



**Nations Unies**

**Examen des Services de santé  
dans les entités des Nations Unies**

**Rapport du Corps commun d'inspection**

**Établi par Victor Moraru**





# **Examen des Services de santé dans les entités des Nations Unies**

**Rapport du Corps commun d'inspection**

**Établi par Victor Moraru**



**Nations Unies • New York, 2025**

### **À propos du Corps commun d'inspection**

Seul organe de contrôle extérieur indépendant du système des Nations Unies chargé de procéder à des évaluations et à des inspections à l'échelle du système, le Corps commun d'inspection (CCI) s'emploie à assurer l'efficacité et la transparence et à favoriser une meilleure coordination entre les entités des Nations Unies.

Organe subsidiaire de l'Assemblée générale, le Corps commun rend compte aux organes directeurs et aux organes délibérants des entités qui ont accepté son statut.

On peut consulter le statut du Corps commun, les rapports annuels qu'il présente à l'Assemblée générale et ses rapports d'examen à l'adresse suivante : [www.unjiu.org](http://www.unjiu.org).

### **Équipe de projet**

Victor Moraru, l'Inspecteur

Stefan Helck, spécialiste de l'inspection et de l'évaluation

---

## Table des matières

	<i>Page</i>
Abréviations .....	vi
I. Introduction .....	1
A. Contexte .....	1
B. Objet et champ d'application .....	1
C. Méthodologie .....	2
D. À propos du rapport .....	2
II. La santé dans les entités des Nations Unies .....	3
A. L'infrastructure de santé des Nations Unies : résumé .....	3
B. Le changement de paradigme dans la prestation des soins de santé et ses incidences sur la fonction santé .....	3
C. Modification de la structure et de l'orientation institutionnelles .....	5
D. Activités de base, orientations générales et mandats .....	7
E. Financement et achats .....	8
F. Complément ressources humaines, critères d'accréditation et dispositif d'organisation des carrières .....	10
III. Gestion des soins de santé .....	11
A. Normes de soins .....	11
B. Infrastructure de santé .....	12
C. Dispositifs médicaux destinés à la préparation aux situations d'urgence et au soutien santé d'urgence .....	14
D. Quelques questions relatives à la gestion et à la coordination du personnel de santé .....	16
E. Garantir l'accès aux soins de santé sur le terrain grâce à des services médicaux communs ou de soutien .....	17
IV. Favoriser le respect des obligations dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ..	19
V. Améliorer les données et les éléments probants relatifs au personnel de santé .....	25
A. Évaluer l'état de santé du personnel et exploiter les données relatives à la santé .....	25
B. Améliorer la collecte de données grâce à des enquêtes sur la santé menées au niveau des entités et au niveau du système .....	26
C. Récapitulatif statistique sur les congés de maladie et les coûts des absences pour cause de maladie .....	27
VI. Structures clés à l'appui de la coopération interentités .....	30
A. Mécanisme de coordination des Nations Unies pour la santé et la sécurité au travail .....	30
B. Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies ..	31
Annexe	
Mesures à prendre par les entités pour donner suite aux recommandations du Corps commun d'inspection .....	33

---

## Abréviations

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
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
ITC	Centre du commerce international
OACI	Organisation de l'aviation civile internationale
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
ONU Tourisme	Organisation mondiale du tourisme
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONU-Habitat	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
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
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
UPU	Union postale universelle

## I. Introduction

### A. Contexte

1. Conformément à son programme de travail pour 2023, le Corps commun d'inspection (CCI) a réalisé une étude intitulée « Examen des Services de santé dans les entités des Nations Unies ». Le présent rapport fait le bilan de la situation actuelle en ce qui concerne les Services de santé. C'est en 2011 que le CCI a examiné ce sujet pour la dernière fois<sup>1</sup>.

2. Les Services de santé ont pour mandat et fonction de promouvoir et protéger la santé, la sécurité et le bien-être du personnel de l'entité, tant au siège que dans les bureaux extérieurs, dans le plus grand respect de la confidentialité et de la vie privée. Ils fournissent une variété de services de santé personnelle et de santé au travail afin de traiter et d'atténuer les principaux risques de santé auxquels le personnel fait face pour s'assurer que celui-ci reste productif, mobilisé et motivé, permettant ainsi à l'entité d'atteindre ses objectifs tout en maîtrisant les coûts des soins de santé et en garantissant le respect du devoir de diligence.

3. La mise en œuvre d'une nouvelle vision des soins de santé dans les entités des Nations Unies, telle qu'entérinée par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) en 2010<sup>2</sup>, a signifié l'abandon des fonctions médico-administratives restreintes au profit d'une approche plus holistique, préventive et moderne de la santé et des soins de santé pour le personnel des Nations Unies. Dans certains organismes, les Services de santé ont mis en place des améliorations visant à rationaliser leur travail et mieux privilégier les services de prévention des problèmes liés à la santé au travail et à la sécurité. La nouvelle approche des soins de santé a également conduit à un processus d'intégration progressive des sous-fonctions liées à la santé dans des Services de santé plus évolués, dotés d'un mandat élargi leur permettant de fournir une gamme plus étendue de services de santé à l'appui d'une vision holistique de la santé et du bien-être.

### B. Objet et champ d'application

4. Les objectifs de la présente étude sont au nombre de quatre, à savoir : a) examiner les stratégies, les politiques et les pratiques liées aux Services de santé ; b) analyser les modalités d'organisation des Services de santé dans les entités des Nations Unies et évaluer leur adéquation et leur efficacité ; c) examiner les mécanismes systémiques et les initiatives interentités en la matière ; d) recenser les enseignements à retenir et les bonnes pratiques.

5. La présente étude a été menée à l'échelle du système et porte sur toutes les entités ayant approuvé le statut du CCI. Elle se centre sur les Services de santé qui sont en place dans les entités des Nations Unies. Les aspects spécifiques des établissements de santé de terrain ont été pris en compte dans la collecte et l'analyse des données, dans la mesure du possible. L'étude examine également les aspects liés à la coopération interentités, y compris dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Elle n'aborde pas les aspects liés à la santé mentale et aux régimes d'assurance maladie, deux sujets qui ont fait l'objet de deux examens récents du CCI<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Examen des services médicaux des organismes des Nations Unies ([JIU/REP/2011/1](#)).

<sup>2</sup> Voir CEB/2010/HLCM/11.

<sup>3</sup> Voir [JIU/REP/2023/4](#) et [JIU/REP/2023/9](#), [JIU/REP/2023/9/Corr.1](#) et [JIU/REP/2023/9/Corr.2](#).

## C. Méthodologie

6. Les données et les éléments probants utilisés pour l'établissement du présent rapport ont été recueillis entre juin 2024 et mai 2025 à l'aide de différentes méthodes de collecte de données qualitatives et quantitatives, à savoir un exercice d'analyse préliminaire, un examen d'ensemble de la documentation pertinente relative à la santé, quatre séries de questionnaires adaptés aux différents groupes d'organismes ou à leur structure et à leur modèle de services de santé, et 65 entretiens, menés essentiellement de manière virtuelle, auprès de 138 fonctionnaires de 27 entités ayant approuvé le statut du CCI<sup>4</sup> et d'une entité tierce<sup>5</sup>.

7. Les limites de la présente étude sont notamment l'accès restreint à plusieurs catégories d'informations et l'absence de métadonnées liées aux informations quantitatives et qualitatives communiquées par certaines entités ayant approuvé le statut du CCI. Dans la mesure du possible, les données communiquées ont été recoupées avec d'autres sources et, dans certains cas, des données de substitution ont servi à combler des lacunes importantes. En outre, des parties prenantes ont tardé à répondre à toutes les étapes de l'étude, notamment en ce qui concerne la collecte de données au moyen du questionnaire et des entretiens auprès des entités.

8. Une version préliminaire du présent rapport a fait l'objet d'un examen interne par des pairs à des fins d'assurance qualité et a ensuite été communiquée aux entités ayant approuvé le statut du CCI. L'Inspecteur affirme que l'indépendance, l'impartialité et l'intégrité professionnelle ont été maintenues tout au long des phases de planification, d'exécution et de rédaction.

## D. À propos du rapport

9. Le CCI a établi deux documents : a) le présent rapport, qui est consacré aux principales constatations, conclusions et recommandations et qui est disponible dans les six langues officielles de l'ONU ; b) un rapport élargi, publié sous la cote JIU/REP/2025/6 [Rapport élargi], offrant une analyse plus large, des conclusions détaillées et des informations connexes, y compris des annexes.

10. Neuf recommandations formelles, qui feront l'objet d'un suivi et d'un rapport du CCI, ont été émises à la suite de la présente étude. On trouvera à l'annexe du présent rapport un tableau recensant chaque recommandation et l'action requise correspondante. L'étude a également donné lieu à 24 recommandations informelles, données en gras, qui complètent ou éclairent les recommandations formelles.

<sup>4</sup> Sauf la CNUCED.

<sup>5</sup> Fonds international de développement agricole.

## II. La santé dans les entités des Nations Unies

### A. L'infrastructure de santé des Nations Unies : résumé

11. L'étude a révélé l'absence de cartographie complète des établissements de santé des entités des Nations Unies. Pour les besoins du présent rapport, des informations ont été recueillies sur les types et le nombre d'établissements de santé des Nations Unies, les effectifs du personnel de santé, l'autorité chargée de l'exploitation ou de l'administration et les lieux ou les zones d'implantation de ces établissements. Les données montrent qu'en 2024, il y avait plus de 223 établissements de santé, dont 11 Services de santé situés dans les villes sièges, employant plus de 1 500 personnels de santé. Ces chiffres représentent une augmentation significative, soit plus du double du nombre total d'établissements de santé et de personnel de santé des Nations Unies par rapport aux données présentées dans le rapport du CCI de 2011. Cette croissance est étroitement liée à l'augmentation du nombre d'installations sanitaires dans les missions de maintien de la paix des Nations Unies, qui reflète, à son tour, l'augmentation du nombre ou de la portée des opérations de maintien de la paix et des missions politiques spéciales des Nations Unies.

12. Sur les 28 entités ayant approuvé le statut du CCI, 11 disposent de leurs propres Services de santé (FAO, OACI, OIT, OMI, UIT, UNESCO, HCR, Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, OMPI, PAM et OMS), 9 sont desservies par des Services médicaux conjoints régionaux des Nations Unies (AIEA, ITC, ONU-Habitat, CNUCED, PNUE, ONUDI, ONUDC, UPU et OMM)<sup>6</sup> et 6 sont desservies par les Services de santé d'autres entités des Nations Unies (ONU-Femmes, UNICEF, ONUSIDA, PNUD, FNUAP et UNOPS)<sup>7</sup>. Deux entités ont conclu des accords contractuels avec des prestataires de services de santé extérieurs au système des Nations Unies (Organisation mondiale du tourisme et UNRWA)<sup>8</sup>.

### B. Le changement de paradigme dans la prestation des soins de santé et ses incidences sur la fonction santé

13. Tout au long de son histoire, le système des Nations Unies a répondu aux besoins croissants en matière de services de soins de santé en employant un nombre croissant de personnel médical et en établissant des installations médicales en divers endroits, notamment sur le terrain. La nature décentralisée du système de santé des Nations Unies a limité la capacité des entités à le contrôler, le soutenir et le gérer. En outre, la capacité des entités à s'acquitter de leur obligation de soins à l'égard du personnel a été encore affaiblie par l'absence d'un dispositif de gouvernance clinique et d'un cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail. L'élaboration et la mise en œuvre de ces cadres généraux ont marqué un changement de paradigme dans la prestation des services médicaux, l'accent ayant été mis sur la prévention plutôt que sur la guérison.

