JIU/REP/93/2

DECENTRALISATION DES ORGANISMES DU SYSTEME DES NATIONS UNIES

PART III: THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

Etabli par

Erica-Irene A. Daes
Adib Daoudy

Corps commun d'inspection

Genève
1993

RESUME D'ORIENTATION

Le présent rapport est le dernier d'une série de trois consacrée à la "Décentralisation des organismes du système des Nations Unies". Le premier porte sur le thème "Déconcentration et mécanismes de gestion" (JIU/REP/92/6, Partiel), et le deuxième est une "Étude comparée des différentes approches" (JIU/REP/92/6, Partie II). Ces deux premiers volumes soulignent les atouts uniques du système décentralisé de l'OMS par rapport aux structures d'autres institutions spécialisées comparables du système des Nations Unies.

Le présent volume (Partie III) contient une analyse plus approfondie du fonctionnement du système décentralisé de l'OMS. Le chapitre I résume les réalisations passées de l'OMS, son immense potentiel en tant que ressource mondiale sans pareille à différents égards pour la communauté internationale et les principaux éléments politiques et structurels qui constituent son système de valeurs.

Le chapitre II étudie la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous et le fonctionnement des structures décentralisées de l'OMS en se basant à cette fin sur les constatations faites par les Inspecteurs lors de leurs visites sur le terrain et de leurs entretiens avec de nombreux responsables de l'OMS; sur des évaluations internes de la mise en oeuvre de la stratégie; sur des rapports du Directeur général; sur une évaluation approfondie menée dans quatre pays concernant l'efficacité de l'OMS au niveau des pays et publiée en 1991 par l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA); et sur le degré de mobilisation de ressources extérieures par l'OMS à l'appui de la stratégie. La conclusion du chapitre est que, si le système décentralisé de l'OMS paraît excellent tel qu'il est décrit dans les documents officiels, son fonctionnement réel a varié d'une Région à l'autre, et dans l'ensemble, il n'a pas été assez efficace et efficient pour permettre à l'OMS de s'acquitter de la fonction de coopération technique qui lui incombe en vertu de sa stratégie.

Le chapitre III passe en revue les dispositions de la Constitution qui ont un impact sur les mécanismes et processus décentralisés de l'OMS, en particulier les responsabilités et rôles des organes directeurs aux niveaux mondial et régional et ceux du Directeur général et des Directeurs régionaux qui se partagent la responsabilité de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS. De l'avis des Inspecteurs, l'autorité dont le Conseil exécutif est investi en matière de contrôle gestionnaire par la Constitution de l'OMS doit s'exercer plus pleinement et plus efficacement dans l'ensemble de l'Organisation, en particulier dans le cadre des relations de travail du Conseil exécutif avec les comités régionaux. Les Inspecteurs demandent aussi instamment que l'article de la Constitution stipulant que le Directeur général est le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation soit appliqué tant selon la lettre que selon l'esprit aux relations de travail avec les Directeurs régionaux. De l'avis des Inspecteurs, les dispositions de la Constitution relatives au système décentralisé de l'OMS sont judicieuses mais ont besoin d'être appliquées de façon plus systématique, fidèle et vigoureuse.

Le chapitre IV étudie la gestion générale des mécanismes et processus de décentralisation à l'OMS. Il examine les tendances en matière d'allocation de ressources au cours de la décennie écoulée entre les différents niveaux géographiques, analyse la structure à trois niveaux des

programmes techniques et le statut spécial des programmes mondiaux "verticaux", et discute de certains éléments clés du programme d'information sanitaire et biomédicale. De l'avis des Inspecteurs, il conviendrait d'accorder à la production et à la diffusion par l'OMS d'informations scientifiques et techniques valables l'importance que leur reconnaissent les dispositions pertinentes de la Constitution. Les Inspecteurs ont également relevé un certain nombre de graves problèmes de gestion du personnel qui ont d'importantes répercussions financières pour les Etats Membres et qui exigent l'attention urgente du Conseil exécutif.

Un résumé des principales recommandations est reproduit dans le chapitre V. Les Figures 1 à 8 à la fin du rapport, qui donnent une représentation graphique de la structure décentralisée de l'OMS, constituent un élément intégrant et essentiel du rapport.

TABLE DES MATIERES

	Paragraphes	Pages
RESUME D'ORIENTATION		i
I. INTRODUCTION	1 - 20	1
II. STRATÉGIE DE LA SANTÉ POUR TOUS	21 - 58	7
III. CADRE CONSTITUTIONNEL	59 - 82	21
IV. QUESTIONS CONCERNANT LA GESTION	83 - 120	30
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	121 - 122	48
TABLEAUX		
1. Distribution du personnel par classe : 1980-1991		39
2. Composition du personnel du Secrétariat de l'OMS en fonction de l'origine régionale des fonctionnaires de la catégorie professionnelle et des catégories supérieures en 1990		42
3. Mouvement des personnels professionnels d'une entité organique à l'autre 1er janvier 1986-31 décembre 1990		43
FIGURES		
1. Engagements estimatifs de dépenses par lieu d'affectation (1994-1995)		54
2. Décentralisation des ressources financières totales (1980-1990)		55
3. Décentralisation de l'effectif total du personnel des catégories professionnelle et supérieure (1980-1990)		56
4. Décentralisation du personnel des catégories professionnelle et supérieure, par classe		57
5. Distribution des programmes en 1990 par niveau organique		58
6. Distribution des ressources des programmes en 1990 par entité organique		59
7. Allocations de ressources aux programmes régionaux et de pays en 1990		60
8. Dotation en personnel et coût de trois services d'appui en 1990		61

I. INTRODUCTION

1. Le montant des crédits du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires consacrés au programme intégré de l'Organisation mondiale de la Santé pour 1992-1993 s'élève à US $1,7 milliard. Ce montant est pratiquement le plus important dont dispose pour la période biennale en cours une institution technique spécialisée, et représente environ 20 % du total des budgets des organisations du système des Nations Unies. Indépendamment de l'importance de ses chiffres budgétaires, l'OMS peut être considérée comme une ressource mondiale sans pareille pour la communauté internationale à divers autres égards.

2. Premièrement, l'objectif confié à l'OMS par sa Constitution est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, la santé étant définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé étant la condition fondamentale du bien-être et de la productivité des individus, des familles et des communautés, l'OMS a donc des responsabilités dans toutes les entreprises de l'homme et des communautés dans le monde.

3. Deuxièmement, l'Organisation a fait la preuve de son rôle universel inestimable avec plusieurs grandes réalisations depuis l'entrée en vigueur de sa Constitution en 1948. Par exemple, ses campagnes de vaccination de masse contre le pian au début des années 50 ont permis de protéger près de 50 millions de personnes dans les pays en développement. Une autre campagne de grande envergure menée de 1967 à 1977 a permis d'éradiquer la variole de la planète. Le programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) a virtuellement maîtrisé la cécité des rivières en Afrique de l'Ouest, permettant à des millions de paysans de reprendre une vie socialement et économiquement productive. Le programme pour la vaccination universelle des enfants, mené conjointement avec l'UNICEF, et visant des maladies de l'enfance que la vaccination permet d'éviter, comme la poliomyélite et la rougeole, a fait passer le taux de protection des jeunes enfants contre ces maladies de 5 % en 1974 à plus de 70 % à l'heure actuelle dans les pays en développement. Tous ces succès mettent en évidence le vaste potentiel de l'Organisation dans son action de santé internationale.

4. En outre, la Constitution de l'OMS se distingue des constitutions des autres organisations élaborées avant 1950 en ceci qu'elle accorde une égale importance au rôle normatif, coordonnateur et directeur de l'Organisation d'une part, et à son rôle de coopération technique de l'autre. Ni la Constitution ni la structure du Secrétariat ne font de distinction au niveau des programmes ou au

niveau du budget entre ces deux composantes des fonctions de l'Organisation qui se renforcent mutuellement. Rétrospectivement et par comparaison avec le cas des autres organisations, on peut dire que les rédacteurs de la Constitution de l'OMS ont fait preuve d'une remarquable clairvoyance en ce qui concerne les objectifs et les fonctions de l'Organisation.

5. L'OMS a fait oeuvre de pionnier à un autre égard encore : le passage de l'assistance technique accordée dans le cadre de projets à l'appui fourni pour les programmes de santé des pays, le développement des capacités et l'instauration de l'autoresponsabilité en matière de développement sanitaire national, et ce dès 1977. Cette année-là, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le concept de coopération technique considéré par l'OMS comme un processus par lequel les Etats Membres se servent pleinement de leur organisation pour définir et réaliser leurs objectifs sanitaires et sociaux grâce à des programmes déterminés en fonction des besoins des pays et visant à promouvoir la capacité de ceux-ci d'assurer leur propre développement sanitaire. Il a fallu au reste des organismes de développement des Nations Unies plus de dix ans pour reconnaître la sagesse de cette approche de la coopération technique.

6. L'accent mis par l'Organisation sur les programmes nationaux se reflète encore plus clairement dans ses stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 fondées sur les soins de santé primaires, aux niveaux national, régional et mondial. Ces stratégies ne diffèrent guère de plans directeurs détaillés pour le développement, mettant l'accent sur l'engagement politique et l'action de promotion, l'équité sociale, les actions multisectorielles et interinstitutions, les processus de décentralisation nationale, la participation communautaire et la délégation de pouvoirs à la communauté dans l'esprit de l'autoresponsabilité et de l'autodétermination. Les stratégies régionales et mondiale sont destinées à fournir un appui optimal aux pays pour la formulation et la mise en oeuvre de politiques sanitaires, de stratégies, de plans d'action et de programmes visant à atteindre l'objectif de la santé pour tous (voir chapitre II).

7. Le modèle constitutionnellement décentralisé de l'OMS, qui fait l'objet du présent rapport, est étroitement lié avec ce qui précède. Ce modèle repose sur l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif au niveau mondial, les comités régionaux au niveau régional, et les Etats Membres pris individuellement au niveau des pays. A ce dernier niveau, les Etats Membres assument la responsabilité de la mise en oeuvre des politiques et des stratégies programmatiques arrêtées collectivement aux niveaux régional et mondial. Il appartient aussi à chacun des Etats Membres d'utiliser correctement les ressources allouées par l'OMS à l'appui des programmes et d'en être comptable, ainsi que de procéder à la surveillance continue et à l'évaluation des programmes.

8. Les structures du Secrétariat de l'Organisation sont conçues pour soutenir les Etats Membres aux trois niveaux définis. L'OMS possède actuellement six bureaux régionaux répartis comme suit Afrique (AFRO); Amériques (AMRO), bureau intégré avec l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS); Méditerranée orientale (EMRO); Europe (EURO); Asie du Sud-Est (SEARO); et Pacifique occidental (WPRO). Il y a en outre 92 bureaux de pays qui, avec les six bureaux régionaux, représentent le plus vaste réseau de bureaux de terrain dont dispose une institution spécialisée du système des Nations Unies.

9. La décentralisation est considérée à l'OMS comme faisant partie intégrante du système de valeurs de l'Organisation, comme une condition fondamentale de son efficacité dans le monde et comme un principe prisé d'administration de la santé publique. La décentralisation au sein de l'OMS s'efforce aussi, d'une certaine manière, de soutenir le processus de décentralisation des services de santé nationaux dans l'intérêt des individus et des communautés au niveau intermédiaire et au niveau du district. De plus, la décentralisation permet aux Etats Membres de l'OMS de s'identifier plus étroitement avec leur Organisation, d'adapter les politiques et stratégies collectivement arrêtées en fonction des conditions locales qui leur sont propres, et de fournir à l'OMS des informations émanant de la base qui renforcent ses fonctions constitutionnelles.

10. Les paragraphes précédents évoquent le potentiel de l'OMS et l'importance de sa structure décentralisée pour la pleine réalisation de ce potentiel. Le fonctionnement de cette structure a été périodiquement passé en revue par les organes directeurs de l'OMS et les Directeurs généraux depuis 1953.[1] Si, au cours de ces examens, la sagesse et la valeur inhérentes de la décentralisation n'ont jamais été mises en doute, des inquiétudes ont toutefois été exprimées et ont donné lieu à des discussions quant à la question de savoir si le fonctionnement de la structure décentralisée actuelle de l'Organisation permettait l'utilisation la plus économique et la plus efficace de ses ressources sur le plan des programmes, du budget et du personnel, qui sont limitées par rapport à l'ampleur des besoins des Etats Membres

[1] Exemples : "Étude organique sur la régionalisation" (1953). "Rapport sur la structure organique et l'efficacité administrative de l'Organisation mondiale de la Santé" (1975). "Étude organique sur les rapports entre les services techniques centraux de l'OMS et les programmes d'assistance directe aux Etats Membres" (1975). "Étude organique sur le rôle de l'OMS au niveau des pays" (1978). "Étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions processus, structures et relations de travail" (1980). "Gestion des ressources de l'OMS" (1987). "Note du Directeur général sur le choix et la nomination du Directeur général et des Directeurs régionaux" (1988).

11. L'OMS s'est efforcée de répondre à ces préoccupations en renforçant ses processus internes de gestion, comme le montrent bien deux documents internes essentiels, intitulés respectivement "Utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres : cadre gestionnaire" (1983) et "Directives pour la préparation d'une politique régionale en matière de budget programme" (1985). Ces documents énoncent les questions programmatiques et gestionnaires à étudier ainsi que les responsabilités et rôles de l'Organisation à différents niveaux géographiques en ce qui concerne l'aide à apporter aux pays pour renforcer leurs capacités de planification et de gestion de façon à leur permettre d'élaborer et de mettre en oeuvre leurs stratégies et programmes de la santé pour tous et de développer leurs infrastructures.

12. Ces mesures ont fait suite au raffinement progressif et à l'utilisation systématique des programmes généraux de travail de l'OMS couvrant des périodes de six ans, et à l'introduction d'un nouveau processus de programmation-budgétisation des ressources de l'OMS au niveau des pays - processus continu de programmation par objectifs et de budgétisation par programmes, mettant l'accent sur la responsabilité des gouvernements et sur une approche basée sur les programmes applicable par l'OMS. Dans la même veine, le Directeur général a également introduit "l'audit financier en termes de politique et de programme", qui vise à déterminer la mesure dans laquelle les activités conjointes gouvernements/OMS sont conformes aux politiques collectives de l'Organisation et s'emploient à les promouvoir.

13. L'ensemble des mesures susmentionnées constituent, sur le papier, un système élaboré de contrôle gestionnaire. Cependant, un document interne présenté au Conseil exécutif en mai 1987 (EB81/PC/WP/2), tout en prenant note de nets progrès dans la consolidation du système de valeurs de l'OMS en ce qui concerne les politiques, stratégies, programmes et structures, a mis en évidence des carences importantes dans l'application sur le terrain de ce système de valeurs ainsi que dans le fonctionnement du système de décentralisation de l'OMS.

14. Parmi les questions essentielles figurent, par exemple, l'intensité de l'engagement de chaque Etat Membre en faveur des politiques programmatiques et des principes gestionnaires adoptés collectivement par les organes directeurs; l'efficacité du rôle confié par la Constitution aux comités régionaux et de la corrélation de ce rôle avec celui du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé; les possibilités de conflit et les cas de tension en matière de gestion entre le Directeur général et les Directeurs régionaux qui sont tous élus par les mêmes Etats Membres, etc.

15. Le Conseil exécutif a réexaminé certaines de ces questions en 1988, notamment les moyens de donner un rôle plus important au Directeur général dans le processus du choix et de la nomination des Directeurs régionaux, et de renforcer les obligations comptables de ceux-ci envers le Directeur général pour faire en sorte, comme l'a dit un membre du Conseil, que la décentralisation n'entraîne pas la désintégration de l'Organisation.

16. Alors que certains membres du Conseil ont exprimé l'avis que la décentralisation à l'OMS avait résisté à l'épreuve du temps, que ses avantages et ses bénéfices dépassaient de loin les contraintes reconnues, et que la controverse provenait du fait qu'un système de relations hiérarchiques persistait dans les esprits, pour sa part, le Directeur général a rappelé que la décentralisation avait été poussée pendant la décennie écoulée jusqu'à l'extrême limite de ce qui était permis par la Constitution, et qu'il y avait souvent eu une utilisation inefficace des ressources. Il a fait observer que l'OMS était la seule institution spécialisée dotée d'un "système géopolitique régional" et que ses organes directeurs devaient être sans cesse à l'affût de moyens permettant de tirer de ses ressources le maximum de profits. II a en outre ajouté : "si les Etats Membres utilisent avec sincérité, courage et honnêteté les ressources de l'OMS suivant les modalités arrêtées par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil, le Directeur général est persuadé qu'il sera possible de mobiliser au moins cinq fois plus de ressources extrabudgétaires que ce n'est actuellement le cas"[2]

17. Les Inspecteurs notent que près de 40 années d'examens, de discussions et, parfois, de débats passionnés au sein des organes directeurs de l'OMS concernant sa structure décentralisée ont apporté peu de grands changements dans les mécanismes gestionnaires de décentralisation tels qu'ils ont été conçus et appliqués depuis les débuts de l'Organisation. Ce fait en lui-même témoigne de la force immuable inhérente à la Constitution de l'OMS et à son système décentralisé.

18. D'autre part, il a été reconnu dans plusieurs documents et audits internes que le fonctionnement pratique du système limitait l'efficacité générale de l'Organisation. A l'OMS, plus que dans aucune autre organisation du système commun, la meilleure preuve d'une mauvaise gestion est donnée par le nombre de personnes et de familles qui auraient pu être sauvées de la maladie et de la mort si les ressources disponibles avaient été utilisées de manière optimale. Toute déficience gestionnaire à l'OMS est inévitablement plus lourde de conséquences en termes de vie et de mort que ce n'est le cas pour les autres organisations. Ce simple fait évoque la responsabilité

[2] Conseil exécutif, quatre-vingt-unième session, 1988 (Procès-verbaux).

morale des Etats Membres, des organes directeurs et de la direction de l'OMS qui se partagent la responsabilité de la gestion de l'Organisation et de ses ressources collectives.

19. Le présent rapport doit être considéré dans ce contexte. Il est destiné à aider les organes directeurs et la direction générale dans leur réévaluation de la décentralisation à l'OMS, l'accent étant mis sur des changements qui permettraient de combler certaines lacunes de la gestion, de réaliser des économies, de renforcer encore les contrôles internes et de rendre l'OMS plus efficace que la somme de ses composantes. Les Inspecteurs estiment que, l'OMS ayant déjà efficacement réalisé la décentralisation dans le cadre de son système de valeurs et en tant que bon principe stratégique de gestion, ses organes directeurs et sa direction générale devraient désormais se servir de cette décentralisation comme d'un outil de gestion souple et pragmatique pour faire en sorte que les ressources soient effectivement utilisées en vue de faire avancer la mise en oeuvre des politiques et stratégies de l'Organisation dans l'intérêt de la communauté mondiale dont elle a la charge.

20. Dans le cadre de cette étude qui fait partie d'un rapport sur l'ensemble du système des Nations Unies intitulé "Décentralisation des organismes du système des Nations Unies", Partie I et Partie Il (JIU/REP/92/6), l'un des Inspecteurs a eu des entretiens poussés avec de hauts fonctionnaires au Siège de l'OMS, a passé en revue de nombreux documents internes de l'OMS, s'est rendu au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, à Manille, ainsi que dans plusieurs pays de cette Région, et a eu des discussions approfondies à Genève avec le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique ainsi qu'avec le Directeur des Programmes d'Appui du Bureau régional (DSP/AFRO). Les Inspecteurs expriment leurs sincères remerciements à tous ceux qui ont spontanément offert leurs opinions, leurs suggestions et leur aide pour que l'OMS soit encore plus dynamique et utile à l'humanité dans les décennies à venir. Sauf indication contraire, les tableaux et figures reproduits dans le présent rapport sont basés sur des données fournies par l'OMS ou extraites de documents de l'OMS.

II. STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS

A. Rôles et fonctions du Secrétariat

21. En 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé (résolution WHA30.43) que "le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive". Cette résolution a certainement marqué le début d'une nouvelle ère dans l'action de santé internationale de l'OMS, car elle a suscité un certain nombre d'événements dont l'impact se fait encore sentir aujourd'hui au sein de l'Organisation.

22. L'un de ces événements a été la mise en route en 1978 d'un examen approfondi des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions : processus, structures et relations de travail de l'OMS. Selon les termes mêmes du Directeur général, il s'agissait d'une étude de gestion d'une ampleur sans précédent, puisqu'elle portait sur la manière dont l'Organisation agit et réagit à tous les niveaux de décision et d'opération. L'achèvement de l'étude en 1978 a coïncidé avec un autre événement : l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé du rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, dans lequel figure la Déclaration d'Alma-Ata, et le lancement concomitant de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 fondée sur les soins de santé primaires (WHA32.30).

23. Ces événements ont été suivis par l'élaboration de stratégies nationales et régionales en vue de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Comme l'a affirmé le Directeur général en 1979, l'essentiel de l'action de l'OMS au cours des prochaines décennies consistera à soutenir l'application des stratégies nationales, régionales et mondiale en vue d'"instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000" (EB65/18). Des résolutions successives de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif ont conduit le Secrétariat de l'OMS à formuler et organiser des programmes et à affecter des ressources compte tenu de l'engagement primordial pris par l'Organisation en faveur de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous au niveau des pays, des régions et du monde.

24. Cette stratégie a donc assumé une importance croissante pour l'OMS depuis 1979. Elle a modelé l'optique mondiale de l'Organisation et entraîné une mobilisation de ses ressources et énergies en faveur de l'objectif de la santé pour tous dont l'ampleur n'a probablement été égalée par aucune autre stratégie mondiale du système des Nations Unies. La mesure dans laquelle la stratégie de l'OMS a été appliquée au cours de la dernière décennie peut donc servir d'étalon approprié pour évaluer la performance générale de l'OMS et, partant, l'efficacité de ses structures opérationnelles décentralisées.

25. C'est aux Etats Membres, principaux piliers du système décentralisé de l'OMS, qu'incombe au premier chef la responsabilité de la formulation, de la mise en oeuvre, de la surveillance et de l'évaluation de leurs stratégies de la santé pour tous collectivement arrêtées par les organes directeurs. Le rôle d'appui du Secrétariat de l'OMS est toutefois clairement précisé dans plusieurs documents de l'OMS, en particulier dans la série de la santé pour tous et les programmes généraux de travail couvrant des périodes de six ans.

26. Au niveau des pays, par exemple, l'OMS est invitée, entre autres, à :

a) collaborer, à la demande des gouvernements concernés, à la formulation des politiques, stratégies et plans d'action nationaux;

b) collaborer avec d'autres institutions et organismes des Nations Unies à l'appui des efforts nationaux de développement sanitaire et socio-économique;

c) aider à mettre en route le processus de programmation sanitaire par pays, participer à sa mise en oeuvre et renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux;

d) fournir un appui continu, sur demande, aux priorités programmatiques des pays s'inscrivant dans le programme général de travail de l'OMS;

e) collaborer, sur demande, à la conception de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, au développement des personnels de santé, au développement et à l'application de technologies appropriées, etc.

27. Les bureaux régionaux sont invités, entre autres, à :

a) soutenir les travaux des comités régionaux, donner effet à leurs décisions et donner suite à tous les aspects des stratégies régionales qui leur sont confiés par les comités régionaux;

b) fournir aux comités régionaux l'information nécessaire pour formuler, mettre en oeuvre, surveiller et évaluer les stratégies régionales, et assurer l'échange d'information pertinente entre pays de la Région;

c) aider les pays à formuler et à exécuter des programmes de coopération technique entre eux-mêmes (CTPD) et les aider à établir et maintenir des réseaux régionaux de centres nationaux pour le développement sanitaire;

d) promouvoir et assurer la coopération technique entre l'OMS et les Etats Membres à la demande des gouvernements concernés;

e) assurer les services nécessaires aux organismes et mécanismes des comités régionaux chargés d'élaborer les stratégies régionales et servir de lien avec les organismes socio-économiques régionaux pertinents du système des Nations Unies.

28. Le Siège est invité, notamment, à :

a) soutenir les travaux de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif, donner effet à leurs directives et mettre en oeuvre tous les aspects de la stratégie mondiale qui lui seront confiés;

b) veiller à la disponibilité et à la diffusion d'informations pertinentes et valables à l'appui de la stratégie;

c) veiller à l'élaboration des directives requises dans toutes les Régions, par exemple pour le processus gestionnaire en vue de l'élaboration des programmes sanitaires, le choix et l'utilisation d'indicateurs pour la surveillance et l'évaluation, l'intégration de divers programmes dans les activités de soins de santé primaires, etc.

d) assurer les services nécessaires aux divers organismes et mécanismes mondiaux s'occupant de l'élaboration de la stratégie mondiale et servir de lien pratique avec les organismes sociaux et économiques mondiaux pertinents à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies, etc.[3]

29. Outre cette définition des rôles et fonctions à tous les niveaux, les septième et huitième programmes généraux de travail portant respectivement sur les périodes 1984-1989 et 1990-1995 définissent les grands principes guidant les divers programmes, activités, services et fonctions mis

[3] Les fonctions du Secrétariat à ces trois niveaux géographiques sont résumées de la Série "Santé pour tous" N° 2 : Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

sur pied par l'OMS pour soutenir l'application de la stratégie de la santé pour tous. Ils donnent aussi des ensembles de critères applicables au choix des zones de programme dans lesquelles l'OMS devra intervenir, à la détermination des niveaux organiques où devront être mises en oeuvre les activités programmatiques et à l'allocation de ressources à ces activités.

30. Les critères s'appliquant au choix du ou des niveaux organiques d'exécution des activités programmatiques sont particulièrement importants pour l'objet du présent rapport, car ils montrent comment la structure décentralisée de l'OMS est conçue pour fonctionner dans la pratique. Ces critères sont donc reproduits ci-après tels qu'ils sont énoncés dans les septième et huitième programmes généraux de travail :

a) **les activités de pays** sont indiquées si elles visent à résoudre des problèmes d'importance majeure pour la santé publique du pays, en particulier ceux qui concernent les catégories de la population les plus défavorisées et à haut risque; si elles résultent d'un processus rationnel d'identification par les pays de leurs besoins prioritaires, selon un processus gestionnaire approprié; et si elles doivent probablement donner lieu à l'élaboration et à la réalisation suivies de programmes de santé applicables à l'ensemble du pays;

b) **les activités interpays et régionales** sont indiquées si des besoins semblables ont été identifiés par plusieurs pays d'une même Région, à la suite d'un processus régional de programmation ou d'une prise de conscience commune de problèmes communs; si, en tant qu'effort collectif d'un certain nombre de pays d'une même Région, l'activité est de nature à nettement faciliter la réalisation de l'objectif du programme; si, pour des raisons d'économie, le cadre interpays paraît avantageux pour la mise en commun de certaines ressources nationales, par exemple lorsqu'il s'agit de fournir aux pays des services techniques de très haut niveau; si des pays qui coopèrent, qu'il s'agisse de pays développés coopérant entre eux, de pays développés coopérant avec des pays en développement ou de pays en développement coopérant entre eux (CTPD/CEPD), ont demandé à l'OMS de faciliter une telle forme de coopération; si l'activité englobe une planification, une gestion et une évaluation à l'échelon national, ou si elle est nécessaire pour assurer la coordination au niveau régional; ou encore si l'activité est un élément régional essentiel d'une activité interrégionale ou mondiale;

c) **les activités interrégionales et mondiales** sont indiquées si des besoins analogues ont été identifiés dans un certain nombre de pays de différentes Régions à la suite d'un processus rationnel de programmation ou d'une prise de conscience commune de problèmes communs; si l'activité consiste à faciliter ou appuyer une coopération technique entre pays de différentes

Régions et si sa poursuite est de nature à contribuer d'une manière appréciable à la réalisation des objectifs du programme; si, pour des raisons d'économie, le cadre interrégional paraît avantageux pour la mise en commun de certaines ressources, par exemple lorsqu'il s'agit de fournir aux Régions des services consultatifs rares et spécialisés; si l'activité implique une planification, une gestion et une évaluation à l'échelle mondiale ou encore si l'activité est nécessaire à la coordination mondiale de l'action sanitaire et à la coordination centrale avec les programmes d'autres institutions internationales.

31. Les paragraphes qui précèdent ne sont qu'un résumé très concis des louables efforts accomplis par l'OMS pour définir, dans différents documents de politique générale, les rôles et les fonctions que doit assumer le Secrétariat à ses différents niveaux pour promouvoir et soutenir, à la demande des gouvernements, la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. La section qui suit évalue la mesure dans laquelle ce cadre conceptuel et organique a été appliqué au cours de la décennie écoulée.

B. Evaluation des résultats

32. **Evaluations de la stratégie** : A ce jour, l'OMS a mené deux évaluations mondiales poussées de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. La première, contenue dans le *Septième Rapport sur la situation sanitaire dans le monde* (1987), couvre les cinq premières années de la stratégie (1978-1984). La deuxième, publiée sous la forme du *Huitième Rapport sur la situation sanitaire dans le monde* (1992), couvre la période 1985-1990. Ces deux évaluations reposent essentiellement sur les rapports d'évaluation nationaux et régionaux. Le fort taux de réponse des gouvernements, 89 % pour la première évaluation et 96 % pour la seconde, démontre le ferme engagement politique des Etats Membres en faveur de la stratégie et de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il convient de faire remarquer qu'aucune évaluation poussée de l'appui technique et opérationnel apporté par l'OMS à la mise en oeuvre des stratégies n'a encore été menée depuis l'adoption de la stratégie en 1979. Les Inspecteurs recommandent d'entreprendre une évaluation de ce type.

33. La première évaluation, tout en notant de grandes différences en ce qui concerne les progrès accomplis entre pays développés et pays en développement et même entre ces derniers, a mis en évidence plusieurs résultats tels la prise de conscience grandissante des questions de santé, l'augmentation de la production de personnels de santé ou les grands progrès de la couverture vaccinale. Elle indiquait aussi certains facteurs communs faisant obstacle à la mise en oeuvre de la stratégie dans la majorité des pays en développement, notamment : l'insuffisance de l'appui

informationnel pour le processus gestionnaire au niveau des pays; l'inadéquation des capacités et mécanismes nationaux pour la formulation des politiques et pour la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous; la participation insuffisante des autres partenaires du développement et des ONG, en particulier dans le processus de mise en oeuvre; la mobilisation limitée de ressources intérieures et extérieures et la diminution en termes réels de la proportion des ressources nationales consacrées au secteur de la santé, etc.

34. Le deuxième rapport d'évaluation constatait la persistance de ces obstacles, ainsi que la grande variabilité des progrès entre les Régions, entre les pays et, dans certains cas, entre les groupes de population à l'intérieur d'un même pays. Dans l'ensemble, toutefois, la situation sanitaire dans le monde en 1990 paraissait s'être améliorée par rapport à la période couverte par la première évaluation (1978-1984). Parmi les exemples de progrès notés au cours de la seconde évaluation figurent l'adhésion quasi universelle à la stratégie mondiale de la santé pour tous; l'amélioration des taux d'espérance de vie et de mortalité; l'extension de la couverture de la population par les huit éléments essentiels des soins de santé primaires, l'augmentation des dépenses de santé en pourcentage des dépenses des pouvoirs centraux, bien que ces dépenses dans de nombreux pays en développement aient accusé une tendance à diminuer, lorsqu'elles étaient rectifiées en fonction du taux d'inflation et des taux démographiques et des indicateurs économiques en régression.

35. Le fait que la quasi-totalité des Etats Membres de l'OMS aient indiqué leur engagement à l'égard de la santé pour tous s'explique par les fonctions mondiales de direction, de coordination et de réglementations exercées par l'OMS et par l'étroite relation existant entre celle-ci et ses Etats Membres. En ce qui concerne son rôle de coopération technique, toutefois, l'évaluation a mis en évidence plus de grands problèmes que de réalisations. Il ressort de l'information et des graphiques figurant dans le deuxième rapport d'évaluation, par exemple, que les progrès dans la mise en oeuvre de la stratégie et l'état de santé dans l'ensemble sont davantage liés aux résultats socio-économiques généraux des Etats Membres qu'aux résultats de l'exercice par l'OMS de son rôle de coopération technique qui n'ont jamais été évalués. Pour l'essentiel, les rapports d'évaluation présentent et résument des résultats et données notifiés à l'OMS par les Etats Membres concernant leurs activités dans le cadre de la stratégie.

36. Pour avoir une idée objective du rôle de coopération technique de l'OMS, les Inspecteurs ont fait fond sur plusieurs sources d'information à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS et du système des Nations Unies. En mars 1992, l'un des Inspecteurs s'est rendu dans la Région OMS du Pacifique occidental (WPRO) et y a noté l'excellent travail accompli par le Bureau régional et les bureaux de pays pour faire avancer les buts de l'OMS en général et la mise en oeuvre de la stratégie de la santé

pour tous en particulier, malgré certains problèmes de personnel. La collaboration entre le Bureau régional et le Siège semble se dérouler harmonieusement dans l'ensemble, mais on constate des problèmes de coordination avec certains programmes dont l'exécution est directement dirigée par le Siège. Un exemple notable en est le programme Santé maternelle et infantile et planification familiale dont les diverses unités responsables au Siège semblent soutenir indépendamment les unes des autres les activités régionales et de pays.

37. Des entretiens avec des responsables du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) ont révélé que le Bureau avait pris d'importantes mesures depuis 1985 pour renforcer son appui technique aux pays de la Région : création de trois équipes sous-régionales pour le développement sanitaire, puis d'équipes OMS d'appui sanitaire aux pays composées d'experts associés et de personnel local recruté dans le cadre de contrats de services spéciaux; accent accru mis sur la décentralisation des services de santé au niveau du district, et établissement au sein du Bureau régional d'une unité centrale de surveillance continue chargée de suivre l'application de la stratégie de la santé pour tous. Des problèmes de coordination avec certains programmes du Siège, dus essentiellement à une décentralisation limitée ou inégale des fonctions et des ressources jusqu'au niveau opérationnel, ont été mis en évidence.

38. Certes, d'autres bureaux régionaux de l'OMS déploient de grands efforts en vue de la mise en oeuvre de la stratégie, mais ces résultats positifs isolés ne font pas une réalisation universelle consistante qui pourrait être attribuée directement au rôle de coopération technique de l'OMS, sauf peut-être en ce qui concerne l'augmentation de la couverture par la vaccination, dont le mérite, d'ailleurs, revient en grande partie à l'UNICEF qui, au niveau du terrain, est le moteur opérationnel efficace du programme.

39. De plus, si l'on examine les résultats de la seconde évaluation eu égard aux objectifs fixés pour 1989 par le septième programme général de travail de l'OMS, qui a été le premier à être établi expressément pour représenter l'appui unifié de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie et qui couvre en gros la même période (1984-1989) que la deuxième évaluation (1985-1990), force est de constater que la mise en oeuvre du programme est restée bien en deçà des objectifs fixés dans de nombreux pays en développement, notamment les moins avancés d'entre eux. Cela est particulièrement vrai des activités figurant sous les rubriques Infrastructure des systèmes de santé et Lutte contre la maladie. C'est probablement pour cette raison que le huitième programme général de travail (1990-1995) contient essentiellement les mêmes exposés de programme que le septième et se contente de repousser les dates cibles de réalisation des objectifs de 1989 à 1995.

40. Alors que, dans ses premières années et vers le milieu des années 70, l'OMS a enregistré des succès remarquables, la deuxième évaluation de la stratégie met en évidence des tendances épidémiologiques inquiétantes qui jettent une ombre négative sur le rôle de coopération technique de l'OMS : "On semble assister à une véritable explosion des maladies tropicales; le choléra s'est propagé aux Amériques pour la première fois au cours de notre siècle; des épidémies de fièvre jaune et de dengue font encore plus de ravages; la situation du paludisme se dégrade; la schistosomiase devient endémique dans des régions jusqu'ici indemnes, et les cas de leishmaniose et de syphilis endémique non vénérienne se multiplient. La pandémie de SIDA se développe partout, de même que l'herpès génital et les maladies sexuellement transmissibles à Chlamydia. La tuberculose pulmonaire progresse, en partie du fait qu'elle est favorisée par l'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine). La pneumonie et l'hépatite B constituent toujours des menaces graves. Toute la gamme des maladies chroniques non transmissibles progresse, particulièrement dans les régions en développement où le nombre des cas de cancer a dépassé pour la première fois celui enregistré dans les pays développés. Dans certains de ceux-ci, le cancer du poumon a ravi la première place au cancer du sein parmi les causes de cancer chez les femmes en raison de la propagation de l'épidémie de tabagisme parmi ces dernières. Le diabète progresse partout, la cécité (particulièrement celle due à la cataracte) est plus fréquente, de même que les maladies liées à l'alcool (surtout dans les pays en développement), les troubles mentaux et les suicides (notamment dans les pays développés)".

41. La situation sanitaire dans le monde dépend de nombreux facteurs, plus particulièrement de la situation socio-économique des Etats Membres, qui échappent au contrôle direct de l'OMS, mais aucune autre organisation à l'intérieur ou à l'extérieur du système des Nations Unies n'a de responsabilité directe pour la santé du monde. La question que l'on peut donc se poser est de savoir si le potentiel intégral de l'OMS est bien utilisé pour faire face à cette situation alarmante décrite dans le paragraphe précédent. La réponse à cette question, formulée à partir des preuves disponibles, est à coup sûr négative.

42. Le passage des concepts et des politiques à la pratique et aux résultats n'a pas été uniforme dans toute l'OMS. Ni les fonctions ni les critères énumérés aux paragraphes 26 à 30 concernant les différents niveaux du Secrétariat de l'OMS, ni les différents mécanismes gestionnaires mis au point pour fournir un appui efficace aux pays (par exemple la politique régionale en matière de budget programme et le cadre gestionnaire pour une utilisation optimale des ressources) ne sont appliqués réellement et uniformément. L'harmonisation de l'activité de programmes basée au Siège avec celle des programmes régionaux et de pays est devenue aléatoire. Plus grave encore : les grands

problèmes reconnus dans le rapport interne de 1979 sur "les structures de l'OMS eu égard à ses fonctions" sont restés pour l'essentiel irrésolus.

43. **Evaluation par le Directeur général**: Dans ce rapport de 1979, le Directeur général a admis que le fossé n'a cessé de se creuser entre la politique et la pratique à l'OMS et que ce problème est étroitement lié à celui du centralisme considéré par opposition à la décentralisation. Selon ses propres termes, "les organes centraux de l'OMS sont théoriquement devenus plus forts, mais ils n'exercent guère de contrôle sur le gros des activités de l'Organisation, c'est-à-dire sur les activités exécutées dans les Régions et dans les pays. Les structures régionales, elles aussi, sont devenues plus fortes et plus indépendantes, mais elles ont tendu à s'axer sur les activités interpays et n'exercent guère de contrôles sur les activités de l'OMS dans les pays tout comme sur l'élaboration de politiques d'ensemble". Un grand choix de mesures était bien proposé dans le rapport pour faire en sorte que les activités entreprises aux différents niveaux du Secrétariat encouragent l'action intégrée à l'appui de la mise en oeuvre de la stratégie; le rôle de l'OMS au niveau des pays devait être fortement renforcé; la composition et les profils des effectifs de personnel dans les bureaux régionaux et au Siège devaient être modifiés compte tenu des besoins de la stratégie; la production et la diffusion par l'OMS d'informations scientifiques et techniques valables et appropriées devaient être intensifiées; les travaux des comités régionaux devaient être plus concrets et axés sur les questions opérationnelles prioritaires dans les Régions, etc.

