

L'Organisation mondiale de la santé en transition - La rénovation nécessaire (Note)

Yves Beigbeder

Volume 30, Number 3, 1999

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/704053ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/704053ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut québécois des hautes études internationales

ISSN

0014-2123 (print)

1703-7891 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Beigbeder, Y. (1999). L'Organisation mondiale de la santé en transition - La rénovation nécessaire (Note). *Études internationales*, 30(3), 477-491. <https://doi.org/10.7202/704053ar>

Article abstract

The election of Dr Gro Harlem Brundtland (Norway), in May 1998, as Director-General of the World Health Organization (WHO) has been felt as a signal and a hope of renewal for this specialized agency of the United Nations. The article recalls the criticisms addressed to the management of Dr Brundtland's predecessor, Dr Hiroshi Nakajima (Japan), during his two five-year terms. Dr Nakajima had initiated a reform process, endorsed by the World Health Assembly in 1993. Independent groups considered that the proposed reforms were inadequate and they identified the principal issues to be resolved. As soon as she was appointed, Dr Brundtland expressed clearly the need for change and made a few spectacular decisions. Her management and its impact on WHO should be evaluated at the end of her first term, in 2003.

L'organisation mondiale de la santé en transition

La rénovation nécessaire

YVES BEIGBEDER*

RÉSUMÉ: L'élection du Dr Gro Harlem Brundtland (Norvège), en mai 1998, comme Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a été ressentie comme le signal et l'espoir d'un renouveau pour cette agence spécialisée des Nations Unies. L'article rappelle les critiques portées contre la gestion du prédécesseur du Dr Brundtland, le Dr Hiroshi Nakajima (Japon), pendant ses deux mandats de cinq ans. Ce dernier avait amorcé un processus de réforme, endossé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1993. Des groupes indépendants ont estimé que les réformes proposées étaient insuffisantes et ont identifié les principales questions à résoudre. Dès sa nomination, le Dr Brundtland a exprimé clairement la nécessité d'un changement et pris quelques mesures spectaculaires. Une véritable évaluation de sa gestion et de son impact sur l'OMS devra être entreprise à la fin de son premier mandat, en 2003.

ABSTRACT: The election of Dr Gro Harlem Brundtland (Norway), in May 1998, as Director-General of the World Health Organization (WHO) has been felt as a signal and a hope of renewal for this specialized agency of the United Nations. The article recalls the criticisms addressed to the management of Dr Brundtland's predecessor, Dr Hiroshi Nakajima (Japan), during his two five-year terms. Dr Nakajima had initiated a reform process, endorsed by the World Health Assembly in 1993. Independent groups considered that the proposed reforms were inadequate and they identified the principal issues to be resolved. As soon as she was appointed, Dr Brundtland expressed clearly the need for change and made a few spectacular decisions. Her management and its impact on WHO should be evaluated at the end of her first term, in 2003.

Le 13 mai 1998, le Dr Gro Harlem Brundtland a été élue au poste de Directeur général de l'OMS par l'Assemblée mondiale de la santé, par 160 votes pour et six contre¹. Cinquième titulaire et première femme à occuper ce poste, le Dr Brundtland a immédiatement exprimé sa détermination à changer l'OMS, à « changer le cours des choses », à « créer la différence » : « L'OMS peut et doit

* Ancien fonctionnaire de la FAO et de l'OMS, Y. BEIGBEDER est actuellement Attaché principal à l'UNITAR, Genève. Il a écrit cet article à titre personnel et est seul responsable de ses commentaires, qui n'engagent en aucune manière l'OMS et les autres organisations mentionnées.

1. L'OMS avait 191 États Membres en 1998. Sa nomination par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1998 a été acquise par une courte majorité. Le Dr Brundtland, née le 20 avril 1939 à Oslo, est docteur en médecine, et a un Master en santé publique de l'Université de Harvard (1965). Elle a été Premier ministre de Norvège à trois reprises. Parmi ses nombreuses fonctions internationales, elle a notamment présidé dès 1983 la Commission mondiale sur l'Environnement et le Développement, à qui l'on doit notamment le concept du « développement durable », et qui a été suivie par la Conférence de Rio en 1992.

changer. Elle doit devenir plus efficace, plus responsable, plus transparente et plus réceptive à un monde en pleine évolution². »

Sans que le Dr Brundtland le précise, cette différence était affichée publiquement pour marquer une rupture avec la direction et la gestion de son prédécesseur immédiat, le Dr Hiroshi Nakajima (Japon). Selon les médias occidentaux, l'OMS était « une institution à bout de souffle », « l'organisation la plus malade du système onusien », les deux mandats de cinq ans du Dr Nakajima auraient été marqués par des rapports répétés de mauvaise gestion, de corruption et de favoritisme politique³.

Cet article examine les critiques qui ont été portées contre l'OMS, les réformes entamées par la précédente direction, les premières déclarations faites et les premières mesures prises par le Dr Brundtland, et rappelle les principaux problèmes qui devront être surmontés avant d'aboutir à une véritable rénovation.

I – Les critiques

L'OMS est-elle réellement passée d'organisation étoile de la constellation des institutions spécialisées des Nations Unies, d'organisation la mieux gérée au rang de mauvais élève de la classe ? Pourquoi le prestige unanimement accordé à l'OMS pour sa « croisade victorieuse » contre la variole a-t-il perdu de son lustre ?

