



ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



28e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAIN 64e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, DC, ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CSP28/7 (Fr.)
24 juillet 2012
ORIGINAL : ANGLAIS

POLITIQUE BUDGÉTAIRE DE L'OPS

Antécédents

1. En janvier 1985, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/EB) a demandé à tous les comités régionaux de préparer des politiques budget-programme régionales qui favoriseraient l'utilisation optimale des ressources de l'OMS à tous les niveaux, afin d'optimiser l'effet de ces ressources dans les politiques collectives de l'OMS. En septembre de cette année, le 31e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS, Bureau régional pour les Amériques de l'OMS) a approuvé la Politique budget-programme régionale (RPBP) de l'OPS en tant que partie intégrante de sa Stratégie de gestion pour l'utilisation optimale des ressources de l'OMS/OPS en soutien direct aux États Membres conformément à la Résolution CD31.R10.
2. En 1998, la résolution WHA51.31 de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a introduit une nouvelle méthode d'allocation des fonds entre les régions, qui s'est traduite par une réduction importante de l'allocation de l'OMS pour la Région des Amériques sur la période 2000-2005. Cette action a incité le Sous-Comité de planification et de programmation (prédécesseur du Sous-comité du Programme, du budget et de l'Administration (SPBA) des Organes directeurs de l'OPS) à inviter à un processus de réflexion de la Politique budget-programme régionale, dans l'optique de développer une autre politique conforme au Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain (ci-après dénommé le « Plan stratégique ») qui a suivi.
3. En 2003, le 44e Conseil directeur de l'OPS a également approuvé la Stratégie de gestion du travail du Bureau sanitaire panaméricain (Bureau) pour la période 2003-2007 (document CD44/5), qui avait identifié la gestion stratégique des ressources comme l'un des objectifs collectifs du changement organisationnel alors en cours. D'autre part, la Stratégie de gestion avait noté qu'il serait important que la politique budgétaire soutienne

l'exécution du Plan stratégique, en mettant l'accent sur des groupes spécifiques de population, des pays prioritaires et des objectifs techniques.

4. La politique budgétaire actuelle, approuvée en 2004, est entrée en vigueur au cours de l'exercice biennal 2006-2007. Elle s'appuyait sur l'appel lancé par les pays pour une approche différente de la façon dont l'OPS allouait ses ressources, adoptant trois grands principes pour guider son développement : l'équité, la solidarité et le panaméricanisme. Les pays ont particulièrement insisté pour l'intégration de critères basés sur les besoins pour guider l'allocation des ressources distribuées aux pays. D'autre part, la politique budgétaire actuelle prenait en compte plusieurs mandats mondiaux et régionaux, parmi lesquels :

- a) le Pacte mondial de l'Organisation des Nations Unies (UNGC), qui a conduit à l'élaboration des Objectifs de développement du Millénaire (OMD) ;
- b) le Programme général de travail de l'OMS (GPW) ;
- c) la coopération accrue entre les pays ;
- d) l'intégration sous-régionale, et
- e) l'appel à des organismes internationaux afin de démontrer la valeur ajoutée.

5. En 2010, le Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation (IES) de l'OPS a mené une évaluation de la politique budget-programme régionale 2006-2011 (RPBP). Sa conclusion générale était que le développement et la mise en œuvre du RPBP a été une réalisation importante et un succès tant pour le Bureau sanitaire panaméricain que pour les États Membres. Le RPBP a fourni une méthodologie transparente, systématique et cohérente pour attribuer les ressources du budget ordinaire biennal de l'OPS entre les trois niveaux de l'Organisation (régional, sous-régional et national).

