



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



45^e CONSEIL DIRECTEUR 56^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 septembre-1^{er} octobre 2004

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire

CD45/7 (Fr.)

1 septembre 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

POLITIQUE BUDGET-PROGRAMME RÉGIONALE DE L'OPS

Antécédents et contexte

1. En janvier 1985, Le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé a demandé à tous les Comités régionaux de préparer des politiques budget-programme régionales qui favoriseraient l'usage optimal des ressources de l'Organisation mondiale de la Santé à tous les niveaux afin de mettre à exécution les politiques collectives de l'Organisation. En septembre de la même année, le 31^e Conseil directeur a approuvé la Politique budget-programme régionale de l'OPS à titre de partie intégrante de la Stratégie de gestion pour l'usage optimal des ressources de l'OPS/OMS à l'appui direct des États Membres (résolution CD31.R10).

2. La révision actuelle de la Politique budget-programme de l'OPS a été incitée initialement par l'approbation de la résolution WHA51.31 en 1998, qui a introduit une nouvelle méthode des allocations de fonds entre Régions et qui s'est traduite par une réduction importante de l'allocation de l'OMS pour la Région des Amériques sur la période 2000-2005. Dirigé par le Sous-Comité de planification et programmation, le processus de l'examen de la Politique budget-programme régionale (PBPR) a été différé jusqu'à l'approbation en 2002 du Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain 2003-2007.

3. Le besoin d'un examen de la PBPR s'est fait plus évident lorsqu'en 2003, lors de la discussion du Conseil directeur sur le budget-programme pour 2004-2005, plusieurs pays ont demandé une discussion détaillée sur l'approche de la distribution des ressources. De nombreux pays ont considéré que la méthode en place d'allocation des ressources entre les pays devait faire l'objet d'un nouvel examen et ont signalé l'importance de l'établissement de critères basés sur les besoins pour améliorer la méthode en vigueur d'allocation des ressources.

4. Au cours de 2003, le Conseil directeur a également approuvé la Stratégie de gestion des travaux du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, qui avait identifié la gestion stratégique des ressources comme l'un des objectifs collectifs du changement organisationnel en cours. En outre, la Stratégie a noté qu'il serait important que la politique budgétaire appuie l'exécution du Plan stratégique, en mettant l'accent sur les groupes particuliers de population, les pays prioritaires et les objectifs techniques.

5. Plusieurs mandats mondiaux et régionaux ont été pris en considération dans l'examen et la révision de la PBPR :

- a) *Pacte du Millénaire* – Avec l'intérêt qui s'est accru tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé en ce qui concerne la relation entre la santé et le développement, et plus récemment entre la santé et la sécurité, la santé a gagné en importance dans les agendas de développement au niveau mondial et aux niveaux régionaux. En sont la preuve la Déclaration du Millénaire et les Objectifs de Développement pour le Millénaire, qui ont été adoptés en 2000 par la communauté mondiale pour réduire considérablement la pauvreté dans le monde. La santé représente un élément central de quatre des huit objectifs de développement pour le millénaire et elle a un rôle indirect dans plusieurs autres. Ces objectifs guideront les agendas de développement des pays jusqu'à 2015, et il est essentiel que l'OPS saisisse cette opportunité pour accélérer le développement de la santé dans les pays et qu'elle veille à résoudre le problème des inégalités en santé. Il faut que les pays soient aidés dans leur réalisation des objectifs nationaux qui ont été établis pour attester de leur engagement au Pacte du Millénaire.
- b) *Programme général de travail de l'OMS* – En vertu de son mandat constitutionnel, l'OMS est en train de développer le 11^e programme général de travail (GPW) à l'aide de consultations avec les Régions, les pays, les partenaires et d'autres protagonistes de la santé. Ce GPW couvrira la période 2006-2015 et son but est de présenter une vision pour la santé destinée aux pays ainsi que le cadre de l'action à entreprendre par tous les membres de l'OMS. Il doit par conséquent guider à la fois les plans à long terme et à court terme de l'OPS.
- c) *Orientation accrue sur les pays* – Le besoin de situer les pays au centre de la coopération est reconnu depuis le milieu des années 1980. Dans la politique budgétaire antérieure, l'établissement d'un objectif de 35% du budget ordinaire pour les allocations aux pays a appuyé la vague de décentralisation qui a établi sa présence dans la plupart des pays et qui a utilisé ces mécanismes comme première ligne et ouverture pour l'ensemble de la coopération technique de l'OPS avec les pays. Cet objectif, consacré aux allocations aux pays, a été réalisé.

À présent, un objectif stratégique commun de la coopération technique de l'OMS et de l'OPS consiste à intensifier le travail dans les pays et avec les pays. Afin d'appuyer cette approche axée sur les pays, l'OMS a entrepris de transférer des ressources aux Régions et aux pays afin d'atteindre un objectif de 80% en 2009; et il est attendu des Régions qu'elles fassent preuve d'un transfert des ressources à leurs pays.

Un défi consiste à établir un but plus ambitieux pour la portion du budget des pays tout en assurant qu'il y a des ressources adéquates pour le travail à accomplir au Bureau régional et aux Centres car ce sont eux qui fournissent l'appui critique à la coopération technique dans les pays et qui entreprennent également le travail normatif qui fait pendant à la coopération avec les pays. Un autre défi consiste à assurer que les critères utilisés mettent effectivement l'accent sur les cinq pays clés tout en réduisant les inégalités de l'allocation des ressources entre pays.

Alors que l'accent mis sur les pays requiert une augmentation des ressources dans de nombreux pays pour avoir un impact plus fort, la stratégie nécessite la réorientation et la convergence de la coopération technique à tous les niveaux et unités structurelles de l'Organisation sur les besoins des pays, et ceci doit être pris en compte dans le processus de programmation.

- d) *Intégration sous-régionale* – Alors que le scénario de la mondialisation est bien arrêté, il existe de solides processus d'intégration au niveau sous-régional, tels que la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Marché commun du Sud (MERCOSUR), la Communauté andine des Nations (CAN), le Système d'intégration centraméricain (SICA), et l'Accord de libre-échange avec l'Amérique du Nord (ALENA). La santé constitue une composante majeure des programmes à ce niveau et elle nécessite une collaboration sur une série de domaines. L'OPS a accompagné les processus de développement liés à la santé à différents degrés et au moyen de différents mécanismes, mais ceci n'a été évident que dans les budgets programmatiques de la sous-région Caraïbes. Cette approche ou ce niveau de programmation doit être maintenant reconnu dans toutes les instances, en fonction de critères convenus et avec les ressources allouées à cette fin.
- e) *Appel à la valeur ajoutée des agences internationales* – Les pays collaborent avec un nombre croissant d'institutions aux niveaux sous-régionaux, régionaux et au niveau mondial. Depuis le début des années 1990, les parties prenantes et partenaires ont demandé un meilleur rapport qualité-prix dans le secteur public, dans les sphères internationales ainsi que dans les sphères nationales. La gestion basée sur les résultats est une partie fondamentale du processus de gestion de l'OMS et de l'OPS et elle constitue l'outil essentiel qui permet l'évaluation de la

réalisation des résultats et l'amélioration de l'efficacité ainsi que de la rentabilité du travail de l'Organisation. Les résultats d'un suivi et d'une évaluation efficaces doivent guider le développement des programmes techniques subséquents, et la transparence doit être la marque du processus de planification et de gestion.

