responsabilisation.

41. Parmi les initiatives prises en 2015-2016 à cet égard, il convient de mentionner l'établissement de registres de risques dans tous les centres budgétaires ; l'instauration de mesures disciplinaires plus précises en cas de manquement ; et la mise en place d'indicateurs de performance et de listes de contrôle pour l'auto-évaluation dans les bureaux de pays.

42. Si le renforcement de la responsabilisation organisationnelle sera toujours prioritaire et fera l'objet d'un processus continu, le président du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, dans son rapport (document EBPBAC24/2) à la vingt-quatrième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration, a indiqué que des améliorations avaient déjà été observées à cet égard puisque moins de cas de non-conformité ont été signalés, et que la tendance générale était très positive.

#### **Allocation stratégique des volants budgétaires**

43. En mai 2015, le Conseil exécutif a adopté la décision EB137(7), recommandant à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé d'officialiser la nouvelle méthode d'allocation stratégique des volants budgétaires en adoptant la même décision.

44. Le rapport soumis en 2015 à la soixante-cinquième session du Comité régional sur la réforme de l'OMS (document EUR/RC65/15) a examiné en profondeur la pertinence de définir des critères précis en vue d'une allocation rationnelle et équitable du budget biennal entre le Siège et les six Régions de l'OMS.

45. La décision de l'Assemblée mondiale de la santé d'officialiser la méthode d'allocation stratégique des volants budgétaires a bénéficié de l'important soutien de tous les États membres de la Région européenne, et a été adoptée par consensus.

#### **Réforme des ressources humaines : mise en œuvre du programme de mobilité mondial**

46. La politique de mobilité géographique précédemment examinée par les organes directeurs mondiaux est entrée en vigueur en janvier 2016. Le programme est mis en

place de manière progressive, en commençant par une phase de participation volontaire en 2016-2018.

47. Le premier exercice de mobilité a eu lieu au début de 2016, sur la base d'une compilation de postes internationaux à laquelle ont contribué tous les grands bureaux. Les affectations ont été recommandées par un Comité mondial de la mobilité, composé de hauts responsables des six Régions et du Siège.

48. D'importants enseignements ont été tirés de cet exercice, et ceux-ci seront incorporés dans le mode opératoire du prochain exercice de mobilité, prévu pour le deuxième semestre de 2016 ou le début 2017.

## **Incidences pour la Région européenne**

### **Responsabilisation**

49. La Région européenne dispose toujours d'un cadre de responsabilisation solide, et ne fait preuve d'aucune tolérance face au non-respect des règles et de règlements de l'OMS.

50. Au cours de ces quatre dernières années, 8 vérifications intérieures ont été effectuées dans la Région européenne de l'OMS, dont 7 dans les bureaux de pays (Tadjikistan et Turquie (2012) ; Bélarus, Ouzbékistan, République de Moldova et Turkménistan (2013) ; Monténégro (2014)), et une au Bureau régional (2014). Lors de l'exercice financier 2012-2015, deux vérifications extérieures ont été effectuées dans la Région : l'une dans le bureau de pays de la Turquie (2013) et l'autre au Bureau régional (2015).

51. Un rapport spécialement consacré à la responsabilisation et à la conformité (document EUR/RC66/24) a été préparé pour le Comité régional, qui présente plus en détail les problèmes soulevés lors des vérifications et les mesures prises par le Bureau régional pour y remédier.

52. Le Bureau régional s'engage à procéder en temps voulu au suivi des recommandations émises lors des vérifications, et aucune de celles-ci n'est actuellement en suspens.

53. Afin de renforcer les sanctions en cas de non-conformité et de non-respect des règles, d'importants indicateurs de performance administrative ont été instaurés pour l'Organisation (voir tableau 1), et liés au système d'évaluation de la performance (ePMDS) des directeurs et chefs de bureaux de l'OMS.