14. La plupart des entités, notamment celles qui disposent de leurs propres Services de santé, ont confirmé que la mise en œuvre de nouvelles approches en matière de

<sup>6</sup> Service médical commun de l'Office des Nations Unies à Genève (ITC, CNUCED, UPU et OMM) ; Service médical commun de l'Office des Nations Unies à Nairobi (PNUE et ONU-Habitat) et Service médical du Centre international de Vienne (AIEA, ONUDI et ONUDC), hébergé par l'AIEA.

<sup>7</sup> Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies (UNICEF, PNUD, FNUAP, ONU-Femmes et UNOPS) et OMS (ONUSIDA).

<sup>8</sup> L'UNRWA fournit, par l'intermédiaire de ses centres de santé, des services de soins de santé primaires aux réfugiés de Palestine uniquement.

gestion des soins de santé avait entraîné une transformation progressive de la fonction santé. Le tableau 1 illustre la convergence et l'intégration de la fonction santé.

Tableau 1  
**Transformation de la fonction santé dans les entités ayant approuvé le statut du CCI disposant de leurs propres Services de santé**

Entité	Convergence de la fonction santé	Intégration des sous-fonctions liées à la santé				État d'avancement du processus
		Sous-fonction services médicaux	Sous-fonction bien-être psychosocial	Sous-fonction santé et sécurité au travail	Divers	
FAO	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Achevé
HCR	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Achevé
OACI	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Achevé
OIT	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Achevé
OMI	Oui	Oui	Oui	–	Non	En cours
OMPI	Oui	Oui	–	Oui	Non	En cours
OMS	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	En cours
PAM	Oui	Oui	Oui	–	Oui <sup>a</sup>	Achevé
Secrétariat de l'ONU	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Achevé
UIT	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	En cours
UNESCO	Non	Non	Non	Non	Non	Non engagé

Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes disposant de leurs propres Services de santé.

<sup>a</sup> Sous-fonction assurance maladie.

15. La plupart des professionnels de la santé estiment qu'il est impératif d'intégrer pleinement la fonction santé, ce qui permet de mettre en œuvre une approche plus holistique des soins de santé, garantit la coordination et l'intégration des considérations relatives à la santé et au bien-être au sein de l'entité et facilite la gestion intégrée des cas. L'intégration complète de la fonction santé est en cours dans certaines entités. Compte tenu des avantages associés à une fonction pleinement intégrée, l'application de la recommandation suivante devrait renforcer l'efficacité de la fonction santé.

#### Recommandation 1

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui disposent de leurs propres Services de santé et qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2027, revoir la fonction santé des entités et veiller à ce que celle-ci intègre effectivement les sous-fonctions pertinentes liées à la santé afin d'obtenir les meilleurs résultats en matière de santé pour le personnel des entités qu'ils dirigent.**

16. Le processus de transformation actuel pourrait également conduire à une réduction de l'utilisation des Services de santé des sièges en tant que dispensaires. **Dans le contexte de l'intégration de la fonction santé et des efforts connexes visant à optimiser ou à réduire les services de dispensaire, l'Inspecteur propose**

**que les entités étudient également la possibilité d'engager, au niveau du siège, des prestataires de services médicaux privés tiers dans le cadre d'accords-cadres, afin d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé, qui sont entièrement financés par les plans ou régimes d'assurance maladie.** Outre qu'elle constitue une mesure d'efficacité, cette option peut influencer favorablement les comportements d'accès aux soins de santé du personnel, dont beaucoup n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaires (c'est-à-dire de médecin de famille).

## C. Modification de la structure et de l'orientation institutionnelles

17. L'étude a révélé qu'un nombre croissant d'entités avaient rationalisé les activités de leurs Services de santé en les concentrant sur les aspects liés à la santé, à la sécurité et au bien-être au travail. La transition progressive des Services médicaux vers des Services de santé intégrés témoigne d'une réorientation stratégique visant à renforcer l'attention portée par les entités à la santé, à la sécurité et au bien-être du personnel sur le lieu de travail. Le tableau 2 illustre le changement opéré dans la fonction santé.

Tableau 2  
Changement reflété dans les nouveaux noms et organigrammes des Services de santé intégrés

Entité	<i>Nom des Services de santé avant l'intégration</i>	<i>Nom des Services de santé après l'intégration</i>	<i>Structure actuelle des Services de santé</i>
FAO	Services de santé	Services de santé	1. Groupe médical 2. Groupe du soutien psychosocial 3. Groupe de la santé et de la sécurité au travail
HCR	Services médicaux	Service de la santé et du bien-être du personnel	1. Section des services médicaux 2. Section de la santé psychosociale et du bien-être 3. Groupe de la sécurité au travail
OACI	Services médicaux	Services médicaux	1. Santé au travail 2. Soins de santé primaires 3. Télésanté et assistance aux employés au niveau mondial
OIT	Services médicaux	Service de la santé et du bien-être du personnel	1. Groupe des services médicaux, de l'aide sociale et de l'appui psychologique au personnel 2. Groupe de la santé au travail
OMI	Groupe médical	Service de la santé et du bien-être du personnel	Pas de structure de type groupe ou section
OMPI	Groupe médical	Service de la sécurité et de la santé au travail	Pas de structure de type groupe ou section
OMS	Services sanitaires et médicaux	Département de la santé et du bien-être du personnel	Pas de structure de type groupe ou section
PAM	Services médicaux	Division du bien-être et de la culture	1. Services médicaux 2. Service du soutien psychosocial 3. Service de l'assurance maladie

Entité	<i>Nom des Services de santé avant l'intégration</i>	<i>Nom des Services de santé après l'intégration</i>	<i>Structure actuelle des Services de santé</i>
Secrétariat de l'ONU	Division des services médicaux	Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail	4. Groupe de la culture et des valeurs 1. Renseignement médical et santé publique 2. Section de la qualité des soins de santé et de la gouvernance clinique 3. Prestations médicales 4. Section de la sécurité et de la santé au travail 5. Bureau du(de la) Conseiller(ère) du personnel 6. Section de la santé publique de l'Équipe d'intervention médicale des Nations Unies 7. Section de la gestion du personnel médical
UIT	Services médicaux	—	Processus en cours
UNESCO	Services médicaux	Service de la santé au travail	Pas de structure de type groupe ou section

Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes.

18. Le processus d'intégration de la fonction santé n'a eu, jusqu'à présent, que peu d'effet sur le statut de la fonction dans les organigrammes et les structures hiérarchiques. Se pose alors nécessairement la question soulevée par le rapport du CCI de 2011, à savoir si les Services de santé devraient être « indépendants » des autres unités administratives, notamment des ressources humaines. Plusieurs exemples montrent que la création de Services de santé et de bien-être intégrés, jouissant d'un statut plus élevé au sein de l'entité, a permis d'optimiser la prestation des soins de santé. Le fait de dissocier la fonction santé de la fonction ressources humaines crée un sentiment d'autonomie pour les Services de santé et le Service médical commun régional et permet au personnel de recourir à des services de santé, notamment à des consultations médicales et à des conseils, sans craindre une violation de la confidentialité. La diversité des structures de supervision, des filières hiérarchiques, des tâches fonctionnelles supplémentaires et des attentes des Services de santé basés aux sièges nécessite une approche uniforme en ce qui concerne leurs chaînes administratives et leur statut hiérarchique. L'application de la recommandation suivante devrait permettre de renforcer l'efficacité de la fonction santé.

### Recommandation 2

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui disposent de leurs propres Services de santé et qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2027, revoir les modalités institutionnelles de la fonction en termes de rattachements hiérarchiques, afin d'attribuer le degré d'autonomie nécessaire à la bonne gestion et à la supervision de la fonction et de garantir la confidentialité des services médicaux et de bien-être psychosocial.**

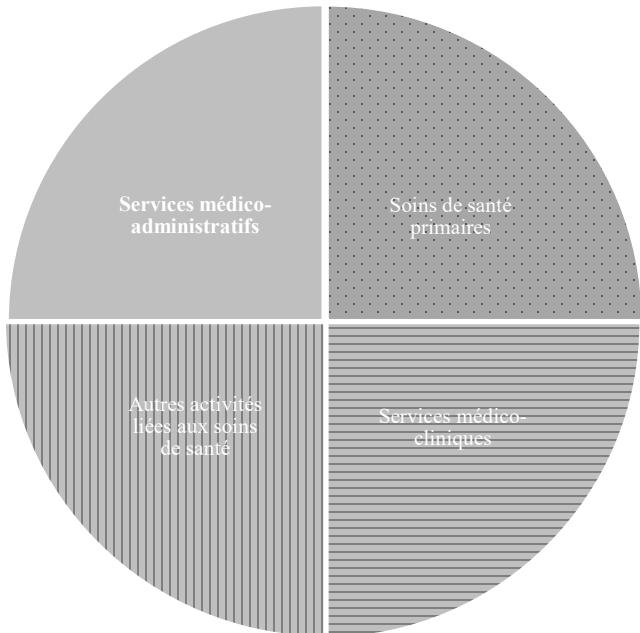
## D. Activités de base, orientations générales et mandats

19. La transformation des Services médicaux en Services de santé intégrés a également entraîné une augmentation du nombre d'activités de base (voir figure I).

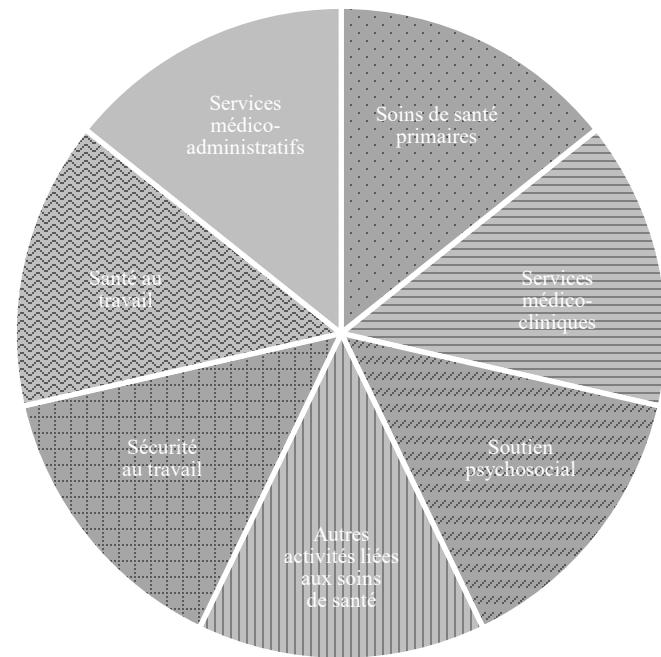
Figure I

**Évolution des activités de base : Services médicaux/Services de santé**

Activités de base des Services médicaux en 2011



Activités de base des Services de santé en 2024



Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes.

20. L'étude a révélé que les orientations générales pour la fonction santé dans les entités participantes étaient recueillies dans une multitude de documents comportant, notamment, des règles et des règlements, des manuels et des politiques générales, mais qu'il n'y avait pratiquement pas de documents autonomes où seraient clairement définis les mandats des Services de santé des entités et des Services médicaux régionaux du Secrétariat de l'ONU. De l'avis de l'Inspecteur, l'absence de mandat officiel est une faiblesse critique. Conformément à la pratique générale adoptée dans le système des Nations Unies, il est prévu que chaque entité se dote d'un « mandat » officiel pour son Service de santé, dans lequel soient définis ses principaux buts et objectifs, tâches et fonctions. Un mandat clair offre une base réaliste permettant de déterminer des niveaux de ressources adéquats pour les Services de santé, y compris lorsque de nouvelles tâches ou attributions sont ajoutées. L'application des recommandations suivantes devrait renforcer l'efficacité de la gestion des Services de santé.