44. Sept ans plus tard, dans son introduction au budget programme pour 1986-1987, le Directeur général faisait observer : "Le rôle de coopération technique de l'OMS n'est pas encore à la hauteur de son rôle de coordination. Il ne reflète pas encore de façon adéquate les politiques collectives de l'Organisation .... Bien trop d'activités dans les pays n'ont qu'un rapport discutable avec d'authentiques stratégies de la santé pour tous et, parmi celles qui s'inspirent de ces stratégies, trop peu sont assez aptes à exercer une influence durable. Cela est d'autant plus regrettable si l'on pense que depuis plus de dix ans l'OMS a pour politique déclarée de soutenir l'essentiel des activités sanitaires nationales (souligné par les auteurs du présent rapport) plutôt que des projets OMS distincts".

45. Un document de travail de 1987 intitulé "Gestion des ressources de l'OMS" présenté par le Directeur général au Conseil exécutif (EB81/PC/WP/2) évoque encore plus brutalement les faiblesses du fonctionnement du système décentralisé de l'OMS à l'appui de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. Parmi les problèmes communs identifiés figurent : la médiocre dotation en personnel des bureaux de pays et leur inaptitude à s'acquitter des fonctions leur incombant en vertu de la stratégie; l'attention inadéquate accordée par certains bureaux régionaux à

la gestion de la coopération technique et la délégation limitée des pouvoirs au niveau des pays; les profils de personnel inappropriés dans les bureaux régionaux et l'absence d'un juste équilibre entre les compétences spécialisées qui devraient être déployées au Siège et dans les Régions; la diffusion inadéquate d'informations valables aux pays; les carences dans l'attribution de bourses et l'achat de fournitures et de matériel qui représentent une part importante des ressources de l'OMS, etc.

46. Reconnaissant probablement son incapacité à corriger ces carences dans les Régions, le Directeur général a lancé en 1989 une "nouvelle stratégie de coopération intensifiée avec les pays et les peuples les plus démunis", en vertu de laquelle toutes les ressources existantes doivent être mobilisées pour une action cohérente et coordonnée, pays par pays, à travers tous les programmes de l'OMS et à tous les niveaux de l'Organisation, dans le contexte des ressources existantes et potentielles de la coopération internationale. Les Inspecteurs applaudissent cette initiative qui vise à remédier à une faiblesse stratégique de longue date de la politique et de la pratique de décentralisation de l'OMS qui se fondaient, à tort, sur le principe erroné que tous les pays, quels que soient leur degré de développement et leurs capacités technologiques, pouvaient uniformément mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous sans une action spéciale de soutien ou d'encouragement de l'OMS.

47. A ce propos, les Inspecteurs notent que, parmi les pays "les plus démunis", vingt à peine ont été jusqu'ici couverts par cette "nouvelle" stratégie et que, si celle-ci est qualifiée de "nouvelle", son concept, sa substance et ses orientations ne sont en fait rien d'autre que les conditions et approches prescrites pour l'appui de l'OMS à tous les pays dans le contexte de la stratégie de la santé pour tous, tels qu'ils sont décrits dans les documents ci-après : Série "Santé pour tous", septième et huitième programmes généraux de travail, politique régionale en matière de budget programme et utilisation optimale des ressources de l'OMS pour fournir un appui direct aux Etats Membres : cadre gestionnaire. Donc, le lancement par le Siège de cette "nouvelle stratégie" louable mais quelque peu parallèle pourrait être interprété comme une reconnaissance voilée de l'inaptitude de certaines structures décentralisées de l'OMS à faire face aux besoins évidents et pressants en matière de coopération technique des pays les moins avancés de leurs Régions.

48. **Un rapport de 1991 de l'Agence danoise DANIDA**[4] sur les activités et l'efficacité de l'OMS au Kenya, au Népal, au Soudan et en Thaïlande confirme le caractère manifestement médiocre de la capacité analytique de l'OMS dans les quatre pays, l'intégration difficile des programmes dont l'exécution incombe au Siège dans l'essentiel des activités sanitaires nationales, l'absence d'un

[4] Effectiveness of Multilateral Agencies at Country Level: WHO in Kenya, Nepal, Sudan and Thailand, DANIDA, 1991.

système de priorités OMS dans les pays, la concentration injustifiée des pouvoirs et des ressources gestionnaires de l'OMS au niveau régional qui ne laisse pas de place à un bureau de pays fonctionnant efficacement. Le rapport note que, dans trois cas, le bureau de pays est laissé totalement à l'écart du processus de mise en oeuvre du programme qui est dirigé "à distance" soit par le bureau régional dans le cas des projets/programmes régionaux et de pays, soit par le Siège dans le cas des programmes mondiaux. Dans ce vide de coopération télécommandée de l'OMS, le représentant dans le pays a souvent des difficultés à se faire une idée du nombre, du volume et du contenu des activités menées par l'OMS au niveau du pays, ce qui n'a que trop bien été mis en évidence par l'équipe chargée de l'étude, en particulier au Kenya, où il a été presque impossible d'obtenir des données du bureau de l'OMS dans le pays sur les activités de l'Organisation au niveau du pays.

49. Il est encore noté dans le rapport que, dans trois cas, le rôle de l'OMS dans le domaine des soins de santé primaires a été jugé très limité, d'autres donateurs étant les chefs de file en ce qui concerne tant les programmes sur le terrain que les conseils de politique générale donnés au gouvernement. Le rôle marginal de l'OMS par rapport aux autres donateurs a même été constaté dans le cadre de programmes classiques de l'OMS, tels que le programme élargi de vaccination au Népal et au Soudan, où l'UNICEF est le donateur porteur du programme tant sur le plan du soutien financier que sur celui de l'assistance technique pour la mise en oeuvre du programme.

50. Au sujet du problème capital des profils de personnel et des profils d'experts, le rapport relève que, dans ses politiques de recrutement, l'OMS ne s'est pas encore rendu compte que le niveau des compétences médicales s'est spectaculairement amélioré, même dans un pays pauvre comme le Népal où les pouvoirs publics comme les responsables de la santé ont confirmé que les principales lacunes ne concernaient pas tant les compétences médicales que les capacités institutionnelles et de gestion sanitaire.

51. Le rapport conclut que, d'un point de vue structurel, le cadre institutionnel de l'OMS, avec sa représentation et sa division des responsabilités entre un bureau de pays, un bureau régional et le Siège, a l'air idéal. Une représentation au niveau du pays, bénéficiant d'un appui technique assuré par des services spécialisés au niveau régional et des programmes mondiaux basés sur les résultats de la recherche en santé internationale diffusés grâce à cette structure du Siège au niveau national, donne l'impression d'une structure institutionnelle fonctionnelle et forte. Cependant, les quatre études de cas semblent indiquer que l'OMS n'a pas été en mesure d'utiliser les avantages de ce cadre institutionnel, en raison essentiellement d'une division non fonctionnelle du travail (sur les plans tant de la compétence formelle que des ressources professionnelles) entre les trois niveaux

organiques. Plus précisément, les facteurs suivants se sont révélés des obstacles au fonctionnement efficace de la structure organique à trois niveaux :

- Une structure gestionnaire centralisée mettant l'accent sur le niveau régional.

- Un niveau régional politisé.

- Un bureau de pays auquel n'ont été laissées que des tâches de nature essentiellement diplomatiques et quelques tâches administratives.

- L'insuffisance des capacités professionnelles allouées au niveau du pays.

- La concurrence pour les ressources entre les programmes au niveau mondial et les programmes au niveau régional/de pays.

52. Dans les conclusions du rapport, il est souligné à juste titre que la structure décentralisée de l'OMS ne fonctionne pas dans la pratique comme indiqué dans les documents de politique générale (voir paragraphes 26-30), et que "le fossé entre la théorie et la pratique" dont le Directeur général a noté l'existence en 1979, subsiste et continue d'être un sérieux obstacle pour l'Organisation plus d'une décennie plus tard, malgré les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé depuis 1979 pour stipuler les mesures techniques et administratives à prendre pour aider les Etats Membres à formuler et mettre en oeuvre leurs stratégies nationales de la santé pour tous (voir, par exemple, WHA32.20, 33.24, 34.36, 35.23, 35.24, 34.37, etc.).

53. **La mobilisation de ressources extérieures** à l'appui de la stratégie est l'une des priorités majeures fixées au Secrétariat de l'OMS par l'Assemblée de la Santé. Il ressort des chiffres du budget programme intégré de l'OMS pour 1992-1993 que l'Organisation dans son ensemble a assez bien réussi à attirer des ressources extrabudgétaires, puisque, pour la période biennale en cours, elle dispose d'un montant estimé à US $930 millions, soit US $166 millions (22 %) de plus que le budget ordinaire. Ces chiffres ne comprennent que les ressources canalisées directement à travers les programmes de l'OMS. Les Inspecteurs n'ont pas été en mesure d'obtenir de l'OMS des chiffres exacts sur la proportion des ressources extrabudgétaires mobilisées par et pour les programmes régionaux et de pays.

54. La Figure 1 (dans l'annexe de toutes les Figures), qui présente les ressources pour 1994-1995 par services organiques, met en évidence une importante concentration des ressources extrabudgétaires aux niveaux mondial et interrégional et des montants très faibles dans tous les bureaux régionaux, à l'exception de POPS. En tant que principales structures de coopération technique de l'OMS, ces bureaux devraient, dans l'idéal, être à l'avant-garde de la mobilisation de ressources pour les programmes interpays et de pays. Mais les constatations des Inspecteurs, confirmées par les données de la Figure 1, suggèrent qu'il en est autrement. La mobilisation de ressources au niveau des pays et les exercices d'utilisation menés dans certaines Régions n'ont donné que des résultats mitigés. La plupart des bailleurs de fonds préfèrent traiter directement avec les institutions des gouvernements bénéficiaires, évitant prudemment les structures régionales et de pays de l'OMS. Ces mêmes donateurs montrent toutefois une prédilection pour la canalisation des ressources par les programmes de coopération technique basés au Siège - appelés "programmes verticaux" dans la terminologie de l'OMS.

55. Il semblerait que le Règlement financier et les Règles de gestion financière de l'OMS puissent être soumis à interprétation quant à la latitude donnée aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays de mobiliser, gérer et rendre compte des ressources extrabudgétaires de la même façon que le font les programmes basés au Siège. Si tel est le cas, alors il faudrait clarifier et mettre à jour les règles pertinentes conformément, en particulier, à la résolution WHA34.37 (1981) de l'Assemblée de la Santé et aux résolutions ultérieures qui appellent à la mobilisation de ressources extérieures pour la mise en oeuvre de la stratégie.

56. A l'heure actuelle, toutefois, le fait que les structures de coopération technique de l'OMS basées sur le terrain jouent un rôle marginal dans la mobilisation des ressources, ajouté à la concentration au Siège des ressources extrabudgétaires destinées à la coopération technique, vient renforcer l'impression que le système décentralisé de l'OMS est perçu par la communauté des donateurs, tout autant que par le Siège même de l'OMS, comme fonctionnant mal au point d'en être arrivé à une crise de crédibilité. Cette conclusion fait écho à une conclusion similaire du Directeur général qui, en 1988, déclarait à la quatre-vingt-unième session du Conseil exécutif que, si le "système géopolitique régional" sans pareil de décentralisation de l'OMS semblait fonctionner efficacement de la manière déterminée par l'Assemblée de la Santé et le Conseil, il était persuadé qu'il était possible de mobiliser au moins cinq fois plus de ressources extrabudgétaires que ce n'était actuellement le cas.

57. Après avoir étudié dans les paragraphes précédents le fonctionnement et la performance générale du système décentralisé de l'OMS à l'appui de la stratégie de la santé pour tous, les

Inspecteurs concluent que, si la structure organique à trois niveaux paraît excellente telle qu'elle est décrite dans la Constitution et les documents officiels, son fonctionnement réel est entravé par des problèmes graves et complexes de nature institutionnelle, politique, gestionnaire et programmatique. Les Inspecteurs constatent qu'il y a des différences - importantes dans plusieurs cas - dans la performance opérationnelle des six bureaux régionaux et des programmes du Siège. Ils reconnaissent aussi que certains facteurs extérieurs, comme le fardeau de la dette internationale, la récession économique, la détérioration des termes de l'échange pour les pays en développement, les catastrophes naturelles et dues à l'homme, etc. ont un effet néfaste sur les structures de coopération technique de l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies.

58. Malgré tous ces problèmes, les Inspecteurs estiment que l'OMS a rendu des services appréciables aux Etats Membres, en particulier aux pays en développement. Pour qu'elle puisse toutefois réaliser pleinement son immense potentiel, il faut que ses organes directeurs procèdent aux **réformes courageuses** nécessaires pour permettre à leur Organisation d'intensifier l'application de son système de valeurs et de la stratégie de la santé pour tous à laquelle des ressources importantes et des efforts considérables ont été consacrés au cours de la décennie passée. A la lumière de cette conclusion et compte tenu des constatations énoncées dans le présent chapitre, les Inspecteurs étudient dans les deux chapitres qui suivent des questions plus précises exigeant l'attention urgente du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé.

III. CADRE CONSTITUTIONNEL

59. Les dispositions de la Constitution de l'OMS qui ont une incidence directe sur les mécanismes et procédures du système décentralisé se rapportent à l'Assemblée de la Santé, au Conseil exécutif, aux comités régionaux, au Directeur générale, aux Directeurs régionaux[5] et aux régions géographiques. Ces dispositions sont examinées ci-dessous.

A. Organes directeurs

60. Si la Constitution définit clairement les fonctions respectives de l'Assemblée, du Conseil et des comités régionaux, elle laisse une place à l'interprétation pour ce qui est de la nature des relations entre les comités régionaux d'une part et le Conseil et l'Assemblée de l'autre. En vertu des articles 9 et 24 à 29, l'autorité du Conseil qui n'est soumise qu'à celle de l'Assemblée comprend le contrôle gestionnaire de l'ensemble de l'OMS. Il existe toutefois une tendance dans certaines Régions à considérer que le Conseil n'exerce son autorité qu'au Siège et n'a pratiquement aucune influence sur les comités régionaux et, par conséquent, sur les bureaux régionaux. Cette conception revient à considérer le Conseil en quelque sorte comme le "comité régional" du Siège, sans qu'il ait toutefois le profil politique des vrais comités régionaux puisqu'il s'agit stricto sensu d'un organe apolitique. L'examen des Inspecteurs ne laisse subsister aucun doute sur le fait qu'une bonne partie des problèmes définis au chapitre précédent peuvent être résolus si le Conseil exerce pleinement et effectivement ses fonctions de contrôle gestionnaire prévues par la Constitution. Les Inspecteurs recommandent par conséquent que le Conseil prenne toutes les mesures voulues pour raviver ses fonctions de contrôle gestionnaire dans l'ensemble de l'OMS. A cette fin, le Conseil voudra peut-être envisager, entre autres mesures, la possibilité de constituer pour des périodes limitées prorogeables un organe de surveillance administratif et budgétaire doté d'un secrétariat permanent restreint et composé de membres du Conseil qui serait comparable au Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires (CCQAB) de l'ONU. Il serait peut-être également utile que certains membres du Conseil soient spécialisés dans les questions administratives et budgétaires.

61. A la différence du Conseil, les comités régionaux sont composés de membres de la Région sans autre précision. La Constitution stipule que "les comités régionaux sont composés de représentants des Etats Membres et des Membres associés de la Région en question" sans spécifier les compétences et le niveau desdits représentants. Doit-il s'agir de ministres de la santé, de

[5] Dans le présent rapport, les expressions "Directeur général" et "Directeurs régionaux" se rapportent uniquement aux fonctions et non aux personnes qui les exercent ou les ont exercées.

conseillers techniques et/ou de directeurs des services médicaux/sanitaires ? A l'heure actuelle, les comités régionaux sont composés en général de ministres de la santé et de leurs conseillers, c'est-à-dire en gros des mêmes délégations que celles qui assistent à l'Assemblée de la Santé. Les comités régionaux fonctionnent donc en pratique comme des "assemblées régionales de la santé" qui se réunissent annuellement comme l'Assemblée mondiale de la Santé pour examiner pratiquement le même ordre du jour. En outre, dans l'ensemble, les comités n'exercent qu'un contrôle direct et effectif très limité sur la gestion et les opérations des bureaux régionaux, ce qui laisse aux Directeurs régionaux beaucoup plus de possibilités de mener une action indépendante que le Directeur général qui est pourtant "le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation".

62. Les Inspecteurs estiment que les liens établis pour le travail et la présentation de rapports doivent être plus structurés entre les comités régionaux d'une part et le Conseil de l'autre. Les discussions avec de nombreux responsables de l'OMS et un examen approfondi des documents internes laissent penser que l'OMS devrait progressivement consacrer l'essentiel de ses énergies et de ses ressources à l'application des politiques et stratégies judicieuses élaborées au cours de la décennie écoulée et approuvées par tous les Etats Membres. Les structures régionales étant l'instrument d'exécution, il va de soi que les comités régionaux devraient s'occuper de plus en plus des questions techniques opérationnelles et d'évaluation dans le contexte des stratégies régionales de la santé pour tous. Un tel recentrage est d'autant plus nécessaire que la situation socio-économique et sanitaire de beaucoup d'Etats Membres en développement se dégrade rapidement et que les éléments examinés au chapitre précédent vont dans le même sens.

63. Si le recentrage proposé est jugé acceptable, la prochaine mesure logique consisterait à examiner les compétences et le niveau des représentants aux comités régionaux, pour qu'ils aient une orientation plus technique que politique. En outre, les spécialistes de la santé en tant que représentants aux comités régionaux seraient moins concernés par les changements fréquents de gouvernements et de ministres de la santé qui nuisent à la continuité de l'application des politiques de l'OMS. Les fonctions politiques et l'élaboration des politiques de l'Organisation seraient laissées à l'Assemblée de la Santé, ce qui renforcerait l'unité d'action de l'OMS, et les comités régionaux pourraient, si nécessaire, continuer de se réunir au niveau ministériel pendant les sessions annuelles de l'Assemblée de la Santé.

64. Une autre question liée à la précédente concerne la fréquence des réunions des comités régionaux. La Constitution stipule que les comités régionaux "se réunissent aussi souvent qu'il est

nécessaire". La formule actuelle des réunions annuelles absorbe une part considérable du temps des fonctionnaires régionaux qui doivent établir la documentation nécessaire au lieu de s'occuper d'abord de l'appui aux activités de terrain. Il faudrait donc envisager des réunions des comités régionaux qui ne se tiendraient qu'une fois tous les deux ans, la solution idéale consistant à faire coïncider ces réunions avec les années à budget programme. Si cette proposition était appliquée, on pourrait économiser plus de US $2 millions par exercice.