**Tableau 1. Lien entre les principaux indicateurs de performance et le système de gestion de la performance.**

N°	Domaine	Principal indicateur de performance
1	Conformité avec les règles financières	Taux de rejet des marchandises et services des bons de commande d'un montant de plus de 15 000 USD et au-dessous de la limite du Comité d'examen des contrats
2	Gestion des relations avec les donateurs	Rapports de chronologie financière
3	Rapports techniques aux organes directeurs	% de produits notifiés à temps pour les rapports de suivi bisannuels
4	Utilisation efficace des contributions volontaires	Contributions avec échéance d'un délai de 1 mois et solde de plus de 10 %
5	Gestion financière des ressources humaines	Vieux problèmes (non résolus)
6	Bonne gestion des ressources humaines	Définition des objectifs pour 2016 et pleine réalisation de l'évaluation à la mi-année dans les délais prescrits
7	Gestion financière des contrats	Niveau des arriérés de charges financières (plus de 3 mois après la date d'échéance)
8	Fourniture de documents à l'appui des services aux réunions des organes directeurs dans les délais convenus	Respect des délais établis au niveau de l'Organisation, notamment pour les documents des organes directeurs soumis tout au long de l'année

54. Chaque année, les directeurs et les chefs de bureau de l'OMS prendront connaissance de leur performance dans ces huit grands domaines administratifs sur une base trimestrielle.

#### **Allocation stratégique des volants budgétaires**

55. Suite au travail effectué au niveau mondial sur les méthodes d'allocation stratégique des volants budgétaires, le Bureau régional a décidé de tester et de mettre en œuvre cette procédure pour l'allocation initiale des contributions fixées aux pays avec lesquels il a conclu un accord de coopération biennal.

56. La méthodologie, telle qu'approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé, s'est avérée solide et également applicable au contexte européen. Cet exercice a aussi montré que traditionnellement, l'allocation du montant des contributions fixées dans la Région européenne était souvent conforme aux résultats de l'allocation stratégique des volants budgétaires. Cependant, afin de garantir une mise en œuvre progressive, et d'éviter des hausses ou des baisses trop radicales, les changements ont été effectués dans une fourchette de plus ou moins 20 %.

57. Il est important de souligner que cette allocation initiale a principalement servi à la planification, et que l'allocation finale du montant des contributions fixées tiendra compte de l'exécution concrète, des nouveaux besoins et d'autres considérations pouvant survenir plus tard dans l'année. Elle est également conforme à l'allocation stratégique des ressources flexibles promue par le directeur général.

**Réforme des ressources humaines : mise en œuvre du programme de mobilité mondial**

58. La direction et le personnel du Bureau régional ont joué un rôle très actif dans la promulgation du nouveau programme de mobilité du personnel. Le Bureau régional a fourni environ 30 % des postes figurant dans la liste (plus que tout autre Bureau régional), et plusieurs membres de son personnel ont posé leur candidature à des postes en dehors de la Région européenne.

59. La direction a collaboré étroitement avec l'Association du personnel afin de tirer les principaux enseignements de cette initiative, et de dresser une liste de recommandations pour le prochain exercice de mobilité. La plupart de celles-ci sont actuellement examinées au niveau mondial par la direction et les associations du personnel de l'OMS.

## **Annexe 1. Récapitulatif des initiatives de réforme prises dans la Région européenne de l'OMS de 2010 à 2015**

### **Réforme programmatique<sup>1</sup>**

#### **2010**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution [EUR/RC60/R5](#) sur la relève des principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS. La résolution :

- exhorte à élaborer un cadre politique européen de la santé cohérent, pour une action sur les programmes ;
- appelle à réaffirmer la volonté politique d'élaborer ou de reformuler des politiques, stratégies et plans nationaux globaux pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et renforcer les systèmes de santé.

#### **2011**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution [EUR/RC61/R1](#), qui porte approbation du projet de Santé 2020 comme cadre d'action unificateur et cohérent pour parvenir plus rapidement à un meilleur état de santé et de bien-être pour tous.

#### **2012**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution [EUR/RC62/R4](#), qui porte adoption de « Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être » (document EUR/RC62/9), en tant que cadre directeur pour l'élaboration des politiques de santé dans toute la Région et dans chacun des États membres.

#### **2013**

Après l'approbation du budget programme pour la période biennale 2014-2015 au niveau mondial, le Bureau régional a appliqué une nouvelle chaîne de résultats afin de se mettre en phase avec les efforts consentis à l'échelle mondiale pour plus de clarté et de responsabilisation par rapport aux résultats obtenus.

La planification opérationnelle a fourni les bases d'une analyse des produits détaillés, ainsi que des besoins et déficits de financement tels qu'envisagés dans le dialogue sur le financement.

---

<sup>1</sup> Toutes les résolutions du Comité régional ont été consultées le 26 juillet 2016.

## **2014**

Le Bureau régional a joué un rôle actif dans la planification du budget programme pour la période biennale 2016-2017, basée sur la détermination de priorités dans le cadre d'un processus ascendant, aux niveaux national et régional, pour veiller à ce que le projet de budget soit bien aligné sur la demande.