**Recommandation 3**

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui disposent de leurs propres Services de santé et qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2027, examiner et publier des documents administratifs définissant clairement l'objectif principal, les attributions et les activités de base de leurs Services de santé, y compris les aspects pertinents de la santé et de la sécurité au travail.**

**Recommandation 4**

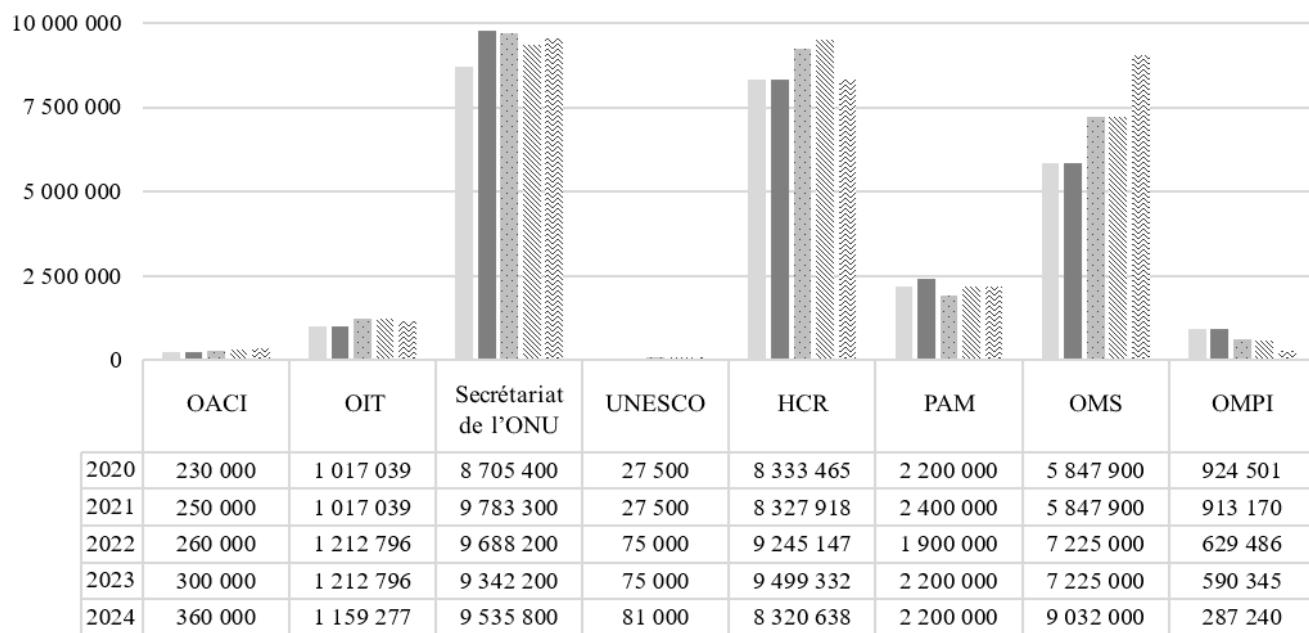
**Le Secrétaire général de l'ONU devrait, d'ici à la fin de 2028, examiner et publier, pour les Services médicaux régionaux situés dans des bureaux hors Siège et dans les commissions régionales, des documents administratifs définissant clairement l'objectif, les attributions et les activités de base de ces Services, y compris les aspects pertinents de la santé et de la sécurité au travail.**

**E. Financement et achats**

21. L'étude a montré que les dotations budgétaires des Services de santé n'avaient pas été touchées par le processus de transformation de la fonction santé. Les informations communiquées par certaines entités révèlent que les budgets de celles-ci sont restés, dans l'ensemble, à des niveaux analogues entre 2020 et 2024, sauf pour deux entités. La figure II donne un aperçu des budgets de la santé des entités qui ont communiqué ces données.

**Figure II**  
**Budgets de la santé de certaines entités pour la période 2020-2024**

(En dollars des États-Unis)



■ 2020 ■ 2021 ■ 2022 ■ 2023 ■ 2024

Source : CCI, d'après les informations fournies par certaines entités participantes.

22. L'étude a montré que la prise de décisions concernant l'allocation des fonds aux Services de santé était principalement motivée par la disponibilité des fonds et n'était pas étroitement liée aux besoins et aux priorités en matière de soins de santé. Très peu de Services de santé (par exemple, ceux du PAM ou de l'OMS) élaborent et publient des documents spécifiques (par exemple, des plans d'opérations, des stratégies de santé et autres), qui peuvent appuyer un financement adapté à la santé. Cette bonne pratique pourrait être adoptée par d'autres entités. **Les entités qui ne l'ont pas encore fait devraient élaborer des plans d'opérations pour leurs Services de santé, des stratégies de santé ou des documents similaires, le cas échéant, qui pourraient appuyer l'allocation d'un budget de soins de santé tenant compte de l'évolution des besoins de l'entité en matière de soins de santé.**

23. En règle générale, les Services de santé n'ont guère leur mot à dire sur le financement dont ils disposent, ce qui est principalement dû au rôle subordonné qu'ils jouent dans la structure institutionnelle. Or, il est essentiel de solliciter la contribution des Services de santé en ce qui concerne leurs budgets, indépendamment des dispositions institutionnelles et des liens hiérarchiques existants. **Les entités qui ne l'ont pas encore fait devraient associer les responsables des Services de santé à la budgétisation des soins de santé afin de garantir l'efficacité du processus et l'alignement du budget sur l'évolution des priorités et des besoins de l'entité en matière de santé.**

24. Les approches varient en ce qui concerne l'acquisition de biens médicaux. Les critères d'achat utilisés pour l'acquisition de biens médicaux sont conformes aux règles et règlements de l'entité en matière d'achats. En règle générale, ils portent sur le prix, la qualité, les délais de livraison et la date d'expiration. Bien que le prix des produits soit toujours un facteur important, **l'Inspecteur encourage les entités à privilégier les approches fondées sur la valeur lors de l'achat<sup>9</sup> d'articles médicaux, afin de maximiser la valeur finale de l'argent.**

25. L'achat centralisé de produits médicaux est l'option préférée de la plupart des entités. Malgré ses avantages, la centralisation des achats peut se révéler moins souple lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins locaux, moins efficace et plus chronophage du fait qu'il faut obtenir l'approbation des services des achats du siège. **Autoriser la souplesse requise pour les options d'achat et les conditions de paiement des réseaux de fournisseurs locaux peut se révéler bénéfique pour les entités sur le terrain qui ont des besoins urgents, quoique faibles, de fournitures médicales.**

## **F. Complément ressources humaines, critères d'accréditation et dispositif d'organisation des carrières**

26. Le complément ressources humaines des Services de santé varie considérablement d'une entité à l'autre, compte tenu de la diversité des mandats des entités et de leur couverture géographique. L'étude a montré que l'affectation du personnel, y compris le recrutement de personnel pour les établissements de santé sur le terrain, est rarement fondée sur les besoins réels ou sur une évaluation des besoins. **Les entités devraient procéder à une évaluation périodique des besoins en personnel de leurs établissements de santé afin de garantir une affectation adéquate et suffisante du personnel en fonction des priorités institutionnelles en matière de soins de santé.**

27. Le recrutement de professionnels de la santé relève de la politique et des procédures établies pour la nomination du personnel à des postes financés par le budget

<sup>9</sup> Les achats fondés sur la valeur prennent en compte non seulement le prix, mais également des facteurs tels que la valeur à long terme et d'autres paramètres, le but étant de fournir des soins de santé de qualité à des prix compétitifs ou viables.

ordinaire. Cette approche peut se révéler déficiente pour le recrutement de personnel médical, notamment dans les établissements de santé de terrain. **Les entités disposant d'un effectif important de personnel de santé doivent poursuivre la normalisation de la procédure de recrutement en publiant une méthodologie d'approbation technique, y compris des lignes directrices ou des instructions générales.**

### III. Gestion des soins de santé

28. Les entités des Nations Unies ont investi des ressources considérables dans la mise en place d'un réseau d'établissements de santé sur le terrain. Même lorsque des établissements de santé sont déployés sur le terrain, il est difficile de reproduire les conditions existant dans les établissements de santé mis à la disposition du personnel en poste au siège. Pour remédier aux lacunes, il est impératif de définir des normes de soins appropriées et de disposer d'infrastructures de santé adaptées.

#### A. Normes de soins

29. Les normes de soins sont un pilier essentiel de la gestion des soins de santé. La mise en place de normes et de lignes directrices permet aux prestataires de soins de santé des Nations Unies d'offrir des soins cohérents, ce qui se traduit par une réduction des coûts de santé et des prestations. Les résultats attendus de la mise en œuvre des normes de soins sont résumés dans l'encadré 1. Certaines entités mettent en œuvre leurs propres normes. Nonobstant les différences de mandat, d'orientation et de priorités des Services de santé des différentes entités, **l'Inspecteur recommande aux entités qui ne l'ont pas encore fait de revoir, d'adapter ou d'adopter des normes de soins alignées sur les normes fixées par l'Organisation en matière de qualité des soins de santé et de sécurité des patients afin d'assurer une normalisation à l'échelle du système et de faciliter la mise en œuvre et le respect de ces normes.**

#### Encadré 1

#### Résultats attendus de la mise en œuvre des normes des Nations Unies en matière de soins de santé

- Réduction des préjudices évitables et baisse des taux de comorbidité et de mortalité
- Cohérence assurée dans les processus et les systèmes de l'ensemble des hôpitaux et dispensaires des Nations Unies
- Création de la capacité de recueillir et de mesurer les résultats cliniques aux fins de l'amélioration de la qualité
- Création de la capacité de mesurer l'expérience du patient
- Attentes comblées pour l'ensemble du personnel des missions et des Nations Unies en matière de soins dignes de confiance, cohérents et fiables.

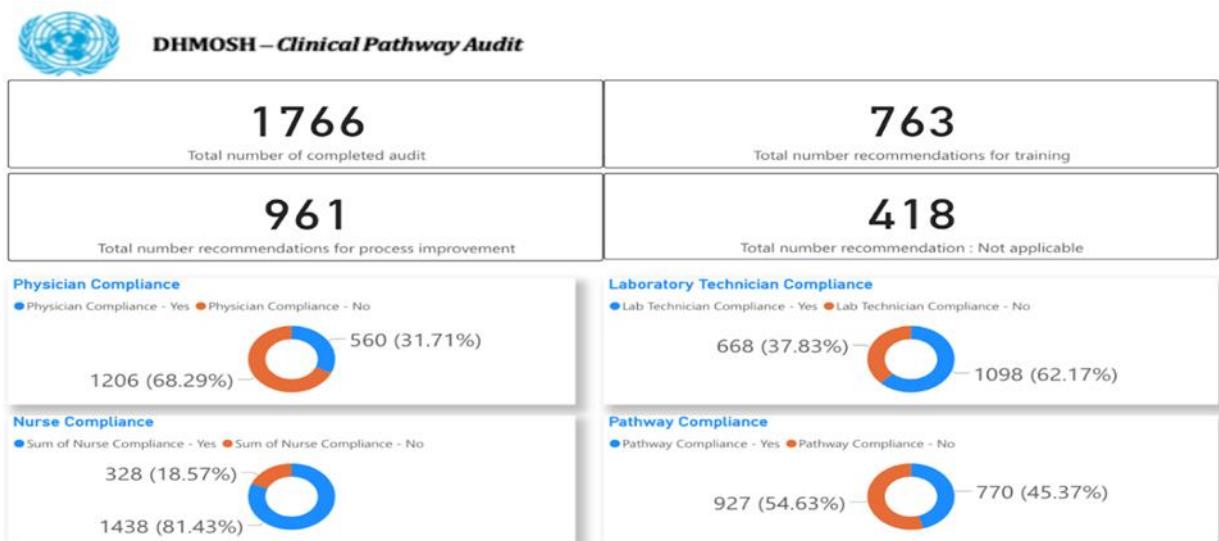
*Source : United Nations international patient safety goals and standards (2019).*

30. Seules quatre entités (HCR, Secrétariat de l'ONU, PAM et OMPI) ont confirmé l'existence de mécanismes de suivi et d'évaluation du niveau de conformité aux normes de soins existantes, mais il faut bien constater que seul le Secrétariat de l'ONU est en mesure d'assurer un suivi et une évaluation efficaces. Au moment de l'établissement de l'étude, aucune donnée n'était disponible pour déterminer combien d'établissements de santé des Nations Unies avaient mis en place des processus conformes aux normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients. Toutefois, des informations publiques ont permis de constater qu'entre 2021 et 2023, un dispensaire basé au siège (HCR) et quatre infirmeries de missions de maintien de la paix avaient réalisé avec succès des évaluations de la qualité et des normes

applicables aux patients<sup>10</sup>. Des informations reçues de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail ont également révélé que, sur les 10 évaluations des normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients réalisées à la mi-2024, 3 hôpitaux avaient échoué à l'évaluation<sup>11</sup>.