65. A la lumière des paragraphes qui précèdent, les Inspecteurs recommandent que l'OMS envisage d'apporter les modifications suivantes concernant les comités régionaux :

a) Le niveau et les compétences des représentants aux comités régionaux devraient être examinés et définis très clairement, au-dessous du niveau ministériel, pour refléter le recentrage proposé et le souci de continuité dans la mise en oeuvre des politiques dans les Etats Membres de chaque Région. Les comités régionaux pourraient, si nécessaire, continuer de tenir des réunions au niveau ministériel pendant les sessions annuelles de l'Assemblée de la Santé.

b) Une autorité et une relation de travail plus structurées devraient être instituées entre les comités régionaux et le Conseil.

c) L'attention des comités régionaux devrait être vouée avant tout aux questions techniques et opérationnelles liées à la mise en oeuvre et à l'évaluation des stratégies régionales de la santé pour tous.

d) Les comités régionaux devraient se réunir tous les deux ans, de préférence les années à budget programme, pour assurer une utilisation optimale des ressources.

B. Directeur général et Directeurs régionaux

66. Les relations professionnelles entre le Directeur général et les Directeurs régionaux constituent probablement l'aspect le plus délicat du système décentralisé de l'OMS, principalement parce que tous sont des responsables élus dans la pratique actuelle. Aux termes de la Constitution, le Directeur général est nommé par l'Assemblée de la Santé sur proposition du Conseil. Cette disposition constitutionnelle a toujours été appliquée jusqu'ici dans la pratique. La Constitution prévoit aussi que les Directeurs régionaux sont nommés par le Conseil en accord avec les comités

régionaux. En pratique toutefois, les Directeurs régionaux sont élus au scrutin secret par leur comité régional dont la décision est approuvée par le Conseil. Ainsi, la disposition constitutionnelle concernant la nomination des Directeurs régionaux n'est pas strictement observée dans la pratique.

67. Le Conseil n'a pu aboutir à une solution satisfaisante lorsqu'il a examiné cette question de façon approfondie à sa quatre-vingt-unième session en 1988. Les Inspecteurs ne peuvent partager l'avis de certains membres du Conseil qui ont estimé que l'OMS pouvait continuer à s'accommoder de la situation actuelle sans que son efficacité, l'intégrité de sa gestion et l'utilisation optimale des ressources n'aient trop à en souffrir. Les Inspecteurs estiment que l'article 31 qui fait du Directeur général "le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation" doit être entièrement respecté et doit l'emporter sur toute autre considération afin de mieux renforcer l'application pratique de l'article 45 qui veut que "chacune des organisations régionales [soit] partie intégrante de l'Organisation".

68. Il ne fait pas de doute que l'OMS a pu se prévaloir des services de Directeurs généraux et de Directeurs régionaux excellents depuis sa création, comme en témoignent certaines des réalisations de l'Organisation mentionnées au chapitre premier. Les Inspecteurs disposent également de renseignements de première main concernant la gestion efficace de certains programmes régionaux. Mais ce bilan très positif est dû toutefois davantage à des talents individuels de gestionnaire qu'à un système de contrôle et de rééquilibrage à toute épreuve au niveau de l'Organisation.

69. Ces contrôles et rééquilibrages peuvent être difficiles à instituer dans les relations entre le Siège et les organisations régionales, principalement parce que la pratique actuellement suivie pour nommer les Directeurs régionaux présente les risques ci-après :

1. L'indépendance des Directeurs régionaux vis-à-vis du Directeur général exacerbe la tendance centrifuge sous-jacente dans l'Organisation.

2. Certains Directeurs régionaux peuvent envisager leur statut et leur rôle sous l'angle politique plutôt que sous l'angle technique, favorisant ainsi la politisation excessive d'une organisation qui doit privilégier la prééminence technique.

3. Il est impossible de régler les dettes politiques que les Directeurs régionaux ont pu contracter envers leurs électeurs sans nuire à l'intégrité des politiques et règlements de l'Organisation.

4. Des préoccupations électoralistes risquent de détourner des ressources de la promotion et de la direction sanitaires.

5. Certains Directeurs régionaux peuvent être tentés de se considérer comme étant davantage au service de leur électorat régional que de l'Organisation dans leur Région respective.

6. Il peut ne pas y avoir de relations de travail structurées entre les Directeurs régionaux et les autres responsables hors classes au Siège qui sont directement nommés par le Directeur général, notamment le Directeur général adjoint.

70. Bien évidemment, ces faiblesses ne sont pas de nature à favoriser l'usage optimal des ressources et risquent, en l'absence d'un contrôle institutionnalisé, d'affaiblir en fin de compte le modèle de décentralisation, au demeurant excellent, que présente l'OMS et d'entraver l'efficacité de son rôle de coopération technique. Les Inspecteurs disposent déjà d'abondants éléments qui montrent que c'est déjà ce qui se passe dans certaines Régions. L'argument selon lequel le Siège n'est pas plus épargné que le terrain par le problème d'une gestion approximative et par les dettes politiques est entièrement fondé. Mais ce n'est pas une raison pour multiplier ce risque par six, simplement parce qu'il existe au Siège. Les Inspecteurs ne se font aucune illusion quant aux divers intérêts bien marqués qui existent à l'intérieur du Secrétariat et ailleurs pour s'opposer à toute modification du système actuel. Mais on ne saurait ignorer trop longtemps les carences dont il vient d'être fait état et dont la liste n'est pas exhaustive sans exposer l'OMS à une gestion hétérogène au moment même où elle doit relever des défis sans précédent. La transparence au niveau de l'Organisation entière est plus facile à garantir quand il n'existe qu'une seule structure de direction exécutive au lieu de sept comme c'est actuellement le cas à l'OMS, une situation qui, à la connaissance des Inspecteurs, ne se retrouve dans aucune autre organisation intergouvernementale ou privée.

71. On rappellera qu'à l'intérieur du système des Nations Unies seule l'Union internationale des Télécommunications compte plusieurs postes du Secrétariat pourvus par élection comme l'OMS. Mais, à la différence de l'OMS, l'UIT s'est dotée d'un système de gestion essentiellement centralisé qui réduit sensiblement les possibilités de tension et de conflit en matière de gestion entre les responsables élus. Dans le cadre du Secrétariat de l'ONU, dont les structures et programmes décentralisés sont comparables au système décentralisé de l'OMS, le Secrétaire général nomme ses

collaborateurs de haut niveau, au nombre d'une vingtaine, après consultation des Etats Membres, ce qui ne laisse planer aucun doute sur l'intégrité hiérarchique et la responsabilité ultime du Secrétaire général pour le travail des personnes qu'il a nommées.

72. Reconnaissant que sa Constitution distingue l'OMS des autres organisations du système des Nations Unies, les Inspecteurs sont néanmoins d'avis que la pratique actuellement suivie pour nommer les Directeurs régionaux peut être améliorée sans nécessiter un amendement constitutionnel. Il y a d'abord une condition préalable : le Conseil doit être assuré par consensus que les candidats au poste de Directeur général présentaient tout l'éventail des compétences requises. Si cette condition a été remplie, il devrait être raisonnable pour le Conseil de charger le Directeur général de sélectionner et de présenter des candidats à un poste de Directeur régional. Ils recommandent donc les mesures ci-après :

a) Le Directeur général devrait être habilité à sélectionner et à présenter des candidatures au poste de Directeur régional pour confirmation par le Conseil exécutif après consultation du comité régional concerné ou du bureau et en accord avec eux.

b) Le processus de sélection et de consultation devrait être traité confidentiellement par le Directeur général pour éviter toute concurrence ouverte entre les candidats au poste de Directeur régional.

c) Si, comme on l'a recommandé auparavant, les compétences et le niveau des représentants aux comités régionaux sont modifiés pour mettre l'accent sur la mise en oeuvre, une telle modification, associée à la nouvelle méthode proposée pour la sélection des Directeurs régionaux, ferait d'eux des responsables techniques au sens plus habituel du terme, c'est-à-dire des responsables non politiques entièrement engagés et entièrement et directement au courant de leurs programmes régionaux, un rôle très semblable à celui qu'assume dans les bureaux régionaux le Directeur de la Gestion des Programmes. Ce poste risque de faire double emploi, voire d'être superflu, et pourrait donc être aboli. En appliquant cette mesure aux six bureaux régionaux, on pourrait économiser plus de US S1,7 million par exercice biennal, un montant qui pourrait servir, par exemple, à renforcer la présence de l'OMS dans les pays les moins avancés.

d) Le mandat de tous les Directeurs régionaux, y compris celui d'AMRO/OPS, devrait être de cinq ans et renouvelable une fois. Cette recommandation pourrait aussi s'appliquer au mandat du Directeur général.

e) La description de poste du Directeur régional devrait être modifiée pour permettre une décentralisation substantielle de certaines de ses fonctions et pouvoirs vers les représentants de l'OMS dans les pays en ce qui concerne la gestion des programmes de pays, leur administration et la mobilisation des ressources à leur intention.

f) Il appartient au Conseil de déterminer si, à son avis, ces propositions justifient un réexamen du classement du poste de Directeur régional.

73. Si elles sont mises en oeuvre, les recommandations ci-dessus devraient considérablement renforcer l'intégrité de la gestion de l'OMS, son unité d'action et l'utilisation productive de ses ressources limitées. En fait, les modifications proposées pourraient faciliter une meilleure décentralisation des fonctions et des ressources du Siège vers les Régions et probablement améliorer le niveau de mobilisation des ressources extrabudgétaires à l'appui des programmes interpays et de pays. Les avantages probables liés à leur application justifient donc de la part du Conseil exécutif une étude attentive des recommandations des Inspecteurs.

C. Régions et organisations régionales

74. En vertu de l'article 44 de la Constitution, l'Assemblée "de temps en temps, détermine les Régions géographiques où il est désirable d'établir une organisation régionale". Actuellement, on compte une organisation régionale pour les Amériques (AMRO/OPS), trois organisations régionales pour l'Asie et la région de la Méditerranée (EMRO, SEARO et WPRO), une organisation régionale pour l'Afrique subsaharienne et l'Algérie (AFRO) et une organisation régionale pour l'Europe (EURO).

75. Cette répartition des organisations régionales qui remonte aux années 50 ressemble de plus en plus à un arrangement permanent plutôt qu'à un instrument géographique et organique souple permettant d'atteindre les objectifs de l'OMS. A cet égard, l'"étude administrative de la régionalisation" effectuée par le Conseil en 1953 a conclu que "les six Régions actuellement créées, avec leurs comités et leurs bureaux régionaux, ne sont pas nécessairement constituées une fois pour toutes. L'Assemblée de la Santé demeure entièrement libre de modifier la délimitation des Régions, d'en augmenter ou d'en diminuer le nombre, sous la seule réserve que l'établissement d'organisations

régionales dans des régions géographiques délimitées par l'Assemblée de la Santé est subordonné au 'consentement de la majorité des Etats Membres situés dans chaque région' ...".

76. Les Inspecteurs notent qu'à l'origine la définition des Régions et la mise sur pied d'organisations régionales étaient fortement influencées par des précédents historiques, comme dans le cas de l'OPS créée de nombreuses années avant l'OMS ou dans celui d'EMRO qui a pris la relève du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte, puis du Bureau sanitaire panarabe. Des considérations politiques, linguistiques, culturelles et financières sont également venues renforcer le caractère permanent des arrangements régionaux existants.

77. Malgré cela, les Inspecteurs estiment que les modifications substantielles intervenues dans le cadre de l'OMS depuis le début des années 50 militent en faveur d'un examen approfondi de la composition actuelle de certaines Régions ainsi que de la juridiction territoriale de certaines organisations régionales afin de déterminer si elles ont toujours été des instruments efficaces d'interaction entre l'OMS et ses Etats Membres et partenaires.

78. Les récents événements en Europe centrale et orientale et dans la Communauté des Etats indépendants obligent l'OMS à apporter une réponse organique adéquate. Près d'une vingtaine de nouveaux Etats Membres sont venus s'ajouter à la Région européenne. L'OMS doit donc faire face non seulement à cette augmentation sans précédent du nombre de ses Membres, mais aussi, ce qui est plus important, à l'ampleur des besoins de développement sanitaire dans les nouveaux Etats Membres. Le budget ordinaire de l'OMS en valeur réelle ayant diminué au cours de la dernière décennie, la mobilisation et la fourniture de ressources extérieures pour la santé destinées à l'Europe orientale et aux nouvelles républiques doivent être une priorité de l'OMS. Une solution pourrait consister à créer une "organisation régionale" distincte de l'OMS à cette fin; une autre à gérer les programmes interpays destinés à l'Europe occidentale et septentrionale directement du Siège pour que le Bureau régional de l'Europe puisse s'occuper exclusivement de la partie orientale du continent; une troisième à créer une présence appropriée, sous-régionale ou dans les pays, dans cette partie de l'Europe, en profitant des bureaux intégrés du système des Nations Unies récemment implantés dans certaines des nouvelles républiques par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

79. Dans le cas de l'Afrique, la composition d'AFRO n'est pas la même que celle de la Commission de l'ONU pour l'Afrique (CEA) ou de l'Organisation de l'Unité africaine (OUA), qui a institué une Conférence des Ministres de la Santé de l'ONA. La dimension de la Région africaine, l'admission imminente de nouveaux Membres à l'organisation régionale, les difficultés de

communication à l'intérieur de la Région et l'ampleur même des problèmes de santé qui se posent sont autant d'éléments qui militent en faveur d'une approche organique plus novatrice de l'interaction de l'OMS avec les Membres et partenaires régionaux. La création de trois bureaux sous-régionaux en 1985-1986 correspondant aux sous-régions économiques de l'OUA et de la CEA semblait apporter une solution partielle. Les Inspecteurs n'ont pas bien compris pourquoi l'on a mis un terme à l'expérience avant qu'elle ne devienne entièrement opérationnelle.

80. Le Comité régional de l'Afrique devrait être prié, s'il le juge nécessaire, de proposer des options permettant de renforcer les interactions opérationnelles de l'OMS avec les Etats Membres de la Région au, moyen d'un cadre organique approprié ou d'une redéfinition de la région géographique d'AFRO sans que cela n'ait d'incidences financières sur l'OMS.

81. En ce qui concerne l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), les Inspecteurs se bornent à faire observer que l'article 54 prévoyant son intégration dans l'OMS est resté lettre morte. En conséquence, l'OPS jouit des avantages d'une double personnalité : il s'agit d'une organisation régionale forte qui bénéficie d'une dimension internationale par l'intermédiaire de l'OMS. L'OPS n'étant pas effectivement intégrée dans l'OMS et étant financée principalement par des Membres de la Région, les recommandations du présent rapport, si elles sont adoptées, risquent de ne pas avoir force obligatoire pour elle puisqu'elle n'est pas sujette au Statut du CCI, à moins que ses Membres, qui sont également Membres de l'OMS, ne décident de les mettre en oeuvre.

82. Les Inspecteurs notent en outre que l'article 35 de la Constitution qui mentionne notamment "le caractère international du Secrétariat" n'est pas respecté dans tous les cas. Cette disposition de la Constitution devrait dorénavant être appliquée dans tous les bureaux régionaux et il faudrait introduire les mesures correctives nécessaires pour assurer leur caractère international, comme cela a été recommandé dans la première partie de la série sur "la décentralisation des organismes du système des Nations Unies" (JIU/REP/92/6). Si la politique de recrutement de l'OMS est effectivement appliquée comme elle devrait l'être en vertu de la Constitution et du Statut et du Règlement du Personnel, cette recommandation devrait être facilement mise en oeuvre.

IV. QUESTIONS CONCERNANT LA GESTION

A. L'affectation des ressources et ses tendances

83. En ce qui concerne l'allocation des ressources financières et de personnel, on constate, en tenant compte de toutes les sources de financement au cours de la dernière décennie, une tendance générale à la centralisation au Siège comme l'illustrent les Figures 2 et 3 de l'annexe qui n'appellent aucune explication particulière. La tendance est plus prononcée en ce qui concerne les ressources en personnel qui ont sensiblement diminué au niveau des pays, puisqu'elles représentaient 46 % des personnels de la catégorie; professionnelle en 1980 mais plus que 26 % en 1990. Une projection de cette tendance laisse penser qu'en l'an 2000 l'OMS aurait très peu de personnels de la catégorie professionnelle au niveau des pays et que près des deux tiers des ressources totales en personnel de l'Organisation seraient concentrées au Siège. Cette tendance explique l'extension des locaux au Siège ces deux dernières années.

84. Ces données peuvent faire l'objet d'interprétations différentes selon les responsables de l'OMS aux trois niveaux géographiques de l'Organisation. Pour les Inspecteurs, elles apportent une confirmation graphique du fait que le niveau des pays est le concurrent malheureux dans la "course" à l'obtention des ressources dans le système organique à trois niveaux, alors que c'est justement lui qui devrait bénéficier des ressources de l'Organisation à l'appui de la mise en oeuvre de la stratégie préconisée dans les documents officiels. Il est reconnu que l'OMS, à la différence du PNUD, de l'UNICEF ou du PAM, n'est pas essentiellement une organisation opérationnelle dont les activités sont concentrées avant tout au niveau des pays. Mais les Inspecteurs n'ont pu déterminer si les ressources allouées au niveau des pays en général entre 1980 et 1990 allaient en priorité à la catégorie des pays à faible revenu ou à l'infrastructure des systèmes de santé et à la lutte contre la maladie, domaines qui tous sembleraient mériter une action résolue de la part de l'OMS.

85. Il ressort des discussions que les Inspecteurs ont eues avec des responsables de l'OMS que le système actuel d'établissement du budget ordinaire et la résolution WHA29.48 adoptée par l'Assemblée de la Santé en 1976 prévoyant la répartition des ressources du budget ordinaire entre le Siège et les Régions font qu'il est pratiquement impossible de transférer des ressources entre les différentes entités organiques, régions, pays et même programmes pour mieux refléter des priorités nouvelles. C'est probablement pour cela que la répartition du budget ordinaire de l'Organisation au cours de la dernière décennie est restée pratiquement la même, figée en quelque sorte dans un carcan, alors que le lancement de la stratégie de la santé pour tous et les modalités d'application nécessaires appelaient une sensible modification. Si les deux tiers ou plus du budget ordinaire

étaient alloués aux Régions entre 1980 et 1990, on a constaté l'inverse pour les ressources extrabudgétaires au cours de la même période, comme s'il fallait "compenser" la réduction de la part des budgets ordinaires affectée au Siège.

86. Cette évolution confirmant la "concurrence" que se livrent les différents niveaux du Secrétariat pour le contrôle des ressources, comme l'a mentionné le rapport de DANIDA, indique que les ressources totales de l'OMS tendent à être concentrées au Siège et dans les Régions, les deux niveaux qui tiennent les leviers des pouvoirs politiques et exécutifs de l'Organisation. Cette situation mérite de retenir tout spécialement l'attention du Conseil qui voudra peut-être revoir le système d'établissement du budget ordinaire de l'OMS et la répartition des ressources extrabudgétaires afin d'aller entièrement dans le sens des priorités fixées par l'Assemblée de la Santé pour l'ensemble de l'Organisation.

B. Programmes techniques

87. La répartition des programmes techniques de l'OMS et celle des ressources correspondantes sont illustrées aux Figures 5 et 6. Ces programmes figurant dans la liste en annexe au huitième programme général de travail de l'OMS sont les grands programmes et programmes 3 à 13.18. On compte 48 programmes mis en oeuvre à tous les niveaux géographiques qui absorbent 50 % des personnels affectés aux programmes. Cette analyse, si elle est confirmée, laisse penser que les fonctions et les ressources aux trois niveaux de l'Organisation font dans une large mesure double emploi. Si tel est le cas, la structure actuelle des programmes techniques à trois niveaux de l'OMS ne correspond pas à la répartition des fonctions et aux critères de programmation définis dans les documents officiels (voir chapitre II, paragraphes 26 à 30). Cette impression de chevauchement est confirmée dans une certaine mesure par les points communs que l'on constate en particulier dans les bureaux régionaux et au Siège en ce qui concerne les profils et les classes du personnel, comme cela ressort du rapport du Directeur général sur la gestion des ressources de l'OMS. Dans l'ensemble, on a l'impression de se trouver face à sept différentes OMS dotées de programmes et de profils de personnel analogues.