## **Réforme de la gouvernance**

### **2010**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution [EUR/RC60/R3](#) relative à la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : amendements aux méthodes de travail et au règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional. La résolution :

- renforce la fonction de gouvernance du Comité régional en mettant davantage l'accent sur les questions stratégiques à haut niveau, avec pour résultat une participation plus importante des ministres de la Santé ;
- renforce la fonction de supervision du CPR, par la présentation de rapports de gestion de haut niveau sur des dossiers stratégiques clés ;
- fait passer de 9 à 12 le nombre de sièges au CPR, ce qui permet une représentation plus équilibrée sur le plan géographique ;
- met en place des groupements sous-régionaux d'États membres pour la présentation de candidatures au Conseil exécutif et au CPR, ce qui introduit plus de prévisibilité et de transparence dans ce processus ;
- fixe des critères précis concernant l'expérience et les domaines de compétence requis pour tous les candidats à un siège au Conseil exécutif et au CPR ;
- confirme que les États membres de la Région européenne de l'OMS membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies devraient pouvoir siéger au Conseil exécutif de l'OMS selon une périodicité de trois ans sur six ;
- améliore la transparence des procédures du CPR, avec affichage sur le Web des noms et coordonnées des membres du CPR ;
- modifie la procédure de désignation du directeur régional de l'Europe, notamment le rôle et le nom du groupe de prospection régional ;
- modifie le règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent pour incorporer tous les éléments mentionnés ci-dessus.

### **2013**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution [EUR/RC63/R7](#) relative à la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. La résolution :

- définit un calendrier détaillé pour la représentation des États membres de la Région européenne au Conseil exécutif, par sous-groupe et sur une période de dix ans (2013-2023), pour une plus grande transparence à cet égard ;

- renforce la transparence et la communication entre le CPRC et les États membres en appelant à la désignation de points focaux du CPRC pour les résolutions et aspects techniques particuliers inscrits à l'ordre du jour du Comité régional ;
- demande que le président et le vice-président du CPRC travaillent en étroite collaboration avec les organisations sous-régionales pour la préparation des réunions du Comité régional ;
- énonce de nouvelles procédures pour la soumission et l'amendement des résolutions du Comité régional (avec adoption ultérieure de procédures similaires lors de la 134<sup>e</sup> réunion du Conseil exécutif pour les futures réunions de ce dernier) ;
- établit un code de conduite pour le processus de désignation du directeur régional de l'Europe ;
- porte adoption d'un mécanisme officiel en vue de la vérification des pouvoirs des participants aux sessions du Comité régional.

Entre-temps, la résolution [EUR/RC63/R8](#), qui approuve le document EUR/RC63/17 Rev. 1, prévoit l'examen régulier et la « désactivation » des résolutions du Comité régional.

Les autres mesures suivantes ont été introduites pour préparer les États membres aux sessions des organes directeurs :

- la séance d'information organisée en mars 2014 à Copenhague pour les membres des organes directeurs (questions financières et programmatiques) a été rendue accessible à tous les États membres ;
- un ordre du jour glissant, pluriannuel, aux sessions du Comité régional, a été mis en place pour que les délégués aient une meilleure vue d'ensemble stratégique du moment où les différents points de l'ordre du jour seront abordés ;
- des ordres du jour annotés ont été élaborés en vue de fournir des informations sur les modalités des discussions.

## **2014**

- Un premier projet d'outil destiné à soutenir le CPRC dans la procédure de désignation au Conseil exécutif et au CPRC a été mis au point sur la base des critères approuvés dans la résolution [EUR/RC63/R7](#).
- Des modèles types pour les résolutions techniques du Comité régional ont été élaborés afin de mieux pouvoir contrôler et surveiller les liens stratégiques avec Santé 2020, le Douzième Programme général de travail 2014-2019 et les autres résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, du Conseil exécutif et du Comité régional, et de clarifier les incidences sur le plan administratif et financier.
- WebEx (ou une plate-forme interactive similaire en ligne) est utilisé pour les séances d'information destinées aux nouveaux membres du CPRC et aux participants européens aux sessions des organes directeurs.
- Des initiatives ont été prises afin d'assurer une participation plus active des organisations non gouvernementales lors des futures réunions du Comité régional.