Planification, programmation et préparation du budget-programme

6. La planification, programmation, suivi et évaluation de l'Organisation doivent être conçus de façon à être un processus intégré et continu, qui incorpore la planification à long et moyen terme. Bien qu'elles soient séparées en phases distinctes, toutes les composantes devraient être formulées de façon à fournir un cadre et des références pour les autres phases.

7. La planification à long terme se fait au niveau mondial, et la Région doit faire tous les efforts possibles pour contribuer à ce processus. Cette phase se termine avec l'approbation d'un Programme général de travail auquel l'Assemblée mondiale de la Santé a donné son accord.

8. Le processus de planification à moyen terme au niveau régional doit utiliser le GPW comme sa boussole et être basé sur les résultats des analyses des environnements extérieurs et intérieurs, sur les mandats adoptés précédemment aux niveaux international et régional et sur les besoins des pays déterminés conjointement. Le plan à moyen terme devrait spécifier les buts et les objectifs stratégiques sur lesquels l'Organisation dirige ses efforts dans la Région des Amériques et déterminer les orientations stratégiques et programmatiques dans cette période. En complément à ceci, la planification à moyen terme devrait également s'opérer au niveau des pays afin de clarifier la réponse stratégique de l'OMS/OPS sur une période de quatre à cinq ans, pour appuyer un pays individuel dans ses efforts pour atteindre les objectifs mondiaux et régionaux collectifs. C'est là l'objectif de la Stratégie de coopération avec les pays que l'OPS applique largement et qui s'efforce de définir la poursuite stratégique de la coopération avec les États Membres individuels dans le cadre des mandats collectifs de l'Organisation.

9. Le processus de planification à court terme est axé sur le développement de budgets-programmes biennaux destinés à réaliser le plan régional à moyen terme et à contribuer aux objectifs globaux pour la période visée. Le processus devrait placer les besoins des pays au centre de ses préoccupations et chercher à focaliser le travail à tous les niveaux du Secrétariat sur ces besoins précis. Ce processus de gestion au niveau de l'organisation tout entière devrait également être fondé sur les résultats, en arrêtant clairement les objectifs collectifs des pays pour cette période, objectifs auxquels le Secrétariat contribuera à l'aide d'une coopération technique intégrée, multidisciplinaire et appliquée à des niveaux multiples dans des domaines de travail sélectionnés. Les résultats objectivement vérifiables, pour lesquels le Secrétariat sera tenu responsable à la fin de la

période de deux ans, devraient être négociés avec les pays et les partenaires aux niveaux nationaux, sous-régionaux et au niveau régional. Le budget-programme biennal de l'OPS doit faire état de la façon la plus précise possible de la réconciliation des besoins spécifiques des pays avec les décisions du moment des politiques régionales et mondiales dans chaque domaine de travail.

10. Le développement d'un programme pays à court terme devrait se fonder sur la Stratégie de coopération avec les pays à moyen terme, là où elle existe. En l'absence de cette Stratégie, le processus devrait chercher à déterminer la réponse de l'OPS sur une période de deux ans, afin d'aider le pays à atteindre les objectifs collectifs de l'Organisation. Le processus devrait tenir compte des résultats de l'évaluation de la dernière période biennale, des priorités de la santé nationale à prendre en considération, et des ressources disponibles au niveau national ou provenant d'autres partenaires. Dans tous les cas, la programmation au niveau des pays représente une opportunité essentielle pour renforcer les alliances stratégiques et renforcer également la nature intersectorielle du travail de l'OPS.

11. La participation nationale à l'élaboration du budget-programme revêt une importance capitale en assurant que les maigres ressources de l'Organisation sont affectées à des domaines prioritaires. La participation des pays se fera à trois niveaux :

- a) Tout d'abord, elle se fera dans chaque pays à l'aide du processus conjoint constant d'évaluation de la coopération technique au vu de l'évolution des circonstances, des conditions et des besoins. Cette tâche conjointe sera appuyée par des examens périodiques détaillés des politiques et des programmes.
- b) Ensuite, elle se fera au moyen de la participation active des États Membres de l'OPS dans les Organes directeurs de l'Organisation mondiale de la Santé. Agissant dans leur attribution de bras collectif des prises de décision de l'OMS, les États Membres ont une possibilité d'exprimer leurs commentaires sur la contribution de l'OMS à la Région des Amériques et sur la contribution régionale en vue de la réalisation des résultats mondiaux escomptés.
- c) Enfin, grâce à leur participation au Sous-Comité de planification et programmation, les États Membres déterminent dans le Comité exécutif et le Conseil directeur le programme de travail, le niveau des ressources disponibles pour l'Organisation, ainsi que l'allocation des ressources nécessaires pour réaliser les résultats régionaux escomptés qui ont été convenus.

12. Le processus de budgétisation du programme régional doit être appuyé par un système d'information de gestion collective pour la programmation, le suivi et l'évaluation. C'est le cas du système AMPES à l'OPS. Alors que le budget-programme

est approuvé tous les deux ans, il doit y avoir un processus d'examen et de re-programmation au moins une fois par an pour assurer que le programme de coopération technique répond à l'évolution des situations dans les pays ainsi qu'en ce qui concerne la disponibilité des ressources dans les pays et dans l'Organisation. Ce processus d'examen doit être entrepris conjointement avec les pays au niveau national et avec les unités techniques et de soutien au niveau régional.

13. Le processus de préparation, d'exécution et de suivi du budget-programme de l'OPS offre plusieurs moments et opportunités de promouvoir une coordination efficace au sein des unités techniques de l'OPS et entre elles, ainsi qu'une coordination entre les divers niveaux de l'Organisation.

Architecture du budget-programme de l'OPS

14. À son titre d'agence multilatérale spécialisée dans la santé, l'OPS englobe dans son travail les fonctions normatives collectives et les objectifs communs de santé publique de ses États Membres ainsi que des fonctions de coopération technique dont le but est d'appuyer le développement de la santé nationale dans les pays individuels. Les premières fonctions comprennent, entre autres, la formulation de la vision et des directions stratégiques pour le développement de la santé dans les Amériques, l'établissement de normes et de règles convenues par les États Membres, le suivi des situations sanitaires, l'identification des bonnes méthodes et la recherche. Les fonctions de coopération technique spécifiques aux pays d'autre part, se rapportent directement au renforcement des capacités institutionnelles dans les pays, et à la formulation et l'exécution de programmes techniques intégrés pour résoudre des situations sanitaires spécifiques.

15. Le travail de l'Organisation est mis en évidence dans son budget-programme à l'aide de trois perspectives reliées entre elles :

- A. Niveau fonctionnel
- B. Domaines de travail, et
- C. Niveau organisationnel.

16. Les figures de l'Annexe 1 montrent la relation entre A et C, A et B, et B et C. Dans la pratique, il s'agit d'une matrice tridimensionnelle qui combine les trois perspectives.

- A. Les **niveaux fonctionnels** représentent l'ampleur des activités de coopération technique qu'entreprend l'Organisation à l'appui de ses mandats. Ces niveaux se situent au niveau des pays, au niveau sous-régional et au niveau régional.