6. Malgré ses atouts et sa solide base conceptuelle, le RPBP a rencontré certaines difficultés pour assurer des niveaux budgétaires adéquats pour tous les pays et pour toutes les entités régionales. Le modèle de la dotation budgétaire par pays (CBA) pourrait, par lui-même, expliquer cette situation. Avec le type de modélisation statistique utilisé par ce modèle, des méthodes mathématiques, tels que le lissage et la progressivité de la population, peuvent avoir un effet distributif significatif sur les résultats. Certaines méthodes utilisées dans le modèle actuel du CBA sont plutôt agressives, entraînant une redistribution importante des ressources entre les pays. Cela signifie que certains pays ont bénéficié de façon significative d'une répartition particulière des ressources, tandis que d'autres, ceux qui disposent d'un état de santé relativement meilleur, tel que mesuré par l'Indice des besoins en santé (HNI), ont bénéficié de réductions budgétaires proportionnelles au degré de satisfaction de leurs besoins en santé vis-à-vis de ceux des autres pays. Par ailleurs, le niveau de financement minimal qui a été établi dans le modèle

s'est avéré insuffisant dans le temps. À plusieurs reprises, les réductions ont entraîné des niveaux budgétaires incapables de soutenir une présence minimale dans le pays.¹

7. L'évaluation IES met en évidence les faiblesses mentionnées ci-dessus et permet de réaliser des observations et recommandations pour améliorer les domaines clés suivants :

- a) examiner le financement « plancher » attribué aux pays ;
- b) revoir la taille traditionnelle des bureaux de représentation de l'OPS/OMS dans les pays ;
- c) comparer les effets d'autres mécanismes de lissage de la population ;
- d) envisager un plafond de financement ;
- e) mener une étude comparative des solutions basées sur les besoins qui ont été adoptées par d'autres organismes des Nations Unies (ONU) ;
- f) augmenter la portion variable de l'allocation budgétaire par pays ;
- g) mettre à jour plus souvent les variables de la formule de l'indice HNI ;
- h) étendre la politique actuelle à l'exercice biennal 2012-2013 ;
- i) incorporer une plus grande flexibilité dans les politiques futures afin de mieux répondre aux besoins des pays ;
- j) intégrer la coopération Sud-Sud ; et
- k) protéger les progrès accomplis jusqu'ici.

8. La politique budgétaire de l'OPS proposée repose sur les principes fondamentaux de la politique actuelle, mais elle introduit également des ajustements et des éléments nouveaux pour remédier aux faiblesses inhérentes, telles qu'elles ont été signalées dans le rapport d'évaluation IES. Dans le modèle du CBA, des changements spécifiques ont été réalisés sur les concepts de répartition, ainsi sur certains critères conventionnels, en s'efforçant toujours de maintenir et d'améliorer l'impartialité, la transparence et l'équité, et en même temps en permettant à la politique une souplesse de réalisation réaliste et pratique pouvant conduire à des résultats raisonnables et sensibles.

9. Il convient de noter que la politique budgétaire proposée prend en compte et répond à chacune des recommandations évoquées dans le rapport d'évaluation IES, dans le but de fournir un meilleur instrument stratégique de gestion qui soit la clé de la distribution efficace et optimale des ressources de l'OPS, en soutien à la réalisation du mandat de l'Organisation (c.-à-d., l'OPS).

¹ Pour plus d'informations sur les méthodes statistiques et la terminologie, veuillez vous référer au paragraphe 14 de l'annexe B.

10. Au même titre que l'Organisation évolue, il a été reconnu que le cadre de la mobilisation des ressources pour la Région des Amériques est lui aussi en permanente évolution. Par rapport à d'autres régions du monde, la prédominance de pays à revenu intermédiaire rend les Amériques un continent moins attrayant pour de nombreux partenaires et bailleurs de fonds internationaux. Cette réalité impose un niveau de stress supérieur au budget ordinaire de l'OPS qui, en définitive, sert à assurer que le travail de base de l'Organisation soit correctement financé à tous les niveaux, de manière à ce que l'Organisation puisse créer de façon cohérente l'impact requis dans les pays.

Planification, programmation et préparation budgétaire de l'OPS

11. La planification, programmation et préparation budgétaire de l'Organisation, ainsi que le suivi et l'évaluation ont été conçus pour être un processus intégré et continu, qui incorpore tant la planification à long terme qu'à moyen terme. Bien que séparée en plusieurs phases distinctes, chaque composante est destinée à fournir un cadre et une référence pour les autres phases.