31. La Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail a mis au point un tableau de bord de la conformité des protocoles cliniques, qui permet de vérifier en temps réel la mise en œuvre de plusieurs paramètres (voir figure III). On y lit que 418 audits cliniques ont permis de constater une conformité totale avec les quatre catégories suivies (nombre recommandé de membres du personnel médical ; respect ou non-respect des protocoles et données par établissement de santé).

**Figure III**  
**État de la conformité aux normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients entre juillet 2023 et mai 2024**



Source : Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail.

## B. Infrastructure de santé

32. L'infrastructure de santé des Nations Unies sur le terrain est souvent jugée insuffisante ou inadéquate. Aucune donnée spécifique n'a été transmise par les entités qui permettrait de déterminer la proportion d'établissements de santé inadéquats du fait d'un manque de capacités et selon d'autres paramètres connexes.

33. Pour comprendre la situation, on a analysé les réponses communiquées lors des entretiens et les données figurant dans les rapports d'audit non confidentiels du Bureau des services de contrôle interne. L'encadré 2 présente des données ventilées par mission de maintien de la paix auditee et par nombre d'audits et de recommandations. L'analyse des données a révélé des lacunes dans le respect des exigences des Nations Unies en matière de capacités et d'aptitudes des installations sanitaires des missions de maintien de la paix, soit : a) des lacunes liées à l'adéquation

<sup>10</sup> A4+premier rapport d'activité.

<sup>11</sup> Au 9 juillet 2024, huit évaluations des normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients étaient en cours.

des installations sanitaires sur le terrain ; b) des lacunes liées à l'adéquation des programmes de maintenance des équipements médicaux et des systèmes de gestion des stocks de médicaments ; c) des lacunes liées à l'adéquation des mécanismes d'évacuation sanitaire primaire ; d) des lacunes liées à l'adéquation des dispositions en matière de recouvrement des coûts pour services fournis ; e) des lacunes liées à la planification de la prise en charge ; f) des lacunes liées au déploiement et à la distribution par emplacement des établissements de santé.

**Encadré 2**  
**Nombre d'audits (et recommandations)**

- MINUSCA - 2 (14)
- MINUSMA – 1 (11)
- MONUSCO – 2 (8)
- MANUI – 1 (2)
- UNFICYP – 1 (8)
- FINUL – 2 (6)
- MINUSS – 3 (15)
- BANUS/MANUSOM – 1 (5)
- MINUAD – 1 (7)

34. Très peu d'entités ont communiqué des données sur les capacités et les compétences des dispensaires autres que ceux des missions de maintien de la paix, notamment sur celles du PNUD et du PAM. Le manque de données spécifiques n'a pas permis d'évaluer leur adéquation pour ce qui est des capacités, des taux d'utilisation, de la rentabilité et de l'efficacité.

35. L'étude a mis en évidence l'insuffisance du soutien sanitaire obligatoire sur le terrain ainsi que la faiblesse de la gestion des soins de santé fondée sur les risques. Selon une entité, 50 % des 612 lieux d'affectation des Nations Unies ne satisfont pas à tous les éléments obligatoires en matière de prise en charge sanitaire.

36. Il convient d'éviter que chaque entité ferme ou ouvre des dispensaires sur le terrain sans se référer à un plan de prise en charge sanitaire à l'échelle du système ou aux besoins collectifs de l'équipe de pays des Nations Unies. L'encadré 3 comporte un récapitulatif des pratiques qui compromettent l'adoption sur le terrain de la gestion des soins de santé fondée sur les risques.

**Encadré 3**  
**Pratiques déficientes qui compromettent l'adoption sur le terrain d'une gestion des soins de santé fondée sur les risques**

- Maintien du soutien à des établissements de santé qui sont mal adaptés aux besoins
- Recours aux évacuations sanitaires comme première ligne de défense alors qu'il s'agit de la solution de dernier ressort
- Chevauchement des activités de différentes entités des Nations Unies conduisant à la création de dispensaires similaires, parfois à proximité les uns des autres, dans un même lieu d'affectation

- Non-prise en compte de critères tels que la viabilité et l'extensibilité lors de la mise en place de solutions locales ; faible prise en compte d'approches novatrices pouvant offrir des solutions à moindre risque dans des environnements difficiles

*Source : Réponses au questionnaire du CCI.*

37. Des méthodes d'estimation des risques sanitaires sont en place pour évaluer l'accès aux soins de santé dans les lieux d'affectation hors siège, le but étant de garantir une évaluation objective des lacunes existantes et de recommander des solutions optimales. Toutefois, ces méthodes ne sont pas appliquées à grande échelle du fait de la persistance de pratiques dépassées ou parce que le financement requis pour leur mise en œuvre fait défaut. La faible mise en œuvre du modèle de gestion des risques dans la gestion des établissements de santé sur le terrain nuit au respect du devoir de diligence et à l'efficacité du système de santé. L'élaboration de plans globaux de prise en charge médicale ou sanitaire fondés sur les risques sanitaires des lieux d'affectation est cruciale pour le déploiement d'installations sanitaires adaptées et la répartition optimale des installations sanitaires dans la zone d'opérations. L'application de la recommandation suivante devrait améliorer l'accès du personnel des Nations Unies aux soins de santé et renforcer l'efficacité des établissements de soins de santé des Nations Unies.

#### **Recommandation 5**

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2027, évaluer et recenser les lacunes ou les domaines où il convient d'améliorer l'accès aux soins de santé de leur personnel, en établissant des priorités et en utilisant les méthodes d'estimation des risques sanitaires établies par le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies et approuvées par le Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination.**

### **C. Dispositifs médicaux destinés à la préparation aux situations d'urgence et au soutien santé d'urgence**

38. L'Équipe d'intervention médicale des Nations Unies, l'évacuation sanitaire (EVASAN primaire) et l'évacuation sanitaire secondaire (EVASAN secondaire) sont les principaux dispositifs médicaux destinés à la préparation aux situations d'urgence et au soutien santé d'urgence. Alors que l'Équipe d'intervention médicale est conçue pour gérer la préparation et l'intervention face aux crises faisant un nombre considérable de victimes, les dispositifs EVASAN primaire et EVASAN secondaire sont conçus pour la prise en charge rapide des personnes gravement malades ou grièvement blessées dans n'importe quel milieu ou environnement, y compris lors de situations faisant un nombre considérable de victimes.

39. L'étude a révélé que l'Équipe d'intervention médicale, en l'état actuel, est partiellement opérationnelle et ne peut jouer qu'un rôle limité s'agissant d'appuyer la préparation et l'intervention face aux urgences médicales. L'Inspecteur note qu'un groupe de travail composé de médecins hors classe a réexaminé et affiné le champ d'application, le mandat et la chaîne de commandement pour les incidents concernant

l'Équipe d'intervention médicale. Le concept « UNMERT 2.0 » proposé (voir figure IV) vise à combler les lacunes du mécanisme d'appui à la coordination des situations d'urgence existant. **Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies devraient prendre des mesures individuelles ou collectives, en concertation avec les chefs de secrétariat des autres organismes membres du CCS, pour envisager, dans le cadre des mécanismes interentités du Comité de haut niveau sur la gestion, l'approbation d'un concept révisé de l'Équipe d'intervention médicale des Nations Unies, tel que proposé par le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies. Ils devraient également étudier la possibilité d'un financement interentités pour l'Équipe d'intervention médicale afin de faciliter le mandat de celle-ci à l'échelle du système s'agissant d'appuyer la coordination des urgences médicales.**

Figure IV

#### Le concept UNMERT 2.0 appliqué à l'Équipe d'intervention médicale des Nations Unies



Source : Équipe d'intervention médicale des Nations Unies (juin 2024).

40. La proposition de réorganisation de l'Équipe d'intervention médicale et l'amélioration souhaitée de l'appui à la coordination médicale d'urgence, qui couvre également les opérations de type EVASAN primaire et EVASAN secondaire, montrent que l'amélioration de la rapidité et de la qualité des soins médicaux pour le personnel des Nations Unies sur le terrain reste un objectif important. L'Inspecteur note que des exercices de simulation d'évacuation sanitaire primaire à grande échelle menés dans plusieurs missions de maintien de la paix ont permis de mettre en lumière des faiblesses à différentes étapes de la chaîne de soins médicaux, qui ont été rectifiées, notamment par la mise à jour, en 2020, de la directive concernant les évacuations sanitaires primaires<sup>12</sup>.

41. L'instruction administrative de 2000 sur l'évacuation sanitaire (ST/AI/2000/10) n'a quant à elle toujours pas été mise à jour. Or, il faudrait étroitement l'aligner sur la directive actualisée concernant les évacuations sanitaires primaires afin de permettre une interaction intégrée et efficace des deux mécanismes. Il faudrait également qu'elle tienne compte de certains défis opérationnels mis en lumière lors des circonstances

<sup>12</sup> Voir Nations Unies, « Casualty evacuation in the field » (1<sup>er</sup> mars 2020).

uniques de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Si les mécanismes d'évacuation sanitaire ont, dans une large mesure, bien fonctionné, l'expérience a mis en évidence des possibilités d'amélioration dans des domaines tels que la préparation en vue d'une intervention rapide, la rationalisation des procédures d'évacuation et la mise en place de protocoles de transfert cohérents et fiables pour le personnel malade.

42. Compte tenu de ce qui précède, **l'Inspecteur propose que le Secrétaire général mette à jour l'instruction administrative de 2000 sur l'évacuation sanitaire**. Le mécanisme d'évacuation sanitaire pour cause de COVID-19, mis en place pour répondre aux demandes d'évacuations sanitaires à l'échelle du système des Nations Unies entre 2020 et 2022, constitue une approche interinstitutionnelle efficace, s'appuyant sur des accords de partage des coûts. La bonne pratique qui en a résulté est à préserver et développer. Par conséquent, **l'Inspecteur propose que les entités utilisent les enseignements tirés du mécanisme d'évacuation sanitaire pour cause de COVID-19 pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources en vue d'améliorer les mécanismes d'appui à la coordination des urgences médicales**.