- (i.) **Pays** : Les programmes de coopération technique cherchent à satisfaire les besoins d'un pays particulier dans sa poursuite des mandats collectifs de l'Organisation et de ses objectifs nationaux de développement de la santé. L'appui technique à ces activités est essentiellement assuré par les bureaux des pays, mais les centres et les unités régionales apportent également leur soutien.
 - (ii.) **Sous-régional** : Les programmes de coopération technique sont destinés à satisfaire les besoins d'un groupe de pays dans leur poursuite des objectifs de développement de la santé sous-régionaux dans le cadre des mandats collectifs de l'Organisation. L'appui technique pour ce niveau peut être fourni et coordonné par tous les types d'unités organisationnelles. Ces programmes englobent tous ou certains des pays qui appartiennent à l'une des institutions d'intégration sous-régionales établies : CARICOM, MERCOSUR, SICA, CAN, ou ALENA. Ce niveau fonctionnel de travail de coopération technique appuie les programmes de santé des processus d'intégration sous-régionaux et ils doivent être développés avec les pays, à l'aide des mécanismes chargés de la planification et de l'exécution des programmes de santé respectifs des pays. Des résultats escomptés clairement définis devraient être convenus avec les groupes de pays.
 - (iii.) **Régional** : Le niveau régional des activités comprend les programmes de composantes techniques visant à satisfaire les besoins de tous les États Membres, à la fois en termes de travail normatif et de réalisation des objectifs et des cibles de santé publique au niveau régional. Alors que cette composante a traditionnellement été réalisée par les unités régionales, ainsi que par les Centres panaméricains¹, elle peut également être réalisée par les bureaux des pays.
- B. Les **domaines de travail** sont les catégories utilisées dans la classification du travail de l'Organisation qui font état de la réponse aux besoins sanitaires mondiaux et régionaux, ainsi que des responsabilités institutionnelles telles que la gestion ou les services d'appui. Le nombre et le contenu des domaines représentent les choix pour le travail de l'Organisation pour une période de temps donnée, et ils doivent être examinés régulièrement pour assurer qu'ils répondent à l'évolution des besoins. Les domaines de travail guident la formulation des programmes tant aux niveaux fonctionnels qu'aux niveaux organisationnels. Les domaines de travail sont les composantes de base pour la planification,

¹ Les Centres panaméricains se concentrent sur un ou des domaines techniques choisis à l'aide d'une série de fonctions, telles que la recherche, le travail normatif, et la coopération technique. Certains assurent également des services. Quelques Centres desservent l'ensemble de la Région; d'autres desservent des sous-régions.

programmation, budgétisation et préparation des rapports dans le processus de gestion de l'OMS et de l'OPS basé sur les résultats. L'établissement des priorités doit influencer l'allocation des ressources parmi les domaines de travail.

L'articulation du budget-programme régional de l'OPS avec les résultats mondiaux escomptés par domaine de travail du budget-programme de l'OMS fait de l'alignement des domaines de travail de l'OPS et de l'OMS un élément critique du processus de gestion.

C. Les **niveaux organisationnels** sont les trois types d'unités qui font partie de la structure de l'OPS, à savoir : les bureaux des pays, les Centres et les unités régionales. Le travail dans chacun des trois types d'unités peut contribuer à l'un ou plusieurs domaines de travail et/ou composantes fonctionnelles.

17. La coopération technique entre les pays (CTP) se produit lorsque deux ou plusieurs pays, industrialisés ou en développement, ont convenu d'assister un ou plusieurs des pays coopérants ou de développer des approches communes d'un problème commun. Il faut distinguer ceci des niveaux fonctionnels sous-régionaux et régionaux et accorder une considération spéciale au développement ou à l'exécution du budget-programme. Dans la CTP, il y a une coopération politique entre pays qui passe par des accords volontaires visant à renforcer l'autosuffisance de l'un ou plusieurs des pays concernés dans des domaines relevant de leurs priorités sanitaires nationales.

18. Le rôle de l'OMS/OPS devrait être essentiellement catalytique : c'est-à-dire, mobiliser les ressources scientifiques, techniques et de gestion provenant des partenaires nationaux appropriés et assister à la formulation d'interventions efficaces. Le financement de la CTP relèvera principalement de la responsabilité des gouvernements concernés afin de promouvoir l'objectif voulu d'autosuffisance. Les États Membres ont le droit d'obtenir l'appui d'autres agences bilatérales ou multilatérales pour compléter leurs propres contributions.

19. Le budget-programme de l'OPS est financé à partir de sources de fonds diverses : les fonds ordinaires de l'OPS qui proviennent des contributions des pays; la part des fonds ordinaires de l'OMS à la Région des Amériques provenant de ses contributions; d'autres sources mobilisées à la fois par l'OMS et l'OPS respectivement. Tous les fonds appuient des programmes ou des projets au sein du budget-programme unique, de sorte que l'on peut se rendre compte de la relation logique entre toutes les interventions techniques.

20. Il faut envisager le budget-programme comme un instrument flexible de gestion stratégique. Il doit être en mesure de répondre aux environnements changeants, tels que des catastrophes ou des besoins de santé émergents, et de prendre en considération

l'impact des ralentissements économiques et des défis sociaux et politiques d'une manière ponctuelle. Le budget-programme doit servir de cadre à la mobilisation des ressources et il doit galvaniser les efforts de collaboration avec d'autres secteurs et agences.

Critères pour l'allocation des ressources

21. L'approche d'allocation des fonds est fermement enracinée dans les principes de l'équité et de la solidarité. L'équité est prise en compte dans l'usage de critères basés sur les besoins pour l'allocation des ressources entre les pays; la solidarité quant à elle se reconnaît dans la fourniture d'un niveau de base de fonds destinés à la coopération par tous les pays et avec tous les pays aux niveaux régional et sous-régional et à la coopération entre eux.

22. L'accent accru mis sur les pays doit tirer parti de l'avantage comparatif reconnu de l'OPS en raison de sa présence dans les pays et de sa relation étroite avec le secteur de la santé. Le type ou le niveau de présence dans les pays devrait dépendre de l'accessibilité des ressources dans les pays et de l'importance de l'allocation spécifique des ressources aux pays dans le budget-programme.

Allocation des ressources entre composantes fonctionnelles :

23. Comme point de départ, il faut établir une distribution initiale concernant le travail entre les niveaux régional, sous-régional et des pays. La distribution entre niveaux fonctionnels devrait être dynamique et tenir compte des changements dans l'environnement et des informations nouvelles, mais toujours dans l'objectif de l'amélioration des résultats au niveau des pays. Avec le temps, les résultats de l'évaluation devraient guider les ajustements dans l'allocation des ressources pour ces différentes approches du travail technique.

24. Les objectifs à moyen terme, qui sont l'un des indicateurs du niveau des efforts portés sur les pays, devraient être établis de façon à permettre que les ressources soient affectées directement aux pays, et ces derniers devraient faire l'objet d'une revue après trois périodes de deux ans. Pour la période à venir de 2006 à 2011, l'Organisation prend pour cible une allocation minimum des ressources de 40% au niveau des pays et de 5% au niveau sous-régional.