88. En outre, les chevauchements ne semblent pas se limiter uniquement à l'axe vertical de l'Organisation, mais se retrouver aussi sur le plan horizontal, notamment au niveau des pays et du Siège où il semble extrêmement difficile d'harmoniser, d'intégrer ou de synchroniser les apports du budget ordinaire et extrabudgétaires aux Etats Membres. Les programmes du Siège par exemple, même s'ils font l'objet d'une seule division ou d'un seul département, agissent indépendamment les uns des autres. On peut mentionner par exemple le programme spécial de recherche et de formation

concernant les maladies tropicales (TDR) généralement considéré comme un des programmes de l'Organisation dont la gestion est la plus efficace, mais faisant dans une large mesure double emploi avec la Division de la Lutte contre les Maladies tropicales (CTD). Si le programme spécial est financé principalement au moyen de fonds extrabudgétaires, la Division, elle, bénéficie avant tout de crédits inscrits au budget ordinaire.

89. TDR et les autres programmes spéciaux mondiaux ou verticaux du Siège sont des entités centralisées, qui se suffisent à elles-mêmes et qui peuvent continuer à opérer en dehors de la structure de l'OMS. Ces programmes disposent de structures hiérarchiques distinctes axées sur les donateurs et échappant à l'autorité et à la politique du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Ils ont également leurs propres services distincts d'appui administratif et systèmes d'information et de communication au point qu'en 1991, par exemple, les équipements de communication mondiaux du programme mondial de lutte contre le SIDA (GPA) étaient considérés comme plus importants et plus fiables que le réseau "central" de l'OMS, lui-même subdivisé en sous-systèmes régionaux autonomes (par exemple AMPES, AFROPOC ou WPRO/RIS).

90. Il ne fait pas de doute que ces programmes ont apporté jusqu'ici une immense contribution au renforcement du rôle mondial de chef de file technique et de la crédibilité de l'OMS dans leurs domaines respectifs, qu'il s'agisse du SIDA, de la recherche sur les maladies tropicales, des technologies appropriées, des médicaments et vaccins essentiels, etc. En étant situés au Siège, ils jouissent d'un relief qui leur permet de stimuler l'appui international en faveur de problèmes de santé spécifiques. Ils bénéficient aussi d'une position stratégique vis-à-vis de la communauté scientifique et des donateurs avec lesquels l'interaction est constante. Pour demeurer efficaces, ces programmes doivent suivre de près les progrès scientifiques et technologiques dans le monde et chercher à obtenir leur part des ressources extérieures au niveau mondial, alors que ces ressources diminuent dans un système multilatéral désargenté.

91. En plus des raisons susmentionnées, d'autres arguments ont été invoqués contre une décentralisation plus poussée, par exemple celui de la "politisation" des structures régionales qui fait qu'il peut être plus difficile de rendre des comptes aux donateurs sur l'utilisation judicieuse de leurs fonds ou celui de l'absence dans certains bureaux régionaux de compétences spécialisées ou de profils appropriés de personnel et, d'une manière générale, celui du bagage technique et gestionnaire de beaucoup de représentants de l'OMS dans les pays qui laisse à désirer. L'impression générale est que les bureaux régionaux constituent davantage une contrainte organique qu'un instrument opérationnel nécessaire pour mener à bien les activités de terrain, et l'on devrait apparemment pouvoir se passer des services des personnels que certains des programmes maintiennent dans les

bureaux régionaux à titre symbolique. Ces observations sembleraient corroborer les conclusions du chapitre II concernant les carences du système décentralisé de l'OMS qui sont peut-être en partie à l'origine de la mise sur pied des programmes mondiaux.

92. Du point de vue du terrain en revanche, les programmes mondiaux ou verticaux sont généralement considérés comme allant dans le sens contraire des structures constitutionnelles et des politiques de coopération technique de l'OMS qui mettent l'accent sur des approches et des buts horizontaux à l'appui des systèmes de santé nationaux (par exemple soins de santé primaires, participation et autonomie communautaires, justice sociale, etc.). Les programmes mondiaux apparaissent donc comme un obstacle perpendiculaire à la poursuite de ces objectifs. On fait valoir que les programmes mondiaux devraient mettre l'accent sur des questions vraiment mondiales comme la recherche et le développement d'idées et de technologies nouvelles et appropriées pour faire face aux problèmes de santé, la mise au point et la diffusion d'informations stratégiques, les appels de fonds, etc., l'application sur le terrain devant relever des niveaux régional et de pays conformément aux politiques du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. A cet égard, le maintien et la gestion par le Siège des recettes destinées aux dépenses d'appui au titre de la mise en oeuvre d'activités aux niveaux régional et de pays constituent une véritable pomme de discorde dans la concurrence que se livrent les différents niveaux de l'Organisation pour obtenir des ressources.

93. Les Inspecteurs ont conclu que les programmes mondiaux doivent, pour le moment, rester centralisés au Siège pour les raisons évoquées ci-dessus au paragraphe 91, mais ils demandent instamment que, si les recommandations du rapport sont appliquées, notamment celles du chapitre III, toutes les fonctions de mise en oeuvre au niveau du terrain soient décentralisées comme il convient et dotées des ressources nécessaires pour les dépenses d'appui.

94. Lorsqu'on considère l'identité bien définie des différents programmes mondiaux et leurs hiérarchies distinctes à la lumière du caractère autonome des six bureaux régionaux et de leur comité régional indépendant et, lorsqu'on y ajoute le fractionnement des réseaux d'information et de communications de l'OMS et des services d'appui administratif et les multiples filières de financement (budget ordinaire et autres fonds) ainsi que les échanges/rotations limités de personnel entre les programmes et les entités, l'image générale qui se dégage est celle d'une fragmentation organique à la limite de la désintégration par mode d'opération, ce qui se traduit par des entraves à la direction stratégique d'ensemble, par des coûts opérationnels élevés et par des inefficacités fonctionnelles dues avant tout à l'impossibilité virtuelle de synchroniser et de coordonner les approches entre programmes dans l'ensemble de l'Organisation.

95. Pourtant, des objectifs de programmes intégrés et complets, surtout au niveau des pays, sont fixés pour l'OMS dans le contexte de la stratégie de la santé pour tous par l'Assemblée de la Santé, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et les documents officiels de l'OMS. Le Conseil exécutif voudra peut-être élaborer des solutions permettant d'atténuer ce grave problème de chevauchement et de manque de coordination entre les programmes techniques de l'OMS, verticalement et horizontalement. Il s'agit d'instituer et d'appliquer à l'échelle de l'Organisation un système structuré de complémentarité fonctionnelle fondé sur la transparence et l'obligation de rendre compte. Si on y parvient, et si les recommandations du chapitre III sont mises en oeuvre, les avantages financiers et l'amélioration de l'efficacité pourraient être très importants et la tendance croissante au fractionnement pourrait être renversée.

96. L'analyse des ressources du programme par entité organique (Figure 6) fait apparaître des niveaux moyens très différents de ressources et de dotations en personnel prévus pour chaque programme au Siège et dans les bureaux régionaux, et entre ces bureaux. Les programmes du Siège semblent très bien pourvus comparativement à ceux des bureaux régionaux, probablement en raison de leur intensité et de leur caractère mondial. Cela dit, la figure semble indiquer qu'il n'y a pas de système de priorités pour les secteurs de programmes intéressant l'OMS. Les ressources de l'Organisation semblent éparpillées sur un nombre trop important de programmes, notamment dans les Régions. II faut se demander comment l'on peut appuyer ces programmes de façon efficace en plus des programmes au niveau des pays.

97. Si l'OMS veut effectivement intensifier l'appui à la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous., il vaudrait mieux adopter une approche sélective de la coopération technique avec les Etats Membres de façon à pouvoir faire porter la "masse critique" sur la catégorie des pays à faible revenu et sur les programmes (par exemple l'infrastructure des systèmes de santé) susceptibles d'avoir les effets multiplicateurs les plus prononcés dans d'autres secteurs de programmes. Les programmes non prioritaires pourraient alors être décentralisés au niveau des pays. Bien qu'il soit exclu de sous-traiter le rôle de; coordination et d'orientation et le rôle normateur de l'OMS, les fonctions de coopération technique: auraient tout à gagner si les consultants, organisations non gouvernementales et autres partenaires étaient davantage associés aux politiques sanitaires établies par l'OMS et si les représentants de l'OMS dans les pays, dont les pouvoirs gestionnaires auraient été renforcés en conséquence, intervenaient comme intermédiaires.

98. Les Inspecteurs recommandent donc que l'OMS mette sur pied un système de priorités lui permettant de concentrer ses ressources sur un éventail plus étroit de programmes d'importance critique: et de décentraliser un maximum de programmes vers le niveau des pays où d'autres partenaires et les représentants de l'OMS pourront apporter leur appui avec l'accord des gouvernements concernés. En outre, des critères types concernant l'ensemble de l'Organisation devraient être fixés pour que les ressources financières et en personnel soient proportionnelles aux besoins des programmes en évitant le caractère hétérogène de la répartition actuelle des ressources aux programmes dans les différentes entités organiques, sous réserve, bien sûr, des besoins de certains programmes et des caractéristiques de chaque Région de l'OMS.

C. Programme d'information sanitaire et biomédicale (HBI)

99. Les articles 2 q) et r) de la Constitution sembleraient indiquer que la production et la diffusion d'informations scientifiques et techniques valables par l'OMS devraient être poursuivies en tant qu'obligation constitutionnelle majeure et non en tant que fonction d'appui des programmes. L'article VI de l'Accord entre l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation mondiale de la Santé renforce encore les responsabilités de l'OMS dans ce secteur de programme vital. Les publications de l'OMS, plus que celles des autres organisations du système des Nations Unies, peuvent permettre de sauver des vies de façon relativement peu coûteuse : on peut mentionner par exemple le cas des manuels destinés aux professions médicales dans les pays en développement. Les publications de l'OMS sont généralement considérées comme faisant autorité et comme représentant un atout inestimable pour les enseignants des sciences de la santé et les écoles de médecine ainsi que pour les services de santé nationaux. Si les documents officiels de l'OMS insistent sur l'importance de la production et de la diffusion d'informations fondées en tant que partie intégrante de la coopération technique avec les pays, cette position ne se traduit pas clairement dans la pratique : en effet, l'organisation actuelle de ces activités et l'attention et les ressources qui y sont consacrées varient beaucoup entre le Siège et les Régions et entre les Régions elles-mêmes.

100. Si AMRO/OPS et EURO, par exemple, semblent avoir mis sur pied de bons programmes de publications, d'autres Régions restent en retrait. AFRO, par exemple, qui a établi un excellent centre d'information sanitaire ne dispose pas depuis plus de dix ans d'un programme de publications, ce qui est vraiment étonnant vu l'ampleur des problèmes de santé de la Région auxquels la communauté scientifique et médicale internationale doit être sensibilisée au moyen des publications. Le Directeur général est prié de prendre les mesures voulues pour que tous les bureaux régionaux aient des programmes de publications efficaces constituant une partie intégrante de leurs

programmes techniques. Il faut également déterminer l'efficacité avec laquelle les publications de l'OMS sont diffusées et utilisées dans chaque Région à l'appui des activités de pays, comme l'a souligné le Directeur général dans son rapport de 1987 sur la gestion des ressources de l'OMS.

101. Pour que les publications et documents contribuent à atteindre l'objectif envisagé dans des documents officiels comme les programmes généraux de travail, le cadre gestionnaire pour l'utilisation optimale des ressources ou la politique régionale de budget programme, il faut envisager sérieusement la possibilité de transformer le Bureau des Publications en une division à part entière, ce qui serait justifié sur la base des dispositions pertinentes de la Constitution; des contributions seraient apportées au budget de cette division par tous les programmes techniques qui doivent produire des publications. La même approche de budgétisation pourrait être suivie dans les bureaux régionaux. La division visée jouirait alors d'une autorité accrue sous la direction d'un comité des publications du Siège pour établir, coordonner et appliquer des politiques et des normes en matière de publications à l'échelle de l'Organisation, notamment des stratégies de distribution et de vente au niveau mondial.

102. La division visée devrait également intensifier sa collaboration avec les bureaux régionaux au moyen de la formation des personnels chargés des publications, de voyages d'étude, d'échanges et de rotations périodiques entre les différentes entités organiques, autant d'activités qui font malheureusement défaut aujourd'hui, à l'exception des réunions annuelles sans aucune influence réelle sur l'indépendance ou l'abandon de certains services régionaux de publications. Une autre option qui mériterait d'être approfondie serait la budgétisation et la gestion centralisées des ressources du Siège et des Régions pour les publications (à l'exception de l'OPS) dans le cadre de la nouvelle division, tous les bureaux régionaux étant ainsi appelés à participer entièrement et régulièrement à la production et à la diffusion d'informations scientifiques et techniques valables et appropriées qui feraient partie intégrante de leurs activités principales. Les publications de l'OMS devraient aussi être davantage axées du point de vue opérationnel et pratique sur les problèmes sanitaires au niveau du terrain.

103. Si les politiques, normes, priorités, budgets, etc. concernant les publications étaient centralisés, les autres fonctions de la chaîne des publications situées en aval (par exemple traitement, impression, distribution, vente, surveillance, évaluation et rétro information) pourraient être décentralisées et solidement implantées dans les bureaux régionaux et de pays. Ainsi, on se retrouverait avec un comité des publications de l'OMS au Siège doté de sous-comités dans les bureaux régionaux au lieu d'avoir plusieurs comités des publications indépendants comme c'est actuellement le cas. De même, il n'y aurait plus sept programmes de travail non synchronisés et qui

se chevauchent pour les publications de l'OMS, mais un seul programme de travail annuel ou biennal incorporant les priorités et les apports des sous-comités régionaux et mis en oeuvre sur la base d'une division fonctionnelle rigoureuse du travail entre le Siège et les bureaux régionaux et de pays.

104. Ainsi, le Directeur général et l'OMS dans son ensemble peuvent s'acquitter plus efficacement des responsabilités que leur imposent les fonctions essentielles définies dans la Constitution en matière de services d'information sanitaire. De même, les réunions annuelles des responsables du programme d'information sanitaire et biomédicale auraient une véritable utilité, en permettant par exemple l'examen commun des priorités, propositions et documents concernant les publications, la fixation de dates limites, la planification de stratégies de distribution et de vente, la répartition des tâches, l'organisation de systèmes d'échange et de rotation du personnel, la traduction dans des langues locales, l'évaluation de la diffusion et de l'impact des publications, le soutien des politiques et services nationaux de publications intéressant la santé, la collaboration avec d'autres éditeurs à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies, etc. La question importante à explorer concerne le moyen de tirer le meilleur parti possible des innovations technologiques pour servir les objectifs des services d'information sanitaire et biomédicale de l'OMS. Ainsi, le disque optique et le CD-ROM, ou encore la production de cassettes vidéo et audio, indépendamment ou à l'appui des publications bibliogaphiques, ne sont que quelques exemples de techniques qui offrent de multiples avantages par rapport aux méthodes traditionnelles.

D. Services d'appui

105. **Schéma de décentralisation** : Les services d'appui de l'OMS sont le personnel, le budget et les finances, l'administration générale, et le matériel et les fournitures destinés aux Etats Membres. La Figure; 8 de l'annexe résume le degré et le schéma de décentralisation de trois de ces services en 1990. Les responsables de ces services au Siège ont une idée générale de la répartition des responsabilités et des tâches entre les Régions et le Siège. Au-delà cependant, il ne semble pas y avoir de cadre formel exposant par écrit les principes et les critères régissant l'attribution des responsabilités, des fonctions et des ressources entre ces deux niveaux. Le schéma présenté à la Figure 8 est resté pratiquement inchangé pendant plus d'une décennie au cours de laquelle les opérations des programmes régionaux ont gagné en intensité et en ampleur.

106. Si, de l'avis des hauts fonctionnaires du Siège, la décentralisation fonctionne généralement bien dans les services d'appui, certains bureaux régionaux jugent leurs effectifs inadéquats. D'après la Figure 8, ces griefs seraient justifiés puisque le Siège représente à lui seul 70 % des allocations

de ressources pour les trois services d'appui considérés. Si l'on tient compte des services d'appui des programmes spéciaux/verticaux, la part du total des ressources disponibles pour les services d'appui qui revient au Siège dépasse les 80 %, faisant ainsi apparaître une nouvelle anomalie dans le fonctionnement du système décentralisé de l'OMS. En fait, les programmes opérationnels exécutés dans les Régions auraient en principe besoin d'un soutien administratif plus important que les programmes du Siège. Dans ces conditions, il faudrait envisager d'unifier tous les services d'appui basés au Siège, quelle que soit leur source de financement, afin de pouvoir libérer des ressources pour renforcer les services d'appui dans les Régions/pays.

107. **Tendances de la dotation en personnel et de la répartition par classes :** La Figure 4 de l'annexe offre une récapitulation de la répartition par classes, en fonction de l'origine géographique, de tout le personnel de la catégorie professionnelle en 1990. Le Tableau 1 ci-dessous fait apparaître l'évolution, de 1980 à 1991, des effectifs du personnel de la catégorie professionnelle non affecté à des projets et de sa répartition par classes. Sur la base de ce tableau et des informations recueillies auprès d'autres sources, les observations suivantes peuvent être faites :

a) Les effectifs du personnel de la catégorie professionnelle de l'OMS non affecté à des projets ont augmenté de 38 % entre 1980 et 1991 malgré une diminution d'environ 5 % du budget effectif en termes réels pendant cette période et alors que les effectifs du personnel professionnel non affecté à des projets dans d'autres institutions spécialisées de l'ONU comparables comme la FAO, l'UNESCO ou l'OIT ont décliné entre 1980 et 1991, essentiellement en raison du taux de "croissance zéro" imposé au budget de toutes les institutions spécialisées.

b) On constate une concentration du personnel professionnel de l'OMS aux classes supérieures (P-4 à D-1/P-6), et la proportion des fonctionnaires à ces classes par rapport à l'ensemble du personnel augmente régulièrement, étant passée de 66 % en 1980 à 73 % en 1991.

c) Les plus fortes augmentations d'effectifs pendant la période considérée ont concerné les classes D-1/P-6 (66 %), suivies de la classe P-5 (52 %) et de la classe P-4 (50 %).

d) Les dépenses de personnel (fonctionnaires et consultants) en proportion des dépenses totales de l'OMS sont passées de moins de 50 % lors des premières années de l'Organisation à environ 62 % actuellement.

TABLEAU 1. DISTRIBUTION DU PERSONNEL PAR CLASSE: 1980-1991[6]

(Fonctionnaires de la catégorie professionnelle non affectés à des projets)

	1980	1991	% Augmentation/ (diminution)
Total personnel professionel	806	1109	38 %
Hors classes	13	14	8 %
D-2	31	39	26 %
Total partiel (D-2 à hors classe)	44	53	21 %
D-1/P-6	86	143	66 %
P-5	280	426	52 %
P-4	163	244	50 %
Total partiel (P-4 à D-1/P-6)	529	813	54 %
P-3	153	167	9 %
P-2	71	66	(7 %)
P-1	9	10	11 %
Total partiel (P-1 à P-3)	233	243	4 %

108. Les tendances ci-dessus sont révélatrices de sérieuses difficultés de gestion à l'OMS si l'on considère en particulier que les effectifs, les classes et les coûts du personnel professionnel augmentent alors que les résultats globaux de l'Organisation paraissent être sur le déclin comme le conclut le chapitre II.

