

## 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 68<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

---

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CD55/6  
27 juin 2016  
Original : anglais

#### ÉVALUATION INTÉRIMAIRE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE BUDGÉTAIRE DE L'OPS

##### Introduction

1. Dans sa résolution CSP28.R10 (2012), la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la nouvelle politique budgétaire de l'OPS (document CSP28/7) pour qu'elle entre en vigueur avec le Programme et budget 2014-2015. La nouvelle politique budgétaire de l'OPS a introduit un modèle mis à jour pour allouer le budget ordinaire entre les niveaux fonctionnels de l'Organisation et les pays individuels.
2. La résolution CSP28.R10 demandait à la Directrice, entre autres choses, de soumettre au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS à la conclusion du premier exercice biennal. L'évaluation devait avoir pour objectif de mettre en avant les défis éventuels et/ou les facteurs de succès pour continuer à améliorer la politique budgétaire de l'OPS. Le présent document présente les résultats de cette évaluation intérimaire.

##### Antécédents

3. Une évaluation de la politique budgétaire de l'OPS antérieure (2006-2011, prolongée jusqu'en 2013) a déterminé que même si la politique était correctement appliquée, des défis étaient présents pour assurer des niveaux budgétaires appropriés pour tous les pays et pour les entités régionales. Cette situation était attribuée au modèle d'allocation budgétaire aux pays qui utilisait des méthodes mathématiques telles que le *lissage de la population* et la *progressivité*, avec pour résultat une redistribution significative des ressources entre les pays. Alors que certains pays bénéficiaient considérablement de l'allocation particulière des ressources, d'autres avec un état de santé relativement meilleur, tel que mesuré par l'indice des besoins sanitaires *élargi* (HNIe d'après le sigle anglais), avaient vu une réduction de leurs budgets, dans certains cas à des niveaux insuffisants pour justifier une présence minimum.
-

4. La politique actuelle repose sur les principes fondamentaux de la politique antérieure, mais avec des ajustements et de nouveaux éléments pour corriger les faiblesses inhérentes. Concrètement, dans le modèle révisé d'allocation budgétaire aux pays, des changements ont été apportés dans les concepts d'allocation, ainsi que dans les critères d'équité sous-tendant la formule. Le but de ces ajustements était principalement de maintenir et d'améliorer l'impartialité, la transparence et l'équité dans la distribution des ressources, tout en assurant que la politique était réaliste et pratique.

5. La nouvelle politique budgétaire de l'OPS définit uniquement l'allocation du budget ordinaire aux entités parmi les trois niveaux de l'Organisation. La politique ne définit pas l'allocation des ressources extérieures mobilisées, telles que les contributions volontaires et autres sources, qui constituent près de la moitié de la totalité du Programme et budget. Les contributions volontaires et autres sources ont été considérées comme sortant du cadre de contrôle absolu d'une politique budgétaire interne et des États Membres.

6. Néanmoins, l'Organisation doit mobiliser des ressources supplémentaires pour financer son Programme et budget dans son ensemble. Par rapport à d'autres régions du monde, la prédominance de pays à revenu intermédiaire rend les Amériques moins attrayantes aux yeux de nombreux donateurs internationaux. Cette réalité impose un niveau plus élevé de tension sur le budget essentiel de l'OPS pour assurer que tous les programmes et bureaux à tous les niveaux sont financés adéquatement.

#### **Critères d'allocation des ressources dans la politique budgétaire actuelle de l'OPS**

7. Conformément à la politique budgétaire de l'OPS, la portée de ses travaux est reflétée dans son Programme et budget à travers trois perspectives reliées entre elles : catégories programmatiques, niveaux fonctionnels et niveaux organisationnels. Les catégories programmatiques constituent la classification programmatique au plus haut niveau et reflètent la réponse aux besoins sanitaires mondiaux et régionaux. Ces catégories (1 à 6) découlent du programme de travail général de l'OMS et sont adaptées aux spécificités régionales dans le Plan stratégique de l'OPS. La distribution des ressources entre catégories programmatiques est déterminée par les États Membres à travers leur approbation du Programme et budget.