Allocation entre les pays :

25. Le financement au niveau des pays sera divisé en deux parties : le financement de base et le financement variable.

- a) Les *fonds de base* auront deux composantes : (i) une allocation de fonds fixe, ou minimum, qui assurera un niveau de base de présence dans les pays et/ou d'activités pour tous les États Membres, et (ii) une allocation de fonds basée sur les besoins qui distribuera les fonds entre les pays en fonction de critères des besoins économiques et sanitaires. Tous les États Membres commenceront avec une allocation budgétaire de base égale pour tous, pour couvrir un niveau basique d'activité; il s'agira là de l'allocation totale pour les États Membres dont le revenu par habitant est le plus élevé. Pour tous les autres États Membres, le reste des fonds de base, l'allocation des fonds basée sur les besoins, seront distribués en vertu de critères fondés sur les besoins aisément disponibles d'espérance de vie et de revenu par habitant, ajustés à un facteur démographique. L'Annexe II offre une plus grande spécification des facteurs et le calcul de la distribution. Les fonds de base devraient constituer non moins de 95% des allocations de fonds aux pays.
- b) Les *fonds variables* offriront une flexibilité au processus d'allocation des ressources. Ils seront ciblés et auront une échéance précise, et offriront une stimulation à court terme aux ressources afin d'accélérer les progrès sur la voie de la réalisation de mandats collectifs prioritaires lorsque le financement pose problème. Des objectifs clairs seront établis pour l'usage de ces fonds et feront l'objet d'un suivi séparé pour faire état des progrès accomplis sur la voie des objectifs déclarés. Ces fonds seront également utilisés pour protéger les niveaux actuels du budget programmatique de pays clés. Il est prévu que le total des ressources mises à part pour le financement variable n'excéderait pas 5% du total des ressources affectées au niveau des pays.

Allocation entre domaines de travail :

26. La distribution des ressources entre domaines de travail à tous les niveaux de l'Organisation doit être compatible avec l'appui nécessaire pour réaliser les priorités collectives tant au niveau mondial qu'au niveau régional. Et une attention particulière sera accordée aux domaines de travail qui contribuent directement ou indirectement à la réalisation des Objectifs de développement pour le millénaire liés à la santé.

27. *Mobilisation des ressources* – L'Organisation a la responsabilité permanente de mobiliser les ressources nécessaires pour la réalisation de ses objectifs, de ses résultats escomptés et des buts nationaux, sous-régionaux et régionaux de la santé. Les ressources ordinaires sont insuffisantes et il faut mobiliser des ressources supplémentaires dans le cadre d'un budget-programme unique et intégré.

28. L'Organisation devrait s'employer à mobiliser les ressources humaines et institutionnelles ainsi que les ressources financières. Ces ressources supplémentaires devraient être consacrées à l'appui d'activités de coopération technique régionale, sous-

régionale et dans les pays, mais toujours en harmonie avec les politiques et les objectifs régionaux et toujours en réponse aux mandats des Organes directeurs de l'Organisation.

29. Les critères appliqués pour accepter des fonds provenant d'autres sources comprennent comme suit :

- a) Leur objectif devrait être conforme aux politiques et aux priorités techniques, ainsi qu'aux stratégies de gestion de l'Organisation. D'une manière générale, les autres sources de fonds devraient venir en complément du budget ordinaire pour intensifier des efforts consacrés à accomplir des résultats annoncés aux niveaux nationaux, sous-régionaux ou au niveau régional ou d'autre part, pour l'initiation d'activités complémentaires.
- b) Les conditions liées à l'usage de ces fonds provenant d'autres sources doivent se conformer aux politiques et aux règles de l'Organisation.
- c) Si ces ressources doivent être utilisées dans l'un des États Membres, leur finalité doit être conforme aux politiques et priorités nationales de cet État Membre.
- d) Il faut que l'Organisation tout comme l'État Membre qui utilisera ces ressources tiennent compte du coût qu'implique l'administration de ces ressources extérieures ainsi que des coûts à long terme qu'implique leur utilisation si les résultats de cette intervention se veulent durables.

30. La coordination des efforts au sein de l'Organisation en vue de la mobilisation des ressources est essentielle si elle veut obtenir un usage optimal des ressources limitées provenant des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Exécution, suivi et évaluation

31. Le budget-programme approuvé devrait être appliqué à l'aide de la formulation et de l'exécution par toutes les unités organisationnelles, de budgets-programmes biennaux spécifiques aux unités et de plans de travail opérationnels ou d'exécution également spécifiques aux unités, couvrant à tout moment un période minimum de six mois. Les plans de travail, tout comme les budgets-programmes biennaux, devraient tenir compte de la contribution de tous les niveaux de l'Organisation.

32. Au niveau des pays, la formulation et l'exécution des plans de travail sont la responsabilité conjointe des pays et du Secrétariat. Les pays s'engagent à entreprendre des activités nationales pour lesquelles les ressources et la coopération technique de l'Organisation sont des éléments complémentaires et d'appui. À l'aide de réunions régulières, de procédures convenues et d'autres mécanismes efficaces de gestion de

projets, le Secrétariat et les autorités nationales collaborent en vue de la réalisation des résultats escomptés et en dernier ressort, à la contribution nationale aux objectifs régionaux de la santé.

33. Il faudrait faire place à la flexibilité dans la phase d'exécution pour permettre des réponses aux changements subits dans les conditions nationales ou régionales et tenir compte de l'émergence de besoins qui n'avaient pas été prévus auparavant. Les conditions qui garantissent une reprogrammation des activités doivent être définies clairement et il faut également établir un processus pour l'examen et l'approbation du budget-programme modifié par ces circonstances nouvelles.

34. En cas de besoins subits et urgents dans un pays, les ressources des autres pays et du bureau régional peuvent être réorientées sur ce pays afin de répondre à ce besoin national particulièrement urgent.

35. La gestion des ressources est une responsabilité partagée entre les États Membres et l'OMS/OPS. Toutefois, l'Organisation se réserve la responsabilité finale de l'administration des fonds de son propre budget et, en dernier recours, la responsabilité de ces fonds revient aux Organes directeurs, qui représentent la voix collective des peuples de la Région.

36. Les progrès de l'exécution du budget-programme biennal devraient faire l'objet d'un suivi au moins tous les six mois au niveau de l'unité organisationnelle, indépendamment de la source des fonds. Les analyses des progrès entre les différents niveaux de l'Organisation devraient alerter la Direction sur les difficultés rencontrées au cours de l'exécution, afin de faciliter de manière ponctuelle le développement d'interventions correctives techniques ou de gestion en vue de la réalisation des résultats escomptés.

37. Les évaluations doivent faire partie intégrante du cycle de gestion et, comme dans les autres phases du budget-programme, elles devraient être entreprises conjointement avec les pays aussi loin que possible. Il est souvent difficile d'évaluer le travail de l'Organisation en raison du fait : (1) de la nature et de la complexité des problèmes de santé ; (2) que la coopération technique de l'OPS appuie essentiellement les efforts des pays pour qu'ils réalisent leurs objectifs nationaux en santé ; et (3) qu'il y a souvent plusieurs partenaires impliqués. Malgré ces réserves, l'Organisation devrait utiliser les approches disponibles pour déterminer l'efficacité et la rentabilité de ces programmes. Les auto-évaluations de routine doivent être complétées par des évaluations en profondeur du degré dans lequel les objectifs du programme ont été atteints et du degré de détermination objective des facteurs qui contribuent aux résultats. Il est essentiel d'assurer que les budgets-programmes futurs bénéficient des leçons tirées dans le

processus de coopération et tiennent compte de façon plus précise des besoins et des ressources des pays.

Opportunités d'exécution et de suivi de la politique

38. Les stratégies de coopération avec les pays sont développées pour tous les pays et elles seront mises à jour quand il se produit des changements dans la situation dans les pays ou dans les politiques de l'Organisation. Les stratégies identifieront entre autres la composition et le niveau des ressources techniques requises pour contribuer sensiblement aux efforts que font les pays pour traiter les priorités de la santé.

39. La nouvelle approche au niveau de l'Organisation tout entière de la revue des accords, programmes et projets financés par d'autres sources, assure que les activités appuyées respectent les politiques et les mandats en place et que l'Organisation peut gérer le projet de manière efficace et rentable.