#### **D. Quelques questions relatives à la gestion et à la coordination du personnel de santé**

43. Les différences quant à la responsabilisation et à la structure hiérarchique des établissements de santé ont toujours posé un certain nombre de problèmes de coordination pour ce qui est de la reddition de comptes, de la gestion prévisionnelle des besoins en personnel de santé et du soutien santé sur le terrain. Il n'existe pas d'autorité centrale des Nations Unies pour ces questions. La Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail est la seule entité chargée de faciliter une coordination efficace du soutien santé sur le terrain, notamment au moyen de la planification stratégique et de la gestion du personnel médical. Toutefois, la Division n'exerce pas d'autorité hiérarchique directe sur les établissements de santé administrés par d'autres entités (par exemple, le PNUD) ou sur leur personnel de santé. Sa fonction demeure largement consultative, circonscrite aux entités et aux lieux placés sous sa responsabilité. Comme l'a fait remarquer l'une des personnes interrogées, « le commandement et le contrôle des services médicaux ne reposent pas actuellement sur une hiérarchie efficace, ni même sur un système de rapports matriciels. Ils s'appuient sur des conseils et non sur une autorité ». En l'absence d'autorité technique déléguée, les orientations de la Division, aussi rigoureuses soient-elles, resteront d'ordre consultatif, ce qui peut diluer les responsabilités en matière de gouvernance des dispensaires, de gestion prévisionnelle des besoins en personnel et de respect des normes minimales. Il est de plus en plus nécessaire de définir clairement des attributions en matière de supervision technique qui permettent de déléguer l'autorité médicale. L'application de la recommandation suivante devrait permettre de formaliser la supervision technique et de renforcer la reddition de comptes.

##### **Recommandation 6**

**Le Secrétaire général de l'ONU devrait, d'ici à la fin de 2027, promulguer une instruction administrative sur la supervision médico-technique énonçant des attributions effectives et des responsabilités claires.**

## **E. Garantir l'accès aux soins de santé sur le terrain grâce à des services médicaux communs ou de soutien**

44. Les entités peuvent souscrire des services de soins de santé pour que leur personnel sur le terrain puisse être pris en charge par le Service médical commun opérant dans les pôles régionaux des Nations Unies et par les dispensaires et autres établissements de santé des Nations Unies déployés sur le terrain. Les mémorandums d'accord et les accords de niveau de service définissent les conditions des services à fournir, les mécanismes de partage des coûts, les modalités de facturation et autres détails pertinents. Ils peuvent également comporter, entre autres, des précisions sur les obligations des signataires et le traitement des litiges ou des dispositions concernant les indicateurs de performance ou la résiliation. En règle générale, la fourniture et la qualité des services de santé par souscription sont supervisées par des comités de surveillance ou de gestion des services communs, ou des mécanismes équivalents, composés de personnes représentant les entités signataires. Selon le centre de réservation des Nations Unies<sup>13</sup>, administré par le PAM et qui offre des services communs à 18 entités des Nations Unies, plus de 90 dispensaires des Nations Unies et plus de 40 praticiens étaient répertoriés à la mi-juin 2025 en tant que prestataires de sa section médicale.

45. En règle générale, la méthode de calcul des coûts se base sur des honoraires par personne pour certains services ou sur le système de facturation à l'acte, où les honoraires sont facturés selon l'utilisation réelle des services. Il pourrait également se révéler profitable d'étudier et de préciser les services de soins de santé qui pourraient être considérés comme remboursables par les régimes d'assurance médicale existants. Or, très peu d'entités ont étudié ce modèle. S'il est conscient des limites inhérentes à cette approche (par exemple, le personnel peut avoir des régimes d'assurance distincts, ce qui entrave une facturation unifiée), **l'Inspecteur propose néanmoins que les entités envisagent d'appliquer le modèle de recouvrement des coûts via l'assurance afin d'améliorer la viabilité financière des services médicaux communs ou à coûts partagés.**

46. La viabilité financière des Services médicaux communs ou à coûts partagés pourrait être optimisée si l'on mettait en œuvre des méthodes de calcul des coûts plus réactives et plus équilibrées, notamment des examens périodiques des mémorandums d'accord et des accords de niveau de service. Pour autant, comme l'a montré l'étude, ces examens ne sont pas toujours prioritaires, même lorsque les réalités du terrain et les exigences changent. **L'Inspecteur recommande aux organisations de réexaminer périodiquement les accords de partage des coûts et les méthodes de calcul des coûts des Services médicaux communs ou à coûts partagés qui fournissent des services sur souscription, afin de s'assurer qu'ils répondent aux intérêts des fournisseurs et des utilisateurs.**

47. Les entités et les prestataires de soins de santé s'accordent à dire que les Services médicaux communs ou à coûts partagés favorisent la coopération entre institutions sur le terrain et génèrent des économies d'échelle. Toutefois, la viabilité de ce modèle avantageux est souvent compromise par des pratiques d'exclusion volontaire. Les décisions quant à la non-participation sont souvent prises arbitrairement par les responsables sur le terrain qui, du fait, parfois, de partis pris financiers, ne tiennent pas compte des éventuelles conséquences préjudiciables sur le niveau de prise en charge médicale dont le personnel de terrain est en droit de bénéficier. Ce qui précède est d'autant plus important pour les lieux d'affectation où les prestataires de soins de santé locaux ne peuvent pas remédier à la réduction, voire à la cessation, de certains services de santé spécialisés, du fait de décisions de non-participation.

<sup>13</sup> Voir <https://unbooking.org/>.

48. Par conséquent, l'Inspecteur propose que les chefs des structures des Nations Unies sur le terrain qui ont conclu des accords de partage des coûts médicaux consultent les médecins chefs de leur entité au sujet des propositions de non-participation afin de s'assurer que les besoins sanitaires du personnel sur le terrain sont pleinement pris en compte, conformément aux exigences liées au devoir de protection.

49. S'il appartient à chaque entité signataire de décider de renoncer ou non aux Services médicaux communs ou à coûts partagés, de telles décisions doivent également être envisagées du point de vue des conséquences préjudiciables qu'elles peuvent avoir sur le partage des charges. L'Inspecteur a été informé que certaines décisions de retrait avaient été prises et mises en œuvre sans préavis, ce qui est révélateur du fait que les mémorandums d'accord et les accords de niveau de service (le cas échéant) ne contiennent pas tous des clauses de résiliation et de retrait efficaces ou spécifiques, y compris des dispositions pour les situations où les utilisateurs restants ne sont pas en mesure d'absorber les obligations financières de l'utilisateur ou des utilisateurs qui se retirent. L'inclusion de ces clauses et d'autres dispositions pertinentes, comme recommandé également par le Groupe des Nations Unies pour le développement durable dans son modèle de mémorandum d'accord concernant les services communs<sup>14</sup>, peut renforcer la viabilité financière des Services médicaux communs ou à coûts partagés et, ce faisant, dissuader davantage certaines personnes d'y renoncer arbitrairement. La recommandation suivante vise à combler les lacunes liées aux pratiques arbitraires de renonciation et à renforcer les conditions de contrôle et de conformité par l'établissement et le maintien d'une approche rigoureuse pour l'examen et l'efficacité des dispositions contractuelles afin de contribuer à la viabilité de la prestation commune des soins de santé sur le terrain.

#### Recommandation 7

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient revoir périodiquement, de préférence par l'intermédiaire des organes spéciaux de gestion ou de supervision existants, les mémorandums d'accord ou les accords de niveau de service, selon le cas, et continuer d'en améliorer les dispositions, notamment celles qui portent sur les modifications, la résiliation et le retrait, afin de veiller à ce que les Services médicaux communs ou conjoints conservent leur viabilité et leur efficacité.**

<sup>14</sup> Voir <https://unsgd.un.org/resources/memorandum-understanding-concerning-provision-and-use-common-services>.

## IV. Favoriser le respect des obligations dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail

50. Les Services de santé ont joué un rôle clé dans l'adoption et la mise en œuvre de politiques et de normes de santé et de sécurité au travail à l'échelle du système et dans les entités dont ils relèvent. Ces politiques et normes introduisent une approche structurée de la gestion de la santé et de la sécurité au travail. Le cadre des Nations Unies relatif à la sécurité et à la santé au travail, lancé par le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies et entériné en 2015 par le Comité de haut niveau sur la gestion<sup>15</sup>, se compose d'une structure claire et d'un guide de mise en œuvre à utiliser dans toutes les entités des Nations Unies pour protéger la santé, la sécurité et le bien-être du personnel des Nations Unies. Comme l'illustre l'encadré 4, un système institutionnel de gestion de la santé et de la sécurité au travail porte sur les éléments essentiels suivants : établissement d'une politique, attribution des responsabilités aux échelons supérieurs, renforcement des capacités à tous les niveaux, mise en œuvre de processus de conformité et d'amélioration continue.

### Encadré 4

#### Éléments à incorporer progressivement dans un cadre ou système de santé et de sécurité au travail

- Un organe de supervision de la sécurité et de la santé dirigé par les cadres supérieurs
- Une politique institutionnelle de sécurité et de santé au travail
- Une cartographie des risques pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail de l'entité, une évaluation et une hiérarchisation de ces risques et une élaboration de plans de gestion des risques pour les risques les plus élevés
- Une mise en œuvre d'un système de notification des incidents liés à la santé et à la sécurité au travail
- Une élaboration de nouvelles normes et orientations en matière de santé et de sécurité au travail et la mise en place d'un mécanisme de conformité
- Un renforcement des capacités de l'ensemble de l'entité par la formation et la sensibilisation

51. L'étude a révélé que seuls quelques Services de santé institutionnels avaient été chargés de se responsabiliser du système de gestion de la santé et de la sécurité au travail de l'entité. Dans un cas, l'établissement et la mise en œuvre du système institutionnel de gestion de la santé et de la sécurité au travail avaient été intégrés dans le mandat du Service de santé concerné. De telles exigences sont injustifiées. Dans le cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail, il est souligné à dessein que la santé et la sécurité au travail incombent à la hiérarchie et ne sauraient être prises en charge par un Service de santé qui ne relève pas de la direction. Au vu de ce qui précède, **l'Inspecteur propose que les chefs de secrétariat des entités participantes veillent à ce que les attributions et les responsabilités de leur Service de santé dans le cadre du système institutionnel de gestion de la santé et de la sécurité au travail soient clairement établies et documentées**.

<sup>15</sup> CEB/2015/HLCM/7/Rev.2 (31 mars 2015).

**travail soient étroitement alignés sur les principes énoncés dans le cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail.**

52. Dans le cadre du questionnaire du CCI, les entités ont communiqué des informations sur l'état de mise en œuvre de certaines recommandations de l'Équipe spéciale pour le devoir de protection et du cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail, à l'aide d'une matrice comportant des questions clés tirées des enquêtes du Forum sur la santé et la sécurité au travail, afin d'évaluer les progrès accomplis dans certains domaines<sup>16</sup>. En règle générale, une moitié des entités ont progressé dans la mise en œuvre des recommandations de l'Équipe spéciale ou sont en passe de les mettre en œuvre<sup>17</sup>. L'étude a révélé que la mise en œuvre des éléments du cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail est en cours et à divers stades d'avancement dans les entités participantes. Néanmoins, si des engagements de haut niveau ont été consignés dans des documents à l'échelle du système, ils n'ont pas été concrétisés sous la forme de mesures de gestion, notamment sur le terrain.

53. Le tableau 3 montre que seules six entités ont adopté une politique spéciale en matière de santé et de sécurité au travail, huit ont créé un organe de supervision de la santé et de la sécurité au travail et quatre ont mis en place un mécanisme de promulgation de normes de santé et de sécurité au travail et s'en sont prévenues. Si 12 entités ont confirmé l'existence de capacités de notification des incidents (IRS) et 6 ont signalé l'existence d'inventaires des risques en matière de santé et de sécurité au travail, peu d'entre elles avaient commencé à recenser les sources de données et à cartographier les risques, ce qui est pourtant essentiel pour une gestion proactive des dangers fondée sur les risques et pour la prévention des incidents. Les capacités en matière de santé et de sécurité au travail restent sous-optimales, étant donné que seules neuf entités ont signalé la création de comités de santé et de sécurité au travail au niveau du siège et six l'ont fait au niveau régional ou national.