Aucune organisation ne peut se reposer sur ses lauriers : 50 ans après sa création, l'OMS avait besoin d'un nouvel élan. Les critiques portées contre la gestion du Dr Nakajima ont contribué à éroder le renom de l'Organisation tout en révélant certaines faiblesses pour lesquelles ce dernier n'a pas eu de responsabilité directe.

Le Dr Nakajima a été critiqué pour son style de gestion jugé trop personnel, parfois arbitraire, sans esprit de concertation. Il a accentué l'hyper-

2. Communiqué OMS WHA/3, 13 mai 1998, et OMS/54, 21 juillet 1998. La structure de l'OMS comporte deux organes intergouvernementaux, l'Assemblée mondiale de la santé, organe principal où tous les États membres sont représentés, et le Conseil exécutif, organe restreint de 32 membres. Son secrétariat assure la permanence de l'action de l'Organisation, à partir de son siège de Genève et de ses six bureaux régionaux, situés à Alexandrie (Égypte), Brazzaville (Congo), Copenhague (Danemark), Manille (Philippines), New Delhi (Inde) et Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique). L'OMS emploie actuellement 3800 personnes, dont 30 % sont affectées au siège, 40 % dans les bureaux régionaux et 30 % dans les pays. Le Directeur général est nommé par l'Assemblée, sur proposition du Conseil exécutif. Les Directeurs régionaux sont nommés par le Conseil en accord avec le Comité régional, qui réunit les États membres de la région. L'OMS a un rôle normatif (conventions et règlements), des activités d'aide à la recherche, de formation, et met en oeuvre des programmes, notamment, dans les domaines des maladies transmissibles et non transmissibles, des systèmes de santé et de la santé communautaire, de la nutrition, de l'hygiène du milieu, de la santé mentale, des médicaments essentiels, des vaccins et autres produits biologiques, de l'épidémiologie, de l'information sanitaire et des secours d'urgence.

3. *Le Point*, 11 avril 1998, *Le Temps*, 11 mai 1998, *International Herald Tribune*, 22 juillet 1998.

trophie des postes de haut niveau au siège de Genève pour satisfaire les exigences d'États membres, ou confiés à ses fidèles comme récompenses: avant l'élection du Dr Brundtland, le siège comportait plus de 50 postes de directeurs et de postes plus élevés, alors que leur nombre n'était que de 41 en 1988, lors de l'élection du Dr Nakajima. Celui-ci n'a pas hérité du charisme, ni des dons de communication de son prédécesseur, le Dr Mahler, qui avait lancé en 1977 la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000. Pendant le mandat du Dr Nakajima, l'OMS a perdu son rôle principal de coordination du programme de lutte contre le SIDA au profit du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (l'ONUSIDA). En mars 1990, la démission de l'OMS du Dr Jonathan Mann, Directeur du Programme mondial de lutte contre le SIDA, en raison d'un désaccord sérieux avec le Directeur général, avait nui à la réputation de ce dernier, tout en affaiblissant le programme OMS. La réélection du Dr Nakajima pour cinq ans, en 1993, donna lieu à un affrontement entre les États-Unis et les pays d'Europe de l'Ouest, d'une part, et le Japon, soutenu par de nombreux pays en développement, d'autre part: les premiers accusaient le Directeur général sortant et le Japon d'avoir « acheté » les voix de plusieurs pays pour assurer une majorité en sa faveur au Conseil exécutif. Pendant la session de l'Assemblée, en mai 1993, plusieurs pays, dont les États-Unis, proposèrent une réforme complète du fonctionnement de l'OMS. En avril 1995, le commissaire aux comptes de l'OMS, Sir John Bourn, qui contrôlait les comptes de l'Organisation depuis plus de quinze ans, démissionnait de son poste en raison du manque de coopération et de confiance entre le secrétariat et lui-même.

Une série d'articles publiés dans le *British Medical Journal* en 1994-1995 reprenait en détail les critiques formulées à l'égard de l'OMS, principalement aux États-Unis et au Royaume-Uni, mais également dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas.

Selon ces articles, l'OMS manquait d'un leadership efficace, son mandat, sa direction et ses priorités n'étaient pas clairement définis. L'Organisation était emportée dans un cycle de déclin, les donateurs démontrant leur méfiance à son égard en finançant leurs propres programmes par les fonds extrabudgétaires. L'OMS n'avait pas les moyens de mettre en œuvre ses propres programmes, en raison de ses faibles ressources budgétaires, et en raison de son entière dépendance des politiques nationales et de l'efficacité des ministères de la santé nationaux. Selon ces articles, l'argent dépensé pour les bourses d'études était, pour l'essentiel, gaspillé, la gestion de ces bourses par les bureaux régionaux ne répondant pas à la stratégie des soins primaires de l'OMS. Cette constatation a été confirmée par le Commissaire aux comptes dans son rapport d'avril 1994 sur la gestion des bourses d'études par deux bureaux régionaux en 1992-1993 (Doc.A47/19). Selon ce rapport, les bureaux régionaux sont inefficaces, bureaucratiques et politisés. Ils font double emploi avec l'expertise disponible au siège. Le contrôle que devrait exercer le Conseil exécutif et les comités régionaux sur leur gestion est inefficace. Souvent nommés sous influence politique – un « cadeau » du Directeur régional à un

État membre en prévision ou en récompense du vote en sa faveur – les représentants de l'OMS sont mal formés, disposent de peu de ressources et n'exercent que des fonctions diplomatiques et administratives. Les bureaux de l'UNICEF ont plus d'autonomie, ses représentants sont plus jeunes, mieux formés et plus enthousiastes que ceux de l'OMS. Les donateurs qui veulent une action rapide se tournent de plus en plus vers les ONG. L'OMS veut tout faire avec des ressources limitées, plaire aux États riches et aux pauvres, sans établir de priorités.