40. Les revues annuelles du budget-programme biennal facilitent : (1) les ajustements à moyen terme du programme en cours d'exécution, et (2) le perfectionnement des propositions relatives aux priorités de l'Organisation et à l'environnement changeant. L'utilisation accrue de cadres analytiques améliorera la rigueur de la programmation ainsi que la qualité des rapports qualitatifs et quantitatifs.

41. L'examen en série du budget-programme par les Organes directeurs permet une focalisation à différentes périodes sur les aspects techniques, l'orientation des politiques et l'allocation des ressources du budget-programme. À cet égard, le rôle du Sous-Comité de planification et programmation est essentiel pour assurer la validité des propositions.

Annexes

A. Contribution des unités organisationnelles à l'activité de coopération technique des niveaux fonctionnels de l'Organisation			
Unités organisationnelles	NIVEAU FONCTIONNEL		
	Pays	Sous-régional	Régional
Bureaux pays	++++	++	+
Centres	++	++	+++
Unités régionales	+	++	++++

B. Contribution des niveaux fonctionnels aux domaines de travail			
Niveaux fonctionnels	DOMAINES DE TRAVAIL (exemple)		
	VIH/SIDA	Maladies transmissibles	Médicaments essentiels
Régional	+	+++	+++
Sous-régional	++	++	++
Pays	+++	++++	++

Allocation des ressources de l'OPS/OMS aux pays

Modèle conceptuel

1. La formulation du modèle est guidée par les principes déjà stipulés dans le document de politique. Le Tableau 1 illustre le modèle conceptuel, et les paragraphes suivants offrent une explication des différents éléments du modèle.

Approche à deux niveaux de l'allocation des ressources

2. L'allocation des ressources aux pays sera divisée en deux composantes : une composante de base et une variable. La composante de base consiste en deux portions— la portion « minimum » et la portion de l'aspect « fonction des besoins ». La portion « minimum » de la composante de base représente des ressources que tous les pays recevront de manière égale. Il s'agira d'une allocation budgétaire destinée à assurer un niveau de base d'activité de coopération technique pour chaque État Membre, et elle constituera l'unique allocation budgétaire pour les pays considérés comme ayant le revenu par habitant le plus élevé. La portion de l'aspect « fonction des besoins » de la composante de base représente la part du budget qui sera subordonnée aux critères de l'aspect fonction des besoins développés pour le modèle qui est expliqué dans les sections qui suivent. La portion de l'aspect fonction des besoins de la composante de base représente la part la plus importante de l'allocation budgétaire totale aux pays.

3. La composante variable quant à elle a pour but d'apporter une certaine flexibilité au processus budgétaire. Il s'agira d'un financement ciblé qui a une échéance précise, et dont le but est de stimuler à court terme les ressources destinées aux pays afin d'accélérer les progrès sur la voie de la réalisation de mandats collectifs mondiaux et régionaux et sur l'établissement des priorités. La programmation de ces fonds sera proposée par la Direction de l'OPS en consultation avec les pays. Des objectifs clairs seront établis pour l'usage de ces fonds et feront l'objet d'un suivi séparé pour faire état des progrès accomplis sur la voie des objectifs déclarés. Les ressources réservées à cette fin ne devraient pas excéder 5% du niveau total des ressources allouées aux pays.

Paramètre de l'aspect fonction des besoins

Un paramètre de l'aspect fonction des besoins est utilisé pour assurer que l'objectivité est présente dans la mesure du besoin relatif entre les pays. En tenant compte d'un paramètre, il est estimé que les conditions sanitaires globales dans un pays, auxquelles viendrait s'ajouter son statut économique relatif, seraient les plus à même de saisir le

besoin sanitaire relatif d'un pays. Il est également important que les données utilisées pour développer un paramètre de l'aspect fonction des besoins sont disponibles pour tous les pays de la Région. Et même si des statistiques faisant état de l'équité en santé dans les pays étaient également idéales, il a été déterminé qu'il n'existe pas à présent de statistiques pertinentes qui soient disponibles sur une base systématique pour tous les pays de la Région.

Annexe B

4. À titre de marqueur substitut du degré des besoins de santé existant actuellement dans un pays donné, un indice composite a été calculé pour guider une allocation plus équitable des fonds de base de l'OPS. Cet indice des besoins en santé (HNI) incorpore deux dimensions générales de la santé et de ses déterminants, à travers deux mesures récapitulatives bien connues : l'espérance de vie à la naissance (espérance de vie, *leb*) et le revenu national brut par habitant, ajusté par la parité du pouvoir d'achat (revenu par habitant, *ipc*).

5. Pour chaque pays, une moyenne arithmétique de ses deux plus récentes estimations de l'espérance de vie et du revenu par habitant — comme le présente le Système régional de données de santé de base de l'OPS — est calculée. Pour un pays donné, le HNI est ensuite calculé de la façon suivante :

$$\text{Indice des besoins de santé}_i = \frac{(leb_{i \text{ actual}} - leb_{\min})}{(leb_{\max} - leb_{\min})} \times 0.5 + \frac{(\log ipc_{i \text{ actual}} - \log ipc_{\min})}{(\log ipc_{\max} - \log ipc_{\min})} \times 0.5$$

6. Dans lequel *actual* signifie la valeur actuelle du pays, *min* la valeur minimum observée dans la série des données régionales et *max* la valeur maximum observée dans la série des données régionales.

7. Comme la formule l'indique, chaque composante de l'indice — à savoir, l'espérance de vie et le revenu par habitant pour un pays donné — est calculée en appliquant une procédure statistique type de transformation qui assigne une valeur relative allant de zéro pour les pays les plus nécessiteux, à 1 pour les pays qui sont moins dans le besoin. Il faut noter que, suivant une recommandation² bien établie, une transformation logarithmique de la distribution du revenu est calculée au lieu de sa valeur

² Anand S, Sen A. The income component in the HDI –alternative formulations. Occasional Paper. United Nations Development Programme, Human Development Report Office, New York; 1999. Also: Sen A. Assessing human development. Special contribution, in: United Nations Development Programme. Human Development Report 1999: Globalization with a human face; Oxford University Press; New York, 1999

réelle, afin de faire état de façon appropriée de la partie inférieure de la distribution du revenu, à savoir les pays plus pauvres. L'indice des besoins en santé se compose donc de l'addition des valeurs de ses deux composantes, après qu'elles aient reçu la même pondération (0.5).

8. La distribution de l'indice des besoins en santé est ensuite utilisée pour calculer les percentiles et déterminer les pays membres dans ces percentiles de besoins en santé relatifs (voir au Tableau 2 un exemple qui illustre l'application du HNI utilisant les données officielles les plus récentes).

Regroupement des pays en quantiles

9. Bien qu'un indice soit considéré comme une mesure acceptable pour déterminer les conditions relatives des pays, l'application directe d'un indice à lui seul n'est pas considérée comme le moyen le plus approprié de l'allocation pure et simple des fonds entre pays. Les statistiques sous-tendantes ont différents degrés de confiance et même les augmentations de l'indice ne sont pas systématiquement pondérées sur l'échelle. Le modèle cherche à éviter les interprétations excessives en plaçant les pays dans cinq quantiles, ou quintiles dans ce cas, en utilisant la formule statistique type à cette fin. Les pays qui tombent dans un quintile donné recevront le même traitement en ce qui concerne l'application des critères relatifs à l'aspect fonction des besoins.