Tableau 3

**État de la mise en œuvre, au 30 septembre 2024, du cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail dans les domaines présentant un intérêt particulier**

Politique de santé et de sécurité au travail	Renforcement des capacités en matière de santé et de sécurité au travail au niveau régional ou national									
	Organe de contrôle de la santé et de la sécurité au travail	Comité de la santé et de la sécurité au travail du siège	Points focaux pour la santé et la sécurité au travail au siège	Comités de la santé et de la sécurité au travail	Points focaux pour la santé et la sécurité au travail	Ressources suffisantes pour l'instauration d'un système de gestion de la santé et de la sécurité au travail	Système de notification des incidents	Inventaire des risques pour la santé et la sécurité au travail	Normes de santé et de sécurité au travail et mécanisme de promulgation	
FAO	FAO	AIEA	AIEA	HCR	HCR	HCR	FAO	HCR	FAO	
HCR	HCR	FAO	HCR	OIT	OIT	OIT	HCR	OIT	HCR	
IAEA	OACI	HCR	OACI	OMS	OMS	ONUSIDA	OIT	OMI	PAM	
OIT	OIT	OACI	OIT	ONUSIDA	PAM	ONUSIDA	OMI	PAM	UNICEF	
PAM	ONU-	OIT	OMI	PAM	PNUD	PNUD	OMS	PNUD		
UNOPS	Femmes	OMS	OMS	PNUD	UNICEF	UNICEF	ONU-	UNOPS		
	PAM	ONUSIDA	ONUSIDA		UNOPS	UNOPS	Femmes	PAM		
Secrétariat de l'ONU	PAM	Secrétariat de l'ONU	Secrétariat de l'ONU				PAM	PNUD		
UNICEF	de l'ONU	de l'ONU	de l'ONU				Secrétariat de l'ONU	Secrétariat de l'ONU		

<sup>16</sup> Conformément aux annexes 1 et 2 du questionnaire adressé par le CCI aux entités.

<sup>17</sup> L'annexe 1 du questionnaire du CCI ne comprenait pas les domaines liés à l'assurance médicale et à la santé mentale.

Cadre et système de santé et de sécurité au travail				Renforcement des capacités en matière de santé et de sécurité au travail au niveau régional ou national							
Politique de santé et de sécurité au travail	Organe de contrôle de la santé et de la sécurité au travail	Comité de la santé et de la sécurité au travail du siège	Points focaux pour la santé et la sécurité au travail au siège	Comités de la santé et de la sécurité au travail	Points focaux pour la santé et la sécurité au travail	Ressources suffisantes pour l'instauration d'un système de gestion de la santé et de la sécurité au travail	Système de notification des incidents	Inventaire des risques pour la santé et la sécurité au travail	Normes de santé et de sécurité au travail et mécanisme de promulgation		
	UIT UNOPS		UIT UNOPS UNRWA								

Source : CCI, d'après les réponses reçues des entités à l'annexe 2 de son questionnaire adressé aux entités.

54. Un système de notification des incidents est un élément important du système de gestion de la santé et de la sécurité au travail de toute entité. Les entités doivent inventorier et gérer les incidents sanitaires sur le lieu de travail (accidents, blessures et maladies). Dans le questionnaire adressé aux entités, celles-ci ont communiqué des informations sur les incidents liés à la santé et à la sécurité au travail survenus au cours de la période 2020-2023, en précisant la catégorie d'incident et le nombre de demandes d'indemnisation (voir tableau 4). Sur les 12 entités qui ont déclaré disposer d'un système de notification des incidents liés à la santé et à la sécurité au travail, 5 ont fourni des données pour l'ensemble de la période quadriennale et 5 pour certaines années seulement. Sept autres entités qui ne disposent pas d'un système de notification des incidents ont fourni des données pour l'ensemble de la période (OACI, ONUDI et OMPI) ou pour certaines années seulement (AIEA, UNESCO, FNUAP et UPU).

Tableau 4  
**Personnel touché par des incidents liés à la sécurité au travail (2020-2023)**

	Incidents liés à la sécurité au travail et demandes d'indemnisation															
	Villes sièges								Lieux d'affectation hors siège							
	Incidents liés à la sécurité au travail				Demandes d'indemnisation				Incidents liés à la sécurité au travail				Demandes d'indemnisation			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
AIEA	X	X	X	X	14	26	17	7	X	X	X	X	X	X	X	X
FAO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	48	X	X	X	X
FNUAP	–	–	–	4 (1)	–	–	–	4	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	11	15 (1)	33	24
HCR	–	–	7	–	4	1	2	3	4	12	28	31	11	14	33	24
ITC	X	X	X	X	X	X	X	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
OACI	2	1	–	1	1	(1)	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
OIT	4	2	7	11	4	2	7	11	1	–	–	1	1	–	–	1
OMI	–	–	–	–	–	–	–	–	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
OMM	X	X	X	X	X	X	X	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
OMPI	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
OMS	X	X	X	X	18	12	21	33	X	X	X	X	27 (1)	12 (1)	6 (2)	24

	Incidents liés à la sécurité au travail et demandes d'indemnisation															
	Villes sièges								Lieux d'affectation hors siège							
	Incidents liés à la sécurité au travail				Demandes d'indemnisation				Incidents liés à la sécurité au travail				Demandes d'indemnisation			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
ONUDI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ONU-Femmes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ONUSIDA	X	X	X	X	X	X	X	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
PAM	14	9	8	23	19	14 (1)	28	38	3	13	20	48	3	13	20	48
PNUD	X	X	1	3	X	X	1	3	X	X	—	2	X	s.o.	—	2
UIT	X	X	X	X	X	X	X	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
UNESCO	X	1 (1)	22	27	X	3 (1)	2	4	X	X	6	3	X	X	X	X
UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UNOPS	—	—	—	3	—	—	—	3	316	113	122	200	316	113	122	200
UNRWA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UPU	—	—	—	—	—	—	—	—	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes.

Note : X désigne l'absence de données ; les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de décès.

Abréviation : s.o. = sans objet.

55. L'étude a révélé que le système de collecte des données sur les incidents n'était pas optimal, ce qui se traduisait, au niveau de la direction, par une mauvaise tenue des inventaires et une faible visibilité sur les tendances réelles en la matière. Bien que près de la moitié des entités participantes aient signalé l'existence de systèmes de notification d'incidents, très peu d'entre elles avaient mis en place des systèmes formels ou pleinement opérationnels avant 2022. Comme le montre le tableau 4, le nombre d'incidents notifiés au cours de la période 2020-2023 était très faible, voire proche de zéro, ce qui peut également indiquer que, dans certains cas, notamment sur le terrain, les chiffres puissent être inexacts. Tel n'est peut-être pas le cas pour les accidents du travail entraînant la mort, qui sont presque toujours inventoriés. La notification insuffisante des incidents par le personnel peut également conduire à des inexactitudes ou à l'absence de données. **L'Inspecteur recommande aux entités de veiller à ce que le personnel soit régulièrement formé à la notification des incidents et ait accès à un système de notification des incidents survenant sur le lieu de travail. Les supérieurs hiérarchiques devraient assumer une responsabilité accrue s'agissant de la communication des incidents et du recours accru à l'autodéclaration.**

56. Si les risques à faible potentiel liés aux conditions de travail sont généralement pris en charge sur le terrain ou au niveau national, les risques importants pouvant entraîner des préjudices graves ou des pertes en vies humaines doivent être pris en compte et traités dans un cadre de gestion globale des risques. D'après les réponses reçues au questionnaire adressé par le CCI aux entités, 10 entités avaient inclus les risques liés à la santé et à la sécurité au travail dans leurs inventaires et processus institutionnels de gestion des risques. Dans certaines de ces entités, les risques sanitaires majeurs (liés principalement à des urgences médicales) étaient évalués et

pris en compte dans l'inventaire des risques de l'entité. Toutefois, ce travail se fait apparemment en fonction des besoins et non de manière systématique. L'application de la recommandation ci-après devrait favoriser le respect du principe de responsabilité et atténuer les risques en matière de santé et de sécurité au travail dans les entités participantes.

#### Recommandation 8

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2027, intégrer les risques sanitaires et professionnels dans leurs processus de gestion globale des risques afin de détecter et d'atténuer ces risques à différents niveaux opérationnels.**

57. L'étude a révélé que 90 % des entités ne disposaient pas de ressources suffisantes pour mettre en œuvre le cadre relatif à la santé et à la sécurité au travail, ce qui peut expliquer les faibles progrès réalisés s'agissant de le mettre en œuvre dans les entités des Nations Unies au cours de la dernière décennie. Or, les incidents liés à la santé et à la sécurité au travail constituent le risque maximal pour le personnel des Nations Unies. Si les données relatives au personnel en civil, comme le montre le tableau 4, ne sont pas très concluantes, les maladies et accidents professionnels du personnel en tenue sont nettement plus nombreux. Les données sur les incidents fournies par le Secrétariat de l'ONU montrent qu'entre 2012 et 2017, les lésions et les maladies professionnelles ont été plus nombreuses que les lésions liées à la sécurité, dans un rapport d'environ 10 contre 1<sup>18</sup>. De même, entre 2022 et 2024, le ratio entre les cas de décès pour causes professionnelles et les cas de décès pour causes non professionnelles a plus que triplé, se situant à 10 contre 1<sup>19</sup>. **Pour respecter les obligations découlant du devoir de protection dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, il est vivement conseillé aux entités participantes d'investir en priorité dans les capacités en matière de santé et de sécurité au travail afin que le système de gestion de la santé et de la sécurité au travail des Nations Unies reçoive le même soutien que le système de gestion de la sécurité des Nations Unies.**

58. Outre leurs incidences sur la santé et le bien-être du personnel, les accidents mortels, les lésions et les maladies peuvent entraîner, pour les entités, des coûts importants au titre des congés de maladie, des indemnités et des soins de santé. Le manque de données a empêché d'évaluer les coûts découlant de la faiblesse des moyens s'agissant d'offrir des services de santé et de sécurité au travail et de l'insuffisance des pratiques de santé et de sécurité au travail dans les entités participantes.

59. Selon les estimations, les pertes financières consécutives à des accidents et événements évitables liés à des risques pour la sécurité et la santé au travail dans les opérations de maintien de la paix pourraient se chiffrer à 250 millions de dollars par an ([A/74/533](#), par. 71). Dans ce contexte, il serait utile de fonder les propositions d'optimisation et d'efficacité sur une analyse coûts-avantages. L'étude a révélé qu'aucune recherche dans ce domaine n'avait été menée dans les entités, à titre individuel ou à l'échelle du système. Par conséquent, **l'Inspecteur propose que les entités mènent ou fassent mener des recherches permettant d'évaluer les incidences financières et d'analyser les risques liés à la faiblesse des capacités de prestation**

<sup>18</sup> Voir, par exemple, « Guidance on the UNSMS role in occupational health and safety », page 3.

<sup>19</sup> Données tirées de l'outil de notification confidentielle du système de notification des victimes (NOTICAS) (état au 11 novembre 2024).

**de services de santé et de sécurité au travail et à l'insuffisance des pratiques en la matière, afin d'améliorer l'efficacité et la rentabilité dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.**

## V. Améliorer les données et les éléments probants relatifs au personnel de santé

### A. Évaluer l'état de santé du personnel et exploiter les données relatives à la santé

60. Les entités participantes ont été invitées à communiquer des informations sur l'état de santé général de leur personnel en 2023, tant au siège que sur le terrain. Moins de la moitié des entités ont été en mesure de fournir une estimation à cet égard. Il se peut que ces estimations (voir tableau 5) ne donnent pas une image complète de la situation en ce qui concerne la santé du personnel des différentes entités. Le fondement empirique sur lequel reposent la plupart des estimations semble peu fiable car il est souvent fait référence à un seul point de données, sans qu'il soit apporté d'élément de preuve corroborant qui proviendrait d'autres sources pertinentes.