## **2015**

- L'outil à l'appui des procédures de présentation des candidatures au Conseil exécutif et au CPCR a été finalisé, et confère davantage de transparence, d'objectivité et d'équité à ce processus.
- L'article 47 du règlement intérieur du Comité régional de l'Europe en ce qui concerne le processus de désignation du directeur régional a été révisé.
- Les déclarations de conférence et les critères régissant la saisie de ces déclarations par le Comité régional sont à l'examen (en cours).
- Les impératifs de communication de rapports pour les résolutions du Comité régional ont été révisés.

## **Réforme gestionnaire**

La réforme gestionnaire est, par sa nature même, un exercice interne et ne découle donc pas des résolutions des organes directeurs. Les principales réalisations à ce jour sont résumées ci-dessous.

## **2010**

- Tous les processus administratifs internes ont été examinés afin d'alléger le fardeau bureaucratique inutile (réorganisation des processus opérationnels).
- Un nouvel organigramme a été préparé afin de mieux refléter la nouvelle stratégie du Bureau régional.
- La présence dans les pays et les bureaux géographiquement dispersés a été examinée et évaluée par un groupe externe d'experts.
- L'unité Gestion des programmes et des ressources a été créée (par la fusion de la planification et du budget) pour améliorer la planification et refléter une stratégie d'intégration accrue.
- Le rôle de supervision du CPCR a été renforcé par l'examen régulier de rapports de gestion.

## **2011**

- L'unité Conformité réglementaire a été créée afin d'affermir la discipline administrative et financière au Bureau régional et de renforcer la confiance des donateurs.
- La rationalisation du noyau de base présent dans les bureaux de pays a été réexaminée.
- Une nouvelle approche envers l'élaboration du budget programme a été adoptée, et considère ce dernier comme « un outil stratégique de responsabilisation » ou « un contrat », qui servira aussi de test pour la réforme de l'OMS.

## **2012**

- Les points saillants ou moments forts des sessions du Comité régional sont publiés sur le site Web du Bureau régional lors de ces événements pour accroître la transparence des réunions des organes directeurs.
- Les médias sociaux sont aussi davantage utilisés.

## **2013**

- Le site Web externe du Bureau régional a été remanié afin d'en accroître la visibilité.
- Une nouvelle page Intranet a été lancée afin de faciliter la communication avec le personnel.
- Un nouveau plan des ressources humaines a été élaboré pour le Bureau régional, en adéquation avec le budget programme 2014-2015 et avec un transfert de moyens de l'administration aux programmes techniques. En 2014, cela a eu pour conséquence d'augmenter les capacités d'assistance aux États membres sur le plan technique et stratégique.

## **2014**

- Le nouveau plan des ressources humaines a été mis en application.
- Un nouveau cadre de contrôle interne et un registre des risques à l'échelle du Bureau ont été compilés, et les mécanismes d'atténuation de ces risques ont été examinés.
- Un nouveau registre central d'adresses a été lancé le 1er juillet 2014 en vue d'améliorer et de faciliter les contacts avec les États membres et les partenaires.
- Une nouvelle politique a été mise en œuvre en vue de renforcer le contrôle (pré-vérifications) des accords avec des consultants et des contrats de louage de services.
- Un processus de gestion du changement a été engagé, avec l'aide du Bureau du directeur général, afin d'accroître la participation du personnel du Bureau régional au processus de réforme.

## **2015**

- Les vérifications de conformité ont été appliquées aux contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel, car ceux-ci représentent une source importante de risques potentiels d'atteinte à la réputation.
- Une matrice de responsabilités a été élaborée afin d'énoncer clairement la répartition des tâches ainsi que les responsabilités qui en découlent entre le Bureau régional et les bureaux de pays.
- Un vivier d'experts pré-approuvés a été créé de manière à faciliter la mise en œuvre, tout en assurant le contrôle de la qualité.

## **Annexe 2. Incidence de la décision WHA69(8) pour la Région européenne**

1. En mai 2016, la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, dans sa décision WHA69(8), a adopté une série de mesures relatives aux méthodes de travail des organes directeurs, à la responsabilisation au sein de l'OMS, et à l'alignement entre les trois niveaux de l'Organisation. Certaines de ces mesures pourraient être soumises à l'examen du Comité régional, tandis que d'autres reflètent certaines décisions et pratiques déjà adoptées dans la Région européenne.