Distribution progressive des ressources en base du besoin relatif

10. Afin de préserver le principe de l'équité, le modèle alloue des ressources progressivement aux quintiles basés sur le besoin relatif. En d'autres termes, pour deux pays ayant la même population, le pays se trouvant dans un quintile faisant état d'un besoin plus important recevra une part proportionnellement plus élevée de ressources que le pays qui se situe dans un quintile où le besoin se fait moins ressentir.

Il faut noter que le niveau de pondération progressive utilisé dans le modèle a un impact direct sur le niveau de re-distribution des ressources entre les pays. Plus s'applique l'échelle de pondération progressive, plus est importante la redistribution des ressources favorisant les pays plus nécessiteux.

Population

11. La population est un autre facteur qui intervient dans le modèle utilisé pour l'allocation des ressources. Tous les modèles présentés partent de l'hypothèse que, tous les autres facteurs étant égaux, un pays avec une population plus importante aura besoin

de plus de ressources qu'un pays dont la population est moins importante. Toutefois, le modèle assume également que l'effet multiplicateur qui existe dans le type de coopération que l'OPS engage avec les États Membres est tel que les pays plus petits nécessiteront davantage de ressources par habitant que les pays plus grands. Ces hypothèses sont incorporées dans le modèle en ajustant les statistiques démographiques réelles en employant une méthode de « lissage » statistique. Le lissage démographique réduit effectivement l'échelle des populations avant de les utiliser pour calculer les niveaux des ressources.

12. La méthode de lissage choisie pour le modèle proposé est la racine carrée de la population. Même s'il existe un nombre de méthodes types de lissage statistique utilisées pour ce type de modélisation, cette méthode a un facteur plus faible de compression sur les statistiques démographiques que les techniques de lissage plus agressives; l'effet par conséquent, fait qu'elle génère un niveau plus progressif de re-distribution des ressources des pays de taille plus importante aux pays plus petits.

Résultats de la modélisation

- a) Les deux éléments de la modélisation qui affectent de façon importante le degré de re-distribution des ressources entre les pays de la Région sont la méthode de lissage démographique et l'échelle de pondération de quantile qui sont appliquées. Les critères utilisés pour sélectionner les méthodes de ces deux éléments dans la modélisation proposée sont conçus pour répondre à deux objectifs de principe : 1) que l'équité soit présente et qu'il y ait un impact positif clair pour les pays dont les besoins sont les plus marqués, et 2) que la re-distribution des ressources qui en découle entre les pays soit faite d'une manière progressive.
- b) Le modèle proposé utilise une échelle de pondération progressive avec laquelle chaque quintile successif reçoit un facteur plus grand que celui du quintile antérieur. Concrètement, le facteur Q2 est de 20% plus élevé que Q1; le facteur Q3 est de 30% plus élevé que Q2; le facteur Q4 de 40% plus élevé que Q3; et le facteur Q5 de 50% plus élevé que Q4. Cette échelle de progressivité donne lieu à un niveau plus graduel de re-distribution des ressources, tout en ayant un impact positif sur les personnes les plus nécessiteuses.
- c) La modélisation proposée utilise la racine carrée de la population. Comme indiqué précédemment, cette méthode de lissage a un facteur plus faible de compression sur les statistiques démographiques que les techniques de lissage plus agressives, telles que le logarithme carré de la population; l'effet, par conséquent, fait que la méthode de la racine carrée produit un niveau plus progressif de re-distribution des ressources des pays de taille plus importante aux pays plus petits.

- d) L'allocation de base est indiquée en termes proportionnels. La colonne j montre la portion minimum de la composante de base qui constitue un montant fixe pré-déterminé pour tous les pays en vertu des critères établis pour cette portion allouée. La colonne k représente la portion aspect fonction des besoins de la composante de base telle que calculée en utilisant la logique de la modélisation. Le total de l'allocation de base est présenté à 95% de l'allocation budgétaire totale des pays. Les 5% restants seront affectés à la portion variable (colonne m) conformément aux critères mentionnés précédemment pour cette composante.
- e) Les données statistiques (espérance de vie à la naissance, revenu par habitant parité du pouvoir d'achat, population) utilisées dans la cette modélisation et pour calculer l'indice de santé en fonction des besoins provient du Système officiel des données essentielles en santé de l'OPS. Les données les plus récentes qu'offre le Système des données essentielles de l'OPS seront utilisées dans chaque itération du cycle budgétaire pour la préparation de l'allocation des ressources destinées aux pays.
- f) La modélisation proposée a pour but d'indiquer la part proportionnelle des ressources qui seront allouées entre les pays. Le montant réel des ressources budgétaires allouées à un pays donné dépendra des niveaux de budget approuvés par le Conseil directeur au cours des années à venir.

Tableau 1 : Modèle conceptuel

PAYS		QUANTILE	FINANCEMENT MINIMUM		FINANCEMENT VARIABLE
			Minimum	Fonction des besoins (pondération du quintile)	
Pays A	Paramètre de la fonction des besoins (- (+)	Groupe 1 (moins nécessiteux)	\$	\$?
Pays B			\$?
Pays C			\$?
Pays J		Groupe 2	\$	\$\$?
Pays K			\$?
Pays L			\$?
Pays X		Groupe 3 (plus nécessiteux)	\$	\$\$\$?
Pays Y			\$?
Pays Z			\$?

Tableau 2 : Calcul de l'indice basé sur les besoins de la santé

(Sources des données: les données disponibles les plus récentes, datant de septembre 2004, provenant du Système des données essentielles en santé officielles de l'OPS)

