

**Examen des services médicaux
des organismes des Nations Unies**

Rapport établi par

Nikolay Chulkov

Corps commun d'inspection

Genève 2011



Nations Unies

Examen des services médicaux des organismes des Nations Unies

Rapport établi par

Nikolay Chulkov

Corps commun d'inspection



Nations Unies, Genève 2011

Résumé

Examen des services médicaux des organismes des Nations Unies JIU/REP/2011/1

Le rapport a pour objet d'examiner comment, dans l'ensemble du système des Nations Unies, les services médicaux sont assurés, gérés, appuyés et surveillés, en vue de proposer des améliorations qui permettront à l'ONU de s'acquitter de son devoir de protection s'agissant de la santé et de la sécurité de son personnel. Cette question revêt une importance particulière dans le contexte de la progression du système des Nations Unies vers une mobilité et une présence sur le terrain accrues, ainsi que pour le personnel déployé dans les lieux d'affectation classés difficiles.

Le rapport examine le mandat de la Division des services médicaux de l'ONU et de son Directeur, tel que spécifié dans le document ST/SGB/2004/8, et conclut que compte tenu de la recommandation formulée par le Comité de haut niveau sur la gestion en ce qui concerne la sécurité et la santé au travail, le Secrétaire général devrait modifier le mandat/rôle de la Division. À cet égard, il était essentiel que les services pour la sécurité et la santé au travail, et en particulier les services médicaux correspondants, restent indépendants des autres services administratifs et relèvent soit directement du Directeur général, soit de son représentant désigné. Cela implique que les services médicaux pour la sécurité et la santé au travail, même s'ils collaborent étroitement avec les services des ressources humaines, ne relèvent pas directement d'eux.

L'adoption par les organismes des Nations Unies de politiques pour la sécurité et la santé au travail nécessitera un nouveau paradigme pour les services médicaux assurés. Elle conduira aussi à des économies de coûts. L'accent sera mis désormais sur la prévention plutôt que sur le traitement. Comme le précédent Secrétaire général de l'ONU l'a fait valoir à juste titre, «... le personnel de l'Organisation est son plus grand atout et ... il faut donc le traiter comme tel».

Si le rapport décrit les services et les programmes médicaux assurés dans les villes sièges, il met spécifiquement l'accent sur les services médicaux assurés dans les lieux d'affectation hors siège, puisque ces derniers sont jugés inadéquats. Il décrit les fonctions des prestataires de services pertinents et l'interaction de ceux-ci avec la Division des services médicaux, le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies et le Département de la sûreté et de la sécurité, et il appelle l'attention sur la nécessité d'améliorer la coordination d'ensemble des services médicaux à l'échelle du système. La question de la responsabilité pour les services médicaux assurés sur le terrain est posée, car même si la Division des services médicaux est censée jouer un rôle de surveillance technique, elle n'a en réalité aucun moyen d'influencer les budgets et les programmes de travail des bureaux extérieurs, pas plus que le processus de suivi de la performance des autres prestataires de services. En outre, les dispensaires des Nations Unies sont aujourd'hui «gérés» par les représentants résidents et/ou par les équipes de pays concernés, sur la base d'un projet de mandat établi par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Cette décentralisation a soulevé des problèmes de responsabilité et des difficultés en cas de désaccord sur la participation aux coûts des différentes entités utilisant les installations en question.

Une vue d'ensemble des organes qui soit coopèrent soit coordonnent actuellement leur action, à l'échelle du système et au niveau interinstitutionnel, pour les questions d'ordre médical et concernant la sécurité et la santé au travail est présentée. Afin de faciliter la mise en œuvre des politiques pour la sécurité et la santé au travail et de renforcer la coordination, le rapport préconise pour conclure la mise en place d'un réseau à l'échelle du système pour les questions de sécurité et de santé au travail (comprenant, mais pas exclusivement, les services médicaux) calqué sur le modèle du Réseau interorganisations pour la gestion des mesures de sécurité (IASMN) créé pour les questions de sécurité. Le nouvel organe de coordination proposé surveillerait la mise en œuvre des politiques, des pratiques et des procédures pour la sécurité et la santé au travail dans le système des Nations Unies, et aiderait ainsi le Comité de haut niveau sur la gestion à examiner de façon exhaustive la question des structures du système des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail.

Le système des Nations Unies a investi des ressources considérables pour s'assurer les services d'un personnel nombreux dans le domaine de la santé, mais il n'a pas encore créé les structures requises pour superviser et gérer ces ressources selon les critères modernes en matière de soins de santé.

Le rapport contient sept recommandations, dont deux s'adressent aux organes délibérants.

Recommandation 2

Les organes délibérants des organismes des Nations Unies devraient adopter des normes appropriées pour les questions de sécurité et de santé au travail, en tenant compte des modifications nouvelles des normes minimales de sécurité et de sûreté opérationnelles et en veillant à leur compatibilité avec celles-ci.

Recommandation 7

L'Assemblée générale devrait charger le Secrétaire général de créer un réseau des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail, doté d'un mandat bien défini et placé sous la responsabilité du Directeur de la Division des services médicaux de l'ONU.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Résumé.....		iii
Abréviation		vii
I. Introduction.....	1–13	1
Méthodologie.....	7–13	2
II. Sécurité et santé au travail	14–26	2
Politiques pour la sécurité et la santé au travail.....	22–26	5
III. Les services médicaux dans le système des Nations Unies.....	27–76	7
A. Niveaux des postes de directeur médical.....	33–34	11
B. Dossiers médicaux des fonctionnaires.....	35–37	12
C. Financement des services médicaux.....	38–40	13
D. Services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège	41–48	14
E. Entités fournissant des services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège.....	49–68	17
Division des services médicaux de l'ONU.....	50–55	17
Médecins agréés par l'Organisation des Nations Unies	56–59	19
Département des opérations de maintien de la paix.....	60–61	20
Appui aux services médicaux – Département de l'appui aux missions.....	62–63	22
Groupe de gestion du stress traumatique	64–66	22
Personnel des services médicaux de l'ONU hors Siège	67–68	23
F. Zones reculées	69–70	25
G. Étude de cas – Libéria.....	71–76	25
IV. Coordination/coopération des services médicaux à l'échelle du système aujourd'hui.....	77–96	27
A. Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies.....	77–82	27
B. Groupe d'intérêt spécial des conseillers pour le soutien antistress/personnel des Nations Unies.....	83–86	28
C. Groupe de gestion du stress traumatique	87–89	29
D. UN Cares	90–93	30
E. UN Plus	94–96	31
V. Vers un service médical/mécanisme de coordination et de coopération pour la sécurité et la santé au travail à l'échelle du système	97–112	31

Annexes

I.	Services et programmes médicaux assurés dans les villes sièges (juin 2010).....	37
II.	Services généralement attendus des dispensaires des Nations Unies dans les lieux d'affectation hors siège	38
III.	Description des formations sanitaires de niveau 1 à 4 de l'ONU.....	40
IV.	Principales fonctions de la Section du soutien sanitaire.....	42
V.	Vue d'ensemble des mesures à prendre par les organisations participantes pour donner suite aux recommandations du CCI – JIU/REP/2011/1	44

Tableaux

1.	Éléments et produits représentatifs des programmes pour la sécurité et la santé au travail	4
2.	Niveau des postes de responsable des services médicaux (villes sièges) (juin 2010)	11
3.	Disponibilité sous forme électronique des dossiers médicaux des fonctionnaires (juin 2010)	12

Abréviations

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
BSCI	Bureau des services de contrôle interne
CAC	Comité administratif de coordination
CCI	Corps commun d'inspection du système des Nations Unies
CCQAB	Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires
CCS	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEE	Commission économique pour l'Europe
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CESAO	Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale
CESAP	Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique
CIV	Centre international de Vienne
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASMN	Réseau interorganisations pour la gestion des mesures de sécurité
MINUL	Mission des Nations Unies au Libéria
OACI	Organisation de l'aviation civile internationale
OIAC	Organisation pour l'interdiction des armes chimiques
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du Travail
OMI	Organisation maritime internationale
OMM	Organisation météorologique mondiale
OMPI	Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMT	Organisation mondiale du tourisme
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUG	Office des Nations Unies à Genève
ONU-Habitat	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ONUN	Office des Nations Unies à Nairobi

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ONU-Siège	Siège l'Organisation des Nations Unies
ONU	Office des Nations Unies à Vienne
OTICE	Organisation du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires
PAM	Programme alimentaire mondial
PGI	Progiciels de gestion intégrés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
TPIR	Tribunal pénal international pour le Rwanda
UIT	Union internationale des télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
UPU	Union postale universelle
VNU	Volontaires des Nations Unies

I. Introduction

1. Au titre de son programme de travail pour 2010, le Corps commun d'inspection (CCI) a procédé, entre février et novembre 2010, à un examen des services médicaux des organismes des Nations Unies sur la base des propositions de la Division des services médicaux du Bureau de la gestion des ressources humaines et du Bureau des services de contrôle interne (BSCI).

2. Le rapport examine comment, dans l'ensemble du système des Nations Unies, les services médicaux sont assurés, gérés, appuyés et surveillés, en vue de proposer des améliorations qui permettront à l'ONU de s'acquitter de son devoir de protection s'agissant de la santé et de la sécurité de son personnel. Cette question revêt une importance particulière dans le contexte de la progression du système des Nations Unies vers une mobilité et une présence sur le terrain accrues, ainsi que pour le personnel déployé dans les lieux d'affectation classés difficiles. Comme l'a fait valoir à juste titre le précédent Secrétaire général de l'ONU, «... le personnel de l'Organisation est son plus grand atout et ... il faut donc le traiter comme tel»¹.

3. Le rapport ne considère pas la question de la couverture médicale du personnel, déjà traitée dans un précédent rapport du Corps commun d'inspection², ni celle de la qualité des soins (traitements médicaux) dispensés par le personnel médical des Nations Unies. Il ne couvre pas non plus la question de la gestion des congés-maladie qui devrait faire l'objet d'un futur rapport du Corps commun, comme demandé par plusieurs organismes des Nations Unies.

4. Le rapport examinera plus avant les conséquences de l'approbation par le Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination (CCS) de la proposition faite par le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies en vue de l'adoption d'une politique pour la sécurité et la santé au travail³ ainsi que de sa recommandation en faveur de l'adoption par tous les organismes d'une politique individuelle dans ce domaine⁴.

5. L'adoption par les organismes des Nations Unies de politiques pour la sécurité et la santé au travail nécessitera un nouveau paradigme pour les services médicaux assurés, puisque l'accent sera mis désormais sur la prévention plutôt que sur le traitement⁵. Le chapitre II décrit ce que ce changement de paradigme implique, et le chapitre III fournit des informations sur les services médicaux actuellement assurés dans les villes sièges et dans les lieux d'affectation hors siège, sachant toutefois que les mutations attendues sur le plan de l'organisation et de la gestion limitent quelque peu l'analyse des pratiques actuelles.

6. Le chapitre IV du rapport présente une vue d'ensemble des organes qui soit coopèrent soit coordonnent actuellement leur action, à l'échelle du système, pour les questions concernant la santé. Enfin, le chapitre V préconise la mise en place d'un mécanisme à l'échelle du système pour surveiller et gérer la sécurité et la santé au travail.

¹ Voir <http://www.un.org/News/Press/docs/2006/sgsm10705>.

² Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies (JIU/REP/2007/2).

³ Occupational Health and Safety Policy in the UN System – Submission of the UN Medical Directors Working Group, CEB/2010/HLCM/11, 11 février 2010.

⁴ Healthcare and its management in the United Nations system, CEB/2009/HLCM/32.

⁵ CEB/2010/3, par. 77.

Méthodologie

7. Conformément aux normes, directives et procédures internes du CCI, le présent rapport a été établi à partir d'une étude préliminaire détaillée, de questionnaires, d'entretiens et d'une analyse approfondie.

8. L'Inspecteur a procédé à des entretiens tenus en face à face ou par télé/visioconférence et effectué des visites dans des structures médicales du système des Nations Unies afin de solliciter les vues de nombreux fonctionnaires travaillant dans ces services ainsi que des fonctionnaires des services des ressources humaines et des finances des organismes des Nations Unies et dans différents lieux d'affectation, ainsi que des entités membres du Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies. L'Inspecteur a également visité les infrastructures médicales du Département des opérations de maintien de la paix au Liban et au Libéria, et il a collaboré étroitement avec les membres du Comité directeur du Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies pour les différentes phases de l'étude.

9. L'Inspecteur a été invité à présenter ses conclusions préliminaires, formulées à partir des réponses à ses questionnaires, à la réunion annuelle du Groupe de travail des directeurs médicaux qui a eu lieu en octobre 2010 à l'Organisation internationale du Travail (OIT) à Genève (Suisse). Après cette présentation, les participants ont examiné dans le détail les conclusions à tirer et les recommandations possibles.

10. Il a été demandé à tous les organismes des Nations Unies et à toutes les entités membres du Groupe de travail des directeurs médicaux qui avaient répondu aux questionnaires de formuler leurs observations sur le projet de rapport, et il en a été tenu compte pour mettre au point la version finale du rapport.

11. Conformément à l'article 11.2 du statut du CCI, la version finale du rapport a été mise au point après consultation entre les Inspecteurs pour que ses conclusions et recommandations soient validées collectivement.

12. Pour faciliter le traitement du rapport, l'application de ses recommandations et leur suivi, l'annexe V contient un tableau qui indique si le rapport est présenté aux organisations concernées pour suite à donner ou pour information. Ce tableau recense les recommandations pertinentes pour chaque organisation, en précisant si elles appellent une décision de l'organe délibérant ou de l'organe directeur de l'organisation, ou bien si elles peuvent être appliquées par le chef de secrétariat.

13. L'Inspecteur tient à remercier tous ceux qui lui ont apporté leur concours pour établir le présent rapport, en particulier les personnes qui ont participé aux entretiens, qui ont répondu aux questionnaires, et qui l'ont aimablement fait bénéficier de leur expérience et de leurs compétences.

II. Sécurité et santé au travail

14. Selon la Convention (n° 161) de l'OIT sur les services de santé au travail, l'expression «services de santé au travail» désigne un service investi de fonctions essentiellement préventives et chargé de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail; et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale (art. 1).

15. La façon dont ces services de santé sont assurés est généralement énoncée dans la politique de l'organisation en matière de sécurité et de santé au travail, préparée par le directeur général de l'organisation. Le descriptif de la politique fournit le cadre à l'intérieur duquel peut être mis en œuvre un programme effectif pour la sécurité et la santé au travail. Ce texte devrait définir brièvement le mandat, et allouer des ressources spécifiques pour les activités en faveur de la sécurité et de la santé. La politique devrait être mise à jour périodiquement.

16. L'application de la politique en matière de sécurité et de santé au travail est généralement codifiée sous forme de manuel (instruction administrative). Même si son contenu et sa structure peuvent varier d'une organisation à une autre, ce document présente un certain nombre de caractéristiques communes exposées ci-dessous.

17. *Responsabilité et obligation de rendre des comptes:* La sécurité et la santé au travail sont un domaine de responsabilité qui part du plus haut niveau administratif et se transmet successivement à tous les responsables par le biais de la structure hiérarchique. Les employés doivent respecter les règles de l'organisation en matière de sécurité et de santé, et participer à la mise en œuvre des politiques et des activités pour la sécurité et la santé au travail. Il convient de souligner que la responsabilité de la sécurité et de la santé du personnel n'incombe **pas** au service médical ni au service s'occupant de la sécurité et de la santé au travail. Ces services et les autres personnels qui s'occupent de la sécurité et de la santé au travail ne font qu'aider l'Administration à s'acquitter de sa responsabilité et de son devoir en matière de sécurité et de santé du personnel.

18. *Gestion des risques:* On entend par là le processus par lequel les dangers sur le lieu de travail sont définis et analysés sous l'angle des risques qu'ils engendrent, et par lequel des stratégies d'élimination ou d'atténuation des risques sont conçues et appliquées. Si une action d'urgence efficace est un important élément de la gestion des risques pour limiter les conséquences des blessures, des affections, des maladies et des accidents liés au travail, elle devrait toujours être précédée d'efforts pour prévenir initialement la survenue de tels incidents.

19. *Organe de surveillance pour la sécurité et la santé au travail:* La bonne mise en œuvre des politiques pour la sécurité et la santé au travail passe par la formation d'un comité pour la sécurité et la santé au travail composé de fonctionnaires représentatifs du personnel avec un mandat clair et des responsabilités explicites. Ce comité devrait comprendre, au minimum, des représentants du personnel, des services de prise en charge médicale et de conseil pour la sécurité et la santé au travail, du service des ressources humaines, du service de gestion des infrastructures et des services, de l'entité chargée de l'assurance maladie, et des services de sécurité. L'engagement des hauts responsables en faveur de la sécurité et de la santé au travail sera clairement exprimé si le comité est présidé et supervisé par le directeur général adjoint ou par son représentant.