2. Les aspects de la décision adoptée par l'Assemblée de la santé, et leurs incidences potentielles pour la Région européenne, sont énumérés ci-dessous dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans la décision WHA69(8) :

- 1) *de prier le directeur général de mettre au point un calendrier prospectif pour planifier sur six ans les points attendus de l'ordre du jour du Conseil exécutif, y compris de ses comités permanents, et de l'Assemblée de la santé, en se fondant sur les points systématiquement inscrits, les exigences établies par les décisions et les résolutions des organes directeurs ainsi que celles imposées par la Constitution, les règles et règlements de l'Organisation, en particulier en tenant compte du programme général de travail, sans préjudice des points additionnels, supplémentaires ou urgents qui pourraient être ajoutés à l'ordre du jour des organes directeurs ;*
- 2) *de prier le directeur général de présenter le calendrier prospectif susmentionné au Conseil exécutif à sa cent quarantième session à titre de document d'information et d'actualiser ce calendrier régulièrement, en fonction des besoins ;*

3. Depuis 2011, le Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) utilise un ordre du jour glissant et pluriannuel afin que les délégués puissent porter un meilleur regard stratégique sur le programme de travail du Comité régional pour le moyen terme et ce, dans le but de faciliter la préparation de l'ordre du jour provisoire de chacune de ses sessions. À compter de mai 2016, l'ordre du jour pluriannuel du Comité régional de l'Europe constituera un point régulier de l'ordre du jour de la session ouverte du CPCR, et sera donc mis à la disposition de tous les États membres.

4. Par conséquent, le CPCR a convenu de passer en revue l'ordre du jour glissant et pluriannuel du Comité régional après l'examen du calendrier mondial de planification par la 140<sup>e</sup> session du Conseil exécutif. La directrice régionale consultera le directeur général sur les améliorations susceptibles d'être apportées aux pratiques actuelles dans le contexte de la mise en œuvre de la décision susmentionnée, et appliquera ou adaptera si nécessaire les critères mondiaux au contexte régional en consultation avec le CPCR.

### *Gestion de l'ordre du jour*

- 3) *de prier le bureau du Conseil exécutif, en tenant compte des apports des États membres, d'examiner les critères actuellement appliqués pour l'examen des points qu'il est envisagé d'inscrire à l'ordre du jour provisoire du Conseil, et d'élaborer des propositions de critères nouveaux et/ou révisés pour examen à la cent quarantième session du Conseil exécutif ;*

- 4) *de prier le directeur général, en consultation avec les États membres et compte tenu des précédentes discussions avec les États membres, d'élaborer, d'ici à la fin du mois d'octobre 2016, des propositions tendant à faire mieux correspondre le nombre de points inscrits à l'ordre du jour provisoire des organes directeurs et le nombre, la durée et le calendrier des sessions, en indiquant notamment les incidences financières des options proposées, propositions qui seront soumises pour examen à la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarantième session ;*

*Règles applicables aux points additionnels, supplémentaires ou urgents de l'ordre du jour*

- 5) *de prier le directeur général de procéder à l'analyse des règlements intérieurs du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé afin de repérer les ambiguïtés d'interprétation et les lacunes dans les processus d'inscription à l'ordre du jour de points additionnels, supplémentaires ou urgents et de formuler des recommandations sur l'amélioration future de ces processus ; et de faire rapport à la Soixante et onzième Assemblée mondiale de la santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;*

5. La directrice régionale élabore l'ordre du jour provisoire du Comité régional sur la base des priorités régionales et ce, en vertu du cadre politique Santé 2020. Le CPRC passe en revue le projet d'ordre du jour provisoire de la prochaine session du Comité régional lors de la plupart de ses réunions ; il examine un projet préliminaire d'ordre du jour pour la prochaine session du Comité régional lors de sa réunion de mai, qui est d'ailleurs ouverte aux représentants des États membres de la Région non membres du Comité permanent, mais qui peuvent participer à cette réunion en leur qualité d'observateurs et contribuer aux débats. Ce processus permet en outre au CPRC de considérer l'inscription de points à l'ordre du jour provisoire à la demande de l'Assemblée mondiale de la santé.

6. Un tel processus approfondi d'examen et d'élaboration de l'ordre du jour provisoire est unique au sein de la gouvernance de l'OMS. Il a permis d'inscrire jusqu'à présent un nombre raisonnable de points mettant particulièrement l'accent sur les priorités stratégiques de la Région, et en conformité avec les priorités examinées au niveau mondial par l'Assemblée de la santé et le Conseil exécutif. En vertu de l'article 9 du règlement intérieur du Comité régional, le directeur régional peut, en consultation avec le président et le président exécutif du Comité régional et avec le président du Comité permanent, faire figurer dans un ordre du jour provisoire supplémentaire toute question urgente qui viendrait se poser après la date d'envoi de l'ordre du jour provisoire.