8. Les niveaux fonctionnels représentent la portée des activités de coopération technique que l'Organisation entreprend à l'appui de ses mandats. Il existe quatre niveaux fonctionnels : régional, infrarégional, national et inter pays. La politique budgétaire de l'OPS alloue un minimum de 40 % du budget ordinaire au niveau national, 18 % au niveau inter pays, 7 % au niveau infrarégional et 35 % au niveau régional. Les niveaux infrarégional, national et inter pays reçoivent ensemble 65 % de l'allocation du budget ordinaire, qui est désigné comme étant l'appui technique direct aux pays.

9. Les niveaux organisationnels sont des entités qui constituent la structure organisationnelle de l'OPS. Ces niveaux sont chargés de fournir les résultats et de la

responsabilité. Les niveaux organisationnels et fonctionnels sont liés entre eux ; les niveaux fonctionnels et les entités font partie de la structure organisationnelle.

10. La politique budgétaire divise les allocations aux pays en trois composantes : allocations prioritaires ou fondées sur les besoins, fondées sur les résultats et variables selon les pays. La composante prioritaire correspond à 90 % de l'allocation au pays ; les composantes fondées sur les résultats et variables correspondent chacune à 5 % de l'allocation au pays. La composante prioritaire est allouée aux pays individuels en utilisant l'index des besoins sanitaires élargi comme indice composite.

11. La politique budgétaire de l'OPS a été appliquée dans la formulation et la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 et dans la formulation du Programme et budget 2016-2017. Pour mettre en œuvre, suivre et évaluer la politique budgétaire, un ensemble de mécanismes a été mis en place pour garantir que le financement soutient les niveaux organisationnels et les programmes d'une manière efficiente, équitable et efficace. Des examens annuels de tous les programmes de travail biennaux de l'Organisation sont effectués pour procéder à des ajustements proactifs à la mise en œuvre du programme et pour répondre aux priorités émergentes ou changeantes de l'Organisation.

### **Évaluation intérimaire de la politique budgétaire de l'OPS pour 2014-2015**

12. L'évaluation intérimaire de la politique budgétaire de l'OPS est basée sur les US\$ 279,1<sup>1</sup> millions affectés à l'exercice biennal 2014-2015, moins les \$5,0 millions réservés pour l'assurance maladie des personnes retraitées, laissant \$274,1 millions à être alloués conformément à la politique budgétaire. L'OMS a fourni \$2,9 millions supplémentaires, signifiant un budget ordinaire total disponible pour l'exercice biennal de 2014-2015 de \$277,0 millions.

13. Les résultats de l'évaluation de fin de l'exercice biennal 2014-2015 affichent un niveau élevé de conformité à la politique budgétaire de l'OPS en termes de l'allocation finale du budget ordinaire aux niveaux fonctionnels (voir tableau ci-dessous). Les \$277,0 millions du budget ordinaire disponibles pour l'exercice biennal 2014-2015 ont été alloués comme suit : \$113,0 millions (41 %) au niveau national, \$50,0 millions (18 %) au niveau inter pays, \$20,0 millions (7 %) au niveau infrarégional et \$94,0 millions (34 %) au niveau régional. La proportion du budget alloué au niveau régional a été réduite de 1 %, alors que celle allouée aux pays a été augmentée de 1 %, pour un total de 41 %.

---

<sup>1</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

**Tableau. Comparaison de la politique budgétaire et des allocations réelles du budget ordinaire par niveau fonctionnel (en millions d'US\$)**

Niveau fonctionnel	Allocation selon la politique budgétaire	Pourcentage de la politique budgétaire	Allocations réelles 2014-2015	Allocations réelles en pourcentage 2014-2015	Augmentation (Diminution) nette
National	109,6	40 %	113,0	41 %	3,4
Inter pays	49,3	18 %	50,0	18 %	0,7
Infrarégional	19,2	7 %	20,0	7 %	0,8
Régional	95,9	35 %	94,0	34 %	(1,9)
<b>Sous-total</b>	<b>274,1</b>	100 %	277,0	100 %	2,9
Assurance maladie des retraités	5,0		5,0		0
<b>Total</b>	<b>279,1</b>		<b>282,0</b>		<b>2,9</b>

14. Les allocations aux pays individuels, qui représentent 90 % de la composante principale, ont été maintenues comme le prescrivait la politique budgétaire. Les allocations à des catégories et des domaines programmatiques dans un pays sont fondées sur les priorités et les plans de travail biennaux convenus conjointement avec les autorités nationales. La proportion du budget alloué à une catégorie et un domaine programmatique donnés au niveau régional peut différer de celle au niveau de pays individuel en raison des différences dans la priorisation. Un niveau minimum de présence dans le pays a été assuré en augmentant le niveau de financement aux pays, principalement de sources autres que le budget ordinaire, qui ne couvre plus les besoins de tous les pays. Les territoires d'Aruba, Curaçao et Sint Maarten sont devenus des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé depuis que la politique budgétaire a été adoptée en 2012, et ils ont été inclus dans le partage de l'allocation de 41 % aux pays.