109. Les lacunes de la gestion du personnel qui ont été signalées aux Inspecteurs lors de cette étude pourraient être à l'origine des tendances notées plus haut :

a) Bien que la création et le classement des postes de la catégorie professionnelle ainsi que certaines activités de recrutement soient en principe centralisés au Siège, les bureaux régionaux influencent généralement les décisions prises au Siège en matière de personnel et, en particulier, leur application dans leurs Régions respectives. Cela vaut particulièrement pour le recrutement puisque les bureaux régionaux ne tiennent systématiquement aucun compte des présélections de candidatures établies par le Siège. Cela explique en partie que le personnel professionnel de certains bureaux régionaux ait perdu au fil des années son caractère international, en violation de l'article 35 de la Constitution de l'OMS.

[6] ACC/1981/PER/14 (2 juin 1981)
ACC/1992/PER/R.22 (7 octobre 1992)

b) L'âge fixé pour la retraite n'est pas uniformément respecté, en particulier dans les programmes techniques dont le personnel reste souvent en fonctions plusieurs années après l'âge de la retraite ou continue d'assurer des services de consultant.

c) Les promotions à titre personnel ne sont plus strictement fondées sur des mérites exceptionnels.

d) Il n'y a, semble-t-il, guère de contrôles systématiques avant le recrutement pour vérifier l'exactitude des renseignements contenus dans les demandes de candidatures.

e) De nombreux recrutements seraient davantage influencés par des calculs politiques que par des critères d'excellence ou la nécessité de satisfaire les besoins réels de l'Organisation.

f) Les décisions en matière de gestion du personnel, surtout celles qui concernent les mouvements ou transferts ou encore les promotions, sont, semble-t-il, prises et appliquées, en particulier dans les Régions, sans qu'il soit tenu compte de leurs incidences financières.

g) Les services de consultants, dont le coût représente maintenant quelque 5 % des dépenses totales d'une organisation dont l'effectif est déjà considérable, ne font pratiquement l'objet d'aucun contrôle.

h) Bien que l'OMS ne soit pas précisément une "organisation médicale mondiale" et n'exerce pas vraiment de fonctions médicales, elle tend à accorder une place et un statut privilégiés aux médecins, rarement recrutés au-dessous de la classe P-4 dans les programmes techniques. D'autres catégories tout aussi importantes de personnel, en particulier dans les disciplines liées aux sciences de la santé (par exemple ingénieurs sanitaires, statisticiens et économistes sanitaires, administrateurs de la santé publique, etc.) et toute la gamme des personnels techniques de niveau intermédiaire, normalement recrutés aux classes P-2/P-3, sont relativement peu représentées et généralement marginalisées. Les nouveaux profils de personnel définis pour l'Organisation dans l'étude réalisée en 1979 sur les structures de l'OMS eu. égard à ses fonctions n'ont jamais été appliqués, de sorte que l'OMS n'a pas su passer de la conceptualisation et de la formulation des stratégies à leur mise en oeuvre effective.

i) Les personnels professionnels recrutés dans une Région risquent de ne pas être acceptables dans d'autres Régions, ce qui renforce l'impression que les normes fixées pour les recrutements ne sont pas les mêmes dans toute l'Organisation.

110. **Composition et rotation du personnel** : Les Tableaux 2 et 3 reproduits aux pages 42 et 43 font ressortir certains des problèmes relevés ci-dessus en matière de gestion du personnel. Le Tableau 2, où est résumée la composition des différentes entités organiques de l'OMS en fonction de l'origine du personnel de la catégorie professionnelle, montre que seules les Régions de l'Asie du Sud-Est (SEARO) et du Pacifique occidental (WPRO) en particulier ont fourni des efforts réels pour internationaliser leur personnel. Le Tableau 3, où sont indiqués les mouvements des fonctionnaires de la catégorie professionnelle entre les différentes entités organiques pour la période du 1"janvier 1986 au 31 décembre 1990, confirme le caractère insulaire de ces entités.

111. Les Inspecteurs concluent que les problèmes de recrutement et de gestion du personnel exposés plus haut sont suffisamment sérieux pour justifier une enquête plus approfondie du Conseil exécutif, qui souhaitera peut-être exiger une application plus rigoureuse des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel relatives au recrutement, au classement des postes et aux promotions, ainsi qu'au recours à des consultants et aux dérogations généralisées à l'âge obligatoire de la retraite, compte tenu de leurs incidences financières non négligeables pour les Etats Membres. En attendant les mesures que souhaitera peut-être prendre le Conseil, le Directeur général devrait provisoirement restreindre les délégations de pouvoirs pour les engagements de durée déterminée afin d'être en mesure, sous la direction du Conseil, d'introduire et d'appliquer des réformes du processus de recrutement et de gestion du personnel dans toute l'Organisation.

112. Premièrement, les promotions à titre personnel devraient être supprimées. Deuxièmement, il faudrait modifier la composition du personnel de certains bureaux régionaux, conformément à l'article 35 de la Constitution, pour en assurer l'internationalisation. En règle générale, 40 % au plus du personnel des bureaux régionaux devrait être originaire d'une même Région. Troisièmement, l'âge obligatoirement fixé pour la retraite devrait être systématiquement respecté sans aucune exception. Quatrièmement, le recours à des consultants extérieurs devrait être régi par des principes directeurs stricts élaborés par le Directeur général et approuvés par le Conseil. Cinquièmement, une politique de rotation appropriée du personnel entre les sept principaux lieux d'affectation devrait être adoptée et soutenue par un programme intensif de cours de langues, compte tenu des besoins linguistiques particuliers de certaines Régions de l'OMS (voir aussi le paragraphe 117 ci-dessous). Ces mesures débarrasseraient l'OMS de certains handicaps et réduiraient les coûts opérationnels élevés qui empêchent le bon fonctionnement de son système décentralisé.

113. **Décentralisation au niveau des pays** : Aucun des trois services d'appui examinés ici n'est réellement décentralisé au niveau des pays, en partie parce que la politique de décentralisation de l'OMS ne s'applique guère jusqu'à ce niveau. D'après cette politique, les Etats Membres devraient être les instruments de l'action de l'OMS sur leurs territoires respectifs. Toutefois, comme il est indiqué dans le chapitre II et comme le reconnaît de plus en plus l'OMS elle-même avec sa "nouvelle stratégie" de coopération intensifiée avec les pays les plus démunis, l'OMS devrait adopter une politique plus énergique et active d'aide aux pays guère susceptibles d'assurer par eux-mêmes leur développement sanitaire. Si une telle politique devait être adoptée, en particulier pour les pays à faible revenu, il deviendrait naturellement nécessaire de déléguer des pouvoirs accrus et de confier certaines fonctions d'appui aux bureaux de l'OMS dans les pays pouvant bénéficier d'actions concrètes, étant donné que, pour des ravisons purement pratiques, certaines fonctions relatives au personnel, à la comptabilité et à l'administration générale sont généralement mieux exécutées au niveau des pays.

TABLEAU 2. COMPOSITION DU PERSONNEL DU SECRETARIAT DE L'OMS EN FONCTION DE L'ORIGINE REGIONALE DES FONCTIONNAIRES DE LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE ET DES CATEGORIES SUPERIEURES EN 1990

ORIGINE	EFFEC-TIF TOTAL AU 31.12.90	SIEGE/ CIRC		AFRO		AMRO		EMRO		EURO		SEARO		WPRO	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
AFRO	233	29	4.1	202	65.8	1	0.7	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
AMRO	375	157	22.0	25	8.1	134	87.6	13	12.9	5	7.0	18	17.8	23	23.5
EMRO	94	28	3.9	4	1.3	0	0.0	57	56.4	0	0.0	2	2.0	3	3.1
EURO	633	404	56.6	70	22.8	16	10.5	21	20.8	66	93.0	26	25.7	30	30.6
SEARO	96	29	4.1	2	0.7	1	0.7	7	6.9	0	0.0	49	48.5	8	8.2
WPRO	114	67	9.4	4	1.3	1	0.7	2	2.0	0	0.0	6	5.9	34	34.7

TABLEAU 3. MOUVEMENT DES PERSONNELS PROFESSIONNELS D'UNE ENTITE ORGANIQUE A L'AUTRE : 1er JANVIER 1986-31 DECEMBRE 1990

A / DE	SIEGE/CIRC	AFRO	AMRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO
SIEGE/ IARC	X	26	2	6	5	8	7
AFRO	37	X	0	4	2	6	1
AMRO	8	1	X	0	0	0	0
EMRO	18	4	0	X	1	3	1
EURO	22	3	0	0	X	0	0
SEARO	16	2	2	11	0	X	3
WPRO	34	3	0	4	0	5	X

114. La décentralisation des pouvoirs et des fonctions en faveur des pays donnera évidemment un rôle central aux représentants de l'OMS dans les pays. De nombreux hauts fonctionnaires de l'OMS estiment que l'Organisation aurait besoin d'une nouvelle génération de représentants dans les pays pour jouer à ce niveau un rôle directeur efficace de l'action de santé. L'étude organique conduite en 1977 par le Conseil exécutif sur le rôle de l'OMS au niveau des pays, et en particulier le rôle des représentants de l'OMS, proposait bien de donner des responsabilités et des pouvoirs sensiblement accrus, à ces fonctionnaires. Les responsabilités et les fonctions définies dans cette étude comme dans d'autres documents de l'OMS, par exemple la politique régionale de budgétisation-programmation, supposent des qualités exceptionnelles d'imagination et d'autorité, des qualifications techniques, une vaste expérience de l'action internationale et des compétences gestionnaires. En l'état actuel des choses, il ne semble pas que tous les représentants de l'OMS, et il est même probable que très peu d'entre eux, répondent à ces critères. 1 semble, par exemple, que de nombreux représentants ne sont pas capables d'aider les ministères de la santé à formuler des propositions de projet ou à établir les documents nécessaires pour obtenir des crédits extrabudgétaires. Là encore, la situation varie d'une Région à l'autre.

115. Etant donné ce qui précède, il ne serait sans doute pas indiqué à ce stade de décentraliser certaines fonctions d'appui en faveur des pays tant qu'une nouvelle génération de représentants ne sera pas solidement implantée et que le personnel local de soutien n'aura pas été bien familiarisé avec les procédures financières et administratives de l'OMS. Cela étant, l'OMS pourrait et devrait

peut-être profiter de ce que certains services d'appui maintenant assurés au seul niveau régional peuvent désormais être assurés dans les pays, lorsque cela est possible, par des réseaux de services communs du système des Nations Unies tels qu'il s'en constituera sans doute de plus en plus pour des raisons d'économie. Dans le même ordre d'idée, l'OMS pourrait peut-être voir avec l'UNICEF si certains de ses représentants possédant des qualifications appropriées ne pourraient pas aussi faire fonction de représentants de l'OMS dans certains pays, et si le système des représentants de zone de l'OMS, abandonné il y a des années, ne mériterait pas d'être réintroduit pour des raisons d'économie dans certains cas, en particulier en Europe orientale et centrale et dans la Communauté des Etats indépendants.

116. **Services spécialisés** : La structure décentralisée de l'OMS unique en son genre exige que soient appliquées, dans toute l'Organisation des méthodes et des procédures uniformes. Cela suppose l'existence d'un groupe de fonctionnaires hautement compétents, garants de la mémoire institutionnelle de l'OMS et capables de guider leurs subordonnés dans leur travail. Il semble que les fonctionnaires des services d'appui mentionnés au paragraphe 117 ci-dessous ne possèdent pas tous un tel profil et ne sont plus soumis à un roulement du Siège aux Régions et entre celles-ci à la suite de la résolution WHA29.4f3 de l'Assemblée de la Santé qui limitait, semble-t-il, les possibilités de transfert de ressources entre les différentes entités de l'Organisation. De plus, alors que l'OMS consacre à juste titre des ressources importantes à la formation de personnels nationaux de santé, elle ne parait guère se soucier de la formation de ses personnels clés.

117. Les Inspecteurs recommandent que, pour favoriser l'uniformité des méthodes et des procédures dans l'ensemble de l'OMS et affirmer encore l'unité de ses objectifs et de sa gestion, certains postes clés soient financés, pourvus et administrés à l'échelon central et que leurs titulaires passent tous les trois ou quatre ans par roulement d'une Région à l'autre ainsi que du niveau régional au Siège. Cette gestion centralisée ne devrait pas affecter les filières hiérarchiques et d'établissement des rapports entre les fonctionnaires concernés et les Directeurs régionaux. Les postes clés déterminés par les Inspecteurs comme devant absolument relever d'une telle gestion centrale et faire l'objet d'une formation continue en cours d'emploi à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS sont les suivants :

a) Représentants de l'OMS dans les pays (WR)
b) Administrateurs des programmes techniques (PM)
c) Directeurs des programmes d'appui (DSP)
d) Responsables de la gestion administrative (MGT)
e) Fonctionnaires des services des publications/rapports (PUB)

f) Editeurs et traducteurs
g) Fonctionnaires du service du Personnel (PER)
h) Fonctionnaires du Budget et des Finances (BFO)
i) Fonctionnaires du service des Fournitures (SUP)
j) Fonctionnaires des services administratifs (ASO).

118. Les représentants dans les pays et les administrateurs des programmes techniques devraient être soumis à une alternance en plus d'un roulement géographique. Il faudrait aussi étudier la possibilité de renforcer sensiblement les services ou unités de gestion administrative dans chaque bureau régional. Parce que le succès ou l'échec de la décentralisation à l'OMS risquent d'incomber aux fonctionnaires ci-dessus, les Inspecteurs demandent instamment que leur recrutement et leur gestion ne soient pas seulement entièrement centralisés mais reposent également sur des critères nouveaux et plus rigoureux. Toutes les modifications qui devraient être apportées au personnel devraient être introduites conformément aux nouveaux profils selon un calendrier de trois ans, par exemple.

119. **Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres** : Deux problèmes méritent d'être signalés sous cette rubrique. Le premier est que les fonctionnaires du service des Fournitures au Siège se rendent très rarement dans les pays en développement pour se familiariser avec les conditions et les possibilités sur place. Les responsables des fournitures dans les Régions sont censés connaître ces conditions et possibilités, mais eux aussi ne voyagent guère dans leurs Régions pour s'informer. Le deuxième problème est l'absence d'informations en retour sur l'utilité, le fonctionnement et l'état général du matériel que l'OMS fournit aux Etats Membres pour un coût supérieur à US $50 millions par an.. Conformément à la politique de décentralisation en vigueur à l'OMS, les ressources dont celle-ci dispose pour la coopération technique et qui comprennent le matériel et les fournitures "appartiennent" aux Etats Membres qui doivent néanmoins rendre compte de la bonne utilisation de ces ressources conformément aux politiques et aux principes directeurs de l'OMS. Toutefois, force est de constater que ni la première ni la deuxième évaluation de la stratégie de la santé pour tous (voir le chapitre II) ne contenait de rubrique spéciale sous laquelle les gouvernements ou l'OMS elle-même auraient eu à rendre compte aux organes directeurs de l'utilisation, de l'entretien ou de la cession des équipements et fournitures achetés par l'Organisation depuis 1979, pour un coût estimé à plus de US $600 millions. Le Conseil exécutif devrait demander au Secrétariat d'évaluer ce programme tous les deux ans.

120. Lorsque ce rapport a été mis au point, des données supplémentaires ont été communiquées par l'OMS sur la distribution des ressources de son budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires en 1992. Ces données sont reproduites ci-dessous à toutes fins utiles.

DISTRIBUTION DU TOTAL DES RESSOURCES DU BUDGET ORDINAIRE EN 1992

(a) Par niveau organique				
	US$ millions	%	Catégorie professionnelle et supérieure	%
Siège/niveau interrégional	128.8	35	375	39
Niveau régional/interpays	104.8	29	302	31
Niveau des pays	133.8	36	294	30
TOTAL	367.4	100	971	100
(b) Par région				
	US$ millions	%	Catégorie professionnelle et supérieure	%
AFRO				
Niveau régional	30.3	12	59	10
Niveau des pays	37.9	16	104	17
AMRO				
Niveau régional	18.7	8	53	9
Niveau des pays	17.1	7	85	14
EMRO				
Niveau régional	11.6	5	54	9
Niveau des pays	25.2	10	30	5
EURO				
Niveau régional	21.6	9	63	11
Niveau des pays	1.3	1	-	-
SEARO				
Niveau régional	9.7	4	36	6
Niveau des pays	33.8	14	35	6
WPRO				
Niveau régional	12.9	5	37	6
Niveau des pays	18.5	8	40	7
TOTAL	238.6	100	596	100

DISTRIBUTION DU TOTAL DES RESSOURCES EXTRABUDGETAIRES EN 1992

(a) Par niveau organique

	US$ millions	%	Catégorie professionnelle et supérieure	%
Siège/niveau interrégional	248.3	50	272	52
Niveau régional/interpays	152.2	30	47	9
Niveau des pays	99.1	20	206	39
TOTAL	367.4	100	525	100

(b) Par région

	US$ millions	%	Catégorie professionnelle et supérieure	%
AFRO				
Niveau régional	36.2	15	11	4
Niveau des pays	19.9	8	112	44
AMRO				
Niveau régional	91.1	36	11	4
Niveau des pays	49.9	20	22	9
EMRO				
Niveau régional	3.4	1	8	3
Niveau des pays	6.1	2	7	3
EURO				
Niveau régional	7.6	3	4	2
Niveau des pays	0.6	-	14	6
SEARO				
Niveau régional	5.1	2	7	3
Niveau des pays	15.4	6	26	10
WPRO				
Niveau régional	8.8	4	6	2
Niveau des pays	7.2	3	25	10
TOTAL	251.3	100	253	100

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A. Conclusion

121. L'OMS représente à plusieurs égards une ressource mondiale unique pour la communauté internationale, mais ce vaste potentiel n'a pas encore été pleinement mis à profit. Sa Constitution la dote d'une remarquable structure décentralisée dont le bon fonctionnement est cependant: entravé par plusieurs facteurs d'ordre politique, gestionnaire et programmatique. Elle a très efficacement rempli ses fonctions coordonnatrices, directrices et normatives à l'échelle mondiale, en particulier en lançant et en favorisant la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Mais son travail de coopération technique n'a pas eu partout l'efficacité nécessaire pour aider les Etats Membres à mettre en oeuvre cette stratégie. Les raisons à cela, complexes, sont imputables aux pays, aux Régions et au Siège qui partagent la responsabilité de la mise en oeuvre de la stratégie et de l'utilisation optimale des ressources de l'OMS et sont les principaux instruments de la décentralisation à l'OMS.

122. Les Inspecteurs concluent que, parce que la structure décentralisée de l'OMS souffre actuellement des nombreux problèmes décrits dans ce rapport, elle ne fonctionne pas au cours des années 90 de façon aussi efficiente et efficace que lors des premières décennies de son existence. Tout au long de son histoire, l'OMS a fait la preuve d'une remarquable capacité d'autoévaluation, comme en témoignent les nombreuses études organiques du Conseil exécutif. Les Inspecteurs ont la conviction que l'OMS peut redevenir l'organisation phare qu'elle était autrefois au sein du système des Nations Unies et de la communauté des nations, à la condition que le Conseil exécutif exerce à nouveau ses pleins pouvoirs de contrôle gestionnaire, comme le lui demande la Constitution, et introduise les réformes courageuses qui s'imposent. En conséquence, les Inspecteurs résument comme suit leurs principales recommandations tout en attirant l'attention sur les autres recommandations contenues dans le présent rapport.