Un article dans *Le Point* du 11 avril 1998 a révélé un certain nombre de dépenses mal justifiées, autorisées par des bureaux régionaux : par exemple, 7 895 dollars pour financer, en 1994, des cours intensifs d'anglais pour le vice-ministre de la Santé du Vietnam, ou 132 591 dollars autorisés par le bureau régional pour l'Afrique au titre de « Petites subventions pour la recherche », des fonds alloués à des réunions ou ateliers d'une utilité douteuse par rapport à la stratégie mondiale de l'OMS. La plupart de ces abus sont causés par plusieurs des bureaux régionaux, la régionalisation étant, selon le Dr Mann, une « recette de corruption ». Sur le plan budgétaire, l'essentiel des dépenses de l'OMS consiste en frais administratifs. Salaires, frais de voyage, administration des bureaux, fournitures constituent plus de la moitié du budget ordinaire.

Le fait que les ressources extrabudgétaires dépassent le montant du budget ordinaire a été critiqué. Les deux types de budget – budget ordinaire et fonds extrabudgétaires – risquent de provoquer un conflit entre, d'une part, les décisions de politique générale et budgétaires du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, organes qui approuvent le budget ordinaire, et, d'autre part, les décisions des structures de gestion des programmes spéciaux extrabudgétaires dominés par les donateurs⁴.

L'accroissement du nombre de programmes « verticaux » et leur succès – après l'éradication de la variole, les programmes de vaccination, le programme d'éradication de la poliomyélite et celui de la dracunculose, le programme d'action pour l'élimination de la lèpre, le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest – ont mis en question la compatibilité de ces programmes avec la stratégie « horizontale » de la « santé pour tous en l'an 2000⁵ ». Enfin, la nécessité d'un réexamen de cette stratégie elle-même et de sa mise à jour a été soulevée par de nombreux gouvernements et spécialistes.

Ces problèmes de politique générale et de gestion ainsi que les critiques portées contre leur Organisation ont affecté le moral et la motivation de son personnel. Un groupe informel des directeurs et managers de programmes du siège a adressé des remontrances et formulé des recommandations au Dr Nakajima à deux reprises, en 1995 et en 1996 : elles ont été ignorées.

4. Pour 1998-1999, le budget ordinaire est de 842 millions de dollars auxquels s'ajoutent 956 millions de fonds volontaires extrabudgétaires (estimation).

5. À la suite de la Conférence internationale d'Alma-Ata (URSS) de septembre 1978, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait en mai 1979 la stratégie de la « santé pour tous d'ici l'an 2000 » comme la priorité dominante de l'OMS, sur la base des soins de santé primaire (Rés. WHA32.30).

Les critiques ont donc porté tout à la fois sur le mandat et le rôle de l'OMS, le choix et la mise en oeuvre de ses programmes, sa structure, la direction de son secrétariat, son financement et sa gestion administrative et financière.

II – La réforme incomplète de 1993

L'OMS ne pouvait pas rester insensible à ces critiques. Un processus de réforme a été engagé en 1992 par le Directeur général, processus endossé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1993, qui a alors approuvé 47 recommandations formulées par le Conseil exécutif (Rés. WHA46/16). Celles-ci traitaient de politique générale, de restructuration et de procédures internes.

Le Conseil exécutif créait en son sein un Comité de développement du programme et un Comité de l'administration, du budget et des finances, alors que le Directeur général créait un Conseil de la politique mondiale et un Comité du développement de la gestion pour mettre en oeuvre la réforme. En janvier 1994, le Directeur général donnait les grandes lignes de la réforme à entreprendre⁶ :

- la mise à jour des politiques de la santé pour tous, afin d'encourager, parallèlement à l'action gouvernementale, une participation accrue de la société civile en matière de santé ;
- l'adoption d'objectifs plus réalistes en matière de santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà ;
- la fourniture de secours d'urgence, devenue une fonction vitale pour l'OMS ;
- l'implication de l'OMS dans les domaines des droits de l'homme et de l'éthique biomédicale.

Il rappelait les principales difficultés auxquelles se heurtait l'OMS pour disposer des ressources nécessaires : l'insuffisance des fonds, due à la politique de croissance zéro en valeur réelle appliquée au budget ordinaire, le déséquilibre croissant entre le financement ordinaire et le financement extrabudgétaire de certains programmes prioritaires, et la demande périodiquement faite à l'OMS de fixer ses priorités en fonction de la seule efficacité économique. Il soulignait la nécessité d'investissements à long terme, qui s'accompagnent rarement de bénéfices visibles et immédiats.

En 1995, le Directeur général créait, au siège de l'OMS, une Division de l'élaboration des politiques, du programme et de l'évaluation. Cette Division était chargée notamment de la coordination de l'élaboration de la politique de la santé pour tous, du processus gestionnaire pour l'élaboration et l'évaluation du programme de l'OMS, de l'adaptation aux changements mondiaux et de la réforme organisationnelle.

6. Communiqué OMS/1, janvier 1994. Voir également Y. BEIGBEDER, *L'Organisation mondiale de la Santé*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je?, 1997, Conclusion.