12. La planification stratégique en matière de santé sur le long terme a amplement eu lieu, jusqu'à présent, à l'échelle mondiale, tandis que le Programme général de travail de l'OMS (GPW) fournissait le cadre pour la planification à moyen terme. La Région a développé son Programme de santé pour les Amériques, qui procure la vision à long terme pour améliorer la santé dans la Région ainsi que le Plan stratégique de l'OPS en tant que cadre de la planification à moyen terme, conformément au GPW de l'OMS et qui répond à l'Agenda de la santé pour les Amériques. Le Plan stratégique repose sur les résultats d'analyses des environnements externes et internes, sur les mandats précédemment adoptés aux niveaux mondial et régional, ainsi que sur les besoins déterminés conjointement avec les pays. Ce plan à moyen terme précise les buts et objectifs stratégiques vers lesquels l'Organisation axera ses efforts dans la Région, et il définit ses orientations stratégiques et programmatiques pour cette période.

13. Pour compléter ce processus, la planification à moyen terme a également lieu au niveau des pays, afin de clarifier la réponse stratégique de l'OPS/OMS pour soutenir un pays en particulier dans ses efforts pour atteindre les objectifs collectifs mondiaux et régionaux sur une période de quatre à cinq ans. Tel est l'objectif de la Stratégie de coopération du pays (CCS), amplement mise en œuvre au sein de l'OPS et qui vise à définir la poursuite stratégique de la coopération avec chaque État Membre dans le cadre des mandats collectifs de l'Organisation.

14. Le processus de planification à court terme est consigné dans le Programme et Budget de l'OPS. Il couvre une période de deux ans appelée « exercice biennal », et qui commence chaque année paire (par exemple, 2012-2013). Le processus se concentre sur le développement des budget-programmes de deux ans (biennal) qui permettent

d'exécuter avec succès le Plan stratégique régional et de contribuer aux objectifs mondiaux pour cette période. Le processus devrait placer les besoins des pays au centre et focaliser sur les besoins des pays le travail à réaliser à tous les niveaux du Bureau.

15. Ce processus de gestion à l'échelle de l'Organisation est axé sur les résultats. Les résultats collectifs à atteindre au sein des pays pendant cette période, auxquels le Bureau contribuera par le biais de la coopération technique multi-niveaux, multidisciplinaire et intégrée dans certains domaines programmatiques de travail, ont été clairement identifiés. Les résultats objectivement vérifiables au niveau des pays, pour lesquels le Bureau sera tenu responsable à la fin de l'exercice biennal, doivent être négociés avec les pays et les autres partenaires au niveau national. Le Programme et budget biennal de l'OPS doit refléter le plus exactement possible la réconciliation des exigences spécifiques des pays avec les décisions actuelles de la politique régionale et mondiale au sein de chaque domaine de travail programmatique.

16. Le développement d'un programme de pays à court terme devrait être basé sur la stratégie de coopération à moyen terme du pays, là où elle est en place. En l'absence d'un CCS, le processus devrait viser à déterminer la réponse de l'OPS sur une période de deux ans pour aider le pays à atteindre des objectifs collectifs de l'Organisation. Il devrait prendre en considération les résultats de l'évaluation de la dernière période biennale, les priorités sanitaires nationales pertinentes et les ressources disponibles au niveau national et celles provenant d'autres partenariats. Dans tous les cas, la programmation par pays fournit une opportunité cruciale, non seulement pour renforcer les alliances stratégiques, mais également pour renforcer la nature intersectorielle du travail de l'OPS.

17. La participation nationale à l'élaboration du programme et budget est d'une importance primordiale pour s'assurer que les rares ressources multilatérales de l'Organisation soient affectées aux domaines prioritaires. La participation des pays se réalise sur trois niveaux :

- a) Premièrement, elle doit avoir lieu au sein de chaque pays, à travers un processus permanent d'évaluation conjointe de la coopération technique existante au regard de l'évolution des circonstances, conditions et besoins. L'Organisation soutiendra cet effort commun en réalisant des évaluations périodiques et approfondies de la politique et des programmes.
- b) Deuxièmement, elle se concrétise à travers la participation active des États Membres de l'OPS aux Organes directeurs de l'OMS. En intégrant le cœur de l'élaboration collective des politiques de l'OMS, les États Membres de l'OPS ont la possibilité de présenter leurs observations sur le montant de la contribution de l'OMS à la Région des Amériques ainsi que sur la contribution régionale à la réalisation des résultats mondiaux.