7. La directrice régionale se réjouit de l'élaboration, par le bureau du Conseil exécutif, de critères révisés susceptibles d'améliorer davantage la cohérence et le réalisme de l'ordre du jour du Conseil et, par conséquent, de l'Assemblée de la santé. La directrice régionale fera rapport sur le résultat de ce processus au Comité régional et présentera ses recommandations en vue d'aligner les critères utilisés par le CPRC sur ceux des organes directeurs mondiaux de manière à renforcer la cohérence au sein du cycle de gouvernance de l'OMS, tout en respectant les spécificités régionales et les meilleures pratiques.

### *Amélioration des outils informatiques pour un meilleur accès*

6) *de prier le directeur général de continuer à renforcer, et de rendre plus conviviale, l'utilisation des outils informatiques existants et nouveaux afin d'améliorer la rapidité et le rapport coût/efficacité de l'accès aux réunions des organes directeurs et à la documentation présession et postsession, et de continuer à prendre des dispositions pour assurer l'accès aux retransmissions des séances publiques sur le Web après les sessions ;*

8. Le Bureau régional de l'Europe a amplement recours aux technologies modernes dans sa communication et sa collaboration avec les États membres. Les sessions du Comité régional et du CPR sont « sans papier » (les délégations ne reçoivent qu'une copie électronique des documents), une application mobile a été mise au point pour le Comité régional afin de diffuser des informations au cours des sessions, les sessions du Comité régional sont retransmises en direct sur le Web, et les organisations non gouvernementales assistant aux sessions du Comité régional peuvent enregistrer au préalable des messages vidéo qui sont ensuite publiés sur le site Web du Comité régional.

9. Le Bureau régional utilise régulièrement un site Web protégé par un mot de passe pour diffuser les documents du CPR et pour les consultations avec les États membres sur les documents du Comité régional. Les rapports des sessions du CPR sont également adoptés par voie électronique. L'allocation inaugurale prononcée par la directrice régionale à chaque session du CPR est retransmise en direct sur le Web à l'intention des États membres, ainsi que l'intégralité de la session de mai du CPR qui est ouverte à tous les États membres.

10. Les médias sociaux sont utilisés pendant les sessions du Comité régional afin de favoriser la communication avec les intervenants ainsi qu'avec le public en général.

### *Coordination de la haute direction*

7) *de considérer le Groupe de la politique mondiale comme un mécanisme ayant une fonction consultative auprès du directeur général et d'encourager le directeur général, conformément à la Constitution de l'OMS, à continuer de renforcer la coordination de la haute direction aux fins de la mise en œuvre cohérente des décisions, politiques et stratégies de l'Organisation à tous les niveaux ;*

11. La directrice régionale apporte son plein soutien au Groupe de la politique mondiale en tant qu'organe collégial de discussion, de coordination et de consensus au sein de la direction de l'OMS pour les principales décisions de nature politique, programmatique et gestionnaire prises à l'échelle de l'Organisation et ce, dans le cadre de la Constitution de l'OMS. Les réunions de la haute direction occasionnellement organisées avec les directeurs régionaux et les sous-directeurs généraux constituent un outil efficace de gestion et de discussion.

### *Amélioration de la transparence et de la responsabilisation*

8) *de prier le directeur général et les directeurs régionaux de mettre les délégations de pouvoir et les lettres de représentation à la disposition du public sur une plateforme électronique en vue d'améliorer la transparence et la responsabilisation ;*

12. La directrice régionale soutient la publication des délégations de pouvoir et des lettres de représentation sur le site Web de l'OMS afin d'assurer la transparence et la responsabilisation. Ces documents étant publiés sur le site Web du Siège de l'OMS, un lien devrait être également ajouté vers le site du Bureau régional.

*Plus grande harmonisation entre les comités régionaux concernant la désignation des directeurs régionaux*

9) *conformément à la décision WHA65(9) (2012), d'inviter chaque Comité régional à envisager des mesures pour améliorer le processus de désignation des directeurs régionaux, en prenant en considération les meilleures pratiques des six Régions ;*

13. Dans sa décision WHA65(9), l'Assemblée mondiale de la santé demande aux comités régionaux d'harmoniser leurs pratiques, notamment en ce qui concerne ces trois points : la participation des observateurs au Comité régional, l'examen des pouvoirs des délégués et la désignation des directeurs régionaux. Concernant ce dernier point, l'Assemblée de la santé a demandé aux comités régionaux de définir des critères de sélection et d'établir un processus pour l'évaluation des qualifications de tous les candidats.