20. *Formation:* Le succès du programme pour la sécurité et la santé au travail présuppose que les gestionnaires et les employés, en particulier les membres du comité pour la sécurité et la santé au travail, soient formés (de façon permanente) afin de bien comprendre leurs rôles, leurs responsabilités et les actions qui sont attendues d'eux et d'atteindre les objectifs fixés en matière de sécurité et de santé au travail.

21. Tous les fonctionnaires doivent être informés des risques potentiels sur le lieu de travail, et des mesures prises pour les minimiser. Ils doivent surtout connaître les services à leur disposition pour la sécurité et la santé au travail, y compris les prestations que ces services assurent et celles qu'ils n'assurent pas. Les résultats à attendre des divers éléments de ces services sont résumés dans le tableau ci-dessous, sachant que les services offerts varient selon le profil de risques de chaque organisation.

Tableau 1
Éléments et produits représentatifs des programmes pour la sécurité et la santé au travail⁶

<p>Leadership/gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement institutionnel; • Gestion de l'innovation et du changement; • Systèmes d'information sur la santé; • Évaluation du programme et amélioration de la qualité; • Confidentialité; secret médical et systèmes de gestion des dossiers médicaux; • Recherche systématique, statistiques et épidémiologie. <p>Santé du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'état de santé du personnel (avant recrutement/affectation, suivi médical, après maladie ou accident, aptitude au travail, examens médicaux indépendants); • Gestion des maladies et accidents professionnels; • Gestion des maladies et accidents non professionnels (en fonction de l'infrastructure de soins locale); • Santé des voyageurs et lutte contre les infections; • Santé mentale et comportementale/abus de substances; • Services de dépistage et de prévention. <p>Environnement et santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, inspection et atténuation des risques pour la santé sur le lieu de travail; • Éducation aux risques environnementaux; • Équipements de protection individuelle (quand l'exposition n'est pas évitable); • Évaluations toxicologiques; • Programmes de protection de l'environnement; • Préparation aux situations d'urgence, plans de continuité des opérations et prévention des dysfonctionnements; • Objectifs de santé (programmes de promotion de la santé); • Gestion des prestations en matière de santé; • Gestion intégrée de la santé et de la productivité.

⁶ Occupational Health and Safety Policy in the UN System – Submission of the UN Medical Directors Working Group, annexe 1, CEB/2010/HLCM/11, 11 février 2010.

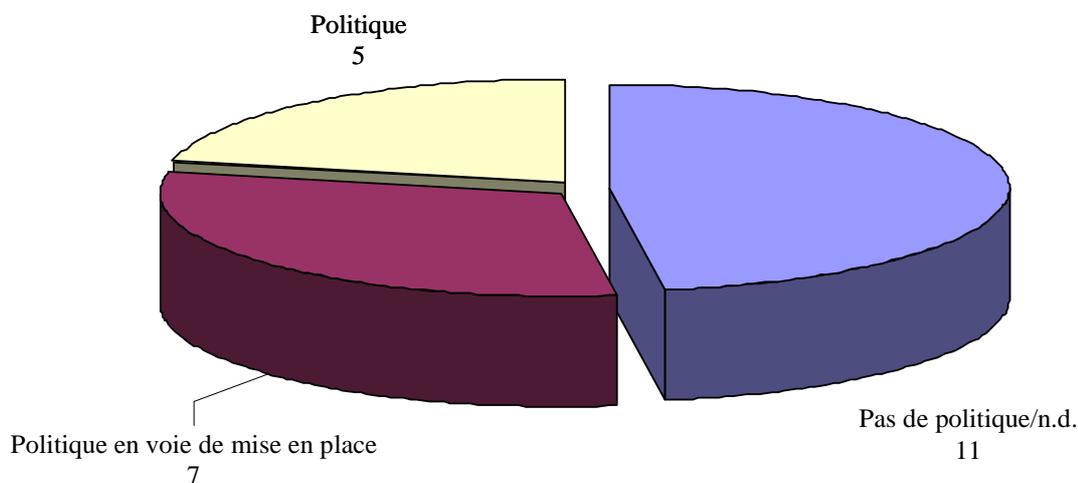
Politiques pour la sécurité et la santé au travail

22. Un petit nombre d'organisations ont déjà adopté une politique pour la sécurité et la santé au travail (voir la figure 1 plus bas), et l'Inspecteur tient à citer l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation pour l'interdiction des armes chimiques (OIAC) qui ont mis en œuvre les éléments fondamentaux énumérés ci-dessus⁷. En revanche, dans le programme pour la sécurité et la santé au travail annoncé par l'OIT, la responsabilité du programme n'est pas dévolue au Directeur général mais à son Cabinet, et le programme est financé à l'aide des ressources inscrites au budget-programme et non pas par des allocations de ressources spécifiques⁸. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment adopté une politique pour la sécurité et la santé au travail qui, selon l'Inspecteur, reprend certains des éléments fondamentaux. Mais la responsabilité du programme n'est pas spécifiquement assumée par le Directeur général et incombe plutôt à des fonctionnaires exerçant des fonctions d'administration et de supervision⁹.

23. Cela étant dit, l'Inspecteur note que beaucoup d'organisations/entités sont en train d'adopter des politiques pour la sécurité et la santé au travail, et ont nommé des coordonnateurs pour conduire le processus. Certaines d'entre elles ont déjà réorganisé leur service médical pour pouvoir assurer à leur personnel au siège et dans certains lieux d'affectation hors siège des services en matière de santé au travail. Il existe donc des précédents et des meilleures pratiques dont les autres organisations pourraient s'inspirer.

Figure 1

Nombre d'organisation/entités ayant formulé une politique pour la sécurité et la santé au travail (mars 2011)



Note: Politique: Banque mondiale, FAO, OIAC, OMI, OMS.

Politique en voie de mise en place: CESAO, HCR, OIM, OIT, OMT, ONU-Siège, UNESCO.

Pas de politique: AIEA, CEA, CEPALC, CESAP, OACI, ONUG, ONUN, PAM, TPIR, UNRWA, UPU.

Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

⁷ FAO Occupational Safety and Health Policy (à paraître en 2011); Politique de l'OIAC en matière de santé et de sécurité; Règlement de l'OIAC en matière de santé et de sécurité, 14 mai 1997 (C-1/DEC.8).

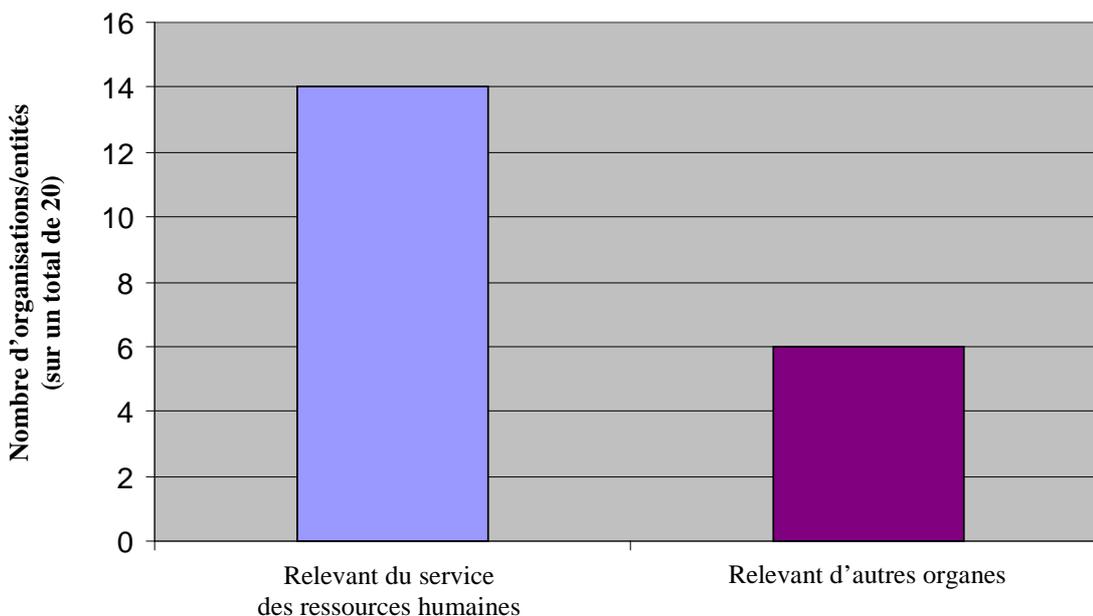
⁸ OIT, Director-General's announcement, IGDS number 48 (version 1), 11 novembre 2008.

⁹ OMS, Occupational Safety and Health policy, par. 8.

24. Un élément clef des programmes pour la sécurité et la santé au travail, et en particulier des services médicaux correspondants, est que ces services devaient rester indépendants des autres services administratifs et relever soit directement du Directeur général soit de son représentant désigné au sein du Cabinet. Cela signifie que les services médicaux pour la sécurité et la santé au travail ne doivent pas faire relever directement des services des ressources humaines même s'ils collaborent étroitement avec eux. C'est déjà le cas dans certaines organisations (voir la ventilation dans la figure 2), où le service médical relève du chef de l'Administration ou du Cabinet. Mais si le rattachement hiérarchique peut refléter l'indépendance vis-à-vis des services administratifs, il est préférable de la définir de façon contractuelle et sur une base juridique formelle. D'un point de vue historique, il est à noter que le Service médical de l'ONU à New York relevait du Cabinet du Secrétaire général (voir SGB 97/Rev.1 (1^{er} janvier 1955) et 97/Amend.2 (6 octobre 1955)), et qu'il était défini comme un service indépendant faisant rapport au Secrétaire général par l'intermédiaire du Cabinet. La responsabilité du Service médical a été transférée en 1959 au Bureau de la gestion des ressources humaines à titre provisoire, et en relève encore aujourd'hui¹⁰.

Figure 2

**Rattachement hiérarchique du service médical dans l'organisation/entité (villes sièges)
(juin 2010)**



Note: Relevant du service des ressources humaines: AIEA, Banque mondiale, CESA0, CESAP, HCR, OACI, OMI, OIT, OMS, ONU-Siège, ONUG, ONUN, PAM, UNESCO.

Relevant d'autres organes: CEA, CEPALC, FAO, OIAC, OIM, TPIR.

Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

¹⁰ Mémorandum interne adressé au Secrétaire général adjoint à l'administration et à la gestion, Joseph E. Connor, par Ingrid Laux, Directrice de la Division des services médicaux et de l'assistance au personnel, Bureau de la gestion des ressources humaines, le 4 mars 1996.

25. Une politique de sécurité et de santé au travail judicieuse pouvait aussi conduire à des économies de coûts. Par exemple, la plupart des dépenses médicales du Service de la santé et de la sécurité de l'OIAC sont liées à des examens médicaux, de laboratoire (sang) ou radiologiques effectués à l'extérieur. Chacune de ces activités est traitée progressivement, après une évaluation factuelle. Des éléments de preuve statistiques bien établis servent de critères pour développer, éliminer ou modifier des éléments de chaque activité. Cela a permis à ce jour de réduire de 26 % les coûts des analyses de laboratoire, et de 90 % les frais radiologiques. La mise en place en 2011 de directives révisées pour les examens cliniques devraient permettre de réduire de 30 % les coûts globaux des examens médicaux avant recrutement¹¹. Outre les économies monétaires qu'elle induit, cette approche permet d'alléger notablement la charge de travail du personnel et permet donc de s'orienter vers des stratégies plus nouvelles dont les résultats positifs ont été démontrés, comme les programmes de gestion active des cas ou de reprise plus précoce du travail. Peu à peu, il peut être obtenu des économies indirectes par exemple sous la forme d'une diminution de la durée des congés-maladie et d'une réduction des taux d'incapacité, qui procurent à leur tour d'importants effets positifs sur le plus long terme, par exemple en permettant d'économiser sur les coûts et d'éliminer ou de modifier certains aspects de chaque activité.

26. La mise en œuvre des recommandations ci-dessous pourrait permettre de gagner en efficacité.

Recommandation 1

Les chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies devraient désigner dans leurs organisations respectives des coordonnateurs pour faciliter l'élaboration et l'application des politiques et des procédures nécessaires pour la sécurité et la santé au travail, et présenter dans les meilleurs délais ces politiques et procédures à leurs organes délibérants respectifs en vue de leur adoption.

Recommandation 2

Les organes délibérants des organismes des Nations Unies devraient adopter des normes appropriées pour les questions de sécurité et de santé au travail, en tenant compte des modifications nouvelles des normes minimales de sécurité et de sûreté opérationnelles et en veillant à leur compatibilité avec celles-ci.

III. Les services médicaux dans le système des Nations Unies

27. Le Directeur de la Division des services médicaux coordonne l'application, dans l'ensemble du système, des normes médicales et des politiques sanitaires de l'Organisation, traite les problèmes sanitaires qui surviennent dans les divers lieux d'affectation, et fait en sorte que le personnel ait accès aux programmes sociaux qui lui sont destinés. Le Directeur relève du Sous-Secrétaire général à la gestion des ressources humaines. Il agit en tant que conseiller médical pour les questions relevant du Comité consultatif pour les demandes

¹¹ *Source*: Service de la santé et de la sécurité de l'OIAC.

d'indemnisation et fait office de consultant médical auprès de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies¹².

28. Les attributions essentielles de la Division sont les suivantes¹³:

- Faire le nécessaire en ce qui concerne la santé physique et mentale des fonctionnaires dans tous les lieux d'affectation et donner des avis à l'administration au sujet des prestations au personnel;
- Formuler et examiner les normes, politiques et directives médicales de l'Organisation, et assurer la coordination et le suivi de leur application à l'échelle du système;
- Établir, mettre à jour et coordonner les informations sanitaires destinées au système des Nations Unies, notamment au sujet des précautions que doivent prendre les voyageurs, des examens préalables et postérieurs au voyage, des consultations, des vaccinations, des documents d'éducation en matière de santé et des nécessaires de voyage;
- Faire en sorte que les lieux de travail soient salubres et sûrs et qu'il y règne un climat de bienveillance, au moyen de politiques et directives sanitaires, de programmes de promotion de la santé et de plans couvrant tous les aspects de la préparation aux situations d'urgence médicale, et coordonner à l'échelle du système l'application des politiques médicales concernant le VIH/sida;
- Délivrer aux fonctionnaires de l'ensemble des lieux d'affectation, ainsi qu'aux observateurs militaires et aux contrôleurs de la police civile, les certificats d'aptitude requis pour leur recrutement, leur réaffectation ou leur affectation à une mission;
- Évaluer et approuver les congés de maladie du personnel des Nations Unies dans le monde entier;
- Classer l'ensemble des lieux d'affectation examinés par la Commission de la fonction publique internationale selon des critères sanitaires;
- Apporter une aide psychologique aux fonctionnaires en ce qui concerne les affectations à des missions, la toxicomanie et la préparation aux situations d'urgence;
- Fournir des avis sur les prestations auxquelles ont droit les fonctionnaires ainsi que les observateurs militaires participant aux opérations de maintien de la paix, les policiers et les forces des contingents en cas de maladie ou d'accident professionnel;
- Fournir à titre gracieux des services médicaux au personnel de l'ensemble des missions permanentes et d'observation auprès de l'Organisation, aux visiteurs et aux prestataires de service extérieurs;
- Proposer les services de santé suivants à l'ensemble du personnel du système des Nations Unies basé à New York:
 - Examens médicaux et consultations médicales;
 - Consultations à l'intention des voyageurs;
 - Consultations sans rendez-vous;

¹² Circulaire du Secrétaire général, Organisation du Bureau de la gestion des ressources humaines (ST/SGB/2004/8), par. 7.1, 7.2 et 7.3.