B. Recommandations

RECOMMANDATION 1 : CONSEIL EXECUTIF

Le Conseil exécutif souhaitera peut-être envisager de revitaliser son pouvoir de contrôle gestionnaire prévu par la Constitution, notamment par les mesures suivantes :

a) S'assurer qu'une proportion adéquate (20 % par exemple) des membres du Conseil et de leurs conseillers sont des experts des questions gestionnaires, administratives et budgétaires.

b) Créer un sous-comité de vigilance pour les questions administratives et budgétaires qui serait doté d'un petit secrétariat permanent et dont les fonctions seraient semblables à celles du Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires de l'ONU.

c) Entreprendre un examen complet du fonctionnement et de la structure des programmes techniques de l'OMS afin de corriger les profils du personnel, d'éliminer les duplications d'activités et d'instituer des fonctions complémentaires ainsi que des approches coordonnées le long des axes horizontal et vertical de l'Organisation.

d) Entreprendre un examen complet, au besoin avec l'aide de consultants extérieurs en gestion, des politiques et pratiques de l'OMS en matière de recrutement, de classement des postes et de promotion, avec pour objectif déclaré d'inverser la tendance à l'augmentation des dépenses de personnel et à l'escalade des promotions à des classes supérieures dans toute l'Organisation.

RECOMMANDATION 2 : COMITES REGIONAUX

Le Conseil exécutif pourrait, en consultation avec les comités régionaux, recommander à l'Assemblée de la Santé de prendre les mesures suivantes :

a) Les comités régionaux devraient faire porter l'essentiel de leurs efforts sur les problèmes techniques et opérationnels liés à la mise en oeuvre et à l'évaluation des stratégies régionales de la santé pour tous.

b) Le niveau et les qualifications des représentants appelés à siéger aux comités régionaux devraient être examinés et très précisément définis au-dessous du niveau ministériel pour tenir compte du changement d'orientation proposé et de la nécessité d'assurer la continuité de l'exécution des politiques dans les Etats Membres de chaque Région. Les comités régionaux devraient continuer de se réunir au niveau ministériel pendant les sessions de l'Assemblée de la Santé.

c) Des filières d'autorité et d'établissement des rapports mieux structurées devraient être instituées entre les comités régionaux et le Conseil.

d) Les comités régionaux devraient se réunir tous les deux ans, de préférence les années où est examiné le budget programme, pour garantir l'utilisation optimale des ressources.

RECOMMANDATION 3 : DIRECTEURS RÉGIONAUX (RD)

a) Le Directeur général devrait être habilité à choisir et à désigner les Directeurs régionaux, pour confirmation par le Conseil exécutif, à l'issue de consultations et en accord avec les comités régionaux concernés ou leurs bureaux le cas échéant.

b) Le Directeur général devrait garder confidentiels les processus de sélection et de consultation afin d'exclure toute concurrence ouverte pour le poste de Directeur régional.

c) La durée du mandat des Directeurs régionaux, y compris du Directeur régional pour les Arnériques/OPS, serait fixée à cinq ans, et renouvelable une fois. Cette recommandation pourrait s'appliquer aussi au Directeur général.

d) La description de poste des Directeurs régionaux devrait être modifiée pour permettre une décentralisation et la délégation de certaines de leurs fonctions aux représentants de l'OMS pour ce qui concerne la gestion, l'administration et la mobilisation des ressources pour les programmes de pays, conformément aux règles financières et aux résolutions des organes directeurs.

RECOMMANDATION 4 : PROGRAMMES TECHNIQUES

a) L'OMS devrait élaborer un cadre nouveau pour la détermination des priorités des programmes de coopération technique de manière à concentrer sa "masse critique" sur les pays à faible revenu et sur un éventail plus restreint de programmes financés par le budget ordinaire et à décentraliser au niveau des pays autant de programmes qu'elle le jugerait approprié pour qu'ils bénéficient du soutien des gouvernements, des représentants de l'OMS et d'autres partenaires.

b) Sous réserve que soit acceptée et mise en oeuvre la recommandation 3, les fonctions d'exécution sur le terrain maintenant confiées à certains programmes mondiaux au Siège devraient ensuite être décentralisées dans la mesure du possible, ainsi que les ressources nécessaires aux dépenses connexes d'appui.

RECOMMANDATION 5 : APPUI AU PLAN DE L'INFORMATION SANITAIRE ET BIOMEDICALE

Il faudrait envisager de renforcer l'autorité et le statut du Bureau des Publications pour en faire une division à part entière pour les raisons et les objectifs décrits aux paragraphes 99 à 104 du présent rapport; d'autre part, tous les bureaux régionaux devraient pouvoir participer pleinement à la production et à la diffusion d'informations sanitaires.

RECOMMANDATION 6 : SERVICES D'APPUI

Il faudrait instituer un système unifié d'information gestionnaire et de communication qui intégrerait toutes les entités organiques, les programmes et les bureaux de pays. De même, les différents services d'appui au Siège devraient être intégrés au programme d'appui, quelle que soit leur source de financement, et des principes directeurs devraient être élaborés pour régir la répartition des ressources destinées aux services d'appui entre le Siège et les Régions.

RECOMMANDATION 7 : BUDGET ET FINANCES

a) Le système actuel de budgétisation-programmation pourrait devoir être réexaminé et, si nécessaire, modifié pour satisfaire plus efficacement les priorités mondiales en pleine évolution de l'Organisation.

b) Les règles financières devraient être précisées et au besoin mises à jour à la lumière de la résolution WHA34.37 de l'Assemblée de la Santé de façon que les Directeurs régionaux et les représentants dans les pays soient mieux à même de mobiliser des ressources extrabudgétaires et d'en rendre compte, de la même manière que les programmes basés au Siège.

RECOMMANDATION 8 : PERSONNEL

a) En attendant que soit appliquée la recommandation 1 d) et compte tenu, dans la mesure du possible, des vues exprimées par toutes les instances concernées, le recrutement de fonctionnaires de la catégorie professionnelle pour des contrats de durée déterminée devrait être centralisé, à titre provisoire, afin de permettre au Directeur général de prendre les mesures suivantes selon un calendrier de trois ans

i) corriger si nécessaire la composition des bureaux régionaux en personnel de la catégorie professionnelle, conformément à l'article 35 de la Constitution, de sorte qu'aucun bureau régional ne compte plus de 40 % de fonctionnaires de la catégorie professionnelle originaires d'une même Région de l'OMS;

ii) constituer une nouvelle génération de représentants de l'OMS dans les pays possédant les qualités d'autorité, les aptitudes techniques ainsi que l'expérience et les compétences gestionnaires requises d'eux dans les documents officiels de l'OMS; il faudrait établir pour eux de nouvelles descriptions de poste faisant état de responsabilités et de pouvoirs nettement accrus pour la gestion et l'administration des programmes de pays et la mobilisation des ressources nécessaires;

iii) créer une catégorie nouvelle de fonctionnaires des services spécialisés, comprenant, outre les représentants dans les pays, les administrateurs des programmes techniques, les directeurs du programme d'appui, les responsables de la gestion administrative, les fonctionnaires du Bureau des Publications, les éditeurs et traducteurs, les fonctionnaires du service du Personnel, les fonctionnaires du Budget et des Finances, les fonctionnaires du service des Fournitures et les fonctionnaires des services administratifs; ces postes seraient financés, pourvus et administrés centralement au Siège sans que soient affectées les relations d'autorité entre eux et les Directeurs régionaux; ils bénéficieraient en priorité d'une formation et de recyclages périodiques en cours d'emploi à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS; on établirait pour eux, le cas échéant, de nouvelles descriptions de poste reflétant le niveau exceptionnel de qualifications, d'expérience et de compétences requis et ils seraient soumis à un roulement tous les trois à quatre ans entre les Régions et des Régions au Siège.

b) Les promotions à titre personnel devraient être supprimées à l'heure actuelle et dans un proche avenir.

c) Le recours à des consultants extérieurs devrait être strictement réglementé par des principes directeurs élaborés par le Directeur général et approuvés par le Conseil.

d) L'âge obligatoire fixé pour la retraite devrait être plus systématiquement respecté.

Figure 1

PB/94-95

Engagements estimatifs de dépenses par lieu d'affectation

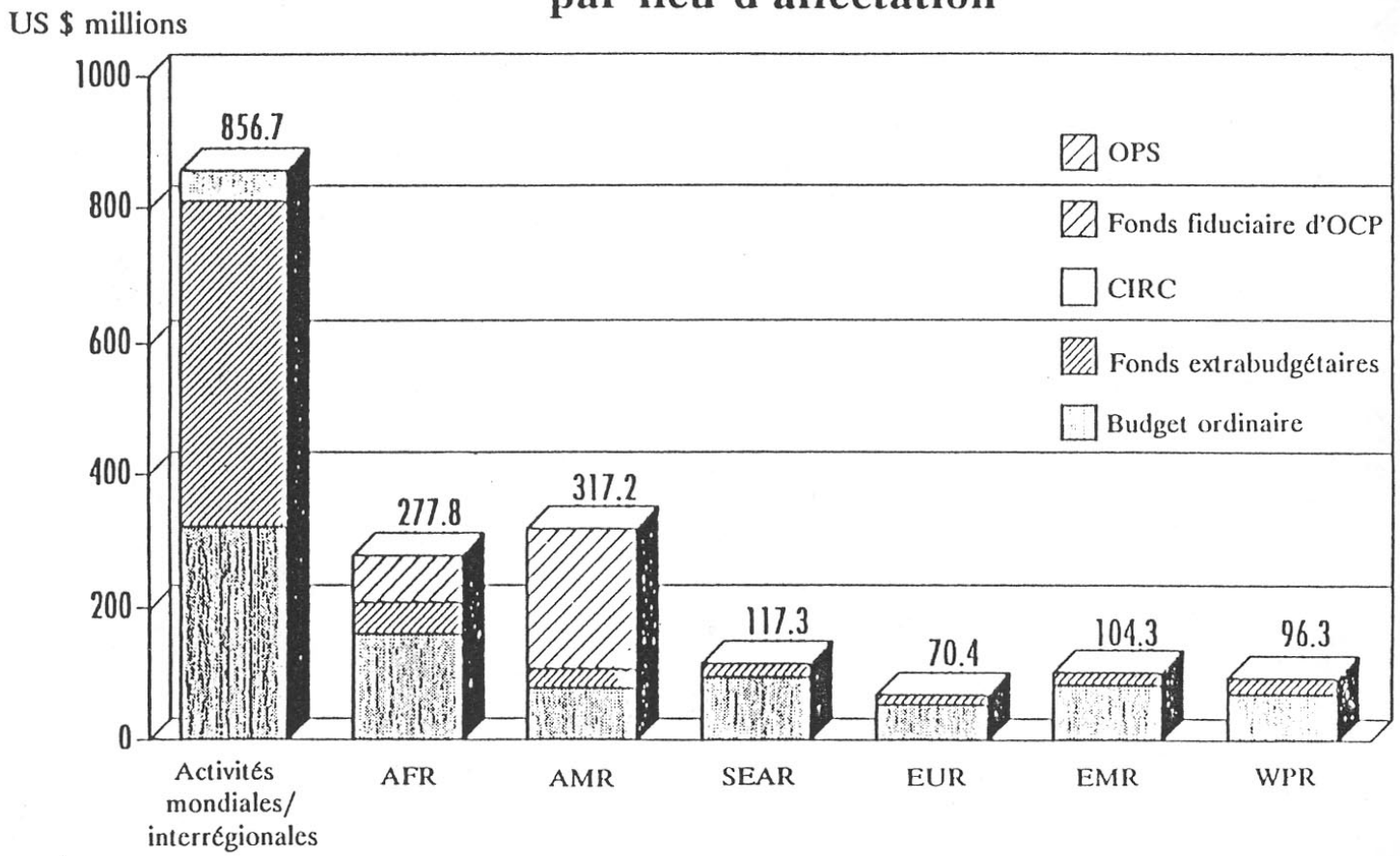
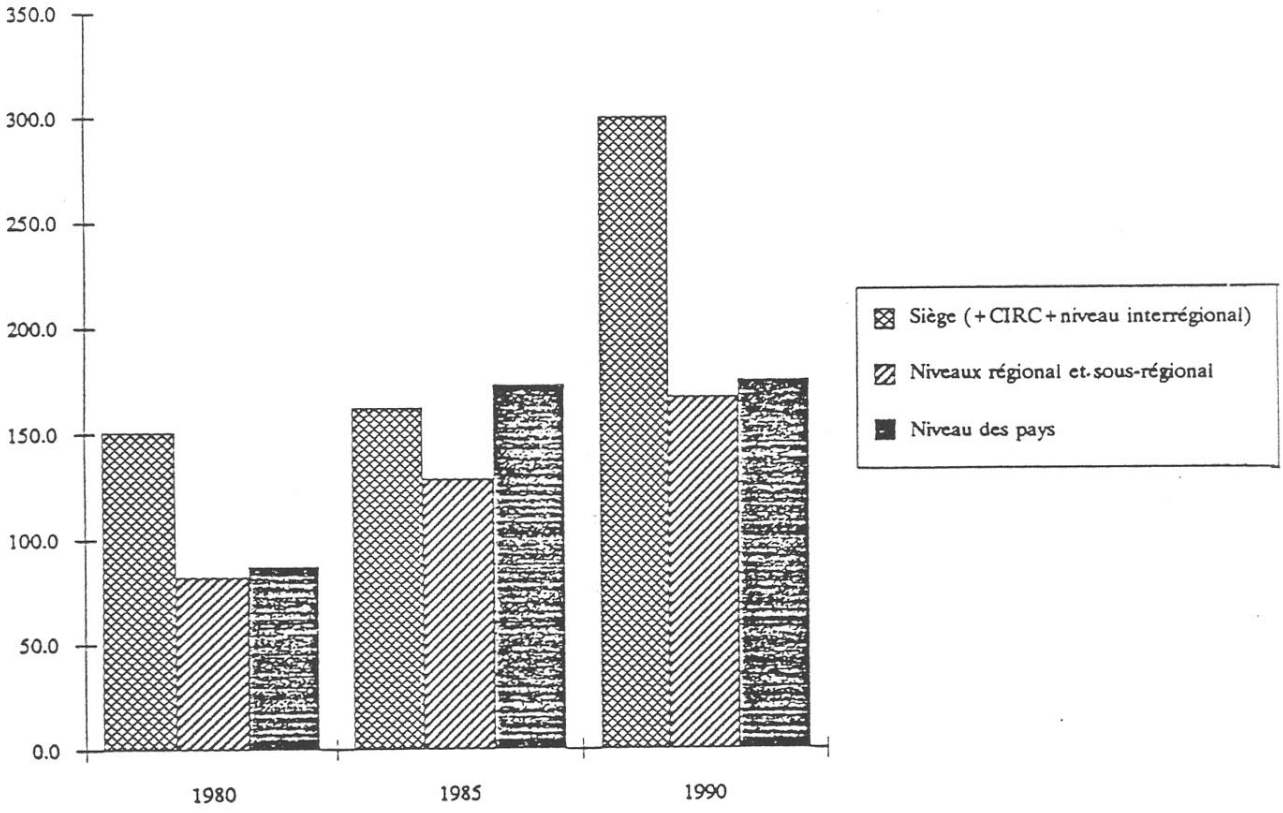


Figure 2

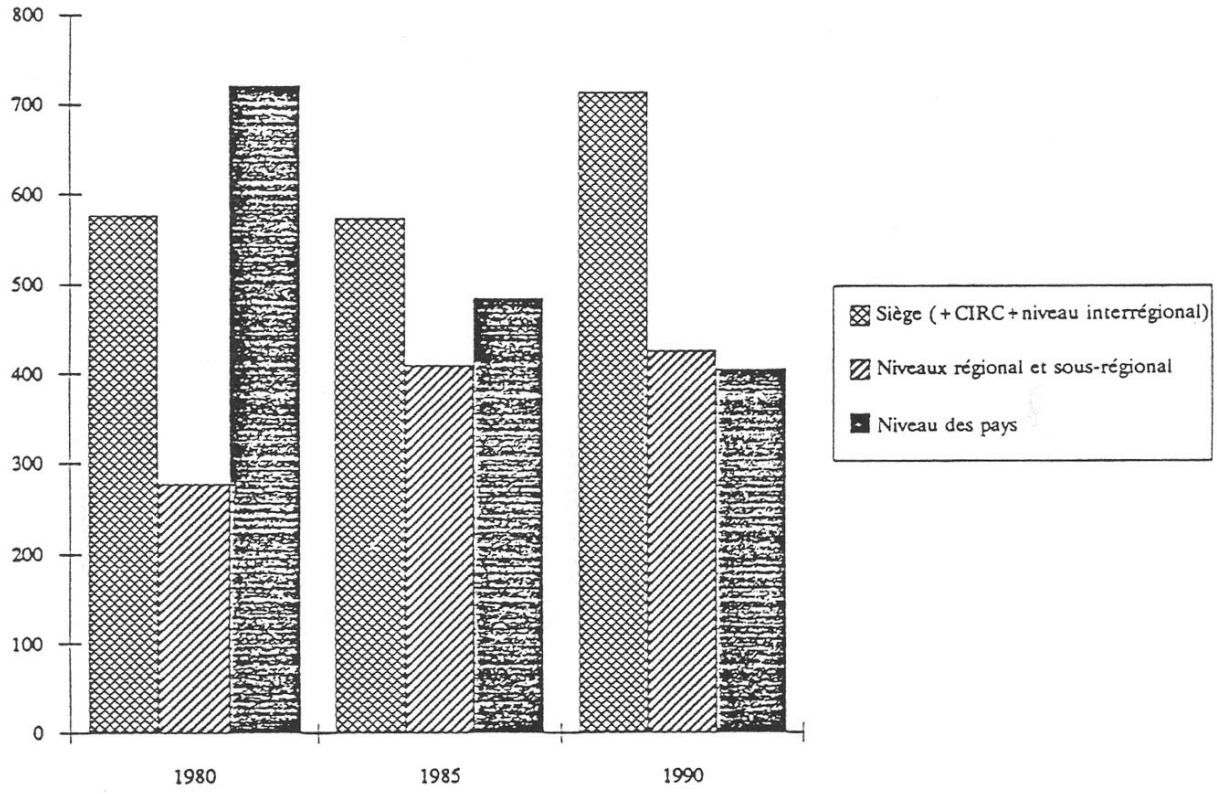
Décentralisation des ressources financières totales en millions de US $ (1980-1990)



	1980		1985		1990		Augmentation (%) 1980/1990
Siège (+ CIRC + niveau interrégional)	150,7	47,0 %	162	34,9 %	300,3	46,7 %	99,3 %
Niveaux régional et sous-régional	82,4	25,7 %	128,5	27,7 %	167,2	26,0 %	102,9 %
Niveau des pays	87,5	27,3 %	173,2	37,4 %	175	27,2 %	100,0 %
Total	320,6	100,0 %	463,7	100,0 %	642,5	100,0 %	100,4 %