- c) Troisièmement, les États Membres, grâce à leur participation au Sous-Comité de l'OPS sur le Programme, Budget et administration, pour ne pas citer le Comité exécutif et le Conseil directeur de l'OPS, déterminent le programme de travail, le niveau des ressources à la disposition de l'Organisation et l'allocation de ces ressources pour atteindre les résultats et les objectifs programmatiques convenus pour la Région.

18. Bien que les programme et budget soient approuvés tous les deux ans, un exercice d'évaluation est réalisé tous les six mois dans l'ensemble de l'Organisation afin de s'assurer que le programme de coopération technique répond aux situations et besoins changeants des pays ainsi que de la disponibilité des ressources tant dans les pays qu'au sein de l'Organisation. Ce processus d'évaluation est réalisé de manière conjointe entre les pays au niveau national et les entités techniques et de soutien, au niveau régional.

19. Le processus de préparation, exécution et suivi des programme et budget de l'OPS offre un éventail de possibilités pour promouvoir une coordination efficace à la fois dans et entre les entités techniques de l'Organisation, ainsi que la coordination entre les différents niveaux fonctionnels et organisationnels de l'Organisation.

Architecture du programme et budget de l'OPS

20. La portée du travail de l'OPS en tant qu'organisme multilatéral spécialisé dans la santé englobe des fonctions normatives collectives ainsi que des objectifs communs de santé publique pour ses États Membres dans leur ensemble, en plus des fonctions de coopération technique visant à soutenir le développement sanitaire national dans les différents pays. La première catégorie comprend, entre autres choses, la définition de la vision et des orientations stratégiques pour le développement sanitaire dans les Amériques, l'établissement de normes admises par les États Membres, la surveillance des situations de santé, et l'identification des meilleures pratiques en matière de recherche. Les fonctions spécifiques de coopération technique par pays correspondent, d'autre part, à celles directement liées au renforcement des capacités institutionnelles dans les pays et à la conception et mise en œuvre de programmes techniques intégrés s'adressant à des situations de santé spécifiques.

21. Le travail de l'Organisation se reflète dans son Programme et budget, à travers trois perspectives interdépendantes :

- A. les catégories programmatiques,
- B. les niveaux fonctionnels, et
- C. les niveaux organisationnels.

A. Les catégories programmatiques

22. Les catégories programmatiques constituent la plus haute classification au niveau programmatique du travail de l'Organisation ; elles reflètent sa réponse aux besoins de santé mondiaux et régionaux. Le nombre et le contenu des catégories programmatiques représentent les choix réalisés vis-à-vis du travail de l'Organisation sur une période de temps donnée, et l'Organisation doit régulièrement examiner ces catégories pour s'assurer qu'elles répondent bien, au fil du temps, aux besoins changeants de l'environnement. Les catégories programmatiques sont généralement fixées par le Programme général de travail de l'OMS puis elles sont adaptées par le Plan stratégique de l'OPS. Elles guident par la suite la formulation de programmes tant aux niveaux fonctionnel qu'organisationnel.

23. Les catégories programmatiques constituent les briques de construction de la planification, la programmation, la définition des budgets et le suivi tant pour l'OMS que pour l'OPS dans le cadre du processus de gestion axé sur les résultats (GAR). L'établissement des priorités doit influencer l'affectation de toutes les ressources entre et au sein des catégories programmatiques. L'articulation du programme et budget de l'OPS avec le processus de planification globale de l'OMS, à travers le Plan stratégique de l'OPS, fait de la concordance des catégories programmatiques respectives de l'OPS et de l'OMS un élément essentiel dans le processus de gestion.

B. Niveaux fonctionnels

24. Les niveaux fonctionnels représentent la portée des activités de coopération technique que l'Organisation entreprend pour soutenir ses mandats. Il existe quatre niveaux fonctionnels : pays, inter-pays, sous-régional et régional. Les trois premiers peuvent être regroupés en une seule catégorie appelée « soutien technique direct aux pays » alors que le niveau régional se vaut par lui-même.