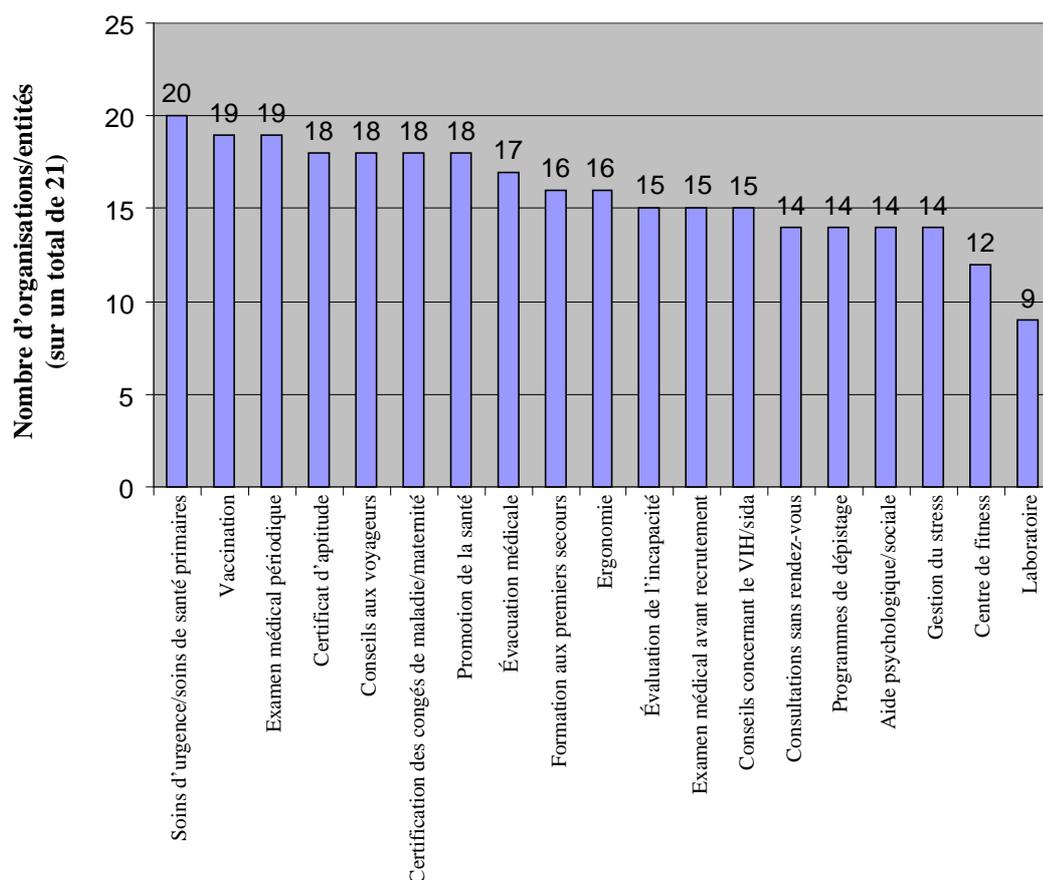
¹³ Ibid., par. 7.5.

- Soins d'urgence et premiers secours;
- Délivrance d'ordonnances à l'intention de spécialistes extérieurs ou d'hôpitaux;
- Planification, organisation et exécution de programmes d'amélioration de la santé sur le lieu de travail.

Après cette description des services assurés par la Division des services médicaux, la figure 3 ci-dessous récapitule les services médicaux et de santé au travail assurés par les organisations/entités dans leurs villes sièges respectives¹⁴.

Figure 3

Principaux services et programmes médicaux assurés dans les villes sièges (juin 2010)



Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

29. Certains lieux d'affectation se sont dotés de leurs propres laboratoires, considérant que cette structure sur place permettait des économies de coûts en comparaison avec ceux des prestataires extérieurs et qu'elle était commode pour le personnel. Le confort et le bien-être du personnel étaient également cités comme justification pour installer des centres de fitness, ce qui reflète bien l'esprit d'initiative des responsables et leur appui. L'Inspecteur tient à mettre en exergue un certain nombre de services additionnels assurés dans certaines villes sièges, avec pas ou guère de coûts supplémentaires pour l'organisation/entité, qui

¹⁴ On trouvera à l'annexe I une liste détaillée des services assurés dans les différentes villes sièges.

pourraient être repris dans d'autres lieux d'affectation. Ces services montrent que l'organisation/entité est désireuse de fournir des moyens commodes pour améliorer le bien-être général du personnel. La FAO, par exemple, accueille dans ses locaux un centre de soins privé où travaillent un médecin généraliste et un physiothérapeute. À Vienne, les fonctionnaires peuvent prendre rendez-vous avec un gynécologue privé qui consulte chaque semaine au Centre international de Vienne (CIV). Le CIV est également doté d'une pharmacie, ce qui permet aux fonctionnaires de se faire délivrer des médicaments prescrits sur ordonnance sans avoir à aller à l'extérieur. Certaines organisations sont également équipées d'appareils permettant aux fonctionnaires de vérifier eux-mêmes leur pression artérielle. Enfin, la Banque mondiale a un site Web spécial pour la promotion de la santé, et elle organise périodiquement des sessions d'information sur diverses questions de santé¹⁵.

30. La plupart des organisations ayant répondu au questionnaire offrent aussi à leur personnel une aide en cas de problème d'ordre professionnel ou privé risquant de nuire à la qualité de leur travail, à leur santé et à leur bien-être en général. Cette aide est généralement fournie dans le cadre de l'organisation elle-même, par divers mécanismes: services chargés de la protection sociale du personnel, conseillers du personnel, conseillers pour la gestion du stress, médiateurs, fonctionnaires chargés des questions de déontologie et autres personnes s'occupant des relations de travail, ou combinaison de ces divers services. Cette fonction peut aussi être confiée en parallèle à des prestataires extérieurs, à l'exemple du programme d'assistance aux employés mis en place par l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI). Mais le rôle et les services de ces prestataires doivent être clairement précisés afin d'éviter toute confusion et/ou méprise. Le rattachement hiérarchique de ces prestataires est important aussi; dans certaines organisations (ONU-Siège, OMS, FAO), les conseillers du personnel et les conseillers pour la gestion du stress dépendent du service médical, alors que dans d'autres (la majorité) ils dépendent des services des ressources humaines ou de la sécurité.

31. Une aide ou un soutien peuvent être obtenus pour des problèmes très divers, par exemple conflit dans le travail, harcèlement et persécution, toxicomanie, dépression, surmenage, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, solitude/isolement, problèmes conjugaux et familiaux, problèmes avant et après une affectation sur le terrain, stress traumatique et traumatisme secondaire, et autres problèmes impliquant les ressources humaines.

32. La question du rattachement hiérarchique est liée aussi à celle de la confidentialité. Si les conseillers qui dépendent des services médicaux ont des fonctions clairement «compartimentées» et si les dossiers des patients sont bien séparés – de même que les conseillers dépendant des services des ressources humaines ou de la gestion –, le problème essentiel reste celui de l'indépendance. Autrement dit, les fonctionnaires qui assurent des services de conseil doivent agir dans un environnement qui garantit leur indépendance professionnelle et qui leur permet donc de mieux servir leur clientèle. L'Inspecteur considère donc que ces prestataires de service ne devraient pas relever des services médicaux ni des services des ressources humaines ou de la sécurité, mais plutôt du chef du service chargé de la sécurité et de la santé au travail (voir chap. II).

¹⁵ Pour d'autres informations sur les mesures adoptées par les organismes des Nations Unies pour promouvoir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, voir le rapport du CCI sur la mobilité du personnel entre les organisations et l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée dans les organisations du système des Nations Unies (JIU/REP/2010/8).

A. Niveaux des postes de directeur médical

33. Si le poste de Directeur de la Division des services médicaux de l'ONU est un poste de niveau D-2, celui des autres directeurs des services médicaux ne se situe pas à ce niveau (voir tableau 2 ci-dessous). L'Inspecteur considère que les postes des personnels de santé dans le système des Nations Unies devraient être de niveau cohérent à l'échelle du système, afin de refléter comme il convient les responsabilités qu'ils assument chaque jour aussi bien hors siège que dans les villes sièges. Certains responsables de services médicaux se disaient d'ailleurs insatisfaits des différences de niveau de poste, pour des responsabilités similaires, selon le lieu d'affectation, d'autant plus qu'ils devaient dans certains cas pourvoir aux besoins non seulement du personnel de leur propre organisation, mais aussi d'autres entités.

Tableau 2

Niveau des postes de responsable des services médicaux (villes sièges) (juin 2010)

<i>Organisations/entités</i>	<i>Niveau</i>
ONU-Siège	D-2
FAO	D-1
HCR	D-1
OMS	D-1
AIEA	D-1
ONUG	P-5
ONUN	P-5
OIT	P-5
UNESCO	P-5
UNRWA	P-5
PAM (rattaché à la FAO)	P-5
CEA	P-5
CEPALC	P-4
CESAP	P-4
CESAO	P-4
TPIR	P-4
OACI ¹	n.d.
OMI ²	n.d.
Banque mondiale	Équivalent à D-2
OIAC	D-1
OIM	P-4

Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

¹ Le chef du service médical est un consultant.

² Le chef du service médical est un conseiller.

34. Ainsi, les postes de chef du service médical à l'ONUG et à l'ONUN devraient être reclassés au niveau de directeur, car outre que leurs titulaires ont des pouvoirs de décision et sont fonctionnellement indépendants de la Division des services médicaux de l'ONU, ils sont responsables aussi des services fournis à de nombreuses organisations internationales ayant leur siège à Genève et à Nairobi, sur la base du principe d'une participation aux coûts. L'Inspecteur considère aussi que le poste de chef du service médical dans les commissions régionales (CESAP, CESA0 et CEPALC) devrait être reclassé à un niveau d'administrateur de rang supérieur, et que les postes actuellement financés à l'aide de fonds extrabudgétaires devraient être transformés en postes inscrits au budget ordinaire, en attendant leur reclassement.

B. Dossiers médicaux des fonctionnaires

35. Compte tenu de la progression vers une mobilité et une présence sur le terrain accrues du personnel dans le système des Nations Unies ainsi que d'un point de vue administratif, les dossiers médicaux des fonctionnaires devraient pouvoir être consultés et transférés facilement entre les lieux d'affectation. Outre qu'il assurerait une meilleure facilité d'accès, l'archivage des dossiers médicaux sous forme électronique répondrait également aux préoccupations actuelles en matière de continuité des opérations et de reprise après sinistre¹⁶. Le tableau 3 ci-dessous indique le nombre des organisations/entités qui ont opté pour cette façon de faire.

Tableau 3

Disponibilité sous forme électronique des dossiers médicaux des fonctionnaires (juin 2010)

	Organisations/entités	Total
Oui	Banque mondiale, CEPALC, FAO, OMS, ONU-Siège, ONUG, PAM	7
Non	AIEA, CEA, CESA0, CESAP, HCR, OACI, OIAC, OIM, OIT, OMI, OMT, ONUN, TPIR, UNESCO, UPU, UNRWA	16

Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

36. L'Inspecteur note que les organisations/entités ont opté pour différents systèmes d'archivage électronique des dossiers médicaux, par exemple EarthMed au Siège de l'ONU, CHIMED/Préventiel à l'OMS, et Jasmine Web à l'ONUG. Même s'il semblerait préférable d'adopter un système commun, le choix des organisations pour archiver les dossiers sous forme électronique doit être respecté. Mais ces choix devraient, dans la mesure du possible, être compatibles à l'échelle du système. Ils devraient pouvoir aussi assurer l'interface avec les progiciels de gestion intégrés (PGI) tout en assurant la protection des informations médicales confidentielles.

37. L'application de la recommandation ci-dessous faciliterait la diffusion des meilleures pratiques.

¹⁶ Voir A/RES/63/269, 7 mai 2009.

Recommandation 3

Les chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies devraient mettre en place, s'il n'en existe pas encore, des systèmes permettant la saisie et l'archivage électroniques des dossiers médicaux des fonctionnaires.

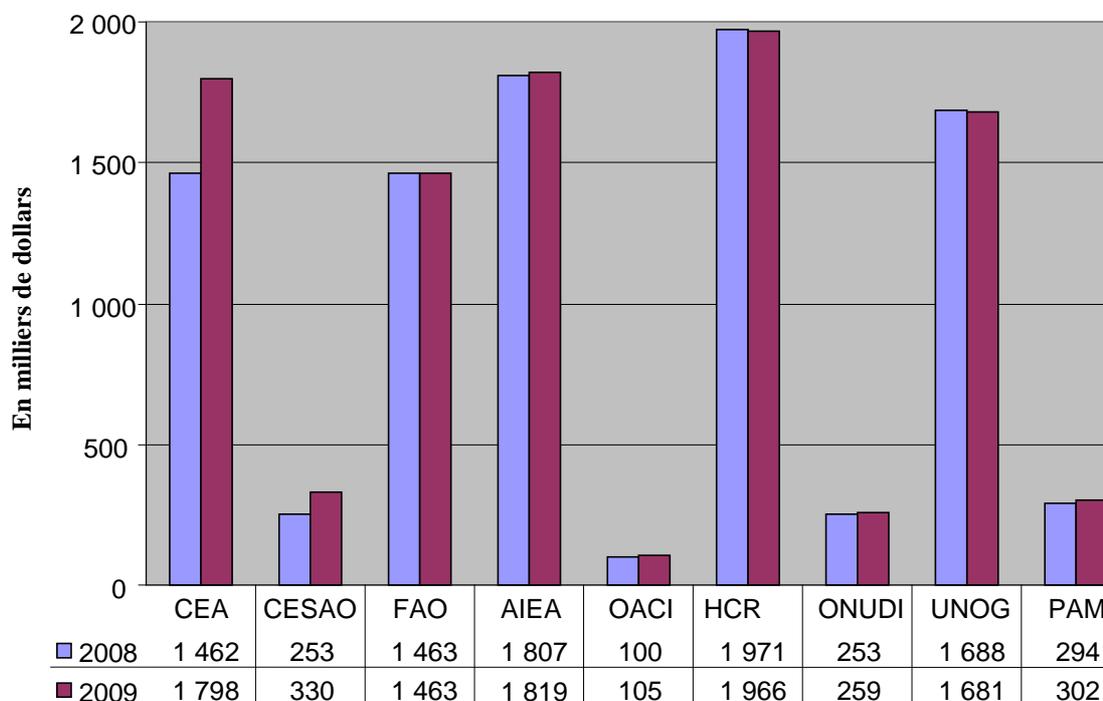
C. Financement des services médicaux

38. L'Inspecteur note dans les réponses à son questionnaire qu'en général les ressources dans les villes sièges sont suffisantes pour fournir des services médicaux adéquats. Toutes les organisations/entités avaient soit maintenu soit accru leurs ressources budgétaires (budget ordinaire, fonds extrabudgétaires ou participation à l'assurance) à cet effet. La figure 4 ci-dessous présente les ressources allouées aux services médicaux dans un certain nombre d'organisations/entités.

Figure 4

Budget des services médicaux de certaines organisations/entités (villes sièges), 2008-2009

(En milliers de dollars)



Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

39. Un certain nombre d'organisations/entités (AIEA, CEA, CEPALC, CESAP, Division des services médicaux de l'ONU, HCR, OIT, OMS, PAM et UNICEF) ont déclaré dans leurs réponses au questionnaire de l'Inspecteur que les ressources étaient insuffisantes par exemple pour:

- Recruter du personnel médical supplémentaire, y compris des conseillers du personnel, afin d'améliorer les services fournis;
- Assurer la formation du personnel médical;

- Appuyer les programmes de promotion de la santé dans les villes sièges et dans les lieux d'affectation hors siège;
- Introduire une base de données et effectuer une analyse statistique des activités exécutées;
- Faire face à des situations d'urgence en cas de pandémie nationale;
- Établir une antenne médicale dans la région Somali;
- Organiser des antennes médicales mobiles dans d'autres régions (à partir d'Addis-Abeba).

40. Le volume des ressources financières pour les services médicaux assurés par les dispensaires n'a pas pu être pris en compte, car le PNUD n'a pas répondu au questionnaire de l'Inspecteur et la Division des services médicaux de l'ONU n'a pas accès à ces informations. Mais comme chaque dispensaire est financé sur la base du principe d'une participation aux coûts, toutes les organisations dont le personnel utilise les installations en sont collectivement responsables. Le recours en priorité aux Volontaires des Nations Unies (voir les figures 6 et 7) reflète sans doute le désir de minimiser les coûts des services médicaux et des services en matière de sécurité et de santé qui sont fournis.

D. Services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège

41. Il arrive de plus en plus souvent que des fonctionnaires des Nations Unies soient nommés dans des lieux d'affectation hors siège, notamment dans des régions où l'infrastructure médicale et sanitaire laisse fortement à désirer. Ces affectations leur font courir de plus grands risques en matière de santé et de sécurité, ainsi qu'en témoignent les attentats récemment perpétrés contre des locaux des Nations Unies (à Alger, à Bagdad et en Afghanistan), et elles les exposent parfois à des catastrophes naturelles (comme en Haïti)¹⁷.

42. Lors de sa réunion annuelle tenue à Genève en 2010, le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies a spécifiquement exprimé à l'Inspecteur ses préoccupations quant à l'insuffisance des services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège comparés aux services assurés dans les villes sièges, qui étaient globalement satisfaisants: «Il est clair que le personnel dans les villes sièges a accès sur place à des services médicaux de niveau international, alors que le personnel dans les lieux d'affectation hors siège encourt souvent des risques dans un environnement où l'infrastructure de santé, y compris celle des organismes des Nations Unies, est inadéquate.»¹⁸. Des vues similaires ont été exprimées dans les réponses au questionnaire de l'Inspecteur des organisations/entités ayant approuvé le statut du Corps commun d'inspection et des associations du personnel, ainsi que lors des réunions avec les parties prenantes concernées.

43. Abstraction faite des services dispensés par les pays fournisseurs de contingents dans le cadre des missions de maintien de la paix, l'ONU gère actuellement 121 centres de soins dans des lieux d'affectation hors siège (dispensaires et services médicaux à l'intention du personnel civil des missions de maintien de la paix). Elle emploie actuellement quelque 166 médecins, 197 infirmiers/infirmières et un effectif équivalent de personnel d'appui dans ces lieux d'affectation¹⁹. Les dispensaires sont censés assurer des soins de santé

¹⁷ A/65/305, 2 septembre 2010, par. 140.