	pays ¹	code	population 2004 (x1000)	espérance de vie (e ₀)		revenu/habitant (i\$)		moyennes arithmétiques		logarithme du revenu	pondérations normalisées		indice basé sur les besoins	groupe de besoins
				2003	2004	2001	2002	e ₀	revenus		e ₀	revenus		
1	États-Unis	USA	297,155	77.3	77.4	35,220	36,110	77.4	35,665.0	4.552	0.964	1.363	1.164	0
2	Canada	CAN	31,744	79.5	79.6	27,940	28,930	79.6	28,435.0	4.454	1.043	1.263	1.153	0
3	Territoires français	FRT	1,020	78.2	78.4	26,550	27,040	78.3	26,795.0	4.428	0.998	1.236	1.117	0
4	Territoires néerlandais	NET	294	77.1	77.3	28,140	28,350	77.2	28,245.0	4.451	0.958	1.260	1.109	0
5	Territoires britanniques	UKT	172	77.4	77.6	25,890	26,580	77.5	26,235.0	4.419	0.970	1.227	1.099	0
6	Puerto Rico	PUR	3,898	75.7	75.9	16,250	18,090	75.8	17,170.0	4.235	0.909	1.040	0.975	0
7	Barbade	BAR	271	77.3	77.5	14,850	14,660	77.4	14,755.0	4.169	0.966	0.973	0.970	1
8	Costa Rica	COR	4,250	78.3	78.4	8,360	8,560	78.4	8,460.0	3.927	1.000	0.728	0.864	1
9	Argentine	ARG	38,871	74.4	74.6	11,440	10,190	74.5	10,815.0	4.034	0.863	0.836	0.850	1
10	Chili	CHI	15,996	76.2	76.3	9,240	9,420	76.3	9,330.0	3.970	0.925	0.771	0.848	1
11	Uruguay	URU	3,439	75.5	75.7	8,590	7,710	75.6	8,150.0	3.911	0.902	0.711	0.807	1
12	Bahamas	BAH	317	67.2	67.4	15,680	15,680	67.3	15,680.0	4.195	0.607	1.000	0.804	1
13	St. Kitts-et-Nevis	SCN	39	71.6	71.9	10,640	10,750	71.8	10,695.0	4.029	0.766	0.831	0.798	1
14	Mexique	MEX	104,931	73.6	73.8	8,740	8,800	73.7	8,770.0	3.943	0.835	0.744	0.789	2
15	Antigua-et-Barbuda	ANI	68	71.3	71.6	10,120	10,390	71.5	10,255.0	4.011	0.755	0.813	0.784	2
16	Trinité-et-Tobago	TRT	1,307	71.1	70.8	8,710	9,000	71.0	8,855.0	3.947	0.737	0.748	0.743	2
17	Panama	PAN	3,177	74.9	75.0	6,030	6,060	75.0	6,045.0	3.781	0.879	0.580	0.729	2
18	Venezuela	VEN	26,170	73.9	74.1	5,770	5,220	74.0	5,495.0	3.740	0.845	0.537	0.691	2
19	Colombie	COL	44,914	72.4	72.7	6,080	6,150	72.6	6,115.0	3.786	0.794	0.585	0.689	2
20	St. Vincent-et-les-Grenadines	SAV	121	74.2	74.4	5,120	5,190	74.3	5,155.0	3.712	0.856	0.509	0.683	3
21	Dominique	DOM	69	74.1	74.4	5,170	4,960	74.3	5,065.0	3.705	0.854	0.502	0.678	3
22	Brésil	BRA	180,654	68.4	68.7	7,350	7,450	68.6	7,400.0	3.869	0.652	0.669	0.660	3
23	Ste Lucie	SAL	150	72.7	72.9	4,960	4,950	72.8	4,955.0	3.695	0.803	0.492	0.647	3
24	Belize	BLZ	261	71.4	71.3	5,360	5,490	71.4	5,425.0	3.734	0.751	0.532	0.642	3
25	Jamaïque	JAM	2,676	75.9	76.1	3,630	3,680	76.0	3,655.0	3.563	0.917	0.358	0.637	3
26	El Salvador	ELS	6,614	71.0	71.2	4,720	4,790	71.1	4,755.0	3.677	0.742	0.474	0.608	4
27	Paraguay	PAR	6,018	71.1	71.3	4,750	4,590	71.2	4,670.0	3.669	0.746	0.466	0.606	4
28	Pérou	PER	27,567	70.1	70.4	4,670	4,880	70.3	4,775.0	3.679	0.712	0.475	0.594	4
29	République dominicaine	DOR	8,872	66.6	66.6	6,040	6,270	66.6	6,155.0	3.789	0.583	0.587	0.585	4
30	Grenade	GRE	89	64.5	64.5	6,570	6,600	64.5	6,585.0	3.819	0.508	0.617	0.563	4
31	Suriname	SUR	439	71.3	71.5	3,480	3,480	71.4	3,480.0	3.542	0.753	0.336	0.545	4
32	Cuba	CUB	11,328	76.8	77.0	2,004	2,350	76.9	2,177.0	3.338	0.948	0.129	0.539	4
33	Équateur	ECU	13,192	71.0	71.2	3,250	3,340	71.1	3,295.0	3.518	0.742	0.312	0.527	5
34	Guatemala	GUT	12,661	66.1	66.5	4,000	4,030	66.3	4,015.0	3.604	0.572	0.399	0.485	5
35	Nicaragua	NIC	5,597	69.8	70.1	2,360	2,350	70.0	2,355.0	3.372	0.702	0.164	0.433	5
36	Guyana	GUY	767	63.4	63.6	3,960	3,940	63.5	3,950.0	3.597	0.472	0.392	0.432	5
37	Honduras	HON	7,099	68.8	68.8	2,510	2,540	68.8	2,525.0	3.402	0.661	0.194	0.428	5
38	Bolivie	BOL	8,973	64.2	64.6	2,350	2,390	64.4	2,370.0	3.375	0.504	0.166	0.335	5
39	Haïti	HAI	8,437	50.0	50.4	1,640	1,610	50.2	1,625.0	3.211	0.000	0.000	0.000	5

¹ Les Pays-Bas comprennent Aruba, les Antilles néerlandaises; la France comprend la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique; le Royaume-Uni comprend Anguilla, les îles Vierges britanniques, Montserrat, les Bermudes, les îles Cayman, les îles Turks et Caicos

e₀ = l'espérance de vie à la naissance; revenu = produit national brut par habitant ajusté à la parité du pouvoir d'achat (dollars internationaux, i\$)

Tableau 3 : Modèle proposé pour l'allocation budgétaire aux pays

Pays Membres	Groupe de besoin	Pondération basée sur les besoins		Population		Log carré de la population		Part de l'allocation basée sur les besoins		Allocation minimum (part proportionnelle)			Allocation variable	Allocation totale (l + m)
		facteur	%	milliers	%	milliers	%	(b x f)	%	Plancher	Allocation basée sur les besoins	Total partiel (j + k)		
États-Unis	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Canada	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Pays-Bas	0									0.32%	-	0.32%	?	?
France	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Royaume-Uni	0									0.32%	-	0.32%	?	?
Puerto Rico	0									0.16%	-	0.16%	?	?
St Kitts-et-Nevis	1	1.00	1.6%	42	0.0%	6	0.2%	6	0.1%	0.32%	0.10%	0.42%	?	?
Barbade	1	1.00	1.6%	270	0.1%	16	0.6%	16	0.3%	0.32%	0.25%	0.57%	?	?
Bahamas	1	1.00	1.6%	314	0.1%	18	0.6%	18	0.3%	0.32%	0.27%	0.59%	?	?
Uruguay	1	1.00	1.6%	3,415	0.6%	58	2.0%	58	1.1%	0.32%	0.89%	1.21%	?	?
Costa Rica	1	1.00	1.6%	4,173	0.8%	65	2.2%	65	1.2%	0.32%	0.99%	1.31%	?	?
Chili	1	1.00	1.6%	15,805	2.9%	126	4.3%	126	2.3%	0.32%	1.92%	2.24%	?	?
Argentine	1	1.00	1.6%	38,428	7.1%	196	6.7%	196	3.6%	0.32%	3.00%	3.32%	?	?
Antigua-et-Barbuda	2	1.20	1.9%	73	0.0%	9	0.3%	10	0.2%	0.32%	0.16%	0.48%	?	?
Trinité-et-Tobago	2	1.20	1.9%	1,303	0.2%	36	1.2%	43	0.8%	0.32%	0.66%	0.98%	?	?
Panama	2	1.20	1.9%	3,120	0.6%	56	1.9%	67	1.2%	0.32%	1.03%	1.34%	?	?
Venezuela	2	1.20	1.9%	25,699	4.8%	160	5.4%	192	3.6%	0.32%	2.94%	3.26%	?	?
Colombie	2	1.20	1.9%	44,222	8.2%	210	7.1%	252	4.7%	0.32%	3.86%	4.18%	?	?
Mexique	2	1.20	1.9%	103,457	19.2%	322	10.9%	386	7.1%	0.32%	5.91%	6.23%	?	?
Dominique	3	1.56	2.5%	79	0.0%	9	0.3%	14	0.3%	0.32%	0.21%	0.53%	?	?
St Vincent-et-les-Grenadi	3	1.56	2.5%	120	0.0%	11	0.4%	17	0.3%	0.32%	0.26%	0.58%	?	?
Ste Lucie	3	1.56	2.5%	149	0.0%	12	0.4%	19	0.4%	0.32%	0.29%	0.61%	?	?
Belize	3	1.56	2.5%	256	0.0%	16	0.5%	25	0.5%	0.32%	0.38%	0.70%	?	?
Jamaïque	3	1.56	2.5%	2,651	0.5%	51	1.7%	80	1.5%	0.32%	1.23%	1.55%	?	?
Brésil	3	1.56	2.5%	178,470	33.2%	422	14.3%	659	12.2%	0.32%	10.08%	10.40%	?	?
Grenade	4	2.18	3.5%	80	0.0%	9	0.3%	20	0.4%	0.32%	0.30%	0.62%	?	?
Suriname	4	2.18	3.5%	436	0.1%	21	0.7%	46	0.8%	0.32%	0.70%	1.02%	?	?
Paraguay	4	2.18	3.5%	5,878	1.1%	77	2.6%	167	3.1%	0.32%	2.56%	2.88%	?	?
El Salvador	4	2.18	3.5%	6,515	1.2%	81	2.7%	176	3.3%	0.32%	2.70%	3.02%	?	?
République dominicaine	4	2.18	3.5%	8,745	1.6%	94	3.2%	204	3.8%	0.32%	3.13%	3.44%	?	?
Cuba	4	2.18	3.5%	11,300	2.1%	106	3.6%	232	4.3%	0.32%	3.55%	3.87%	?	?
Pérou	4	2.18	3.5%	27,167	5.1%	165	5.6%	360	6.7%	0.32%	5.51%	5.83%	?	?
Guyana	5	3.28	5.3%	765	0.1%	28	0.9%	91	1.7%	0.32%	1.39%	1.71%	?	?
Nicaragua	5	3.28	5.3%	5,466	1.0%	74	2.5%	242	4.5%	0.32%	3.71%	4.02%	?	?
Honduras	5	3.28	5.3%	6,941	1.3%	83	2.8%	273	5.0%	0.32%	4.18%	4.50%	?	?
Haïti	5	3.28	5.3%	8,326	1.5%	91	3.1%	299	5.5%	0.32%	4.57%	4.89%	?	?
Bolivie	5	3.28	5.3%	8,808	1.6%	94	3.2%	307	5.7%	0.32%	4.70%	5.02%	?	?
Guatemala	5	3.28	5.3%	12,347	2.3%	111	3.8%	364	6.7%	0.32%	5.57%	5.89%	?	?
Équateur	5	3.28	5.3%	13,003	2.4%	114	3.9%	374	6.9%	0.32%	5.72%	6.04%	?	?
TOTAL		61.78	100.0%	537,823.00	100.0%	2,947	100.0%	5,406	100.0%	12.27%	82.73%	95.00%	5.00%	100.00%