15. Les niveaux de financement pour les pays clés (Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname) ont été augmentés dans le contexte de la stratégie de coopération avec les pays clés, en dépit de la réduction progressive de l'allocation budgétaire résultant de l'application de la formule de politique budgétaire. Les pays clés ont reçu plus de \$34,0 millions, représentant 31 % de l'allocation totale aux pays.

16. Le financement pour une composante fondée sur les résultats (5 % du total de l'allocation aux pays) a été fourni pour aider les pays à atteindre des cibles spécifiques, à tirer parti de progrès positifs et démontrés, ou à encourager des activités inter-programmatiques. Les allocations variables aux pays et les économies accumulées ont été mises à disposition pour soutenir les pays faisant face à des besoins imprévus et ponctuels concernant les programmes prioritaires. Les pays clés étaient les premiers à être considérés pour l'allocation des fonds variables.

**Observations avant l'évaluation de fin de l'exercice biennal 2016-2017 de la politique budgétaire**

17. Les résultats initiaux de l'évaluation intérimaire de la politique budgétaire de l'OPS viennent à l'appui de la décision de poursuivre son application pour le Programme et budget 2016-2017. Une évaluation approfondie de la politique budgétaire de l'OPS est prévue pour 2018, à la suite de deux exercices biennaux de mise en œuvre, pour assurer qu'elle continue à répondre à l'évolution des besoins en santé et pour assurer également qu'elle alloue uniformément les ressources d'une manière équitable.

18. Plusieurs changements dans la politique et les procédures qui peuvent affecter la politique budgétaire se sont produits depuis sa mise en œuvre. Ces changements, qui seront pris en considération dans l'évaluation de la politique budgétaire à la fin de l'exercice biennal 2016-2017, sont décrits ci-dessous :

- a) L'adoption par l'OMS dans l'exercice biennal 2014-2015 d'un budget intégré qui n'indique plus l'allocation du budget ordinaire à la Région des Amériques, fait que l'OPS est dans l'impossibilité d'inclure cette composante d'une manière désagrégée dans la résolution d'affectation utilisée dans la politique budgétaire pour allouer le budget ordinaire.
- b) L'adoption par l'OPS d'un budget intégré démarrant avec le Programme et budget 2016-2017 a eu le même effet. Le budget approuvé, qui est le résultat de la détermination ascendante des coûts des extrants, indique des besoins totaux en ressources indépendamment de la source de financement. Par conséquent, le budget approuvé n'a plus l'appropriation du budget régulier, utilisé par la politique budgétaire pour allouer les ressources aux pays et à d'autres niveaux de l'Organisation. Néanmoins, l'intention sous-jacente de la politique était de valider les résultats du processus ascendant et de déterminer l'allocation estimée du budget intégré aux entités organisationnelles dans l'exercice biennal 2016-2017. L'effet de l'élargissement de la politique à toutes les sources de financement du Programme et budget pourra être analysé dans l'évaluation de fin d'exercice biennal 2016-2017 de la politique budgétaire.
- c) Le budget intégré facilite l'allocation stratégique des fonds les plus flexibles de l'OPS à des programmes et des bureaux en fonction des déficits de financement, des besoins émergents et des priorités. Les contributions fixées des États Membres sont la source principale de financement flexible, qui n'a pas d'utilisation prescrite. D'autres fonds flexibles incluent les contributions fixées de l'OMS, les contributions volontaires principales de l'OMS et, dans une moindre mesure, les recettes au titre des frais généraux sur les contributions volontaires (coûts de soutien aux programmes).
- d) De plus, un groupe consultatif du Plan stratégique de 12 États Membres a été établi pour affiner la méthodologie de stratification des priorisations programmatiques dans le Plan stratégique 2014-2019. Cette méthodologie révisée sera soumise au Comité exécutif et au Conseil directeur pour approbation en 2016