En ce qui concerne le programme même de l'OMS, la principale initiative a consisté à organiser une vaste consultation des États membres, d'autres organisations des Nations Unies, des ONG et d'autres parties intéressées pour une mise à jour de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 adoptée par l'Assemblée de la Santé en 1977. À la suite de cette consultation, l'Assemblée a adopté le 16 mai 1998 une Déclaration mondiale sur la santé qui proposait de rendre accessibles les éléments essentiels des soins de santé primaires, tels qu'ils avaient été définis dans la Déclaration d'Alma-Ata⁷. La nouvelle Déclaration mettait l'accent sur l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population : « Il est par conséquent impératif d'accorder la plus haute attention à ceux qui sont les plus démunis, qui souffrent d'une mauvaise santé, ne bénéficient pas de services de santé adéquats ou sont victimes de la pauvreté. » Les services de santé devraient être renforcés, adaptés et réformés « pour assurer un accès universel à des services de santé fondés sur des données scientifiques, de bonne qualité et dans des limites de coût abordables et qui puissent être durablement assurés à l'avenir ». Le rapport « La santé pour tous au XXI^e siècle » (Doc. A51/5) devait servir de cadre à l'élaboration de la future politique. Ce rapport définissait dix cibles sanitaires mondiales, identifiait les entraves aux progrès de la santé pour tous. Il affirmait que l'éthique devait inspirer tous les aspects de la planification et de l'application de la santé pour tous et il décrivait le rôle et les fonctions de l'OMS au XXI^e siècle, sur la base de ses fonctions telles qu'elles ont été définies dans sa Constitution en 1948. Ce rapport et la nouvelle Déclaration devraient aider le nouveau Directeur général et les organes intergouvernementaux de l'OMS à élaborer plus précisément une nouvelle politique.

La réforme a donc consisté essentiellement à créer de nouveaux comités pour les organes intergouvernementaux et au sein du secrétariat, à procéder à des réorganisations internes, et à établir les bases d'une nouvelle politique de la santé pour tous. Les seuls éléments concrets de la réforme ont concerné en premier lieu la durée des mandats du Directeur général et des Directeurs régionaux : leur mandat initial de cinq ans ne pourrait être renouvelé qu'une seule fois, cette règle ne s'appliquant pas aux Directeurs régionaux en poste⁸. En deuxième lieu, l'Assemblée a recommandé une révision du système de l'allocation de crédits aux régions de l'OMS, qui serait désormais basé sur des critères objectifs, système qui remplacerait une répartition basée sur des précédents historiques et pratiques (Rés. WHA51.31).

Aucune réforme de la structure régionale de l'OMS, des pouvoirs délégués aux Directeurs régionaux, de la gestion des Bureaux régionaux, pourtant

7. Rés. WHA51.7 et Annexe.

8. Rés. 49.7, mai 1996 et EB102.R1, mai 1998. Le Dr M. Candau a été Directeur général pendant 20 ans et le Dr H. Mahler, pendant 15 ans. Le Dr B. Chisholm n'a servi qu'un seul mandat de cinq ans, et le Dr H. Nakajima, deux mandats de cinq ans. Le Directeur régional de la Méditerranée orientale, le Dr H. A-R. Gezairy est en poste depuis 1982.

objets de nombreuses critiques, n'a été envisagée concrètement. Aucune réforme n'a été engagée pour renforcer le rôle des bureaux de pays, améliorer la sélection des représentants de l'OMS dans ces pays et accroître leurs pouvoirs. Aucune réforme de la politique et de la gestion du personnel de l'OMS n'a été annoncée.

Il n'est donc pas étonnant que les tentatives de réforme entamées en 1992 laissent un sentiment de frustration, en raison des maigres résultats obtenus à la suite de nombreuses réunions, discussions, résolutions soutenues par d'abondants rapports. En dehors des résistances inévitables de la part d'États membres, du secrétariat et d'autres parties concernées, la direction critiquée du Dr Nakajima pesait sur l'ensemble du processus de réforme.

III – Les avis de groupes indépendants

Selon des groupes d'études indépendants, ces réformes seraient insuffisantes : elles ne répondraient pas aux graves critiques portées sur le rôle et l'action de l'OMS. Selon la théorie économique des avantages comparatifs, chaque organisation devrait se spécialiser dans les domaines où elle excelle. Il s'agit donc d'abord d'identifier ces domaines, et, ensuite, d'encourager ces organisations à limiter leurs activités à ces domaines.

Pour ces groupes, l'OMS a un rôle unique à jouer en ce sens qu'il y a un certain nombre d'activités de santé publique internationale qu'elle est la seule à pouvoir entreprendre de manière satisfaisante. Aucune autre institution internationale, aucune agence d'aide bilatérale, aucune ONG ne pourrait assumer ces fonctions au niveau planétaire.

L'« excellence » de l'OMS est reconnue dans le domaine de l'expertise biomédicale, sa capacité à réunir, évaluer et faire connaître les connaissances scientifiques et médicales les plus récentes, à promouvoir et coordonner la recherche, à assurer la surveillance de l'application des règlements sanitaires internationaux, à collecter et publier des informations épidémiologiques et statistiques, à formuler des recommandations concernant les questions internationales de santé, à établir et encourager l'adoption de normes internationales. La plupart de ces activités nécessitent l'organisation de nombreux comités d'experts, de groupes scientifiques réunissant des spécialistes de haut niveau de différents pays, cultures et disciplines. L'action normative de l'OMS bénéficie à tous les pays. Ses publications d'un haut niveau scientifique servent de référence aux ministères de la Santé, aux chercheurs, aux professionnels de la santé, aux journalistes. Le siège de l'OMS est responsable de toutes ces activités.