Soutien technique direct aux pays (niveaux pays, inter-pays et sous-régional)

- a) **Pays** : Les programmes de coopération technique visent à répondre aux besoins d'un pays en particulier, dans le respect des mandats collectifs de l'Organisation et de ses objectifs nationaux de développement sanitaire. Le soutien technique pour ces activités est principalement assuré par les bureaux de pays de l'OPS, mais les centres régionaux panaméricains et autres entités régionales de l'OPS peuvent également apporter leur soutien.
- b) **Inter-pays** : Le niveau inter-pays de la coopération répond aux besoins des groupes de deux ou plusieurs pays qui peuvent avoir une affinité fondée sur des considérations géographiques, des profils de maladies et autres facteurs. La

coopération inter-pays diffère de la coopération sous-régionale (voir ci-dessous) en ce qu'elle ne fait pas nécessairement partie d'un processus précis d'intégration politique sous-régional, puisque l'ensemble spécifique des pays soutenus peut éventuellement ne pas se situer dans une même sous-région politique. Ce travail vise à fournir des compétences particulières nécessaires pour soutenir les programmes prioritaires dans les pays. Les ressources se trouvent, la plupart du temps, dans les bureaux de pays de l'OPS.

- c) ***Sous-régional*** : Les programmes sous-régionaux de coopération technique visent à répondre aux besoins d'un groupe de pays dans leur poursuite d'objectifs sous-régionaux de développement sanitaire dans le cadre des mandats collectifs de l'Organisation. Un soutien technique pour ce niveau peut être fourni et coordonné par n'importe quel type de bureau de l'Organisation. Ces programmes réunissent l'ensemble de pays ou ceux qui appartiennent à l'un des mécanismes d'intégration établis par la loi intergouvernementale : la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Marché commun du Cône Sud (MERCOSUR), le Système d'intégration centraméricain (SICA), la Communauté andine des nations (CAN), ou de l'Accord nord-américain de libre-échange (ALENA), ainsi que d'autres entités, telles que l'Organisation Traité de coopération amazonienne (ACTO) et l'Union des nations sud-américaines (UNASUR). Cette approche du travail de coopération technique prend en charge les programmes de santé des différents mécanismes intergouvernementaux d'intégration. Elle doit être élaborée avec les pays, à travers les mécanismes responsables de la planification et de l'exécution des programmes de santé respectifs. Des résultats et produits clairement définis doivent être convenus avec les groupes de pays. Le niveau sous-régional de coopération est mené physiquement par tous les niveaux organisationnels au sein de l'Organisation et il fournit un soutien technique direct à chaque pays tel qu'exprimé dans les programmes respectifs des mécanismes d'intégration intergouvernementale.
- d) ***Régional*** : Le niveau régional de la coopération comprend des programmes présentant une composante technique et qui visent à répondre aux besoins de tous les États Membres, non seulement en termes de travail normatif, mais également vis-à-vis de l'aboutissement de leurs cibles et objectifs régionaux en matière de santé. Bien que cette composante ait été traditionnellement réalisée par les différentes entités organisationnelles régionales, ainsi que par les Centres régionaux panaméricains, elle peut également être accomplie par les bureaux de pays.²

² Les Centres panaméricains à caractère régional de l'OPS se concentrent sur un ou plusieurs domaines techniques à travers une gamme de fonctions, tels la recherche, le travail normatif et la coopération technique. Certains centres proposent également des services et servent la Région dans son ensemble, tandis que d'autres desservent uniquement des sous-régions sélectionnées.

C. *Niveaux organisationnels*

25. Trois types de présence physique composent la structure de l'OPS, à savoir les bureaux de représentation de l'OPS/OMS, les bureaux sous-régionaux (par exemple, le Bureau de coordination du programme des Caraïbes ou le Bureau frontalier États-Unis-Mexique à El Paso, au Texas) ainsi que les bureaux régionaux (tant au siège de l'OPS que dans les bureaux de terrain décentralisés). Le travail effectué dans l'un des trois niveaux de l'Organisation peut contribuer à une ou plusieurs catégories programmatiques et/ou niveaux fonctionnels.