¹⁸ Réponse concertée à la présentation faite par le CCI lors de la réunion annuelle du Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, octobre 2010.

¹⁹ A/65/305, 2 septembre 2010, par. 141.

primaires et des services en matière de santé au travail (voir la liste des services à l'annexe II) à un effectif suffisant (au moins 200) de personnes recrutées sur le plan international et sur le plan local pour travailler dans le système des Nations Unies ainsi qu'aux personnes reconnues à leur charge, lorsque les infrastructures médicales disponibles sur place sont jugées inadéquates²⁰. Mais si les conditions sanitaires dans un pays sont telles qu'elles représentent une situation d'urgence, le Directeur de la Division des services médicaux de l'ONU peut, après consultation avec les autres directeurs médicaux du système des Nations Unies, recommander qu'un dispensaire soit mis en place²¹. La recommandation en question est présentée au Coordonnateur résident/Représentant résident pertinent, qui transmet ensuite la proposition aux organismes des Nations Unies concernés pour obtenir leur accord.

44. Ces installations sont appuyées par la Division des services médicaux qui se charge de la supervision technique du personnel médical, mais leur administration/gestion courante est généralement placée sous la responsabilité des équipes de pays, le Coordonnateur résident ou le Représentant spécial du Secrétaire général en assumant individuellement la responsabilité d'ensemble. Il apparaît donc prioritaire de clarifier et de préciser dans le cadre d'un mandat bien défini les structures de gestion et de responsabilité pour appuyer les centres de soins et les dispensaires des Nations Unies dans les lieux d'affectation hors siège, en tenant compte des services communs interinstitutions qu'ils sont appelés à assurer. L'Inspecteur a été informé que jusqu'à présent ces centres de soins étaient mis en place et gérés conformément à un projet de mandat établi par le PNUD²². Il faudrait donc rechercher des solutions dans les meilleurs délais aux problèmes de financement des installations médicales dans les lieux d'affectation hors siège du système des Nations Unies et en particulier des dispensaires des Nations Unies, compte tenu des services qu'ils sont censés assurer dans des lieux difficiles et souvent reculés. Cette situation devrait être prise en compte lors de la finalisation du mandat précité.

45. Le Département de l'appui aux missions a appelé l'attention de l'Inspecteur sur les problèmes auxquels il était confronté pour mettre ses installations médicales à la disposition des autres entités du système des Nations Unies dans les lieux d'affectation hors siège. Les structures médicales du Département sont déployées sur la base de directives budgétaires spécifiques et en fonction des besoins opérationnels, sans forcément tenir compte des besoins des autres entités du système des Nations Unies déployées sur le terrain avec des ressources médicales parfois insuffisantes. Compte tenu des longues négociations qui sont nécessaires pour finaliser des mémorandums d'accord au niveau local pour ces services dans les lieux d'affectation hors siège, en partie à cause des difficultés pour définir les conditions de remboursement et pour harmoniser les lignes budgétaires, les services du siège de certains de ces organismes travaillent avec le Département de l'appui aux missions pour élaborer un mémorandum d'accord-cadre pour le partage des services communs dans les lieux d'affectation hors siège. Le Département de l'appui aux missions pourrait tout à fait assumer la composante médicale de ce mémorandum d'accord en assurant à ces entités l'appui nécessaire sur le plan médical, opérationnel et logistique. Pour s'acquitter de ce rôle, le Département aurait besoin de ressources suffisantes pour couvrir les besoins de l'ensemble des organismes des Nations Unies présents sur le terrain. Cette solution permettrait, entre autres avantages, d'harmoniser la définition des capacités médicales et des ressources disponibles sur le terrain, de mettre en commun les ressources dans un souci d'efficacité et d'économie, et de faciliter le transfert des ressources d'un organisme à un autre.

²⁰ UN Dispensaries Draft, PNUD, Bureau des ressources humaines/Bureau de la gestion, 2009.

²¹ Ibid., par. 11 b).

²² Guideline for Provision of Field Health Services.

46. L'OMS a fait savoir à l'Inspecteur que quand la gestion des dispensaires était décentralisée au niveau des pays (sous la responsabilité du Représentant résident et/ou de l'équipe de pays) sur la base du principe d'une participation aux coûts des différentes organisations, elle devenait très problématique et personne n'était réellement responsable ni obligé de rendre des comptes; il y avait aussi des désaccords entre les organismes sur la participation aux coûts. Quand la gestion était centralisée sous l'égide du PNUD au Siège de l'ONU, c'était l'OMS qui se chargeait de l'ensemble des achats pour les dispensaires. Avec le système de décentralisation, l'OMS n'avait plus été régulièrement remboursée pour les commandes effectuées par avance, et c'était une des raisons pour lesquelles elle avait renoncé à cette pratique²³.

47. Des préoccupations similaires ont été évoquées dans le cadre du Réseau interorganisations pour la gestion des mesures de sécurité (IASMN) à propos des ressources limitées, dans le système des Nations Unies, pour gérer, appuyer et superviser les services médicaux fournis dans les lieux d'affectation hors siège. Le réseau IASMN appuyait et encourageait par conséquent «les efforts suivis du Groupe de travail des directeurs médicaux pour établir une infrastructure capable d'assurer des soins de santé adéquats, y compris des services médicaux d'urgence, pour le personnel du système des Nations Unies dans le monde entier»²⁴. Il recommandait en outre que les dispensaires médicaux des Nations Unies soient dotés des ressources en personnel et en matériel requises pour aider le personnel des Nations Unies en cas d'événement faisant de nombreuses victimes, afin de renforcer les capacités de réponse locales dans la mesure du possible²⁵. Le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies faisait également valoir que la stratégie du système des Nations Unies pour l'avenir mettait l'accent sur une présence sur le terrain et sur une mobilité du personnel accrues, avec de très importantes conséquences pour les critères de santé appliqués lors de la sélection du personnel et pour les services en matière de santé à fournir au personnel déployé dans des zones dépourvues d'infrastructures médicales adéquates²⁶. L'Inspecteur appuie résolument ces vues.

48. L'application de la recommandation ci-dessous permettrait de renforcer l'obligation de responsabilité de toutes les parties prenantes.

Recommandation 4

L'Administrateur du Programme des Nations Unies pour le développement, en consultation avec la Division des services médicaux de l'ONU et le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, devrait finaliser et adopter le mandat pour l'administration des dispensaires des Nations Unies, afin d'assurer des pratiques de gestion cohérentes et transparentes permettant de répondre aux besoins médicaux du personnel du système des Nations Unies concerné.

²³ Réponse de l'OMS au questionnaire de l'Inspecteur.

²⁴ Report of the Inter-Agency Security Management Network (Lyon, 28-30 juillet 2008), CEB/2008/HLCM/13, par. 50.

²⁵ Ibid., par. 25.

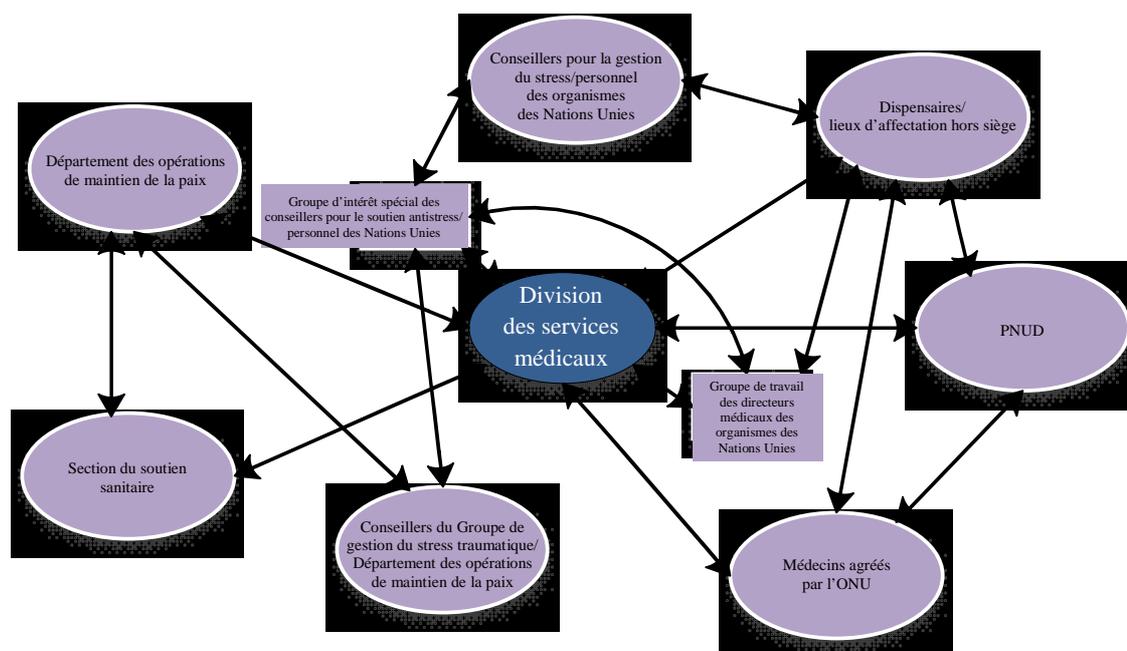
²⁶ CEB/2009/HLCM/32, par. 9.

E. Entités fournissant des services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège

49. La figure 5 ci-dessous illustre les interactions entre les entités qui fournissent des services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège. Si la Division des services médicaux de l'ONU pouvait être considérée comme l'élément central auquel tous les autres éléments se rattachaient, à l'exception des conseillers du Groupe de gestion du stress traumatique du Département des opérations de maintien de la paix, en réalité certaines des entités n'agissaient pas en synergie. Il ressort clairement de la figure 5, comme explicité dans le texte, qu'il manque des structures de responsabilité et des rattachements hiérarchiques clairs, d'où la difficulté d'arriver à une cohérence à l'échelle du système dans ce domaine. Par exemple, la Section du soutien sanitaire assure l'appui logistique nécessaire pour les installations médicales du Département des opérations de maintien de la paix, mais il ne lui est pas demandé de fournir des services similaires aux dispensaires, malgré les synergies qui pourraient être ainsi optimisées. De fait, les dispensaires des Nations Unies ne bénéficient d'aucun appui logistique centralisé, et chacun d'entre eux organise lui-même ses achats et ses approvisionnements.

Figure 5

Interactions entre les entités fournissant des services médicaux dans les lieux d'affectation hors siège



Division des services médicaux de l'ONU

50. La Division est chargée de gérer, d'appuyer et de contrôler un service de soins de santé dans le monde entier, en transcendant actuellement les frontières entre les institutions et les départements. Elle exécute les tâches suivantes, afin que le personnel dans l'ensemble des lieux d'affectation ait accès aux services de santé²⁷:

²⁷ ST/SGB/2004/8.

- Fournir des avis et une assistance en ce qui concerne les demandes d'évacuation et de rapatriement pour raisons médicales émanant de fonctionnaires ou de personnes reconnues à leur charge, d'observateurs militaires, de contrôleurs de la police civile et de soldats des Nations Unies engagés dans des opérations de maintien de la paix;
- Procéder sur place et de façon régulière à l'évaluation des installations médicales et des conditions de vie dans les différents lieux d'affectation hors siège, et donner au personnel et à l'Administration des avis en la matière;
- Donner des avis et offrir une assistance en ce qui concerne la mise en place de nouvelles installations médicales de l'ONU sur le terrain, lorsque cela s'avère nécessaire;
- Assurer un appui technique au personnel de l'ensemble des installations médicales de l'ONU;
- Nommer et contrôler les médecins agréés par l'Organisation dans le monde entier;
- Évaluer et certifier les compétences techniques de tous les candidats à des postes nécessitant une spécialisation médicale au sein de l'Organisation, notamment les Volontaires des Nations Unies, le personnel infirmier et les auxiliaires sanitaires.

51. Mais la Division des services médicaux a des difficultés à s'acquitter de ces fonctions. Le Secrétaire général a ainsi noté que l'Organisation disposait de peu de moyens pour gérer, appuyer et superviser un personnel de santé réparti de par le monde²⁸. En plus des problèmes de ressources, des questions se posent concernant les structures d'autorité et de responsabilité et les rattachements hiérarchiques. Spécifiquement, la majorité du personnel de santé de l'ONU (médecins, personnel infirmier et personnel paramédical) que la Division des services médicaux «supervise» travaille en réalité pour différentes organisations, ou dans différents départements. Par exemple, les médecins affectés à des missions de maintien de la paix sont en contact avec le Département de l'appui aux missions, et les médecins travaillant dans les dispensaires des Nations Unies sont en contact avec le PNUD. L'Inspecteur considère qu'il est très improbable que la Division puisse effectivement exercer son autorité et faire respecter l'obligation de responsabilité et de rendre des comptes pour le personnel qu'elle supervise alors qu'elle n'a pas ou guère d'influence sur les décisions de recrutement, qu'elle ne contribue pas aux budgets et aux programmes de travail des services dans les lieux d'affectation hors siège, et qu'elle ne participe pas au processus de gestion de la performance des diverses entités concernées.

52. Si les services médicaux dans la plupart des lieux d'affectation ont une place dans la structure hiérarchique, une autorité et une responsabilité internes relativement claires, l'Inspecteur recommande (dans le chapitre V) d'établir un réseau qui réunirait tous les acteurs dans une structure unique avec une obligation de responsabilité à l'échelle du système. Cela implique également de modifier l'actuel mandat de la Division des services médicaux tel que formulé dans la circulaire sur l'organisation du Bureau de la gestion des ressources humaines (ST/SGB/2004/8), compte tenu de son rôle dans le réseau proposé et de l'impulsion à donner pour que des politiques en matière de sécurité et de santé du personnel soient mises en place.

53. L'application de la recommandation ci-dessous permettrait de renforcer l'efficacité de la Division des services médicaux.

²⁸ A/65/305, 2 septembre 2010, par. 141.

Recommandation 5

Le Secrétaire général devrait modifier la circulaire ST/SGB/2004/8 pour refléter le mandat et le rôle révisés de la Division des services médicaux de l'ONU, et assurer ainsi la mise en œuvre effective des politiques pour la sécurité et la santé au travail et du système de soins de santé à l'échelle du système des Nations Unies.

54. Jusqu'en 2007, les seuls contacts directs entre le personnel de la Division des services médicaux et les médecins dans les lieux d'affectation hors siège se limitaient aux six à huit missions d'évaluation annuelles prévues dans le budget et effectuées par la Division. Compte tenu du grand nombre d'installations dont la Division assure, selon son mandat, la supervision professionnelle, chaque installation ne pouvait être inspectée que tous les huit ans environ, c'est-à-dire bien moins souvent qu'il ne le faudrait raisonnablement pour en contrôler la gestion. Au vu de cette situation, l'actuel Directeur de la Division, qui est entré en fonctions en 2007, a institué la pratique d'une réunion annuelle périodique de tous les médecins dans les lieux d'affectation hors siège, l'une pour les médecins travaillant dans les dispensaires des Nations Unies et l'autre pour les médecins affectés aux missions de maintien de la paix. Compte tenu des ressources financières limitées allouées par le Siège, seule la participation du personnel de la Division à ces réunions est couverte; les équipes de pays et les missions doivent couvrir le coût de la participation de leurs propres médecins. Les réunions ont pour objet de favoriser une interaction directe entre le personnel médical des villes sièges et celui des lieux d'affectation hors siège, de faciliter l'explication et la coordination des politiques et des procédures médicales dans le système des Nations Unies, et d'encourager le travail en réseau et la communication entre des médecins confrontés à des situations et des difficultés similaires. En outre, les réunions servent à des activités de formation et de développement. Par exemple, après avoir pris note des préoccupations exprimées par les directeurs médicaux au sujet de la préparation aux situations d'urgence médicale dans leur rapport au Comité de haut niveau sur la gestion en février 2009²⁹, la Division des services médicaux a organisé en 2009 lors des deux réunions de médecins dans les lieux d'affectation hors siège une formation validée au niveau internationale pour la gestion des traumatismes et le conditionnement de survie avant hospitalisation. À l'occasion des réunions en 2010, il a été organisé une formation d'une durée de deux jours, avec une simulation théorique, pour la gestion des communications et l'organisation en cas de crises et d'événements faisant de nombreuses victimes. Durant les réunions prévues en 2011, il sera donné aux médecins dans les lieux d'affectation hors siège une formation pour adapter et appliquer des modèles de planification pour se préparer aux situations d'urgence dans leurs propres lieux d'affectation.

55. Afin de développer les contacts et les communications entre tous les personnels de santé du système des Nations Unies (au siège et hors siège), la Division des services médicaux devrait déterminer les ressources additionnelles nécessaires et présenter une proposition au Secrétaire général par les voies appropriées, en vue de sa transmission à l'Assemblée générale pour examen.