- afin de devenir applicable au Programme et budget 2018-2019. La méthodologie de priorisation révisée peut être envisagée dans l'évaluation de la politique budgétaire de l'OPS.
- e) En 2015, l'OMS a convoqué un groupe de travail des États Membres sur l'allocation de l'espace budgétaire provenant du budget stratégique pour développer une méthodologie destinée à attribuer les budgets pour la coopération technique entre les six régions, en fonction des besoins agrégés des pays de ces régions. La méthodologie approuvée a montré que la Région des Amériques était sous-budgétisée sur la base de la mesure des besoins relatifs. La formule révisée d'allocation sera mise en application sur une période de trois exercices biennaux, se traduisant par une augmentation progressive de l'allocation budgétaire de l'OMS à la Région des Amériques. Bien que les méthodologies d'allocation de l'OPS et de l'OMS partagent plusieurs critères, une comparaison plus détaillée peut être faite au titre de l'évaluation de la politique budgétaire de l'OPS pour déterminer si les formules peuvent être davantage alignées.
  - f) Trois territoires ont été admis au titre de Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé depuis l'adoption de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS en 2012. De plus, de nombreux territoires qui étaient groupés en une entité organisationnelle unique au titre de la politique, ont été établis en tant que détenteurs individuels du budget suite à la mise en œuvre du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (PMIS, d'après son sigle en anglais) et des processus qu'il soutient.

19. À la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration du Comité exécutif en mars 2016, les États Membres ont demandé au Bureau sanitaire panaméricain d'inclure des analyses des variations entre la politique budgétaire et les allocations réelles, le financement des allocations par niveau fonctionnel, la relation entre allocations de financement et priorités programmatiques, et changements dans les priorités pour l'exercice biennal 2016-2017, ainsi qu'une analyse des risques, lors de l'application de la politique budgétaire. Les variations dans la politique budgétaire et les allocations réelles ainsi que les allocations de financement par niveau fonctionnel sont présentées dans le tableau ci-dessus. Il y a eu peu ou pas de variation dans la stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS et du Programme et budget 2014-2015 par rapport à celles identifiées dans l'exercice biennal 2016-2017. Les domaines programmatiques prioritaires ont reçu un financement adéquat, certains plus que d'autres, comme indiqué dans l'évaluation de fin d'exercice biennal du Programme et budget 2014-2015.

20. L'intégration des structures organisationnelles et programmatiques a constitué un défi. Le Programme et budget de l'OPS 2014-2015 a alloué le budget approuvé aux catégories et domaines programmatiques. Parallèlement, la politique budgétaire de l'OPS a alloué le budget approuvé aux niveaux fonctionnels et aux pays individuels. Les bureaux de pays, en coordination avec leurs contreparties nationales, déterminent les allocations aux catégories et domaines programmatiques en fonction des besoins et des

priorités au niveau national. La politique budgétaire ne prescrit pas des allocations aux pays par catégorie et domaine programmatique. Il y a par conséquent un risque de divergence ou de désalignement entre le Programme et budget approuvés et les allocations réelles aux catégories et domaines programmatiques par entités organisationnelles. Cette question a été abordée dans le Programme et budget 2016-2017 en établissant le budget conformément à une approche ascendante pour identifier les priorités et estimer les besoins en ressources. Les priorités au niveau des pays ont été identifiées et les besoins de ressources estimés conjointement avec les contreparties nationales pendant l'élaboration du Programme et budget 2016-2017.

21. Globalement, la mise en œuvre de la nouvelle politique budgétaire en 2014-2015 a eu l'effet recherché, consistant à allouer la plus grande part du financement aux pays pour la coopération technique directe et à donner la priorité au financement des pays clés ayant les plus grands besoins. De plus, la politique budgétaire a assuré avec succès que tous les bureaux de pays pouvaient maintenir la présence minimum prescrite et encourager le soutien infrarégional aux pays ainsi que la collaboration inter pays.

22. En fonction de cette analyse, le Bureau sanitaire panaméricain recommande de ne pas apporter de changements à la politique budgétaire jusqu'à ce que l'évaluation soit effectuée à la fin de l'exercice biennal 2016-2017, en tenant compte des impacts des changements aux politiques et aux pratiques qui se sont produits depuis que la politique budgétaire de l'OPS a été approuvée en 2012.

### **Mesure à prendre par le Conseil directeur**

23. Le Conseil directeur est prié de prendre note du rapport et de formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

---