Le siège continuerait à être responsable des grandes campagnes de contrôle ou d'éradication de maladies, sur le modèle réussi du Programme d'éradication de la variole. Les services du siège assureraient la conception de ces programmes, obtiendraient l'approbation de l'Assemblée de la Santé, rechercheraient des alliances avec d'autres organisations qui, elles-mêmes, seraient responsables du financement et de l'exécution des programmes. L'OMS reste-

rait la référence et le conseiller technique, et serait responsable de l'évaluation des programmes.

En revanche, contrairement à d'autres organisations, l'OMS s'est révélée inefficace et dispendieuse dans l'application de ses connaissances et l'exécution de ses programmes dans les pays. Ainsi, l'UNICEF a démontré sa compétence sur le plan opérationnel, ainsi qu'un certain nombre d'ONG. La Banque mondiale a développé sa propre expertise en santé publique et dispose de fonds considérables pour des programmes dans ce domaine. Le PNUD finance de nombreux projets dans le domaine de la santé publique et participe à des programmes communs comme l'ONUSIDA ainsi qu'à des programmes de recherche. Le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) coopère avec l'OMS dans le domaine des programmes de santé maternelle et infantile.

Les ressources de l'OMS sont limitées et en diminution: elles ne lui permettent pas de tout faire. Par ailleurs, dans son propre domaine, l'OMS est maintenant en concurrence avec de nombreuses institutions internationales et nationales dans les secteurs public et privé: il lui faut donc choisir son « créneau » et justifier sa compétence et la nécessité de son existence auprès des États membres.

Sa structure régionalisée devrait être radicalement transformée: dans la mesure où ses activités principales seraient menées par les services du siège, les activités, les budgets et les effectifs des organisations régionales devraient être réduits. La plupart des projets d'assistance technique à l'intention de pays particuliers seraient supprimés, ou transférés à d'autres organisations⁹.

Selon le « Independent Group for Global Health¹⁰ », les principales questions à résoudre étaient les suivantes:

- définir les fonctions essentielles de l'OMS;
- revoir les structures de direction afin de donner une plus grande voix aux nouveaux acteurs sur la scène mondiale;
- développer des mécanismes plus efficaces pour prendre en compte les besoins nationaux de renforcement de leurs capacités;
- prendre des dispositions efficaces pour coordonner les activités de l'OMS avec celles des autres agences;

9. Voir « UN and Health Briefing Note », n° 1, septembre 1995, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Voir également les articles de F. GODLEE dans le *British Medical Journal*, 1994; 309:1424-1428, 1491-1495, 1566-1570, 1636-1639, - de K. LEE, S. COLLINSON, G. WALT et L. GILSON, *BMJ*, 1996; 312:302-306 - et de G.A. SILVER dans *American Journal of Public Health*, mai 1998, vol. 88, n° 5.

10. Le Groupe s'est réuni à Bellagio, Italie en août 1997, après une série de réunions à Pocantico, NY, Cuernavaca, Mexique, Le Caire, Harare et Manille. 95 personnes de 47 pays ont participé à ces réunions. Voir *The Lancet*, vol. 350, 13 septembre 1997.

- développer l'autorité de l'Organisation dans les matières scientifiques et techniques ;
- réévaluer les relations entre le siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays
- revoir les procédures de la distribution des ressources pour que soient pris en compte les besoins des pays ;
- s'assurer que les postes au secrétariat soient créés sur la base des besoins et pourvus sur la base des mérites.

IV – Le processus de transition

Le Conseil exécutif de janvier 1998 a proposé la nomination du Dr Gro Harlem Brundtland au poste de Directeur général. Sans attendre sa nomination par l'Assemblée en mai, la candidate a nommé un secrétariat de transition, composé de quatre membres, deux personnes de l'hémisphère Nord et deux autres de l'hémisphère Sud. L'Ambassadeur Jonas Gahr Store (Norvège) a coordonné le processus de transition, financé par le gouvernement norvégien. Le secrétariat était installé au Conseil œcuménique des Églises, proche du siège de l'OMS à Genève. En outre, des équipes « satellites » ont été constituées pour examiner différents sujets : budget et finance, structure interne et politique du personnel, communications, les partenaires principaux – les organes directeurs, les donateurs, les ONG, les autres agences des Nations Unies et les centres collaborateurs –, la santé et le développement, la santé et l'environnement, le développement du secteur de la santé, la lutte contre le paludisme, contre le tabac, les programmes d'urgence, la santé mentale. Les membres du secrétariat de transition et des équipes satellites ont recueilli l'avis de tout le personnel dirigeant de l'OMS et de nombreux autres fonctionnaires de l'OMS au siège et dans les régions. Les équipes ont pu faire appel à un large éventail d'experts de l'OMS et en dehors de l'OMS.

Dès le 28 janvier, il avait été convenu avec le Dr Nakajima que le futur Directeur général aurait la possibilité de choisir sa propre équipe de personnel supérieur de direction et de conseillers. On apprenait en juin, que le Dr Brundtland avait demandé la démission des sept sous-directeurs généraux et des deux directeurs exécutifs¹¹.

V – Les premières déclarations

Dès sa nomination, le Dr Brundtland exposait clairement sa vision de l'OMS et sa politique, le 13 mai 1998, devant l'Assemblée mondiale de la Santé, et le 21 juillet 1998, date de sa prise de fonctions, dans une allocution à l'intention du personnel de l'Organisation¹².