26. Le Programme et budget de l'OPS est financé par diverses sources : les Fonds réguliers de l'OPS pourvus par les quotes-parts de ses États Membres, la part des fonds réguliers de l'OMS à la Région des Amériques sur base de ses quotes-parts et les contributions volontaires (VC) mobilisées par l'OMS et l'OPS. Tous les fonds servent à financer des programmes ou des projets au sein du seul Programme et budget, de sorte que le lien logique entre toutes les interventions techniques puisse être perçu.

27. L'OPS/OMS devrait avoir un rôle essentiellement catalytique : mobiliser les ressources scientifiques, techniques et de gestion des partenaires nationaux adéquats, et aider à la conception d'interventions efficaces. En tant que tel, le programme et budget doit être considéré comme un instrument souple et stratégique de gestion. Il doit être en mesure de répondre aux environnements changeants, tels que les catastrophes et les besoins en santé émergents et prendre en considération l'impact du ralentissement économique et les défis socio-politiques en temps opportun. Le programme et budget doit servir de cadre pour la mobilisation des ressources et la galvanisation des efforts de collaboration avec d'autres secteurs et organismes.

Critères d'allocation des ressources

28. Les ressources de l'OPS doivent être réparties entre les trois perspectives imbriquées au sein de son programme et budget : catégories programmatiques, niveaux fonctionnels, et niveaux organisationnels. Actuellement, un important processus de réforme est en cours au sein de l'OMS qui vise, entre autres questions importantes, des rôles et des responsabilités à différents niveaux de cette Organisation dans son ensemble. Ce processus peut, à son tour, induire un impact sur le financement des différents niveaux fonctionnels et organisationnels au sein de l'OPS. Par ailleurs, en l'absence d'une évaluation efficace de la proportionnalité optimale entre les différents niveaux fonctionnels et organisationnels de l'OPS, l'Organisation ne perçoit pas de base solide pour recommander des changements entre eux. Toutefois, dans le but de renforcer la coopération avec les pays, l'Organisation s'efforcera en permanence, par des évaluations internes et externes, d'atteindre et de maintenir la structure fonctionnelle et

organisationnelle optimales qui lui permettent d'avoir l'impact le plus haut important dans les pays, tout en répondant efficacement aux mandats collectifs régionaux et sous-régionaux.

Répartition entre les catégories programmatiques

29. La répartition des ressources entre les différentes catégories programmatiques constitue généralement la première étape, car elle reflète au plus haut niveau les besoins propres à chaque État Membre de l'OPS décidés collectivement par les Organes directeurs. Ces niveaux budgétaires programmatiques doivent être cohérents avec le soutien nécessaire pour réaliser les priorités collectives tant au niveau mondial (par exemple, le GPW) qu'au niveau régional (par exemple, le Plan stratégique). Les niveaux de financement des catégories programmatiques donneront par la suite le ton pour le travail de l'Organisation. Différents niveaux fonctionnels et organisationnels s'occuperont de sa réalisation.

Allocation entre les niveaux fonctionnels et organisationnels

30. Les niveaux fonctionnels et organisationnels déterminent tant l'approche ou le type de coopération technique qui doit être livré (niveau fonctionnel), que l'organisme chargé de son exécution (niveau organisationnel), de manière à respecter les mandats convenus. Une première distribution des fonds entre les quatre niveaux fonctionnels, correspondant à ceux définis par la politique actuelle, est proposée. À savoir, le niveau régional (avec le niveau inter-pays) recevrait 53 % des fonds, le niveau sous-régional, 7 %, et le niveau de pays, 40 %. Le nouveau niveau inter-pays sera présenté séparément (il est actuellement reflété dans le niveau régional). Avec le niveau régional ajusté, il ne devrait pas dépasser 53 %. Une discussion approfondie sur la construction souhaitée de la coopération technique, qui doit être fournie au cours d'une période biennale donnée, doit dégager des plafonds d'allocations de planification budgétaire entre les différentes entités de gestion qui composent le plan organisationnel. La répartition entre les différents niveaux fonctionnels et organisationnels doit être dynamique, permettant des ajustements des plafonds budgétaires tout au long du processus de planification. Cette répartition doit tenir compte des changements dans l'environnement et des informations nouvelles, en gardant toujours comme objectif l'amélioration des résultats dans les pays. Cette approche est considérée comme le cœur de la stratégie en faveur des pays. Au fil du temps, les résultats des évaluations doivent guider les ajustements de la pondération des ressources de ces différentes approches pour un travail technique spécifique.