Figure 3

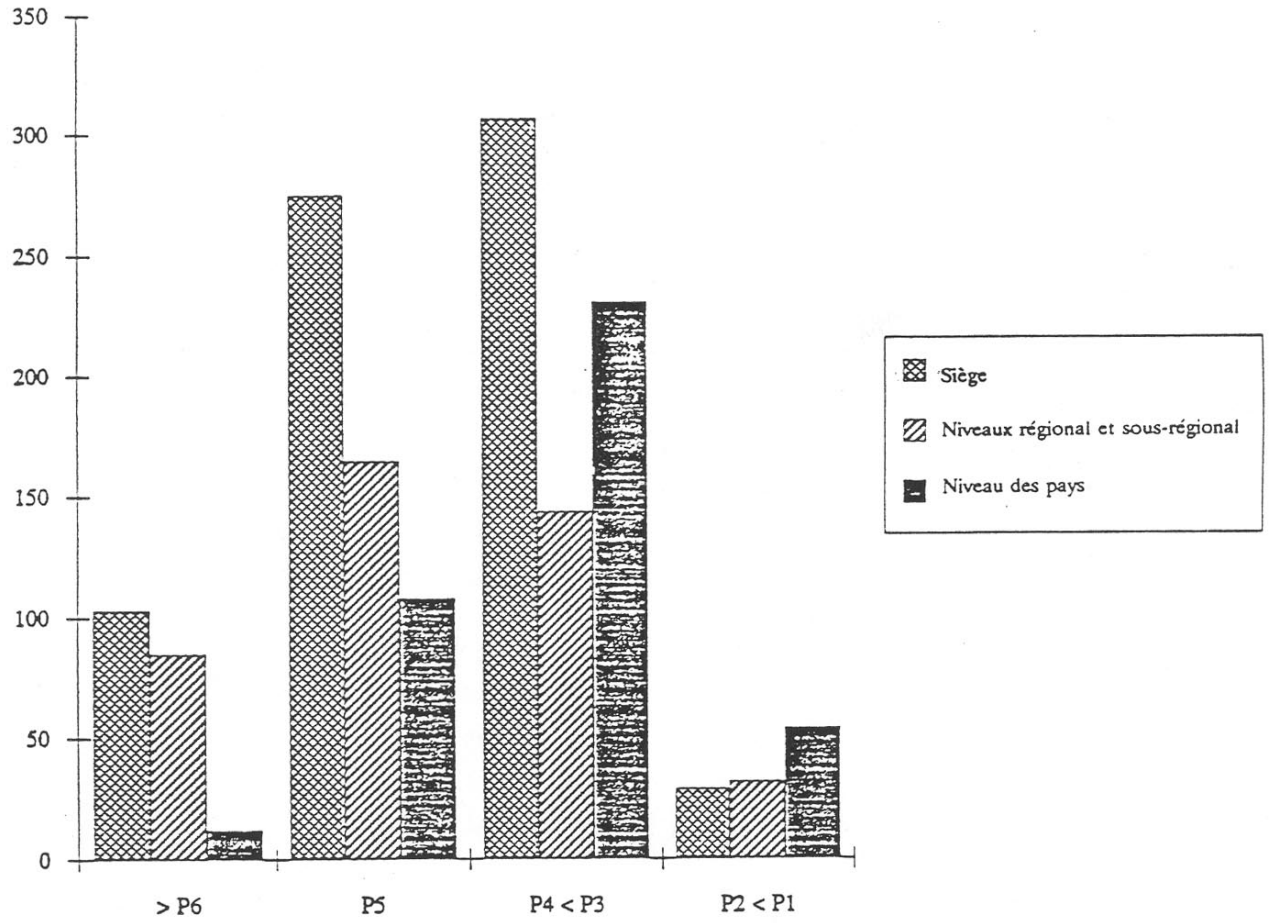
Décentralisation de l'effectif total du personnel des catégories professionnelle et supérieure (1980-1990)



	1980		1985		1990		Augmentation (%) 1980/1990
Siège (+ CIRC + niveau interrégional)	577	36,6 %	574	39,1 %	714	46,2 %	23,7 %
Niveaux régional et sous-régional	278	17,6 %	410	27,9 %	426	27,6 %	53,2 %
Niveau des pays	722	45,8 %	485	33,0 %	405	26,2 %	-43,9 %
Total	1 577	100,0 %	1 469	100,0 %	1 545	100,0 %	-2,0 %

Figure 4

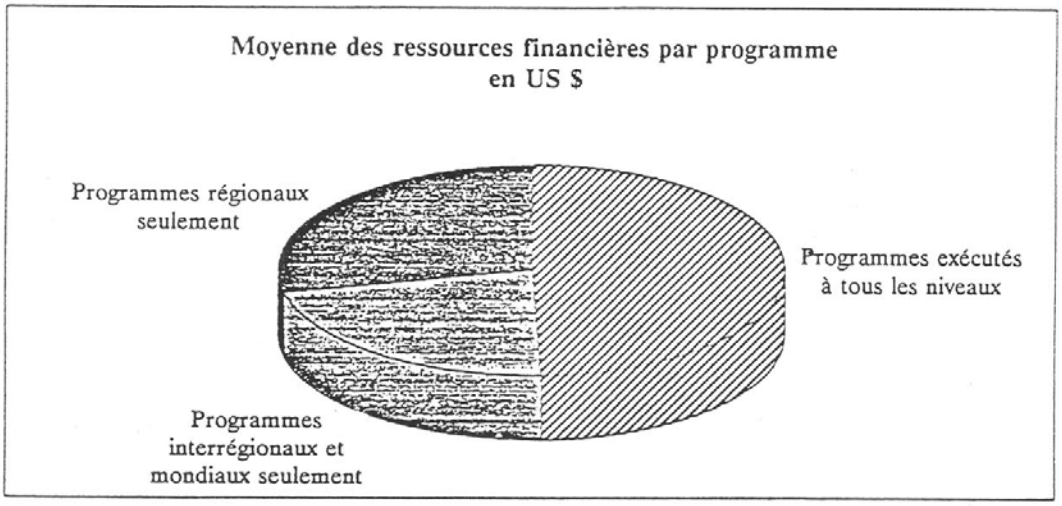
Décentralisation du personnel des catégories professionnelle et supérieure, par classe



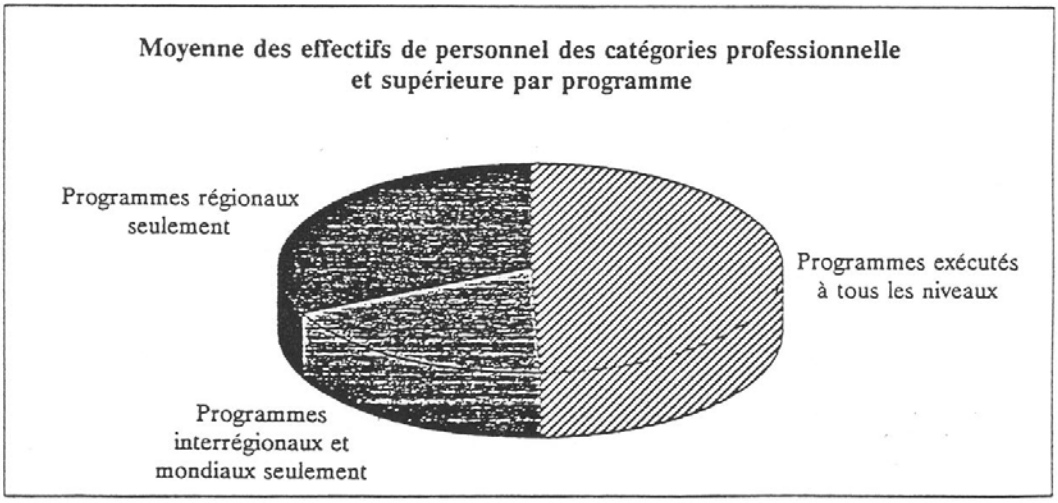
	> P6	P5	P4 < P3	P2 < P1
Siège	103	275	307	29
Niveaux régional et sous-régional	85	165	144	32
Niveau des pays	12	108	231	54
Total	200	548	682	115

Figure 5

Distribution des programmes en 1990 par niveau organique



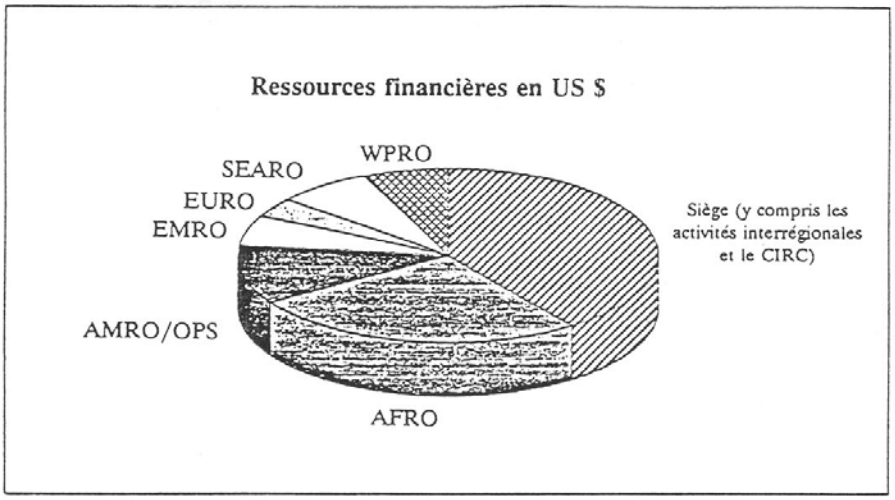
	Nombre	US $	US $/ programme
Programmes exécutés à tous les niveaux	48	488 192 015	10 170 667
Programmes interrégionaux et mondiaux seulement	48	213 736 652	4 452 847
Programmes régionaux seulement	47	274 455 363	5 839 476



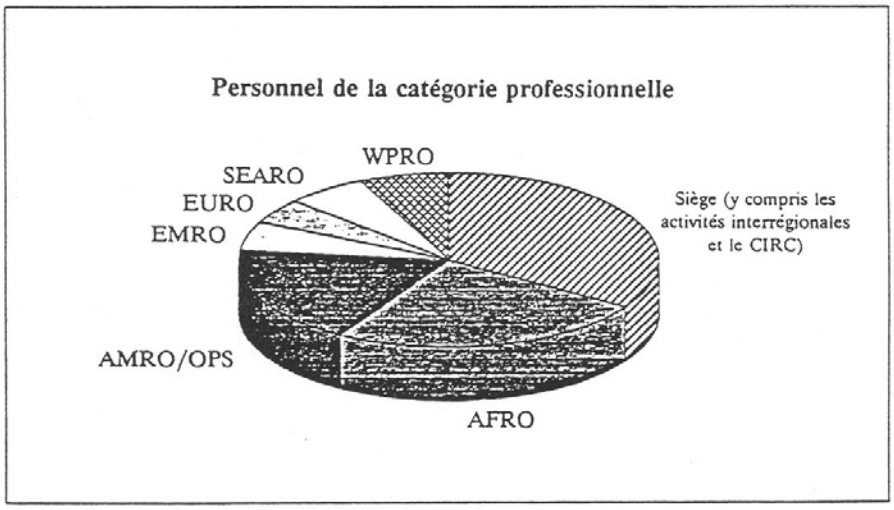
	Nombre	Total personnel professionnel	Total personnel professionnel par programme
Programmes exécutés à tous les niveaux	48	1 115	23
Programmes interrégionaux et mondiaux seulement	48	407	8
Programmes régionaux seulement	47	708	15

Figure 6

Distribution des ressources des programmes en 1990 par entité organique



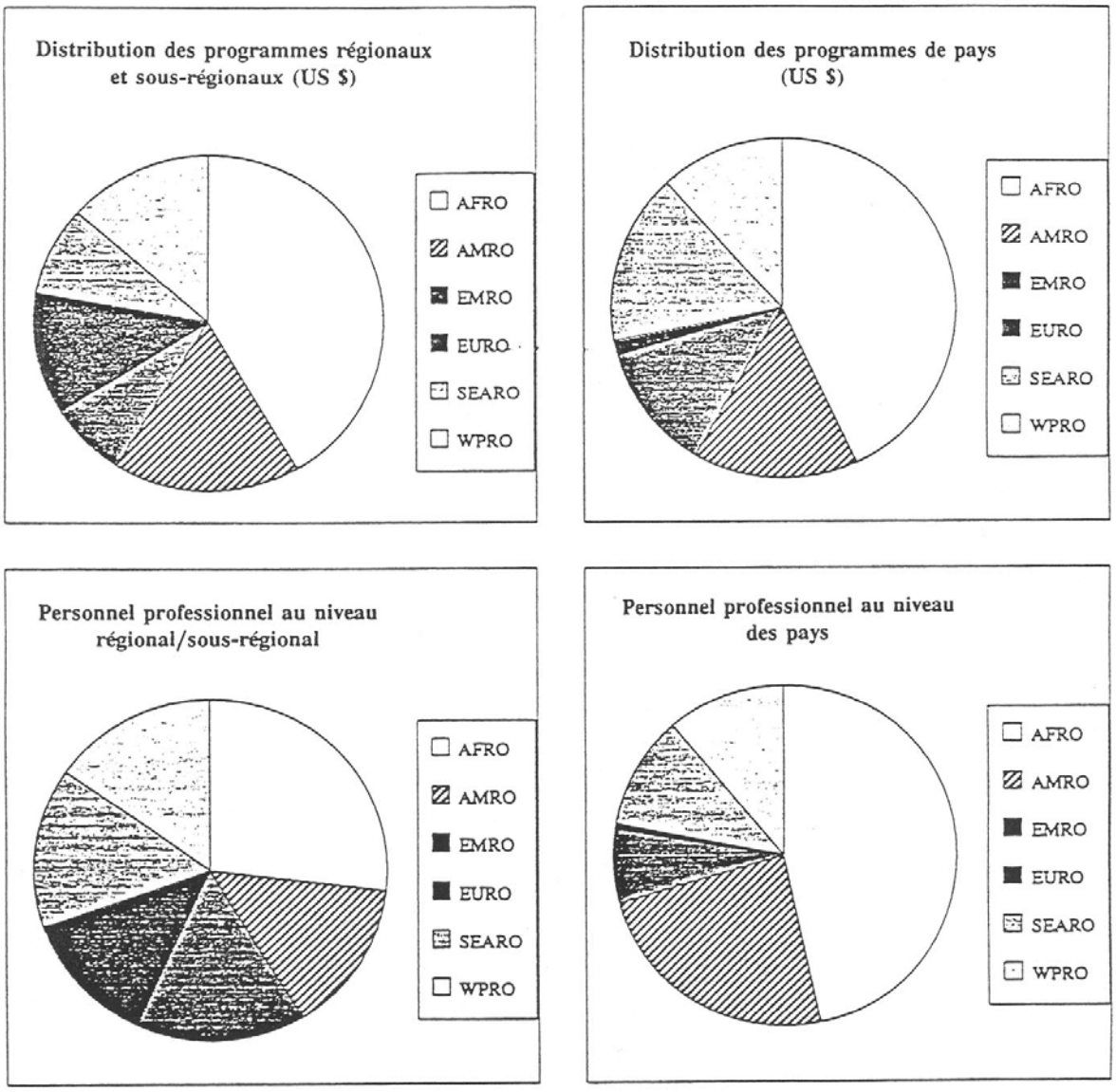
	Nombre	US $	US $/ programme
Siège (y compris les activités interrégionales et le CIRC)	48	213 736 652	4 452 847
AFRO	42	119 279 659	2 839 992
AMRO/OPS	35	43 432 599	1 240 931
EMRO	46	27 972 045	608 088
EURO	35	14 297 331	408 495
SEARO	47	36 370 152	773 833
WPRO	45	33 103 577	735 635



	Nombre	Personnel professionnel	Personnel professionne programme
Siège (y compris les activités interrégionales et le CIRC)	48	467	10
AFRO	42	255	6
AMRO/OPS	35	132	4
EMRO	46	66	1
EURO	35	34	1
SEARO	47	80	2
WPRO	45	81	2

Figure 7

Allocations de ressources aux programmes régionaux et de pays en 1990



Distribution des ressources financières et humaines par Région en 1990

	Niveau régional (US $)	Niveau sous-régional (US $)	Niveau des pays (US $)	Personnel professionnel au niveau des pays	Personnel professionnel au niveau régional
AFRO	42 568 893	3 917 041	72 793 725	189	66
AMRO	17 789 190	-	25 643 409	97	35
EMRO	7 310 920	-	20 661 125	28	38
EURO	11 967 938	-	2 329 393	3	31
SEARO	8 876 750	-	27 493 402	44	36
WPRO	13 631 582	- -	19 471 995	44	37

Figure 8

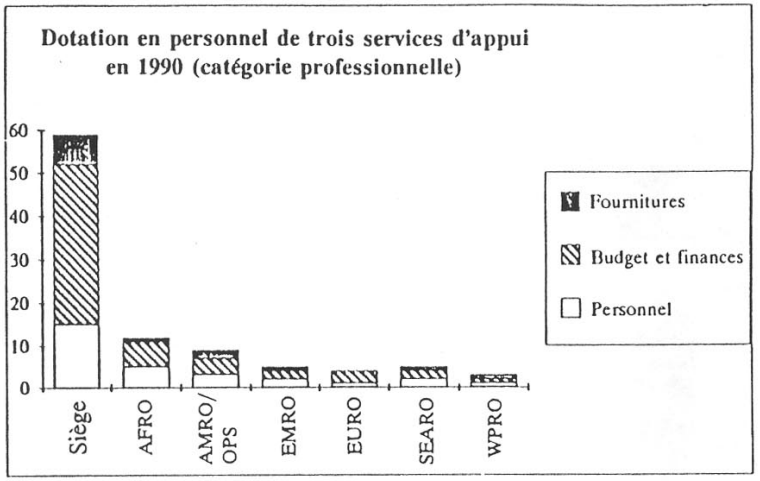
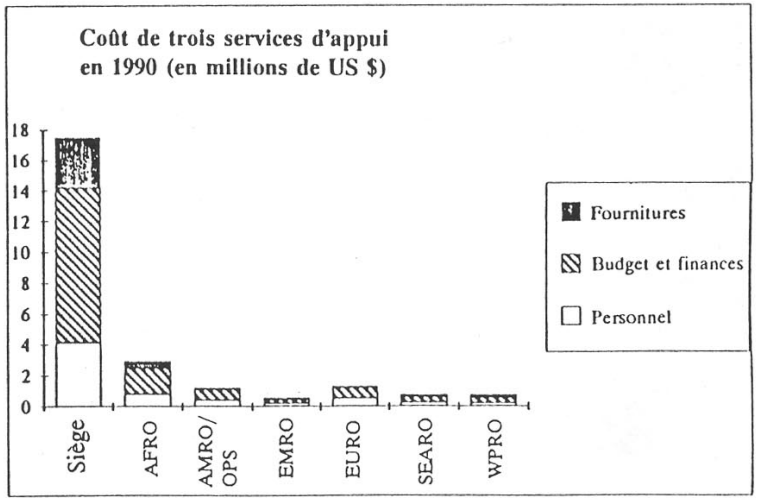
Dotation en personnel et coût de trois services d'appui en 1990

Personnel en 1990

	Personnel professionnel	Coût total[1] US $	Personnel professionnel	Coût total %
Siège	15	4 139 382	52 %	63 %
AFRO	5	782 417	17 %	12 %
AMRO/OPS	3	417 069	10 %	6 %
EMRO	2	199 943	7 %	3 %
EURO	1	500 531	3 %	8 %
SEARO	2	277 197	7 %	4 %
WPRO	1	208 616	3 %	3 %

Budget et finances en 1990

	Personnel professionnel	Coût total[1] US $	Personnel professionnel	Coût total %
Siège	37	10 047 034	67 %	71 %
AFRO	6	1 718 242	11 %	12 %
AMRO/OPS	4	711 289	7 %	5 %
EMRO	2	265 113	4 %	2 %
EURO	3	776 502	5 %	5 %
SEARO	2	360 153	4 %	3 %
WPRO	1	360 189	2 %	3 %

Fournitures en 1990

	Personnel professionnel	Coût total[1] US $	Personnel professionnel	Coût total %
Siège	7	3 326 046	54 %	74 %
AFRO	1	427 494	8 %	9 %
AMRO/OPS	2	142 166	15 %	3 %
EMRO	1	156 576	8 %	3 %
EURO	-	65 939	-	1 %
SEARO	1	163 473	8 %	4 %
WPRO	1	236 820	8 %	5 %