11. « Spotlight » de l'Association du Personnel de l'OMS, n° 16 bis, 5 mars 1998 et n° 25, 5 mai 1998, – *International Documents Review*, 8 juin 1998.

12. Doc. A/51/DIV/6 et document interne.

Pour dissiper les malentendus, elle rappelait que l'OMS n'est pas et ne deviendrait pas une organisation de terrain : son rôle consiste à dispenser les meilleurs avis, élaborer et soutenir les meilleures politiques, susciter ou encourager les meilleures recherches. Elle précisait également que l'OMS n'est pas le premier dispensateur de soins : ce travail est celui des gouvernements et des autorités régionales, des ONG et de la société civile.

Le rôle de l'OMS est celui d'une force morale et d'une autorité technique pour améliorer la santé des peuples partout dans le monde. L'OMS devra agir comme une organisation unique, comme une entité animée d'un véritable esprit d'équipe, il n'y aura qu'un seul programme d'action de l'OMS : cette admonition s'adressait à la séparation entre les programmes financés par le budget ordinaire et ceux qui sont financés par des fonds extrabudgétaires, à la division entre le siège et les six bureaux régionaux, et enfin à la division en multiples programmes verticaux.

Le Dr Brundtland définissait quatre domaines prioritaires :

- a) L'OMS aidera à surveiller, faire reculer et, si possible, éradiquer les maladies transmissibles ;
- b) L'OMS aidera à combattre et à réduire le fardeau des maladies non transmissibles ;
- c) L'OMS aidera les pays à mettre en place des systèmes de santé viables qui soient en mesure d'assurer l'équité et de dispenser à tous des services de qualité, en axant en particulier leurs efforts sur la situation des femmes et des mères dont le rôle est décisif pour garantir aux enfants un bon départ dans la vie ;
- d) L'OMS fera entendre sa voix pour défendre la santé avec des arguments et des preuves solides et mieux plaider la cause auprès d'un groupe plus vaste de décideurs.

Selon le Dr Brundtland, le succès de l'OMS dépend de trois conditions fondamentales. En premier lieu, il faut forger des partenariats plus forts avec les États membres. En deuxième lieu, une meilleure coopération avec les autres institutions des Nations Unies et en particulier l'ONUSIDA, avec les institutions financières internationales, avec les ONG et avec le secteur privé. En troisième lieu, l'action de l'OMS doit être appuyée sur des faits concrets et des statistiques fiables : « nous devons savoir quel est le rapport coût/efficacité des interventions et définir nos priorités en conséquence ». Les programmes doivent être renforcés en tant que centres d'excellence.

Le Dr Brundtland s'est déclarée convaincue que « nous avons beaucoup à gagner à organiser une partie de nos activités sous forme de projets, pas trop nombreux mais faciles à définir et à identifier, ouverts à un coparrainage de nos partenaires et suffisamment transparents pour inciter les donateurs à apporter un appui financier ». Parmi les priorités dans le cadre de tels projets, le Dr Brundtland a proposé de « faire reculer le paludisme » : il ne s'agissait pas

d'un programme vertical, mais de la mise en place d'une nouvelle approche s'appuyant sur l'ensemble du secteur de la santé pour combattre la maladie aux niveaux mondial, régional, national et local. Le paludisme est la principale maladie en Afrique : l'Afrique doit être à la tête de ce projet. La deuxième priorité est celle de la lutte contre l'épidémie du tabac qui se déplace peu à peu vers les pays en développement. Il faut constituer une vaste alliance contre le tabac, en faisant appel à divers partenaires pour mettre un terme à l'accroissement constant de la consommation mondiale.

VI – Réforme du secrétariat

Sur le plan interne, le Dr Brundtland veut donner à l'OMS une unité nouvelle en axant ses efforts sur les tâches essentielles. Elle veut établir une structure plus horizontale, des communications plus efficaces, une plus grande transparence et une distribution plus claire des responsabilités. L'OMS doit se doter d'une culture propre qui ne soit pas régie par des règles bureaucratiques, mais axée sur l'action et les résultats.

À partir du 21 juillet 1998, tous les programmes et activités existants ont été répartis en neuf groupes organiques, dans le cadre de quatre grands domaines d'activités : « santé des populations et des communautés », « combattre les problèmes de santé », « soutenir l'action de santé », et « appui interne – ouverture¹³ ». La nouvelle équipe dirigeante est composée du Directeur général, des neuf Directeurs exécutifs, à la tête des groupes organiques et d'un petit groupe de conseillers.

À la même date, le Directeur général instaurait un code de conduite pour la divulgation de renseignements financiers. Ce code s'appliquait aux responsables de haut niveau à l'OMS qui devront dévoiler et, si le Directeur général le juge nécessaire, se priver de leurs intérêts financiers extérieurs (actions, obligations, brevets, postes rémunérés dans le secteur privé, etc.). Cette décision, prise lors de la première réunion du Cabinet du Directeur général, voulait « créer la différence » en fixant des normes de conduite exigeantes pour les hauts fonctionnaires de l'Organisation, normes qui devraient éviter des conflits d'intérêt nuisibles à son prestige.

Preuve de la liberté d'action accordée au nouveau Directeur général pour s'appuyer sur la société civile et sortir du milieu parfois confiné des organisations internationales, l'OMS et la Fondation Rockefeller ont annoncé le 24 juillet 1998 la création d'un fonds spécial d'action pour la santé dans le monde doté de 2,5 millions de dollars pour financer le processus de réforme à l'OMS. Ce fonds non renouvelable donne au Dr Brundtland la liberté financière de recruter des experts de haut niveau qui feront partager à l'Organisation leurs connaissances et leur expérience¹⁴.