Médecins agréés par l'Organisation des Nations Unies

56. La Division des services médicaux est chargée de désigner les médecins agréés par l'Organisation des Nations Unies, sur la base des recommandations formulées par les coordonnateurs résidents et les représentants de l'OMS, et de mettre à jour chaque année la

²⁹ CEB/2009/HLCM/17, 18 février 2009.

liste de ces médecins. Tous les organismes des Nations Unies peuvent recourir aux services des médecins agréés; il n'est pas donné à ces médecins de contrat de type formel, et il est attendu d'eux qu'ils perçoivent pour les services fournis des honoraires raisonnables et conformes à l'usage.

57. Les médecins agréés par l'ONU ont pour fonctions principales d'effectuer les examens médicaux avant recrutement, les examens médicaux périodiques et les examens médicaux lors de la cessation de service (le cas échéant); d'apporter une aide pour les évacuations médicales (lorsqu'un fonctionnaire ou une personne à sa charge remplissant les conditions requises doit faire l'objet d'une évacuation médicale, un médecin agréé par l'ONU doit présenter une recommandation à cet effet au chef du fonds/programme/organisme dont dépend le fonctionnaire en question); et d'apporter une aide pour les questions de congé-maladie et autres questions d'ordre médical ou concernant la santé au travail.

58. Bien qu'on dénombre plus de 600 médecins agréés dans les lieux d'affectation hors siège³⁰, l'Inspecteur relève qu'il n'y a pas de suivi ni d'évaluation systématique des services qu'ils fournissent et que leur liste n'est mise à jour que sporadiquement. La Division des services médicaux évalue certes les médecins agréés envoyés en mission (six à huit par an) dans des lieux d'affectation hors siège, mais cela ne représente qu'une fraction de l'ensemble du groupe. Certaines organisations critiquaient la fiabilité de la liste, car certains médecins agréés qui y étaient inscrits étaient décédés ou avaient cessé leur activité. Les organisations s'en remettaient souvent à d'autres prestataires pour assurer les services médicaux requis.

59. L'application de la recommandation ci-après aiderait à assurer le contrôle et le respect des responsabilités assignées à la Division des services médicaux de l'ONU.

Recommandation 6

La Division des services médicaux de l'Organisation des Nations Unies devrait élaborer un outil efficace de suivi et d'évaluation pour évaluer les services fournis par les médecins agréés par l'ONU, et mettre à jour chaque année la liste mondiale de ces médecins.

Département des opérations de maintien de la paix

60. La finalité du soutien sanitaire de l'ONU pour les opérations de maintien de la paix est de «garantir la santé et le bien-être des membres des opérations de maintien de la paix de l'ONU par la planification, la coordination, la mise en œuvre, le suivi et la supervision professionnelle de soins médicaux d'excellence dispensés sur le terrain»³¹. Le soutien sanitaire apporté au personnel du Département des opérations de maintien de la paix doit répondre à des normes qui sont acceptables pour tous les pays participants, de sorte que les soins dispensés soient d'une qualité comparable aux soins médicaux couramment dispensés en temps de paix. Ce soutien doit donc en permanence être accessible dans toutes les éventualités, afin que tout patient ou blessé puisse recevoir en temps voulu des soins adaptés et continus au sein du service médical³².

³⁰ *Source*: Réponse de la Division des services médicaux au questionnaire de l'Inspecteur.

³¹ DPKO/OPS/MSU, Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (2^e éd.), 1999, par. 1.01.

³² *Ibid.*, par. 1.02 C et D.

61. Le Département des opérations de maintien de la paix a adopté une structure de soutien sanitaire comportant quatre niveaux, le niveau de classification d'une unité étant déterminé par ses moyens et sa capacité de traitement (voir la description à l'annexe III). L'attribution des ressources médicales dépend intrinsèquement de la mission de maintien de la paix, du type d'opération de maintien de la paix, de l'infrastructure médicale existante, des facteurs géographiques ainsi que de l'évaluation des risques médicaux. Avant l'établissement d'une mission de maintien de la paix, une enquête technique est réalisée dans la zone où la mission est susceptible d'être menée afin de déterminer les principales menaces pour la santé, ainsi que les installations/ressources nécessaires pour appuyer les forces de maintien de la paix et le personnel international pendant l'opération envisagée.

Mandat de maintien de la paix: La politique officielle de l'ONU est qu'elle n'a pas l'obligation de fournir des services médicaux à la population locale ou d'assumer la responsabilité des services existants, bien qu'elle le fasse parfois pour se conformer aux règles du droit humanitaire international et à la déontologie de la profession médicale³³.

Type d'opération de maintien de la paix: Souvent les missions auxquelles participent des observateurs militaires/agents de la police civile ne nécessitent pas le déploiement d'une unité médicale, mais cela est nécessaire pour les missions de nature très risquée, comme l'imposition de la paix ou le déminage³⁴.

Infrastructure médicale et civile existante: Lorsque les cliniques ou les hôpitaux locaux dans la zone de la mission ne répondent pas aux normes acceptables pour l'ONU, ou lorsque ces établissements ne sont pas facilement accessibles, il faut déployer un soutien sanitaire de niveau plus élevé dans le cadre de la mission, quel que soit son effectif ou son déploiement³⁵.

Facteurs géographiques: Le terrain, la facilité d'accès par voie terrestre ou aérienne, l'éloignement, le climat et d'autres facteurs géographiques influent sur le niveau du soutien sanitaire requis et le déploiement dans la zone de la mission. Lorsqu'il existe de bonnes communications terrestres et/ou des moyens d'évacuation aérienne adéquats, les centres de soins locaux et ceux d'un pays voisin peuvent être utilisés au lieu de déployer des unités médicales de l'ONU. Lorsque l'accès est difficile, des unités médicales de taille et de capacité variables peuvent être déployées³⁶.

Évaluation des menaces sanitaires: Les unités médicales déployées doivent répondre aux besoins journaliers en matière de soins de santé du personnel de l'ONU sur le terrain. À ce titre, indépendamment du traitement des affections mineures (soins de santé primaires) et des maladies infectieuses endémiques, elles peuvent être tenues de faire face à des situations de traumatisme grave ou à la prise en charge d'un grand nombre de blessés. Celles-ci peuvent être la conséquence d'actes d'hostilité directs ou de l'utilisation de mines terrestres, en particulier si les civils sont pris en charge dans le cadre d'un mandat humanitaire. Le déploiement d'antennes chirurgicales, d'unités de radiologie, de laboratoires et de banques du sang sur le terrain peut donc être justifié. Il est important aussi de disposer d'unités de soins dentaires.

³³ Ibid., par. 5.03 F.

³⁴ Ibid., par. 4.02 B.

³⁵ Ibid., par. 4.02 C.

³⁶ Ibid., par. 4.02 D.

Appui aux services médicaux – Département de l'appui aux missions

62. La Section du soutien sanitaire, section d'appui spécialisée relevant de la Division du soutien logistique du Département de l'appui aux missions, est le bras exécutif de l'ONU pour la planification, la coordination et le suivi du soutien logistique sanitaire aux missions sur le terrain. Elle donne des conseils techniques sur toutes les questions touchant la santé au Département de l'appui aux missions relevant du Département des opérations de maintien de la paix, où elle est intégrée aux systèmes logistiques; la Section du soutien sanitaire travaille également en collaboration étroite avec la Division des services médicaux. Ses principales fonctions peuvent être regroupées dans six domaines: conseil; coordination; planification du soutien sanitaire aux missions sur le terrain; logistique médicale; achats; et formation (voir à l'annexe IV pour la subdivision des activités).

63. Le Département des opérations de maintien de la paix a publié en 1995 la première édition du Manuel du soutien sanitaire pour les opérations de maintien de la paix de l'ONU, dont une édition révisée est parue en 1999, qui devait constituer un ouvrage de référence complet pour la planification, la coordination et la mise en œuvre du soutien sanitaire, et également servir d'outil pédagogique pour la formation des forces de maintien de la paix et du personnel médical aux aspects médicaux des opérations de maintien de la paix de l'ONU³⁷. L'édition actuelle fait l'objet d'une révision; elle prendra en compte les enseignements tirés de récentes opérations de maintien de la paix et mettra l'accent sur l'amélioration de la qualité des services médicaux dispensés aux forces de maintien de la paix, ainsi que sur les moyens de mener avec une plus grande efficacité l'évacuation sanitaire tant au sein de la zone de la mission que vers l'extérieur³⁸.

Groupe de gestion du stress traumatique

64. Le Groupe de gestion du stress traumatique relevant du Département de la sûreté et de la sécurité a été créé en 2000 en tant qu'unité distincte au sein du Département suite au mandat adopté par l'Assemblée générale qui visait explicitement à répondre aux besoins du nombre croissant de fonctionnaires des Nations Unies exposés à des événements traumatisants au cours de leur travail au service de l'Organisation³⁹. Du point de vue historique, avec la création du Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les questions de sécurité en 1988, la fonction de conseiller a vu le jour à partir du moment où les agents de sécurité ont commencé à fournir des services de ce genre au personnel travaillant dans des conditions dangereuses et confronté à des menaces pour sa sécurité et à des risques psychosociaux. Il est vite devenu évident qu'il était nécessaire de s'assurer les services de conseillers professionnels qui prennent en charge les membres du personnel après des événements traumatisants. À cet égard, le déploiement de conseillers a amélioré les opérations de sécurité et, en mai 1994, le Comité administratif de coordination (CAC) a conclu «qu'étant donné le lien entre les problèmes de sécurité et le stress post-traumatique, la responsabilité de la mise au point d'une stratégie de maîtrise du stress devrait être confiée au Coordonnateur des Nations Unies pour les questions de sécurité ... et que cette stratégie devait comporter deux volets: un volet préventif et un volet de maîtrise du stress post-traumatique»⁴⁰.

65. Compte tenu du mandat qui lui a été confié, le Groupe de gestion du stress traumatique a deux fonctions essentielles à remplir, l'une étant stratégique et l'autre opérationnelle. S'agissant de la première, il fournit des avis stratégiques, des approches

³⁷ Ibid., par. 1.05.

³⁸ A/64/643, par. 42.

³⁹ A/RES/56/255.

⁴⁰ A/C.5/49/56, 16 février 1995, par. 3.

conceptuelles et des outils pédagogiques concernant la gestion de la prévention du stress post-traumatique aux hauts responsables, aux organisations et aux équipes de gestion de la sécurité aussi bien au Siège que hors Siège. Pour ce qui est de la seconde, il suit les incidents graves dans l'ensemble du système et intervient pour y remédier et il renforce les capacités des membres du personnel dans la gestion préventive du stress, y compris la préparation pour faire face aux urgences psychosociales.

66. Outre le fait qu'il préside les jurys de recrutement des conseillers du personnel du Département des opérations de maintien de la paix, de la Division de l'appui aux missions et du Département des affaires politiques dans les lieux d'affectation hors Siège, le Groupe de gestion du stress traumatique est chargé de leur supervision technique et de la coordination à l'échelle du système de leurs activités psychosociales et de conseil. À cet égard, l'Inspecteur note que les mandats pourraient se chevaucher étant donné que la Division des services médicaux a aussi la responsabilité «d'apporter une aide psychologique aux fonctionnaires en ce qui concerne les affectations à des missions, la toxicomanie et la préparation aux situations d'urgence»⁴¹. Les conseillers du Groupe de gestion du stress traumatique et du Département des opérations de maintien de la paix interviennent normalement en cas d'incidents graves dans les lieux d'affectation hors Siège, mais dans certaines circonstances ils seront amenés à fournir d'autres services de conseil. De fait, lors de la réunion du réseau IASMN la question de savoir si le Groupe de gestion du stress traumatique devait continuer de relever du Département de la sûreté et de la sécurité ou être rattaché à la Division des services médicaux ou à une autre entité au sein du Département de la gestion a été soulevée⁴². D'après l'Inspecteur, la création proposée du réseau des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail, examiné au chapitre V, dont le Groupe de gestion du stress traumatique devrait faire partie, faciliterait la coordination entre départements dans ce domaine.

Personnel des services médicaux de l'ONU hors Siège

67. L'Inspecteur tient à souligner les disparités du classement du personnel dans les lieux d'affectation hors Siège. À cette fin, les figures 6 et 7 ci-après indiquent le nombre et le niveau des postes occupés par des membres du personnel de santé affectés à des missions de maintien de la paix ou dans des bureaux de pays. Comme pour les directeurs des services médicaux au Siège, les postes des membres du personnel médical doivent être harmonisés. C'est particulièrement important pour les membres du personnel médical sur le terrain, qui sont souvent privés de soutien collégial et coupés des réseaux d'orientation vers des spécialistes et dont les décisions peuvent avoir des conséquences vitales pour les patients. Les médecins travaillant dans des dispensaires et des cliniques civiles ont dénoncé les disparités dans le classement, d'un lieu d'affectation à un autre, de postes dont les niveaux de responsabilités sont analogues, de même que la méconnaissance générale des responsabilités élevées à assumer⁴³. En outre, il n'y a pas de système de progression de carrière organisé et la précarité de l'emploi est très grande⁴⁴. Le BSCI a exprimé des préoccupations analogues lorsqu'il a rencontré l'Inspecteur; il a estimé que certains médecins de dispensaires devaient assumer des responsabilités qui ne correspondaient pas à la classe du poste qu'ils occupaient.

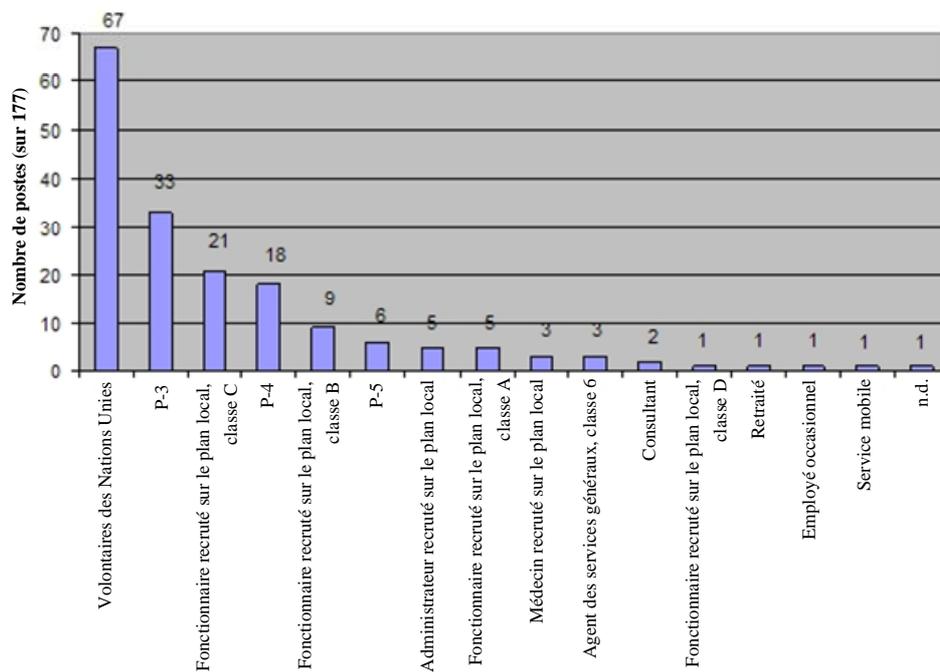
⁴¹ ST/SGB/2004/8, par. 7.1.

⁴² Minutes of the IASMN Meeting, Nairobi, 1^{er}-5 février 2010, par. 72.

⁴³ Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, déclaration sur les soins de santé dispensés hors Siège (Washington DC, mars 2008), appendice 1, CEB/2009/HLCM/17, 18 février 2009.

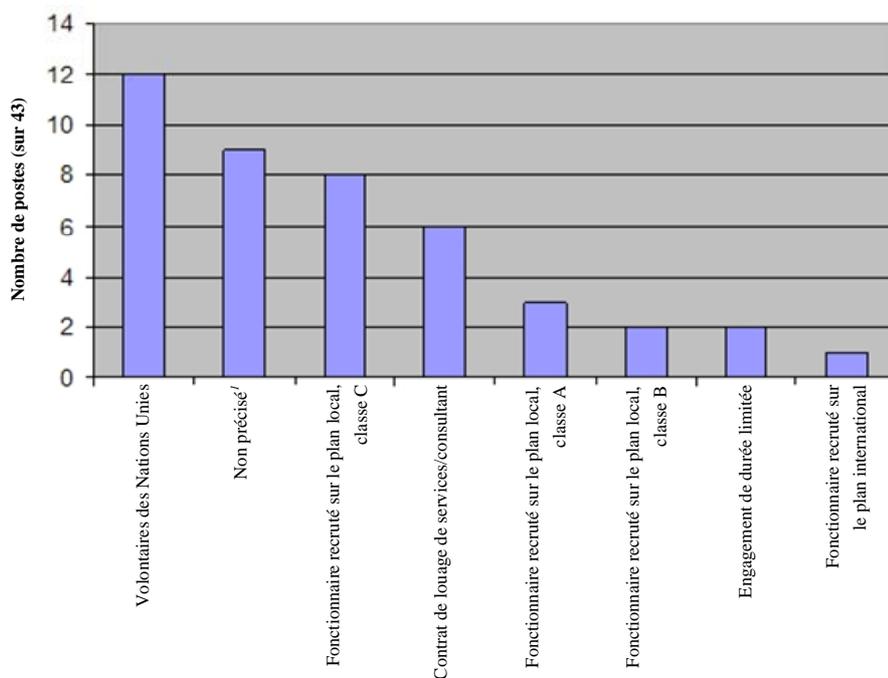
⁴⁴ Ibid.