Tableau 5  
État de santé du personnel dans les entités participantes

	Siège					Bureaux locaux				
	Très bon	Bon	Assez bon	Mauvais	Très mauvais	Très bon	Bon	Assez bon	Mauvais	Très mauvais
UNOPS	FAO <sup>a</sup>	OMPI	—	—	—	FAO <sup>a</sup>	FAO <sup>a</sup>	—	—	—
	HCR	OMS				HCR	OMPI			
	OACI	UNRWA				OACI	OMS			
	OIT					OIT	PAM <sup>a</sup>			
	OMI					PAM <sup>a</sup>	UNOPS			
	OMM					Secrétariat	UNRWA			
	PAM					Secrétariat	UNRWA			
	Secrétariat					de l'ONU				
	de l'ONU									
	UPU									

Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes.

<sup>a</sup> La FAO et le PAM ont tous deux noté que l'état de santé du personnel de leurs bureaux extérieurs variait d'un bureau à l'autre en fonction des conditions régnant dans les lieux d'affectation.

61. L'encadré 5 contient un récapitulatif des données communiquées par les entités susmentionnées concernant les problèmes de santé dont souffrent le plus fréquemment les membres de leur personnel. Bien que relativement disponibles, les données relatives à la santé sont rarement utilisées pour accroître l'efficacité et améliorer les résultats en matière de santé. Seules deux organisations (l'OACI et l'OIT) ont été en mesure de déterminer le niveau des incidences financières des problèmes de santé prévalents, et cinq autres (l'OACI, l'OIT, le HCR, le PAM et l'OMS) ont pu indiquer le pourcentage attribuable aux conditions de travail.

Encadré 5  
Problèmes de santé dont souffre le plus fréquemment le personnel des Nations Unies

- Troubles mentaux
- Affections et lésions musculosquelettiques (non traumatiques)

- Maladies cardiovasculaires
- Affections oncologiques
- Maladies respiratoires

*Source : Réponses reçues au questionnaire du CCI.*

62. Il est impératif de disposer de données sur la santé du personnel pour élaborer une politique fondée sur des éléments probants. Une communication régulière pourrait faire que les chefs de secrétariat, les organes délibérants et les organes directeurs prêtent une attention accrue aux questions de santé critiques qui ont des incidences sur la santé et le bien-être du personnel. Par conséquent, **l'Inspecteur recommande que les entités améliorent en permanence la collecte des données relatives à la santé et exploitent pleinement ces données, notamment en les regroupant, en les diffusant efficacement auprès d'autres instances et en étendant la présentation de rapports, afin de faciliter l'évaluation périodique de l'état de santé du personnel et, d'un point de vue plus stratégique, de veiller à ce que la gestion des soins de santé et de la santé du personnel soit fondée sur des éléments probants et sur les risques.**

## **B. Améliorer la collecte de données grâce à des enquêtes sur la santé menées au niveau des entités et au niveau du système**

63. Les enquêtes sur la santé sont des sources de données qui peuvent aider à évaluer l'état de santé du personnel et à établir, entre autres, des estimations de la prévalence de certaines maladies. Les entités ont confirmé qu'elles avaient utilisé diverses enquêtes internes et externes pour recueillir des données relatives à la santé. Toutefois, les données recueillies auprès du personnel peuvent ne pas suffire à permettre la mise en place d'interventions sanitaires empiriques, car ces outils ne sont pas utilisés systématiquement, compte tenu des contraintes existantes en matière de capacités et de ressources, et peuvent présenter des limites d'ordre méthodologique. La normalisation des enquêtes sur la santé à l'échelle du système des Nations Unies peut permettre de réduire le coût qu'entraîne l'organisation de nombreuses enquêtes isolées, de diminuer la lassitude face aux enquêtes et d'assurer la comparabilité des données. **Il est recommandé aux entités de normaliser les processus qu'elles mettent en œuvre pour mener des enquêtes sur la santé ou d'utiliser des enquêtes qui soient pertinentes à l'échelle du système, plutôt que de produire une variété d'enquêtes plus circonscrites qui risquent de ne pas utiliser de paramètres comparables et qui ciblent différents sous-ensembles de répondants qui peuvent ne pas être comparables entre eux.**

64. L'Inspecteur estime que la participation des entités aux enquêtes sur la santé à l'échelle du système devrait être privilégiée, dans l'intérêt de l'ensemble du personnel des Nations Unies. L'idéal serait que toutes les entités des Nations Unies utilisent un même format pour leurs enquêtes et que celles-ci soient toutes lancées simultanément, pour que les données soient les mêmes et soient, ainsi, comparables. L'enquête sur la santé à l'échelle des Nations Unies est une première en la matière<sup>20</sup>. L'enquête est un instrument rentable à l'échelle du système qui, complété par un cadre centralisé de collecte et de gestion des données des Nations Unies, pourrait faciliter la mise en commun d'informations et la coopération interentités et favoriser une approche factuelle, fondée sur des données, de la gestion de la santé du personnel au sein du système des Nations Unies.

<sup>20</sup> Également dénommée « enquête sur la santé et le bien-être du personnel des Nations Unies ».

65. Menée depuis plus de 10 ans, l'enquête sur la santé à l'échelle des Nations Unies doit être revalidée et son questionnaire doit être actualisé. Jusqu'ici, l'enquête a été financée au moyen de contributions volontaires et l'on craint de plus en plus que, faute de financement durable, elle ne soit plus viable. **Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies devraient prendre des mesures individuelles ou collectives, en concertation avec les chefs de secrétariat des autres entités membres du CCI, pour envisager, dans le cadre des mécanismes interentités du Comité de haut niveau sur la gestion, l'approbation d'une solution de financement appropriée fondée sur le partage des coûts pour l'enquête sur la santé à l'échelle des Nations Unies, afin d'assurer la viabilité de l'enquête et de faire en sorte qu'elle soit dotée des ressources nécessaires.**

### C. Récapitulatif statistique sur les congés de maladie et les coûts des absences pour cause de maladie

66. L'étude a révélé que si la plupart des entités recueillent des données statistiques sur les absences pour cause de maladie, elles sont toutefois moins nombreuses à le faire en ce qui concerne les données relatives aux coûts entraînés par les congés de maladie. Au total, 22 organisations ont fourni des informations sur les congés de maladie certifiés pour la période 2019-2023, et seules 5 ont communiqué des informations complètes pour la même période au sujet du coût total entraîné par les journées chômées pour cause de maladie. Le tableau 6 présente des données statistiques générales sur l'incidence des congés de maladie certifiés et les dépenses qui en découlent.

Tableau 6  
Aperçu des données sur les congés de maladie et des dépenses y afférentes

Entité	Nombre total de jours de congé de maladie certifié (2019-2023)	Nombre total de jours de congé de maladie de longue durée (2021-2023)	Nombre moyen de jours de congé de maladie certifié par fonctionnaire et par an					Nombre moyen de jours de congé de maladie certifié par fonctionnaire (2019-2023)	Montant total des dépenses pour cause de maladie (2019-2023) (en dollars É.-U.)
			2019	2020	2021	2022	2023		
AIEA	79 860	—	7,13	7,67	6,48	10,92	8,26	7,67	—
CNUCED	15 781	—	8,94	6,18	4,37	5,17	6,64	6,18	11 467 382
FAO	89 637,5	—	6,72	5,63	3,98	6,73	6,14	5,63	—
FNUAP	17 399	—	8,0	7,0	7,0	6,0	5,0	7,0	1 012 192
HCR	305 592	2 924	4,33	3,83	4,65	4,05	3,21	3,83	—
ITC	10 761	—	6,27	5,05	3,51	5,28	6,27	5,05	5 038 645 <sup>c</sup>
OACI	17 787	—	5,35	4,78	3,71	4,68	4,95	4,78	8 358 038 <sup>a</sup>
OIT	93 218	—	5,43	5,17	4,67	5,67	5,69	5,17	—
OMI	13 959	6 <sup>b</sup>	17,06	10,64	9,68	8,53	7,95	10,64	—
OMM <sup>a</sup>	3 965	—	—	3,14	4,94	3,17	2,22	3,14	—
OMPI	63 937	—	11,85	10,9	8,42	11,83	10,98	10,9	—
OMS	172 720	—	3,89	3,64	3,67	3,61	3,37	3,64	—
ONUDC	17 134	—	3,4	4,30	3,82	5,20	6,32	4,61	—
ONUDI	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ONU-Femmes	8 305	—	1,44	1,49	1,08	1,69	2,06	1,49	—
ONUSIDA	—	—	—	—	—	—	—	—	—
PAM	214 671	1 853	1,72	1,80	2,21	2,17	2,39	2,05	—

Entité	Nombre total de jours de congé de maladie certifié (2019-2023)	Nombre total de jours de congé de maladie de longue durée (2021-2023)	Nombre moyen de jours de congé de maladie certifié par fonctionnaire et par an					Nombre moyen de jours de congé de maladie certifié par fonctionnaire (2019-2023)	Montant total des dépenses pour cause de maladie (2019-2023) (en dollars É.-U.)
			2019	2020	2021	2022	2023		
PNUD	111 032,5	—	3,28	4,41	4,03	3,78	3,90	3,88	19 500 718
Secrétariat de l'ONU	969 630 <sup>f</sup>	—	5,83	5,23	4,97	5,96	5,45	5,23	—
UIT	25 800	—	6,12	4,81	4,16	5,45	4,31	4,81	5 471 022 <sup>d</sup>
UNESCO	69 505	—	5,83	5,0	5,19	6,60	3,35	5,0	—
UNICEF	190 711	—	2,47	2,34	2,3	2,61	2,36	2,34	—
UNOPS	52 610	—	2,11	1,84	2,02	2,63	0,46	1,84	—
UNRWA	—	—	—	—	—	—	—	—	—
UPU	6 313	38 <sup>e</sup>	7,04	5,96	2,62	5,43	7,49	5,96	—

Source : CCI, d'après les informations fournies par les entités participantes.

Note : Un tiret indique qu'aucune donnée n'a été communiquée.

<sup>a</sup> Montant en dollars canadiens, valable uniquement pour 2019, 2020 et 2023.

<sup>b</sup> Montant valable uniquement pour 2023.

<sup>c</sup> Montant en francs suisses.

<sup>d</sup> Montant en francs suisses, valable uniquement pour 2023.

<sup>e</sup> Nombre de cas.

<sup>f</sup> Le nombre total de jours de congé de maladie certifié communiqué par le Secrétariat de l'ONU comprend toutes les entités administrées dans Umoja et concerne également la CNUCED, l'ONUDC, ONU-Habitat et le PNUE.

<sup>g</sup> L'OMM a fourni des données pour quatre ans (2020-2023).