13. Communiqué oms/54, 21 juillet 1998.

14. Communiqués oms/55, 21 juillet 1998, oms/56, 24 juillet 1998.

VII – Les premières réactions

La grande majorité des États membres de l'OMS et la plupart de ses partenaires ont applaudi à la nomination du Dr Brundtland et approuvé les grandes lignes de sa politique. Les pays en développement ont apprécié le souhait du nouveau Directeur général d'établir des liens plus étroits avec les autorités nationales. Les pays africains sont satisfaits de la priorité donnée à la lutte contre le paludisme et du rôle de chef de file de ce programme qui doit leur être accordé.

Les pays industrialisés sont généralement favorables aux priorités définies par le Dr Brundtland, ainsi qu'à ses décisions de réforme du secrétariat. Le jour de l'élection du Dr Brundtland, Donna E. Shalala, secrétaire du Department of Health and Human Services des États-Unis a déclaré que le nouveau Directeur général conduira l'OMS vers le XXI^e siècle avec une grande intelligence et compétence. Elle a souhaité la bienvenue à un dirigeant ayant une « volonté ferme, un grand cœur, une vision claire et une voix forte¹⁵ ». Elle ne mentionna cependant pas les importants retards de paiement des contributions des États-Unis au budget ordinaire de l'OMS, retards qui grèvent son fonctionnement et sa trésorerie.

Les ONG ont salué la reconnaissance de leur contribution à la lutte contre la lèpre, la tuberculose ou la cécité. Elles seront conviées par l'OMS à une conférence pour établir de nouveaux principes directeurs en matière de coopération et définir de nouveaux mécanismes d'interaction avec la société civile dans les États membres. Selon le Dr Bernard Kouchner, secrétaire d'État français à la santé, « actuellement, il n'existe malheureusement pratiquement aucune synergie entre l'OMS et les ONG locales. Il y a seulement des programmes qui sont proposés aux gouvernements et aux ministres de la santé, mais pas d'action concrète sur le terrain¹⁶ ».

Les milieux industriels seront invités à une table ronde pour entamer un dialogue sur les grands problèmes auxquels l'Organisation et eux-mêmes sont confrontés. Le Directeur général a souligné que le secteur privé a un rôle important à jouer tant dans le développement technologique que dans la prestation des services. L'OMS doit être à même d'influencer le développement, la qualité, le coût et la distribution des médicaments et des technologies de la santé pour le bénéfice de la santé des populations. Pour le Dr Brundtland, il faut instaurer des relations constructives et franches avec le secteur privé et l'industrie « en sachant où nos rôles diffèrent et où ils peuvent se compléter ». Elle a déclaré qu'elle voulait des industriels expérimentés au sein de son équipe afin de négocier de façon efficace avec le secteur complexe de la technologie médicale, du développement des médicaments et des vaccins. Elle a ainsi nommé Michael Sholtz à la direction du groupe organique Technologie de la Santé et Médicaments au sein du secrétariat, l'un des neuf directeurs

15. USIS *Geneva Daily Bulletin*, 13 May 1998.

16. *Le Monde*, 17-18 mai 1998.

exécutifs. M. Sholtz a accompli sa carrière professionnelle dans l'industrie pharmaceutique (Ciba-Geigy, puis SmithKline Beecham) à divers postes de gestion et de marketing. Il ne doit pas « représenter » le secteur privé, mais compléter l'expérience et les connaissances de l'Organisation dans ce domaine¹⁷.

Les réactions du personnel de l'OMS à l'égard de la nouvelle directrice générale ont été diverses. Ceux qui souhaitaient le départ du Dr Nakajima, ceux qui voulaient insuffler une nouvelle vie à leur organisation ont accueilli avec faveur, et certains avec enthousiasme, la nomination du Dr Brundtland. Les fonctionnaires attachés professionnellement ou personnellement à son prédécesseur, et en particulier ceux qui ont vu disparaître leur position élevée et leurs privilèges, auraient évidemment préféré la continuité au changement. Il est probable que certains Directeurs régionaux n'envisagent pas sans inquiétude des attaques prévisibles contre l'autonomie des bureaux régionaux et l'érosion de leurs pouvoirs. Le personnel du siège, confronté à de nouvelles priorités de programmes, soumis à une restructuration des services et placé sous de nouveaux chefs, menacé de transfert hors du siège, a éprouvé des sentiments d'inquiétude ou même d'anxiété à l'égard de changements aux conséquences encore imprévisibles pour l'Organisation, leur service et eux-mêmes. Le Dr Brundtland a pourtant affirmé qu'elle ne cherchait pas à réduire les effectifs de l'OMS. Elle a estimé qu'une politique du personnel qui permettrait une plus grande mobilité au siège et entre les différents niveaux de l'Organisation produirait des carrières plus intéressantes et plus enrichissantes. Elle souhaite que les femmes soient plus nombreuses au sein de l'Organisation. Elle doit entamer un dialogue structuré avec les associations du personnel et renforcer la fonction de médiateur¹⁸.

Conclusion

Sur la forme, le Dr Brundtland a démontré sans conteste son sens de la communication, tant à l'égard des gouvernements que des ONG, des milieux industriels, des médias et du personnel de son secrétariat. Son message quant à la nécessité du changement a été exprimé avec force et clarté, il a été appuyé par des mesures visibles et parfois spectaculaires.