Figure 6
Classes des postes occupés par des membres du personnel médical affectés à des missions de maintien de la paix de l'ONU (en septembre 2010)



Source: Division des services médicaux.

Figure 7
Classes des postes occupés par des médecins de dispensaire de l'ONU (en juin 2010)



¹ Les contrats étant attribués par le Coordonnateur résident, le Directeur médical ne sait pas exactement quelle est la classe de ce poste.

68. La majorité des postes dans les services médicaux hors Siège sont occupés par des Volontaires des Nations Unies. Ces membres du personnel sont compétents et motivés du point de vue professionnel et fondamentalement ils exercent des fonctions analogues dans les différents lieux d'affectation, tous dans le cadre d'arrangements contractuels différents et, parfois, dans des conditions précaires et pour une durée incertaine. Pour des raisons de crédibilité, et pour garantir la stabilité et toute la gamme des services essentiels, le statut contractuel de tous les membres du personnel médical doit être réexaminé afin d'offrir des conditions d'emploi justes et équitables dans l'ensemble du système.

F. Zones reculées

69. Le HCR et le PAM ont fait remarquer à l'Inspecteur, pendant sa mission au Libéria, que normalement il existe des installations médicales dans la plupart des lieux d'affectation, mais que ce n'est pas toujours le cas. Certains lieux d'affectation se situent dans des zones reculées et les services médicaux y sont limités. Pour ces zones «reculées»⁴⁵ où l'accès à ces services est difficile, la priorité absolue des organisations devrait être de veiller à ce que des services médicaux de base et d'urgence soient mis à la disposition du personnel en poste dans ces zones, ou d'un accès facile/raisonnable.

70. Le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies a été invité à présenter un ensemble de normes opérationnelles minimales pour les services médicaux qui devraient être adaptées en vue de leur incorporation dans les normes minimales de sécurité et de sûreté opérationnelles⁴⁶. Leur incorporation dans ces dernières et leur application ultérieure entraîneront des dépenses supplémentaires pour les organisations qui ont du personnel dans des zones «reculées». L'Inspecteur note que ces coûts sont non seulement inévitables mais aussi nécessaires.

G. Étude de cas – Libéria

71. En raison des restrictions budgétaires actuelles du CCI, l'Inspecteur n'a pas été en mesure de visiter un échantillon représentatif de lieux d'affectation hors siège. Cependant, pour compenser cela, l'Inspecteur a sollicité les vues des associations du personnel, en particulier celles qui ont une présence sur le terrain. Il tient à remercier, en particulier, les associations du personnel du siège de la FAO, du PAM et de l'UNICEF d'avoir recueilli l'avis de leurs homologues dans les lieux d'affectation hors siège. La principale opinion exprimée, de façon unanime, était que les membres du personnel au siège étaient privilégiés, en ce sens que la plupart des services dont ils disposaient n'étaient pas accessibles au personnel hors siège. L'Inspecteur a aussi obtenu des informations sur les installations médicales dans certains lieux d'affectation hors siège, en se basant sur des rapports d'évaluation confidentiels établis par l'OMS et la Division des services médicaux, qu'il tient à remercier.

72. On trouvera dans les paragraphes qui suivent les impressions que l'Inspecteur a retirées de sa visite auprès de la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL); les problèmes qu'elle rencontre, qui sont probablement analogues à ceux des autres missions de maintien de la paix, y sont mis en lumière.

⁴⁵ Expression utilisée à l'origine par le HCR, qui est désormais largement acceptée/utilisée au sein du système des Nations Unies.

⁴⁶ CEB/2009/HLCM/17, 18 février 2009, par. 3.

73. Les hôpitaux et les centres médicaux locaux au Libéria sont mal équipés et ils sont incapables de fournir nombre de services demandés. Les services d'urgence médicale sont limités; l'approvisionnement en sang n'est pas sûr et il n'est pas contrôlé pour transfusion; les stocks de médicaments sont insuffisants, souvent périmés, et en règle générale ils sont introuvables dans la plupart des régions.

74. Le personnel des Nations Unies utilise les services assurés grâce aux ressources de la MINUL. En raison du manque de moyens diagnostiques sophistiqués, la MINUL évacue toujours les patients vers Accra (Ghana) pour les examens de routine. La mauvaise hygiène du milieu et le manque d'accès à une eau salubre et à des installations d'assainissement sont les facteurs de risque les plus graves en cas de maladies infectieuses. Les Casques bleus et les membres du personnel de l'ONU sont affectés par des maladies d'origine alimentaire ou hydrique. Le paludisme est l'un des principaux risques sanitaires auxquels le personnel est exposé dans la région.

75. Le dispensaire de l'ONU assure des soins à tous les fonctionnaires de l'Organisation et aux personnes à leur charge. Le nombre de personnes ayant consulté est passé de 1 963 en 2008 à 3 292 en 2009, ce qui a largement entamé les stocks de matériels et produits consommables (médicaments, fournitures, vaccins), et le dispensaire est à cours de nombreux médicaments indispensables dont les stocks doivent être reconstitués de façon urgente.

76. Le service médical de la MINUL a mentionné les problèmes opérationnels suivants:

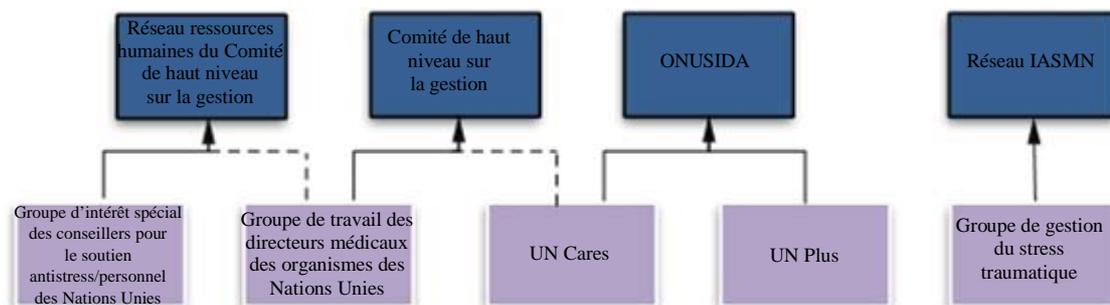
- En raison du manque d'effectifs de la section sanitaire, les centres de soins de niveau 1 de l'ONU dans certaines régions ont pour tout effectif un médecin ou un infirmier;
- Au niveau local il n'y a pas suffisamment de fournisseurs médicaux compétents pour approvisionner les très nombreuses installations sanitaires de la MINUL en cas d'urgence;
- Il n'y a pas de dispositif d'évacuation sanitaire aérienne dont les services peuvent être loués (de façon globale) pour transporter les patients dans un état critique vers un hôpital de niveau 4;
- Dans certains secteurs du Libéria, le soutien sanitaire est de la responsabilité des pays qui fournissent des contingents. Toutefois, cet aspect n'est pas pris en compte par les installations médicales de ces pays dans la région lorsqu'elles s'approvisionnent en médicaments et autres fournitures médicales;
- Il n'existe pas d'établissements de formation permettant de dispenser en continu une formation médicale dans le pays aux personnels de santé; il faudrait concevoir et mettre en œuvre des programmes visant à entretenir et à développer en permanence les compétences de ces personnels;
- La validation des compétences du personnel médical devrait être réexaminée par l'ONU. Étant donné que les personnels de santé sont recrutés partout dans le monde, il est parfois difficile de faire en sorte que les médecins et les infirmières exercent leur activité de manière uniforme.

IV. Coordination/coopération des services médicaux à l'échelle du système aujourd'hui

Le présent chapitre contient une description des divers organes intervenant à l'échelle du système/au niveau interinstitutionnel qui coordonnent les services médicaux/la sécurité et la sûreté au travail ou coopèrent dans ces domaines. La figure 8 montre qu'il n'existe pas d'organe de coordination qui chapeaute tous les organismes du système.

Figure 8

Organes qui coordonnent les services médicaux/la sécurité et la sûreté au travail à l'échelle du système ou au niveau interinstitutionnel



A. Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies

77. Le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, qui existe depuis 1996, a été officiellement créé et reconnu par le Comité de haut niveau sur la gestion en mars 2005⁴⁷. Il a adopté une déclaration d'intention définissant les grandes lignes de son mandat. Le groupe de travail se compose, mais pas exclusivement, des directeurs médicaux de l'ONU et des institutions spécialisées; en font également partie les directeurs médicaux d'autres organismes intergouvernementaux de développement⁴⁸.

78. Ses objectifs sont d'optimiser la santé et le bien-être du personnel des Nations Unies, des institutions spécialisées et des organisations intergouvernementales à travers la collaboration et la coordination de leurs services médicaux⁴⁹.

79. Le groupe, qui se réunit une fois par an et qui est présidé traditionnellement par le Directeur des services médicaux de l'ONU, encourage l'utilisation et la mise en commun des connaissances et des ressources médicales, techniques et professionnelles dans le domaine de la santé au travail; encourage le recours aux meilleures pratiques et procédures par les services médicaux; introduit et harmonise des politiques volontaristes en matière de santé au travail dans l'ensemble du système des Nations Unies; et présente des recommandations et des avis d'expert aux administrations de ses organismes membres, ainsi qu'aux organes compétents du système commun⁵⁰.

⁴⁷ CEB/2005/3, 23 mai 2005, par. 76 b).

⁴⁸ The UN Medical Directors Group, document soumis par la FAO, CEB/2005/HLCM/R.12, 24 mars 2005.

⁴⁹ Ibid., par. 5.

⁵⁰ Ibid., par. 6.

80. La participation au groupe n'implique aucun coût/engagement spécifique; ses membres doivent prendre à leur charge leurs frais de voyage pour assister aux réunions. La Banque mondiale, dès le début des activités du groupe en 1996, et la FAO par la suite lui fournissent à titre gracieux des services de secrétariat. La Banque mondiale héberge le site Web du groupe et se charge de sa mise à jour.

81. Le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies a récemment soumis au Comité de haut niveau sur la gestion une série de rapports destinés à appeler l'attention sur les préoccupations du groupe concernant la gestion des urgences médicales; la capacité du système des Nations Unies à appuyer, surveiller et gérer les effectifs des services médicaux des organismes du système répartis à travers le monde; et le besoin d'une politique en matière de sécurité et de santé dans le système des Nations Unies⁵¹. Ces rapports ont été approuvés par le Comité de haut niveau sur la gestion⁵².

82. Le groupe de travail a aussi publié au fil des années une multitude de déclarations de principe et d'orientations sur des sujets tels que le dépistage du VIH/sida; la formation professionnelle continue du personnel médical; les principes régissant le surclassement pour des raisons médicales lors des voyages; la confidentialité des informations médicales; et l'emploi des personnes handicapées. En 2002-2003, le groupe de travail a coordonné un projet interinstitutions visant à faciliter l'éducation sanitaire, la prévention et la prise en charge en ce qui concerne le VIH/sida pour les fonctionnaires des Nations Unies et leurs personnes à charge; l'aboutissement du projet a contribué à la création de UN Cares⁵³.

B. Groupe d'intérêt spécial des conseillers pour le soutien antistress/personnel des Nations Unies

83. Le groupe se compose de spécialistes de la santé mentale et de travailleurs sociaux employés comme responsables du soutien antistress dans le système des Nations Unies et les organisations apparentées⁵⁴. Sa mission consiste à «promouvoir le bien-être psychologique et social et la santé du personnel et des organisations»⁵⁵.

84. La première réunion du groupe a été organisée par le PAM en 2000 et à cette occasion les homologues d'autres organisations ont été invités à se joindre au groupe et à partager leurs expériences professionnelles et leurs visions de l'orientation future du soutien du personnel au sein du système des Nations Unies. Le CCS a officiellement reconnu le groupe comme partie intégrante du Réseau ressources humaines à la réunion du réseau en février 2010⁵⁶.

⁵¹ CEB/2009/HLCM/17, 18 février 2009; CEB/2009/HLCM/32, 15 septembre 2009; CEB/2010/HLCM/11, 11 février 2010.

⁵² CEB/2009/3, 23 mars 2009; CEB/2009/6, 21 octobre 2009; CEB/2010/3, 15 mars 2010.

⁵³ Guideline for providing access to care and treatment for HIV/AIDS to UN system employees and their families, publication de l'OMS, 2004.

⁵⁴ United Nations Staff/Stress Counsellors' Group – Mandate, annexe 2, CEB/2010/HLCM/HR/18, 28 mars 2010.

⁵⁵ Groupe des responsables du soutien antistress du personnel des Nations Unies, déclaration d'intention, révisée et finalisée à la réunion annuelle de septembre 2003.

⁵⁶ Conclusions of the Meeting of the Human Resources Network, CEB/2010/HLCM/HR/18, 28 mars 2010.

85. Comme dans le cas du Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, la participation au groupe n'implique pas de dépenses ou d'engagements. Ses membres doivent assumer leurs dépenses personnelles pour assister aux réunions annuelles et participer aux réunions du groupe. L'Inspecteur encourage les organisations à financer la participation de leurs propres conseillers du personnel à ces réunions, de manière à garantir une participation adéquate à l'échelle du système et de telle sorte que le groupe puisse s'acquitter du mandat approuvé par le Réseau ressources humaines.

86. L'Inspecteur juge intéressantes les séances de formation théorique que le groupe organise pour ses membres à l'occasion de ses réunions annuelles. Le groupe devrait continuer à se consacrer principalement à définir et diffuser des normes professionnelles et techniques, et à offrir des possibilités de formation continue pertinentes. Sa proposition relative aux lignes directrices en matière de confidentialité destinées aux conseillers pour le soutien antistress/personnel des Nations Unies a été adoptée par le Réseau ressources humaines⁵⁷ et le groupe finalise actuellement une proposition relative aux lignes directrices destinées aux services de soutien antistress des organismes du système des Nations Unies⁵⁸.

C. Groupe de gestion du stress traumatique

87. La Division des services médicaux de l'ONU et son prédécesseur, le Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les questions de sécurité, ont été chargés par l'Assemblée générale de «veiller à ce que tous les fonctionnaires des Nations Unies reçoivent une formation adéquate en matière de sécurité, notamment une formation physique et psychologique, avant leur déploiement sur le terrain ... notamment par l'exécution d'un programme global de formation, de soutien et d'assistance en matière de sécurité et de gestion du stress et des traumatismes à l'intention du personnel de tous les organismes des Nations Unies avant, pendant et après les missions»⁵⁹. Afin d'assurer une réponse coordonnée et cohérente à la gestion du stress traumatique, le réseau IASMN a donc approuvé la création du Groupe de gestion du stress traumatique en avril 2005, en tant qu'organe de direction et de coordination chargé de formuler des orientations et des normes devant être soumises pour décision au réseau.

88. Les membres du Groupe de gestion du stress traumatique, désignés par leurs centres de liaison respectifs pour la sécurité, élaborent et encouragent des politiques destinées à renforcer les services de prévention et de gestion du stress traumatique de manière à améliorer le bien-être psychosocial du personnel des organismes des Nations Unies, et à améliorer la coordination entre les conseillers pour le soutien antistress/personnel et les responsables de la sécurité du Département de la sécurité et de la sûreté de l'ONU par le biais du réseau IASMN.

89. À ce jour, le Groupe de gestion du stress traumatique a publié un document sur les règles permanentes de base et un cadre stratégique sur le stress traumatique, ainsi qu'un rapport sur la gestion du stress traumatique et des lignes directrices sur la communication en situation de crise et dans des conditions normales.

⁵⁷ CEB/2010/HLCM/HR/35, 27 septembre 2010, par. 110 et 111.

⁵⁸ Réponse du Groupe des conseillers pour le soutien antistress/personnel des Nations Unies au questionnaire de l'Inspecteur, juillet 2010.

⁵⁹ A/RES/57/155, 3 mars 2003, par. 21.

D. UN Cares

90. Créé dans le prolongement d'un projet coordonné du Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies et de l'OMS⁶⁰, UN Cares est le programme sur le VIH mis en place à l'échelle du système dans le cadre professionnel qui offre aux fonctionnaires et aux personnes à leur charge un accès à l'information, des possibilités d'apprentissage, des produits de prévention et une prophylaxie après l'exposition (traitement administré immédiatement après l'exposition au VIH en vue de prévenir l'infection) comme le prévoient les 10 règles de base de UN Cares (*UN Cares 10 Minimum Standards*). Ces règles de base inspirent le processus de réforme des Nations Unies en mettant en œuvre «unis dans l'action» un programme de lutte contre le VIH sur le lieu de travail qui met à profit le travail déjà accompli à cet égard par les divers organismes des Nations Unies, tout en éliminant les activités qui font double emploi⁶¹.