Note : L'échelle de pondération basée sur les besoins dans ce modèle est progressive : le facteur Q2 est de 20% plus élevé que le facteur Q1; le facteur Q3 est de 30% plus élevé que le facteur Q2; le facteur Q4 est de 40% plus élevé que Q3; le facteur Q5 de 50% de plus que Q4



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

CD45/7 (Fr.)
Annexe C

RÉSOLUTION

CE134.R10

POLITIQUE DU BUDGET PROGRAMME RÉGIONAL

LA 134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE134/9 et son appendice qui contient un rapport sur la procédure utilisée pour examiner la politique actuelle de préparation du budget programme régional et qui présente une nouvelle proposition pour ladite politique;

Rappelant la résolution CD44.R10 du 44^e Conseil directeur notant la nécessité de mettre à jour la politique du budget programme régional dans le but de définir des critères permettant une allocation budgétaire plus équitable entre les pays; et

Tenant compte de la décision de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé relative au besoin de définir des critères concernant les allocations régionales de l'Organisation mondiale de la Santé et à la mise en place d'un cadre appelé à orienter la formulation des budgets programmes de l'OMS

DÉCIDE :

1. De demander au Directeur de solliciter des commentaires écrits et de les communiquer aux États Membres.
2. D'acheminer la politique du budget programme régional comprise dans l'appendice au document CE134/9 au 45^e Conseil directeur en y incluant les commentaires du Comité exécutif et d'autres États Membres.
3. De recommander au 45^e Conseil directeur de discuter de manière approfondie de l'applicabilité du modèle et d'adopter la résolution suivante :

LE 45^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD45/_ et son appendice qui contient une nouvelle politique du budget programme régional définissant un nouveau mode d'allocation des ressources au sein de l'Organisation;

Rappelant la Stratégie de gestion des travaux du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, recommandant une approche stratégique et souple pour le budget programme afin d'étayer la mise en œuvre du 11^e Programme de travaux généraux de l'OMS et du Plan stratégique 2003-2007 du Bureau sanitaire panaméricain;

Rappelant en outre la résolution CD44.R10 du 44^e Conseil directeur notant la nécessité de mettre à jour la politique du budget programme régional pour définir des critères permettant une allocation budgétaire plus équitable entre les pays;

Conscient que la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'abroger la résolution WHA51.31, en recommandant une nouvelle méthode d'allocation des fonds aux Régions de l'OMS et la mise en place d'un nouveau cadre appelé à orienter la formulation des budgets programmes de l'OMS;

Notant la priorité croissante accordée aux pays, surtout les pays clés identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain ainsi que la proposition du Directeur général de transférer davantage de ressources vers les Régions et les pays;

Soucieux que les pays des Amériques redoublent d'efforts pour atteindre, d'ici 2015, les objectifs de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et autres objectifs régionaux;

Considérant les commentaires faits par le Comité exécutif et d'autres États Membres,

DÉCIDE

1. De remercier le Groupe consultatif de la Politique du budget programme régional de l'OPS ainsi que le Secrétariat des efforts qu'ils ont déployés pour mettre au point des critères appelés à régir l'allocation de fonds du budget ordinaire et fonds extrabudgétaires par niveau fonctionnel, domaines d'activités et entre les pays.
2. De prendre note du modèle proposé pour l'allocation des fonds entre les pays.

3. D'approuver la nouvelle politique du budget programme régional de l'OPS telle que présentée dans le document CD45-__.
4. De veiller à ce que les allocations pour les pays dans les futurs budgets programmes de l'OPS approuvés par le Conseil, soient fondées sur un modèle qui :
 - a) assure un seuil minimal de coopération entre les pays;
 - b) répartisse les fonds alloués aux pays en fonction de critères axés sur les besoins;
 - c) soit suffisamment souples pour répondre aux besoins changeants et aux circonstances spéciales;
 - d) soit transparent, simple et constant;
 - e) puisse être introduit graduellement sur deux ou au plus trois exercices biennaux, de sorte que les changements au niveau des allocations protègent les priorités clés établies dans les programmes des pays.
5. D'encourager l'établissement de priorités dans les allocations aux programmes qui appuient la réalisation des objectifs sur le plan santé de la Déclaration du Millénaire.
6. De faire respecter les critères selon lesquels un minimum de 40% des allocations du budget-programme devrait être attribué au pays et un minimum de 5 % à l'échelle sous-régionale.
7. De demander au Directeur :
 - a) d'appliquer la nouvelle politique du budget programme régional à la formulation des futurs budgets programmes, tel que décidé par le Conseil directeur;
 - b) de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation approfondie de la politique du budget programme régional après trois exercices biennaux de mise en œuvre pour s'assurer qu'elle continue à répondre aux besoins sanitaires changeants et reste conforme à l'allocation équitable des ressources.