Sur le fond, sa « différence » a consisté à définir ce qu'est l'OMS et ce qu'elle n'est pas, à chercher à recomposer l'OMS en tant qu'organisation unique, à redonner à l'OMS son brevet d'excellence technique, à mieux cibler son travail technique et normatif, à implanter plus fermement l'Organisation sur la scène politique, à engager une réorganisation sur la base de quatre domaines prioritaires, à renforcer la coopération de l'OMS avec ses partenaires dans le secteur public et privé, à rénover la direction générale de l'Organisation, et à relancer deux projets principaux, la lutte contre le paludisme et contre le tabagisme.

17. Allocution du Dr Brundtland du 21 juillet 1998 et *Le Monde*, 23 juillet 1998.

18. Allocution du 21 juillet 1998.

Ces premières décisions et prises de position en début de mandat ne forment cependant qu'une esquisse d'une stratégie d'ensemble, de programmes et de plans d'activités. Elles demandent à être précisées, développées, mises en oeuvre et, ultérieurement, évaluées. Dans l'immédiat, un certain nombre de questions peuvent être posées. Les décisions prises comportent des défis et des risques.

Comme « force morale » dans le vaste et conflictuel domaine de la santé publique nationale et internationale, l'OMS aura-t-elle la volonté et la capacité de prendre position nettement et publiquement sur des questions sensibles, en prenant le risque de s'opposer à certains gouvernements et à de puissantes entreprises multinationales? La fonction normative de l'Organisation sera-t-elle amplifiée, au risque de créer des conflits avec les tenants politiques de la libre entreprise et les milieux industriels libéraux opposés à la réglementation internationale? La nouvelle direction a pris position nettement en ce qui concerne l'initiative pour un monde sans tabac. Elle a reconnu que l'initiative va provoquer un affrontement difficile avec l'industrie du tabac¹⁹.

Aux deux programmes prioritaires de la lutte contre le tabac et contre le paludisme s'est ajoutée l'éradication de la poliomyélite d'ici la fin de l'an 2000. Il faut y joindre d'autres programmes importants: l'éradication de la dracunculose, l'élimination de la lèpre, de la filariose lymphatique, l'initiative pour stopper la tuberculose, l'initiative mondiale pour lutter contre la cécité évitable, la lutte contre l'onchocercose en Afrique.

Le rôle de l'Organisation est essentiellement de lancer ces programmes sur une base scientifique et méthodologique fiable et de rechercher les partenaires qui assureront leur financement et leur mise en oeuvre. Le défi – et le risque – est donc de réussir à former et à maintenir des alliances avec des partenaires qui partagent la même vision et les mêmes objectifs, et qui accepteront le leadership technique de l'OMS. Ainsi, l'OMS a obtenu le concours du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et de la Banque mondiale dans sa nouvelle campagne de lutte contre le paludisme²⁰.

De nombreuses autres activités sont inscrites au programme du secrétariat, dont, notamment, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la santé reproductive, la nutrition, la santé de l'environnement, la santé mentale, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé des femmes, etc.

Malgré les intentions du Dr Brundtland de choisir des projets « pas trop nombreux », le nombre des programmes et autres activités pourraient faire l'objet de nouvelles critiques des groupes indépendants: le « menu » de l'OMS est-il trop étendu, trop ambitieux?

Par ailleurs, la nécessaire « unité » de l'Organisation pourrait remettre en question les relations constitutionnelles, budgétaires et administratives entre

19. « À notre santé », la lettre de l'OMS, n° 2, mars 1999.

20. Communiqué OMS/77, 30 octobre 1998.

le siège de l'OMS et ses bureaux régionaux, tout en tenant compte de l'obstacle politique majeur à toute réforme dans ce domaine que constitue la symbiose du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques avec le Bureau sanitaire panaméricain. Au niveau régional, le renforcement des bureaux de pays pourrait être compensé par une perte d'autorité et de ressources des bureaux régionaux. La nouvelle direction est-elle prête à ouvrir ce dossier sensible et à faire des propositions concrètes aux organes directeurs de l'Organisation ?

Plus généralement, de quels moyens disposera l'OMS pour mettre en œuvre une nouvelle politique ? Quelles sont les limites raisonnables de son action, en fonction de ces moyens ? Quels sont les programmes et les activités prioritaires ?

Est-il raisonnable de vouloir limiter l'apport des fonds extrabudgétaires alors que le budget ordinaire est amputé d'une partie de ses ressources par les non-paiements ou les délais de paiements de nombreux États membres ?

Il est évidemment impossible de prédire comment le programme du nouveau Directeur général se développera dans les années à venir et quel sera son impact sur la santé mondiale et sur l'Organisation elle-même. Une véritable évaluation ne pourra être entreprise que vers la fin du premier mandat du Dr Brundtland, en 2003. Cette évaluation devrait prendre en compte la mesure dans laquelle les objectifs fixés pour l'action de l'Organisation auront été atteints. La première tâche est donc de formuler ces objectifs, si possible quantifiables et pourvus de délais, dans les différents domaines d'activité de l'OMS.

Les grands travaux du nouveau Directeur général de l'OMS ne font que commencer : elle aura besoin de toutes ses qualités et de son expérience en matière de santé publique et de politique nationale et internationale pour surmonter les conflits d'intérêt, faire face aux défis externes et internes, et engager fermement l'OMS dans la voie de sa rénovation nécessaire. Elle aura surtout besoin du ferme appui d'une majorité de ses États membres, de tous ses partenaires et de son personnel.