91. Actif depuis 2008 et financé par 21 organisations internationales, UN Cares estime que d'ici à 2013 les organisations participantes pourraient avoir économisé au total près de 36 millions de dollars des États-Unis⁶², sous la forme d'une réduction des coûts afférents «aux indemnités funéraires, aux prestations décès, au recrutement et à la formation des nouveaux travailleurs dont on a besoin pour remplacer ceux qui sont incapables de travailler avec le VIH»⁶³.

92. L'Inspecteur note que le budget-programme actuel de UN Cares (approuvé par le Comité de haut niveau sur la gestion) est financé pour moitié, à hauteur de seulement 2,6 millions de dollars des États-Unis⁶⁴. Il a constaté que le Secrétariat de l'ONU n'avait pas encore versé sa contribution de 350 000 dollars (malgré l'appel de fonds) au budget de l'exercice 2010-2011⁶⁵. Le Secrétaire général a fait de UN Cares une priorité, et il a affirmé sa détermination de faire de l'ONU un lieu de travail où la façon d'accueillir tous les fonctionnaires qui vivent avec le VIH soit l'exemple à suivre.

93. Si la réussite de UN Cares dépend du dynamisme et de l'initiative de tous les membres participants, l'Inspecteur a noté que la contribution de tous permettrait de réaliser en 2011 l'évaluation externe convenue du programme⁶⁶.

⁶⁰ Voir la note 53 ci-dessus.

⁶¹ Living in a world with HIV: Information for UN system personnel and their families, ONUSIDA, deuxième réédition révisée 2009. Voir aussi le site www.uncares.org.

⁶² UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010-2011 and Strategy Beyond 2011, CEB/2010/HLCM/HR/29, 28 juin 2010.

⁶³ The Financial Impact of HIV and AIDS on the UN Workplace, disponible sur le site www.uncares.org.

⁶⁴ UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010-2011 and Strategy Beyond 2011, CEB/2010/HLCM/HR/29, 28 juin 2010.

⁶⁵ Ibid., p. 5.

⁶⁶ UN Cares: The Programme on HIV in the UN System Workplace, Current Status 2010-2011 and Strategy Beyond 2011, CEB/2010/HLCM/HR/29, 28 juin 2010, p. 5.

E. UN Plus

94. Sur la recommandation de l'équipe spéciale de UN Cares, UN Plus a été mis en place en 2005 dans le cadre de la réforme des Nations Unies en action, et sa mission énoncée dans les termes suivants: «S'unir pour faire triompher la solidarité, l'égalité et l'acceptation des personnes vivant avec le VIH au sein du système des Nations Unies grâce à la sensibilisation, à la réforme des politiques et au plaidoyer»⁶⁷.

95. En vue d'atteindre les objectifs déclarés consistant à: i) mettre en place des conditions plus stimulantes pour tous les fonctionnaires séropositifs, quelle que soit la mesure dans laquelle leur séropositivité est connue; ii) donner aux personnes vivant avec le VIH des moyens d'expression structurés et effectifs au sein du système des Nations Unies pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination; et iii) contribuer au développement et/ou à l'amélioration des politiques actuellement appliquées concernant le VIH par les organismes des Nations Unies, plus de 30 membres de UN Plus venant de 11 organisations se sont rencontrés en 2006 pour résoudre les problèmes dans quatre domaines clés: la confidentialité; la mobilité et les voyages; l'assurance maladie; et la stigmatisation et la discrimination.

96. Les documents d'orientation établis et publiés en 2007 traitent des réalités et des besoins des fonctionnaires de l'ONU et de leurs proches qui sont touchés par le VIH et le sida, et donnent également des conseils aux responsables chargés d'appliquer/modifier la politique de l'ONU de 1991 relative aux fonctionnaires séropositifs ou atteints du sida de manière à satisfaire les exigences de leurs organisations respectives.

V. Vers un service médical/mécanisme de coordination et de coopération pour la sécurité et la santé au travail à l'échelle du système

97. L'adoption de politiques en matière de sécurité et de santé au travail nécessitera la centralisation des différents services compétents dans ce domaine sous l'égide d'un seul organisme, non seulement au niveau organisationnel, mais aussi à l'échelle du système, pour que leur coordination et leur mise en œuvre soient efficaces. Cela vaut particulièrement pour la mise en œuvre à l'échelle du système, étant donné que les efforts actuels sont entravés non seulement par l'absence de mécanisme à l'échelle du système, mais aussi par le fait que le morcellement (de la structure hiérarchique) des services médicaux ou de sécurité et de santé au travail assurés par les organismes du système des Nations Unies ne facilite pas l'optimisation de la prestation de services.

98. Prenant pour illustrer son propos l'exemple suivant, l'Inspecteur réaffirme le besoin d'un organe compétent pour l'ensemble du système chargé de coordonner la réponse médicale à l'échelle du système et d'en assumer la responsabilité.

99. La pandémie récente de grippe due au virus H1N1 a fourni aux services médicaux de l'ONU une occasion importante de tester et d'évaluer les mécanismes complexes que requiert la centralisation à l'échelle du système des achats des fournitures médicales couramment utilisées au sein du système des Nations Unies.

100. En septembre 2009, les difficultés rencontrées par les fonctionnaires de l'ONU pour se procurer le vaccin contre la grippe H1N1 ont été examinées par le Comité de haut niveau sur la gestion lors d'une réunion présidée par le Secrétaire général adjoint. À l'époque,

⁶⁷ Site Web de UN Plus (www.unplus.org).

l'ONU se trouvait dans une situation particulièrement défavorable, à cause du faible rendement de la culture du virus du candidat-vaccin H1N1 sur des œufs (se traduisant par une sous-production massive de vaccins), des capacités d'ores et déjà insuffisantes de production de vaccins au niveau mondial, ainsi que des achats massifs anticipés effectués par les gouvernements (correspondant à l'ensemble des quotas de production disponibles et de ceux anticipés à très court terme). **Seules les organisations gouvernementales ou les organismes apparentés ont pu acheter des vaccins à l'époque**⁶⁸. Le Comité directeur pour les questions touchant la grippe a donc décidé qu'il fallait trouver une issue pour que les fonctionnaires de l'ONU et les personnes à leur charge, en particulier les fonctionnaires en poste dans des lieux d'affectation éloignés, aient accès dans des conditions équitables au vaccin antigrippal H1N1.

101. À compter de cette première réunion du Comité directeur pour les questions touchant la grippe, il s'est encore écoulé trois mois avant qu'une approche et une issue concertées aient pu être arrêtées et formellement approuvées. Pendant cette période, un groupe de travail interinstitutions s'est penché sur diverses questions telles que la responsabilité financière, les groupes devant avoir accès en priorité au vaccin, ainsi que les mécanismes de centralisation pour les achats, la distribution et l'administration du vaccin. Après l'approbation d'un plan en décembre 2009, trois autres mois ont été nécessaires pour négocier et finaliser un mémorandum d'accord entre le Secrétariat de l'ONU et l'UNICEF, qui avait accepté d'être l'organisme chef de file pour les achats et la distribution du vaccin dans le monde entier. Le mémorandum d'accord a été signé le 9 avril 2010, mais de nouveaux retards sont intervenus car il a fallu au Département des opérations de maintien de la paix encore trois mois pour faire revenir les fonds correspondants des missions auxquelles ils avaient été alloués au Siège, puis un délai supplémentaire pour les transférer du Siège à l'UNICEF. De fait, jusqu'en novembre 2010, plus d'un an après l'apparition de la pandémie, on s'efforçait encore d'acquérir des stocks de vaccins et de les faire parvenir au personnel dans certains lieux d'affectation éloignés du Département des opérations de maintien de la paix.

102. Selon l'Inspecteur, en l'occurrence ces retards sont inacceptables et il est manifestement impératif d'améliorer les procédures au sein du système des Nations Unies pour prévenir et éviter la reproduction de retards aussi longs, que les besoins à couvrir concernent les approvisionnements en médicaments pour une pandémie de grippe, une catastrophe ou une autre situation d'urgence médicale.

103. Cet exemple montre bien que l'on a besoin d'un système d'achat centralisé, correctement structuré et financé, pour les approvisionnements en fournitures médicales, qui optimiserait les achats groupés, réduirait les démarches administratives inutiles et redondantes et limiterait ce genre de retards à l'avenir. Les acheteurs désignés au Siège seraient en mesure de travailler directement avec les vendeurs pour acheter des fournitures médicales pour le compte des entités des Nations Unies et de transférer immédiatement les paiements aux vendeurs, comme pourrait l'exiger une situation de crise. Avec un système d'achat centralisé, les Nations Unies disposeraient de procédures normalisées et économiques pour acquérir et distribuer les fournitures médicales couramment utilisées par leur personnel dans le monde et réduire leurs frais administratifs en éliminant les doublons dans le personnel, la comptabilité et les procédures liés aux achats.

⁶⁸ Noni Macdonald, «H1N1 influenza vaccine: Global access for a global problem». Editorial, Canadian Medical Association Journal, 181 (3-4), 4 août 2009, disponible à l'adresse <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/181/3-4/123>; et compte tenu des discussions préliminaires de la Division des services médicaux avec les sociétés pharmaceutiques, Novartis et Sanofi-Aventis.

104. Pour les questions liées à la sécurité, les organismes du système des Nations Unies ont établi le réseau IASMN, qui rassemble de hauts responsables de tous les partenaires du système de gestion de la sécurité des organismes des Nations Unies, notamment les institutions, fonds et programmes, pour coordonner les pratiques et politiques en matière de sécurité dans l'ensemble du système. L'Inspecteur est d'avis qu'il conviendrait de créer un réseau analogue pour les questions liées à la sécurité et à la santé au travail et, à cet effet, le Secrétaire général devrait soumettre une demande formelle à l'Assemblée générale en ce sens.

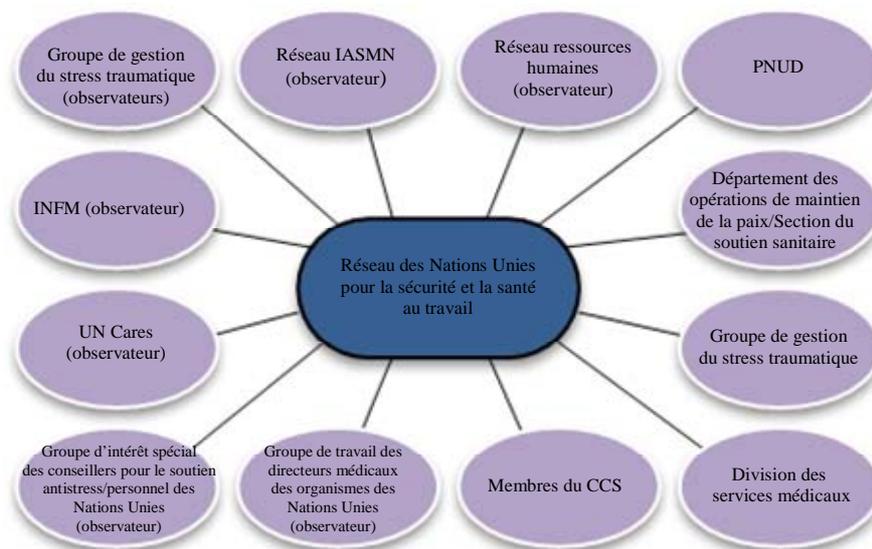
105. Le réseau IASMN s'intéresse aussi aux questions de sécurité et de santé au travail. Lors de sa réunion à Nairobi en 2010, il a vigoureusement appuyé l'initiative interdisciplinaire visant à «mettre en place un cadre complet et bien géré concernant la santé et la sécurité au travail pour le système des Nations Unies, et il a demandé au Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies de faire le point des progrès accomplis à sa réunion suivante»⁶⁹. Le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies est conscient que le projet de normes opérationnelles minimales pour les services médicaux doit être adapté au concept et à la structure des normes minimales pour la sécurité⁷⁰. Compte tenu de ce qui précède, l'organe de coordination constitué serait le mécanisme qui permettrait d'atteindre cet objectif.

106. L'organe de coordination proposé, le réseau des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail, inspiré du modèle du réseau IASMN, aiderait le Comité de haut niveau sur la gestion dans son examen général des politiques et des questions touchant les ressources qui intéressent toute la structure des Nations Unies s'occupant de la sécurité et de la santé au travail, qui est un point important de son ordre du jour.

107. Le réseau pour la sécurité et la santé au travail rassemblerait les hauts responsables qui supervisent les fonctions liées à la sécurité et à la santé au travail au sein des organes représentés dans la figure 9 ci-après.

Figure 9

Organes qui pourraient faire partie du réseau des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail proposé



⁶⁹ Minutes of the IASMN meeting, Nairobi, 1^{er}-5 février 2010, par. 89.

⁷⁰ CEB/2009/HLCM/17, 18 février 2009, par. 3.

Ce réseau devrait regrouper tous les organismes membres du CCS, ainsi que les organisations qui ont conclu un mémorandum d'accord avec les Nations Unies aux fins de participer aux activités de la structure des Nations Unies s'occupant de la sécurité et la santé au travail. Devraient aussi en faire partie les fédérations du personnel des Nations Unies (statut d'observateur) et tout organisme ou département qui a explicitement pour mandat de veiller à la sécurité et à la santé du personnel des Nations Unies, ou qui participe directement à la coordination, à l'exécution et au soutien des activités des Nations Unies sur le terrain, en particulier pendant les situations d'urgence et en situation de risque. L'OMS et l'OIT, qui ont toutes deux des mandats reconnus dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, devraient apporter un soutien essentiel au réseau pour la sécurité et la santé au travail.

108. Le réseau devrait surveiller la mise en œuvre des politiques, pratiques et procédures en matière de sécurité et de santé au travail de l'ensemble des acteurs du système des Nations Unies, notamment le budget-programme correspondant, et en rendre compte au Comité de haut niveau sur la gestion en lui adressant des recommandations à ce sujet.

109. La mise en œuvre de la recommandation suivante renforcerait la coordination, la coopération et la responsabilisation des parties prenantes.

Recommandation 7

L'Assemblée générale devrait charger le Secrétaire général de créer un réseau pour la sécurité et la santé au travail, doté d'un mandat bien défini et placé sous la responsabilité du Directeur de la Division des services médicaux de l'ONU.

110. L'Inspecteur note que l'importance croissante des questions liées à la sécurité et à la santé au travail et l'insuffisance des ressources auront une incidence sur l'efficacité du réseau, et il recommande **vivement** que soit créé pour le réseau au sein de la Division des services médicaux un petit secrétariat composé d'un administrateur et d'un agent de la catégorie des services généraux.

111. L'Inspecteur est d'avis que les mécanismes existants à l'échelle du système, tels que le Groupe de travail des directeurs médicaux des organismes des Nations Unies, le Groupe d'intérêt spécial des conseillers pour le soutien antistress/personnel des Nations Unies et le Groupe de gestion du stress traumatique, continuent d'exercer leurs mandats actuels en se concentrant sur leurs propres domaines d'activité au lieu d'être fusionnés au sein du réseau des Nations Unies pour la sécurité et la santé au travail. Les chevauchements entre activités devraient être examinés par le réseau.