67. L'étude a révélé que les entités ne calculent pas régulièrement le nombre moyen d'absences pour cause de maladie par an pour l'ensemble de leur personnel et qu'elles ne l'utilisent pas comme critère de référence pour effectuer des comparaisons en interne, entre les unités administratives, ou en externe, avec d'autres entités. Il n'est donc pas surprenant que le système ne dispose pas d'un critère de référence concernant la moyenne annuelle des congés de maladie certifiés par fonctionnaire et qu'il n'ait pas une vision claire de la fourchette dans laquelle devrait se situer la moyenne annuelle des congés de maladie certifiés de chaque entité. **Il est vivement recommandé aux entités de déterminer et d'utiliser des critères de référence institutionnels sur les absences pour cause de maladie afin de comprendre les variations et les tendances et de prendre des décisions sur les mesures correctives à prendre, le cas échéant.**

68. L'analyse du tableau 6 montre qu'au cours de la période 2019-2023, les chiffres moyens des congés de maladie certifiés au niveau des entités sont restés relativement stables pour toutes les entités, sauf une. Sur la base des moyennes dégagées par entité, il a été possible de calculer la moyenne à l'échelle du système du nombre d'absences pour cause de maladie pour la période susmentionnée, qui est de 5,05 jours par fonctionnaire. À la connaissance de l'Inspecteur, aucune étude n'a été menée dans le système des Nations Unies pour déterminer avec certitude le critère de référence applicable aux jours de congé de maladie certifié à l'échelle du système ou la fourchette dans laquelle le nombre de ces absences devrait se situer. **Les entités participantes devraient encourager le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies à envisager de procéder à une analyse comparative des absences pour cause de maladie et à recommander un nombre moyen de jours de congé de maladie certifié par entité et une fourchette précise de congés de maladie certifiés pour les entités, ce qui pourrait contribuer à une gestion efficace des congés de maladie.**

69. Il est primordial de comprendre les incidences financières que représentent les congés de maladie pour les entités. Dans le cadre du questionnaire du CCI, les entités ont été invitées à communiquer des informations sur le montant total des prestations de maladie et d'invalidité. Le manque de réponses indique peut-être une absence de méthodes qui permettraient de calculer ces coûts. Du fait de l'insuffisance de données, il n'a pas été possible de déterminer le montant total des coûts directs liés aux congés de maladie certifiés pour l'ensemble des entités participantes.

70. Deux des six entités ont communiqué des données partielles sur leurs coûts annuels associés aux congés de maladie. En tout, ces entités ont dépensé quelque 51 millions de dollars entre 2019 et 2023. Bien que partielles, ces données confirment à elles seules que les journées chômées pour cause de maladie peuvent avoir des incidences financières considérables sur les entités des Nations Unies.

**71. L'Inspecteur recommande aux entités qui ne l'ont pas encore fait de rationaliser leur gestion des congés de maladie en adoptant des méthodes efficaces permettant de déterminer les coûts associés aux congés de maladie certifiés, afin d'éclairer la prise de décisions et de rendre les données sur les coûts accessibles à toutes les parties prenantes.**

## VI. Structures clés à l'appui de la coopération interentités

72. Diverses structures interentités qui intéressent la santé, la sécurité et le bien-être du personnel des Nations Unies ont opéré dans le cadre du Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination. Contrairement à ce qui se produit dans d'autres domaines de la gestion stratégique (notamment dans ceux des ressources humaines, de la sécurité ou des achats), il n'existe pas de réseau technique dédié à la santé chargé de promouvoir la coopération et la collaboration sur les questions de santé et de bien-être et de fournir au CCS des conseils stratégiques sur la gestion de la santé à l'échelle du système. La complexité des relations et fonctions existant dans le modèle actuel, à participation ponctuelle, de coopération interentités, en particulier de celles relatives à la santé mentale et au bien-être, sont partiellement illustrées dans le document [JIU/REP/2023/4](#).

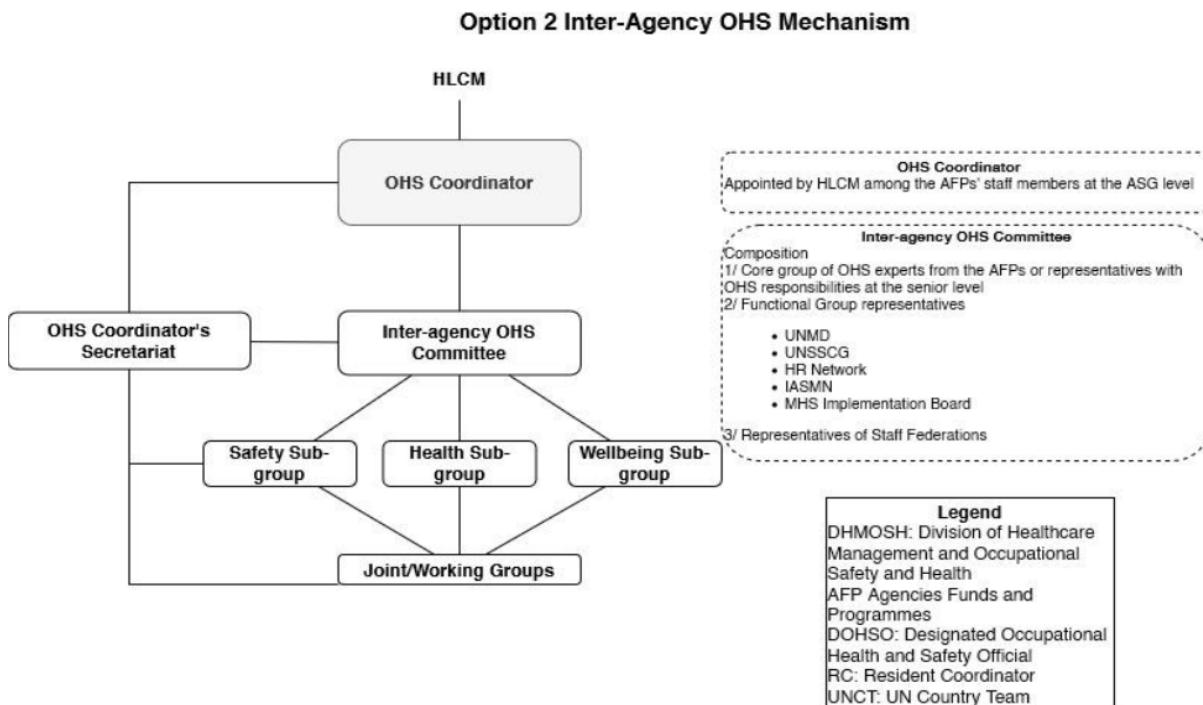
### A. Mécanisme de coordination des Nations Unies pour la santé et la sécurité au travail

73. L'évolution de la coopération interentités dans le domaine de la santé, de la sécurité et du bien-être a donné lieu à de nouvelles structures et fonctions, la plus importante étant le Mécanisme de coordination des Nations Unies pour la santé et la sécurité au travail, dont la structure de gouvernance est présentée à la figure V. Il est prévu que le Mécanisme se charge principalement d'harmoniser la préparation contre les risques liés à la santé et à la sécurité au travail, de renforcer l'estimation des risques en matière de santé et de sécurité au travail et les politiques et pratiques en matière de santé et de sécurité au travail, et que son rôle de coordination, entraînant certaines prises de décision, soit activé en présence de risques pour la santé et la sécurité au travail touchant le personnel des Nations Unies à l'échelle mondiale ou régionale<sup>21</sup>. Dans le cadre de son mandat et du fait de ses paramètres spécifiques, le Mécanisme ne peut pas servir de réseau technique de santé pour le Comité de haut niveau sur la gestion.

<sup>21</sup> CEB/2023/HLCM/17, page 6.

Figure V

## Structure du Mécanisme de coordination des Nations Unies pour la santé et la sécurité au travail



Source : Forum sur la santé et la sécurité au travail, sixième rapport d'activité.

## B. Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies

74. À sa quarante-septième session, le Comité de haut niveau sur la gestion a brièvement débattu de la nécessité de faire du Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies un réseau technique officiel<sup>22</sup>, mais la décision correspondante a été reportée afin de permettre de procéder à une consultation plus approfondie et à un alignement sur les structures existantes<sup>23</sup>. La stagnation en ce qui concerne cette question révèle une certaine méconnaissance de la notion de collaboration interfonctionnelle et du concept de leadership appliqués à la gestion des soins de santé dans le système des Nations Unies. Par le passé, la gestion de ce domaine se plaçait du point de vue des ressources humaines. Toutefois, avec le passage à une approche de la gestion de la santé et du bien-être du personnel fondée sur les risques, il est désormais considéré comme nécessaire de compter sur un leadership idoine à l'échelle du système.

75. C'est le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies, une structure autofinancée fonctionnant à titre entièrement volontaire, qui, depuis les années 1980, fournit au Comité de haut niveau sur la gestion des avis et des conseils spécialisés sur la plupart des questions liées à la santé. Sa fonction actuelle ne lui permet pas de donner des conseils stratégiques et de jouer un rôle moteur sur des questions liées à la gestion des soins telles que la

<sup>22</sup> Dans une lettre adressée à la présidence du CCS en octobre 2021, le Président du Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies a demandé que le Réseau soit officiellement reconnu comme réseau technique officiel du CCS.

<sup>23</sup> CEB/2024/3, p. 13.

gouvernance clinique, la gestion prévisionnelle des besoins en personnel, les normes sur les données (par exemple, EarthMed) ou le contrôle des changements (comme l'ouverture, la fermeture ou les restructurations de dispensaires sur le terrain). Cette limitation contribue à la fragmentation des responsabilités et à des inégalités dans l'adoption de normes communes liées à la santé dans le système des Nations Unies. La viabilité à long terme de cette structure et sa contribution à la coopération interentités suscitent également de vives inquiétudes. Le changement qui marque notre temps peut apporter un nouvel éclairage en ce qui concerne la validité du concept de volontariat qui sous-tend le modèle du Réseau et la forme actuelle sous laquelle il interagit avec le Comité<sup>24</sup>. L'application de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer la coopération et la coordination interentités en matière de santé, de sécurité et de bien-être.

#### **Recommandation 9**

**Dès 2027, les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies devraient prendre des mesures individuelles ou collectives, en concertation avec les chefs de secrétariat des autres organismes membres du Conseil des chefs de secrétariat, de préférence dans le cadre des mécanismes de coordination interentités de ce dernier, pour étudier, deux fois par an, les conditions permettant la création d'un réseau technique sur la santé du Comité de haut niveau sur la gestion, sur la base d'une demande formulée par le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies, afin qu'il fournisse des conseils stratégiques sur l'évolution de la situation sanitaire et assure un leadership interentités sur les questions de gestion liées à la santé.**

<sup>24</sup> Selon les arrangements existants, le Réseau des directeurs et directrices des services médicaux des entités des Nations Unies rend compte au Réseau ressources humaines du Comité de haut niveau sur la gestion et devrait coordonner et aligner sa position sur celle du Réseau ressources humaines avant chaque session du Comité.

## Annexe

## Mesures à prendre par les entités pour donner suite aux recommandations du Corps commun d'inspection

		Rapport	Effet escompté	Entités ayant accepté le statut du Corps commun d'inspection																									
Pour suite à donner	Pour information			ONU <sup>a</sup>	ONUSIDA	CNUCED	ITC	PNUD	PNUUE	FNUAP	ONU-Habitat	HCR	UNICEF	ONUDC	UNOPS	UNRWA	ONU-Femmes	PAM	FAO	AIEA	OACI	OIT	OMI	UIT	UNESCO	ONUDI	ONU Tourisme	UPU	OMS
Recommandation 1	f																	C	C	C	C	C	C				C		
Recommandation 2	f																	C	C	C	C	C	C				C		
Recommandation 3	f											C					C	C	C	C	C	C				C	C		
Recommandation 4	f C																												
Recommandation 5	f C					C		C		C	C		C		C	C	C	C	C	C	C						C		
Recommandation 6	a C																												
Recommandation 7	e C					C		C		C	C		C		C	C	C	C	C	C	C						C		
Recommandation 8	a					C	C	C	C	C	C		C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
Recommandation 9	c C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		

## Légende :

- D : Recommandation appelant une décision de l'organe délibérant.
- C : Recommandation appelant l'adoption de mesures par le ou la chef de secrétariat.
- : Recommandation ne nécessitant pas de mesure de la part de l'entité.

## Effet escompté :

- a : amélioration de la transparence et meilleure application du principe de responsabilité ; b : diffusion des bonnes et meilleures pratiques ; c : renforcement de la coordination et de la coopération ; d : renforcement de la cohérence et meilleure harmonisation ; e : renforcement du contrôle et de la conformité ; f : amélioration de l'efficacité ; g : économies importantes ; h : efficience accrue ; i : autre effet escompté.

<sup>a</sup> Comme indiqué dans le document ST/SGB/2015/3.