14. Le Comité régional s'est doté d'un processus bien structuré depuis les années 1990, assorti d'un ensemble de critères que le candidat ou la candidate est tenu(e) de respecter. Il a en outre instauré un groupe de prospection régional chargé d'inciter les candidats qualifiés à postuler au poste de directeur régional, de sélectionner les candidatures et de soumettre une liste de présélection de candidats recommandés au Comité régional. Le processus a été considérablement renforcé depuis 2010 avec le remplacement du Groupe de prospection régional par un Groupe d'évaluation régional ; l'adoption d'un code de conduite pour la désignation du directeur régional ; et la modification de l'article 47 du règlement intérieur du Comité régional pour que tous les candidats présentent un exposé de durée limitée dans le cadre d'une réunion ouverte à tous les États membres de la Région, et convoquée conjointement avec le CPRC juste avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé.

15. Par conséquent, la directrice régionale estime que le processus de désignation du directeur régional est parfaitement conforme aux décisions WHA65(9) et WHA69(8), et représente donc la meilleure pratique à cet égard. La directrice régionale ne recommande pour l'instant aucune autre révision de la procédure par le Comité régional.

*Amélioration de la transparence du processus de sélection des sous-directeurs généraux*

10) *de prier le directeur général d'améliorer la transparence du processus de sélection des sous-directeurs généraux, notamment en annonçant la vacance de ces postes en temps opportun et dans toutes les langues officielles ;*

16. Cette demande relève de la compétence exclusive du directeur général.

### *Renforcement des mécanismes de planification*

11) *d'encourager le directeur général et les directeurs régionaux, en collaboration avec les chefs de bureau de pays de l'OMS, à renforcer la mise en œuvre de mécanismes de planification tendant à améliorer l'alignement entre les trois niveaux de l'Organisation ;*

17. Dans la Région européenne de l'OMS, la planification s'effectue en totale collaboration avec tous les États membres, et avec la participation active de l'ensemble des divisions régionales et des bureaux de pays. Le Bureau régional collabore activement à tous les réseaux de catégories et de secteurs de programme, par la participation des directeurs et chefs de programme (respectivement) et représentants de l'OMS désignés. Ces réseaux jouent un rôle central dans l'élaboration d'objectifs cohérents sur le plan mondial et du budget programme.

18. En outre, la directrice régionale, dans le cadre du processus de planification ascendante, a invité tous les États membres de la Région à définir leurs priorités pour l'OMS pour deux périodes de planification consécutives (2016-2017 et 2018-2019). Le processus ascendant fait intervenir, non seulement au niveau des pays mais aussi à celui du Bureau régional, les programmes multinationaux, et prévoit un calcul détaillé des coûts des ressources humaines et financières pour chaque centre budgétaire (bureau de pays ou division régionale).

19. Les résultats de l'opération de planification ascendante au Bureau régional de l'Europe ont été rassemblés à des fins d'examen stratégique au niveau régional avant leur présentation au niveau mondial. En examinant le projet de budget programme, le Comité régional passe également en revue un document présenté par le Bureau régional et relatif à sa planification, y compris les priorités nationales définies lors de l'exercice de planification ascendante et les orientations régionales spécifiques pour chacune des catégories mondiales. Après approbation par l'Assemblée mondiale de la santé, la version finale du plan d'exécution régional est présentée au Comité régional.

20. La directrice régionale s'engage à poursuivre sa collaboration avec le directeur général en vue de renforcer la mise en œuvre de ce mécanisme de planification et d'assurer l'harmonisation au sein de l'Organisation.

### *Amélioration de l'alignement*

12) *de prier le directeur général, en collaboration avec les directeurs régionaux, d'évaluer la mise en œuvre du paragraphe 4 du dispositif de la décision WHA65(9) et d'en rendre compte au titre des rapports sur la réforme de l'OMS, dans le but d'améliorer l'alignement entre les comités régionaux et le Conseil exécutif, pour chaque alinéa ;*

21. Le paragraphe 4 de la décision WHA65(9) approuve un ensemble de propositions visant à améliorer l'alignement entre les comités régionaux et le Conseil exécutif, notamment :

a) qu'il soit demandé aux comités régionaux de faire des observations et des suggestions à propos de l'ensemble des stratégies, des politiques et des instruments juridiques mondiaux tels que les conventions, les règlements et les codes ;

- b) que l'Assemblée de la santé soumette des points particuliers aux comités régionaux afin de connaître l'opinion des différentes Régions ;
- c) que les comités régionaux adaptent et appliquent les stratégies mondiales, le cas échéant ;
- d) que les présidents des comités régionaux soumettent systématiquement au Conseil un rapport récapitulant les débats des comités.