112. Étant donné que le réseau sera le premier groupe interinstitutions ayant un rôle directeur en matière de sécurité et de santé au travail à l'échelle du système, il devra s'occuper d'un large éventail de questions et donner des avis, si besoin est, sur les lignes directrices concernant les politiques et les procédures à suivre. La liste ci-après, qui n'est pas exhaustive, donne une idée de l'ampleur de la tâche à accomplir, ainsi que des conséquences négatives que pourrait avoir le fait de ne pas mettre en place une coordination et une gestion des questions de sécurité et de santé au travail à l'échelle du système:

- Orientation et suivi concernant les politiques générales en matière de sécurité et de santé au travail, ainsi que leur mise en œuvre à l'échelle du système;
- Introduction des principes de la gestion des risques tant pour la sécurité et la santé au travail que pour la promotion de la santé et du bien-être individuels;

- Orientations concernant les normes éthiques pour la sécurité et la santé en général, et pour des catégories professionnelles déterminées (par exemple médecins, infirmiers, conseillers, etc.);
- Publication de normes professionnelles pour les spécialistes de la sécurité et de la santé au travail (critères d'accès à l'emploi, normes de développement pour l'entretien et l'actualisation des compétences, et certification professionnelle);
- Fourniture d'une formation professionnelle continue pour satisfaire aux critères d'entretien des compétences;
- Orientations pour le règlement des litiges d'ordre professionnel et/ou des problèmes soulevés par les normes éthiques et professionnelles relatives à la prise en charge;
- Élaboration de normes concernant les structures de soins (pour celles accessibles au personnel des Nations Unies);
- Élaboration de normes concernant le cadre et les conditions de travail envisagés sous l'angle de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail dans le système des Nations Unies (par exemple ergonomie de l'équipement de travail, éclairage, bruit, etc.);
- Lignes directrices sur les bonnes pratiques à suivre en matière de sécurité et de santé au travail, notamment les questions de confidentialité et la normalisation des systèmes d'enregistrement électronique des informations médicales et des carnets de soins;
- Établissement d'une structure de gestion décentralisée permettant le développement, le soutien, le contrôle et le suivi d'un système de sécurité et de santé au travail principalement hors siège;
- Formulation de recommandations concernant les descriptions d'emploi, les classes des postes, et l'avancement des personnels s'occupant de la sécurité et la santé au travail;
- Établissement d'une procédure d'achat centralisée fiable et souple pour les approvisionnements en fournitures médicales et soins de santé;
- Réévaluation des procédures et services courants dans la médecine traditionnelle et formulation de conseils à ce sujet, dans l'optique de leur adaptation à une conception plus moderne de la prévention en matière de sécurité et de santé au travail (par exemple s'agissant du congé maladie, de l'agrément par les services médicaux, etc.);
- Évaluation et recommandation de solutions d'externalisation pour éviter les conflits d'intérêts (par exemple fourniture simultanée de soins de santé, et attribution des prestations d'assurance au personnel);
- Amélioration des procédures d'évaluation des risques avant les voyages et le déploiement, et préparation individuelle et évaluation de la résilience pour les missions éprouvantes;
- Examen de la gestion des questions de santé psychosociale, notamment de la toxicomanie, et conseils dans ce domaine;
- Formulation d'orientations pour l'ensemble du système sur la préparation aux situations d'urgence médicale et les mesures à prendre, notamment en cas de pandémie, d'incidents faisant un grand nombre de victimes et d'autres situations d'urgence touchant la santé publique;

- Coordination d'une approche systémique de l'évacuation sanitaire;
- Examen des aspects médicaux des politiques et des démarches des organisations en matière de VIH/sida et conseils dans ce domaine;
- Examen et coordination d'une approche globale de l'indemnisation des accidents ou maladies imputables au service, des prestations d'invalidité et des indemnités spéciales (par exemple indemnité spéciale pour frais d'études et indemnités pour enfants handicapés) et conseils à ce sujet.

Annexes

Annexe I

Services et programmes médicaux assurés dans les villes sièges (juin 2010)

	Soins d'urgence/ soins de santé primaires	Vaccination	Examen médical périodique	Certificat d'aptitude	Conseils aux voyageurs	Certification des congés- maladie/maternité	Promotion de la santé	Évacuation médicale	Formation aux premiers secours	Ergonomie	Évaluation de l'incapacité	Examen médical avant recrutement	Conseils concernant le VIH/sida	Consultation sans rendez-vous	Programmes de dépistage	Aide psychologique et sociale	Gestion du stress	Centre de fitness	Laboratoire
AIEA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Banque mondiale	x	x		x	x	x	x	x		x			x	x	x	x	x	x	x
CEA	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x		x	x		x	x
CEPALC	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x		
CESAO	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x					
CESAP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x			
FAO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
HCR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
OACI	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x				x	x	x	
OIAC	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x				x			x	
OIM	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	
OIT	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
OMI	x	x					x						x		x		x		
OMS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
ONUG	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3x	x
ONUN	x		x	x	x	x		x			x	x		x					
ONU-Siège	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
PAM	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
TPIR	x	x	x		x	x	x		x			x		x		x	x		x
UNESCO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
UNRWA			x	x								x							
Total	20	19	19	18	18	18	18	17	16	16	15	15	15	14	14	14	14	12	9

Source: Réponses des organisations au questionnaire de l'Inspecteur.

Annexe II

Services généralement attendus des dispensaires des Nations Unies dans les lieux d'affectation hors siège

- a) **Soins de santé primaires pour le personnel du système des Nations Unies**
 - i) Premiers secours et aide d'urgence en cas d'accident sur le lieu de travail;
 - ii) Consultation et traitement pour les patients sans rendez-vous avec un problème médical urgent;
 - iii) Gestion ou assistance pour le suivi des affections chroniques diagnostiquées et dont le traitement a déjà commencé;
 - iv) Tests diagnostics nécessaires pour les patients qui consultent, soit sur place soit dans les laboratoires disponibles localement;
 - v) Facilitation de l'accès des fonctionnaires aux infrastructures médicales locales, et suivi.
- b) **Santé au travail**
 - i) Promouvoir la santé des fonctionnaires, en veillant à ce que les exigences de leur fonction soient compatibles avec leur état de santé;
 - ii) Fournir les services nécessaires aux fonctionnaires qui partent en voyage officiel (conseils spécifiques selon la destination, vaccination, médicaments prophylactiques et nécessaires de voyage, notamment);
 - iii) Donner des conseils aux fonctionnaires sur toutes les questions médicales et les questions de santé en rapport avec leur travail;
 - iv) Évaluer et prendre en compte les préoccupations des fonctionnaires quant à leur santé au travail et à l'ergonomie dans leur poste de travail, et pour toutes autres questions liées au milieu du travail;
 - v) Mener des programmes de prévention en matière de santé et de promotion de la santé, par exemple pour le contrôle de la pression artérielle, le dépistage du diabète et le sevrage tabagique;
 - vi) Contribuer à l'organisation des journées d'orientation et autres formations en rapport avec la santé, par exemple formation aux premiers secours, réanimation cardiopulmonaire, etc.;
 - vii) Apporter une assistance et un appui suivis pour la mise en œuvre effective des activités et des programmes dans le cadre de la politique des services du personnel des Nations Unies concernant le VIH/sida.
- c) **Services consultatifs à l'intention des responsables de l'ensemble des organismes des Nations Unies**
 - i) Recommander et organiser les opérations d'évacuation médicale nécessaires vers les centres d'évacuation médicale régionaux agréés;
 - ii) Fournir des conseils sur les questions de congé-maladie;

- iii) Apporter des conseils et une assistance pour mettre en place des formules de travail adaptées pour les fonctionnaires qui sont dans l'incapacité d'exercer à temps complet leurs fonctions normales pendant une période déterminée;
- iv) Fournir des avis médicaux au sujet des prestations en cas d'incapacité, de situation de dépendance particulière et de maladie ou d'accident professionnel, ainsi qu'en matière d'éducation;
- v) Vérifier les factures médicales pour s'assurer qu'elles sont appropriées, raisonnables, et conformes à l'usage.

d) Autres services

- i) Organiser des sessions d'orientation périodiques pour l'ensemble du personnel sur les services assurés par le dispensaire des Nations Unies;
- ii) Produire et tenir à jour un prospectus d'une page sur la mission et les services du dispensaire, y compris les moyens de le contacter et ses heures d'ouverture;
- iii) Fournir, réapprovisionner et tenir à jour l'ensemble des trousseaux médicaux pour tous les lieux d'affectation dans le pays, y compris les trousseaux médicaux pour les véhicules officiels des Nations Unies;
- iv) Assurer systématiquement l'accès aux infrastructures médicales locales et la liaison avec elles; établir une liste des contacts utiles et la mettre à jour régulièrement.

Source: Projet concernant les dispensaires des Nations Unies, PNUD, Bureau des ressources humaines, Bureau de la gestion, actualisation au 8 juillet 2009.

Annexe III

Description des formations sanitaires de niveau 1 à 4 de l'ONU

- **Formation sanitaire de niveau 1**

Premier niveau auquel la formation qui en est chargée dispense des soins de santé primaires, administre les gestes de survie et fournit des services de réanimation. Le niveau 1 est le premier niveau où l'assistance médicale peut être fournie par un médecin. La capacité de traitement est la suivante: traitement ambulatoire de 20 patients par jour; accueil en court séjour de cinq patients pendant deux jours au maximum; fournitures médicales et articles consommables suffisants pour soixante jours. La composition et l'effectif minima d'une formation médicale de niveau 1 peuvent varier selon les besoins opérationnels et les dispositions convenues dans le mémorandum d'accord. En tout état de cause, l'effectif de base d'une formation sanitaire de niveau 1 (qui doit pouvoir être scindé en deux équipes médicales de l'avant composée chacune d'un médecin et de 2 à 3 auxiliaires sanitaires, est de 2 médecins militaires, 6 infirmiers et auxiliaires sanitaires et 3 aides-infirmiers.

- **Formation sanitaire de niveau 1+**

Si les besoins de la mission l'exigent, la capacité d'une formation de niveau 1 peut être portée au niveau 1+ par l'adjonction de capacités supplémentaires. Ces capacités supplémentaires font l'objet d'un remboursement distinct, conformément aux dispositions du Manuel et du mémorandum d'accord. Il peut s'agir notamment des éléments suivants:

- Soins dentaires de base;
- Médecine préventive;
- Tests de laboratoire courants;
- Équipe d'évacuation sanitaire aérienne;
- Capacités techniques chirurgicales (module «chirurgie de l'avant») – limitée à des interventions pratiquées dans des circonstances exceptionnelles dictées par les exigences du soutien sanitaire; cette capacité d'accueil supplémentaire ne serait déployée qu'à la demande du Département de l'appui aux missions ou du Département des opérations de maintien de la paix.

- **Formation sanitaire de niveau 2**

Une formation sanitaire de niveau 2 correspond au niveau de soins médicaux immédiatement supérieur et premier niveau auquel des services de chirurgie élémentaires, des services de maintien des fonctions vitales, et des services hospitaliers et services auxiliaires sont fournis dans la zone de la mission. Outre tous les services fournis par une formation de niveau 1, une formation de niveau 2 est en mesure d'assurer les services suivants: chirurgie d'urgence, chirurgie salvatrice et conservatrice, soins postopératoires et soins de haute dépendance, réanimation et soins intensifs, traitements hospitaliers, ainsi qu'imagerie médicale, tests de laboratoire, pharmacie, prophylaxie et soins dentaires. Enfin, elle doit également être en mesure de tenir les dossiers des patients et d'assurer le suivi de ceux qui ont été évacués. Sa capacité de traitement est la suivante: 3 à 4 opérations

chirurgicales par jour; hospitalisation de 10 à 20 malades ou blessés pendant sept jours au maximum, 40 consultations externes par jour, de 5 à 10 consultations dentaires par jour; fournitures médicales, fluides médicaux, et produits consommables suffisants pour soixante jours. La composition et l'effectif minima d'une formation sanitaire de niveau 2 peuvent varier en fonction des besoins opérationnels et des dispositions convenues dans le mémorandum d'accord. En tout état de cause, l'effectif de base d'une formation sanitaire de niveau 2 est de 2 chirurgiens (1 chirurgien général et 1 chirurgien orthopédique); 1 anesthésiste; 1 interne; 1 médecin généraliste; 1 dentiste; 1 officier hygiéniste; 1 pharmacien; 2 infirmiers en chef; 2 infirmiers pour soins intensifs; 1 infirmier de bloc opératoire; 19 infirmiers et auxiliaires sanitaires; 1 radiologue; 1 technicien de laboratoire; 1 assistant dentaire; 2 ambulanciers; 8 aides-infirmiers.

- **Formation sanitaire de niveau 2+**

La capacité d'une formation de niveau 2 peut être portée au niveau 2+ par l'adjonction de capacités supplémentaires qui renforcent les installations de soutien sanitaire. Ces capacités supplémentaires font l'objet d'un remboursement distinct, conformément aux dispositions du Manuel MAC et du mémorandum d'accord. Il peut s'agir notamment des éléments suivants:

- Services d'orthopédie;
- Services de gynécologie;
- Services complémentaires de médecine interne;
- Services complémentaires de scanographie (CT scan).

Le soutien sanitaire de niveau 2 ou 2+ peut être assuré par une formation fournie par un pays fournisseur d'effectifs militaires ou de police, une formation de l'ONU ou une formation sous contrat commercial.

- **Formation médicale de niveau 3**

Troisième niveau de soutien sanitaire qui peut être assuré dans la zone d'une mission et le plus élevé. Outre tous les services fournis par les formations de niveaux 1 et 2, une formation de niveau 3 est en mesure d'assurer les services suivants: chirurgie polyvalente, services de diagnostic et de traitement spécialisés, capacité renforcée en matière de soins de haute dépendance, services de soins intensifs plus développés, services ambulatoires de spécialistes et chirurgie maxillo-faciale.

- **Formation médicale de niveau 4**

Une formation de niveau 4 correspond au niveau de soins médicaux le plus élevé auquel sont prodigués des soins dans de multiples spécialités médicales et des traitements spécialisés dans tous les domaines de la chirurgie et de la médecine.

Source: Division des services médicaux.

Annexe IV

Principales fonctions de la Section du soutien sanitaire

A. Conseil

- Conseiller le Département des opérations de maintien de la paix ou le Département de l'appui aux missions, le Département des affaires politiques et les missions sur le terrain au sujet de toutes les questions de planification du soutien sanitaire et de logistique;
- Élaborer des politiques, une doctrine et des lignes directrices en matière de soutien sanitaire.

B. Coordination

- Planifier et coordonner le volet logistique médical du soutien sanitaire global de l'ONU, en collaboration avec les départements du Siège, les pays qui fournissent des contingents et les organismes des Nations Unies, pour les nouvelles missions, les missions en cours et celles qui se terminent.

C. Planification du soutien sanitaire pour les missions sur le terrain

- Participation à l'analyse technique et à l'évaluation des missions sur le terrain;
- Développement du concept de soutien sanitaire;
- Élaboration d'un plan de soutien sanitaire;
- Élaboration et examen de règles opérationnelles de base et de directives;
- Évaluation médicale avant le déploiement pour les pays qui fournissent les contingents/effectifs de police;
- Information des pays qui fournissent les contingents/effectifs de police et besoins sanitaires;
- Négociations du mémorandum d'accord ou de la lettre d'accord;
- Exécution du plan de soutien sanitaire;
- Évaluation des formations sanitaires pour les missions en phase de démarrage, en cours ou se terminant;
- Les officiers traitants de la Section du soutien sanitaire au Siège assurent le contrôle de la mise en œuvre du plan de soutien sanitaire pour les missions.

D. Logistique sanitaire

- Établir le budget des missions et assurer le financement du soutien sanitaire;
- Élaborer le plan d'utilisation des ressources matérielles;
- Élaborer le plan d'acquisition des ressources matérielles;
- Gérer les stocks stratégiques pour déploiement rapide;
- Gérer les moyens médicaux pour les missions en phase de démarrage, en cours ou se terminant;
- Élaborer les plans d'élimination du matériel;
- Tenir le directeur de la Division du soutien logistique informé des questions relatives au soutien sanitaire;
- Assurer le volet soutien sanitaire pendant les opérations de planification stratégique, autrement dit la stratégie globale d'appui aux missions du Département de l'appui aux missions, l'étude de référence, le plan pour l'établissement des rapports sanitaires des missions, le module de prestation des services du PGI, etc.;
- Étudier des solutions concernant les aspects sanitaires des recommandations de la commission d'enquête et les proposer au directeur de la Division du soutien logistique.

E. Achats

- Établir les spécifications techniques et l'énoncé des besoins pour le matériel médical, les produits consommables, les médicaments et les produits pharmaceutiques, le sang et les produits sanguins;
- Établir des énoncés des besoins pour les services médicaux commerciaux;
- Gestion du contrat global passé par le Siège pour les services médicaux;
- Fonction de contrôle pour les activités d'achat au niveau local.

F. Formation

- Formation du personnel médical à la planification du soutien sanitaire et à la gestion des ressources médicales;
- Atelier annuel des chefs des services médicaux.

.Source: Réponse de la Section du soutien sanitaire au questionnaire de l'Inspecteur

Vue d'ensemble des mesures à prendre par les organisations participantes pour donner suite aux recommandations du CCI – JIU/REP/2011/1

	Effets prévus	Nations Unies, fonds et programmes											Institutions spécialisées et AIEA														
		Nations Unies*	CNUCED	UNODC/ONU	PNUE	ONU-HABITAT	HCR	UNRWA	PNUD	FNUAP	UNICEF	PMA	(Autres)	OIT	FAO	UNESCO	OACI	OMS	UPU	UIT	OMM	OMI	OMPI	ONUDI	OMT	AIEA	
Rapport	Pour suite à donner		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
	Pour information		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Recommandation 1	g	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E		E	E		E	E	E		E	E	E	E	E
Recommandation 2	g	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L		L		L	L		L	L	L		L	L	L	L	L
Recommandation 3	b	E		E	E	E	E	E						E		E	E		E			E		E	E	E	E
Recommandation 4	a	E							E																		
Recommandation 5	e	E																									
Recommandation 6	d	E																									
Recommandation 7	c	L																									

- Légende: L: Recommandation pour suite à donner par l'organe délibérant.
 E: Recommandation pour suite à donner par le chef du secrétariat.
: La recommandation n'appelle pas de mesure de la part de cette organisation.

Effet prévu: **a**: transparence accrue; **b**: diffusion des pratiques optimales; **c**: coordination et coopération accrues; **d**: contrôle et respect accrues;
e: renforcement de l'efficacité; **f**: économies substantielles; **g**: efficacité accrue; **o**: autres

* Couvre toutes les entités énumérées dans la circulaire ST/SGB/2002/11 autres que la CNUCED, l'UNODC, le PNUD, ONU-HABITAT, le HRC et l'UNRWA.