22. Cette décision a été progressivement mise en œuvre au niveau de la gouvernance de l'OMS, et le Comité régional de l'Europe a joué un rôle actif en apportant sa contribution au Conseil exécutif sur un grand nombre de points dont l'ont saisi l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif. Au titre du point d'ordre général intitulé « Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif », le Bureau régional n'examine pas seulement le rapport faisant état de l'impact des décisions prises au niveau mondial sur le travail mené dans la Région, mais également les points dont l'a saisi l'Assemblée mondiale de la santé afin que le Comité engage des discussions et émette des commentaires à ce sujet, comme par exemple la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et les critères pour l'extension de l'échéance fixée pour le renforcement des principales capacités au titre du RSI (2005).

23. Au titre du point de son ordre du jour consacré à la réforme de l'OMS, le Comité régional a examiné ses contributions à des dossiers tels que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, la réforme de la gouvernance et le budget programme. Les présidents des comités régionaux font habituellement rapport au Conseil exécutif depuis sa 132<sup>e</sup> session de janvier 2013, notamment sur les questions pertinentes au niveau mondial.

24. La mise en œuvre de la décision susmentionnée exige l'instauration d'une coordination constante et cohérente entre les organes directeurs de l'Organisation, ainsi qu'entre le directeur général et les directeurs régionaux. La directrice régionale s'engage à porter à l'attention du Comité régional les points dont l'ont saisi l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif, et faisant référence à des dossiers pour lesquels l'avis du Comité a été demandé ou se justifie, ainsi que les stratégies mondiales et instruments similaires de politique générale avec la recommandation d'adopter des mesures de mise en œuvre plutôt que d'adopter des stratégies régionales distinctes et supplémentaires.

#### *Renforcement des fonctions de surveillance*

13) *d'inviter les comités régionaux à envisager d'examiner leurs pratiques actuelles, notamment celles de leurs comités permanents et sous-comités, le cas échéant, afin de renforcer leurs fonctions de surveillance ; et de prier le directeur général, en collaboration avec les directeurs régionaux, de créer et de gérer une plateforme pour mettre en commun les résultats de ces examens en vue de recenser les meilleures pratiques en matière de fonctions de surveillance, et de faire rapport en temps opportun au Conseil exécutif ;*

25. Le CPRC exerce la principale surveillance des activités et de la performance du Bureau régional, et évalue la mise en œuvre du programme de travail au cours de ses cinq sessions annuelles. En outre, la directrice régionale fait rapport tous les ans au Comité régional sur l'évaluation de la performance du Bureau régional. Le rapport

constitue un aperçu analytique, et décrit l'historique et le contexte des réalisations techniques, de la situation financière et des défis techniques et de gestion.

*Renforcement de la coopération de l'OMS avec les pays*

14) *d'inviter les comités régionaux à améliorer la surveillance des activités des bureaux régionaux et des bureaux de pays, notamment en recensant les meilleures pratiques et en instaurant une série de règles pour l'établissement des rapports soumis aux comités régionaux sur la gestion des bureaux régionaux et des bureaux de pays, les informations financières et les résultats programmatiques ;*

15) *de prier le directeur général et les directeurs régionaux de présenter le rapport biennal sur la présence de l'OMS dans les pays aux comités régionaux pour examen et à titre de document d'information à l'Assemblée de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration.*

26. Grâce à la fonction de surveillance (ou de supervision) du CPCR et au rapport annuel présenté par la directrice régionale au Comité régional, le Bureau régional fournit déjà des informations sur les questions d'ordre gestionnaire, financier et programmatique relatives aux activités menées aux niveaux régional et national. La directrice régionale s'engage cependant à examiner plus en profondeur l'amélioration de ce rôle de supervision avec le CPCR.

27. En outre, la directrice régionale invite les chefs des bureaux de pays aux sessions du Comité régional et, en collaboration avec le CPCR, le Bureau régional a mis en place un mécanisme d'homologues et de points focaux techniques nationaux. Des réunions sont tenues régulièrement sur Webex avec le réseau d'homologues nationaux, et une réunion en face à face est organisée au cours des sessions du Comité régional.

28. Enfin, la directrice régionale examinera, avec le CPCR, les informations nécessaires à l'élaboration du rapport annuel au Comité régional, ainsi que la place que doit occuper ce point dans l'ordre du jour de sa session.

= = =