Allocation entre les pays

31. L'approche de la répartition des fonds entre les pays est fermement enracinée dans les principes d'équité et de solidarité. Le premier principe se reflète dans l'utilisation de

critères fondés sur les besoins pour l'allocation des ressources entre les pays, le second se retrouve dans la fourniture d'un niveau de base de financement pour la coopération par et avec tous les pays aux niveaux régional et sous-régional, ainsi qu'entre les pays.

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

- a) **Le Fonds de base** se compose de trois composantes : la composante plancher, la composante axée sur les besoins et la composante axée sur les résultats. (i) L'allocation fixe ou plancher garantit un niveau minimum de présence dans le pays pour tous les États Membres où une présence physique a été acceptée et mise en place. (Les calculs basés sur les coûts actuels requièrent 42 % du budget total du pays ; le calcul de l'allocation « plancher » basé sur les coûts futurs peut entraîner un pourcentage légèrement différent). (ii) L'allocation fondée sur les besoins distribuera des fonds entre les pays, suivant des critères basés sur les besoins économiques et de santé (l'allocation fondée sur les besoins représente la différence entre 90 % et le pourcentage prévu pour la composante plancher). (iii) La composante axée sur les résultats aidera les pays à atteindre les objectifs programmatiques convenus collectivement par les États Membres (elle est initialement fixée à 5 %). Les pays qui disposent d'un Bureau officiel de l'OPS/OMS commenceront avec une allocation budgétaire pour couvrir un niveau de base de cinq membres du personnel, plus les frais généraux de fonctionnement. Les pays qui comptent uniquement sur la présence d'un agent de programme recevront une composante plancher en rapport avec ces coûts. Les États Membres qui disposent d'un revenu par habitant plus élevé et qui ne comptent pas d'une présence dans le pays se verront assigner un niveau budgétaire nominal pour garantir un niveau minimum de coopération. Le financement de base restant, défini tant par la composante fondée sur les besoins que par la composante axée sur les résultats, sera distribué en fonction des paramètres établis (les détails spécifiques des facteurs et le calcul de la répartition de ces composantes sont donnés dans l'annexe B). Les fonds de base sont initialement constitués pour correspondre à 95 % de l'allocation totale du pays : 90 % est réparti entre la composante plancher et la composante basée sur les besoins, et 5 % dédiés à la composante axée sur les résultats. La portion de base (95 %) peut être modifiée (conjointement avec la partie variable) pour tout exercice de planification biennale budgétaire et de programme avec la justification correspondante et l'approbation des États Membres.
- b) **Les Fonds variables** offriront plus de souplesse dans le processus d'attribution. Ils représentent des ressources mises en commun qui peuvent être utilisées pour soutenir un pays, au-delà de leur allocation. Les Fonds variables sont actuellement la source de financement pour soutenir les initiatives de coopération technique

entre les pays (CTP). Ils continueront à être utilisés comme un moyen ciblé et stratégique à court terme pour augmenter les ressources destinées à atteindre les priorités là où les financements sont une contrainte. L'utilisation de ces fonds sera suivie et contrôlée séparément. Les fonds variables sont initialement fixés à 5 % de l'allocation totale du pays, mais ce pourcentage peut être modifié (conjointement avec la portion de base) dans n'importe quel exercice biennal de planification budgétaire et de programme donné avec la justification correspondante et l'approbation des États Membres.

Mobilisation de ressources supplémentaires

33. Les ressources additionnelles mobilisées proviennent généralement de contributions volontaires négociées avec les partenaires. Cette politique ne vise pas à gouverner ces ressources, car elles ne sont pas sujettes au contrôle absolu d'une politique budgétaire interne. Elle permet, cependant, de diriger de façon stratégique d'autres ressources budgétaires qui tombent dans le champ d'application de la politique, et ce, grâce en particulier, à la nouvelle composante axée sur les résultats pour compléter les VC mobilisées par l'Organisation. D'autre part, l'Organisation se doit de mobiliser en permanence les ressources nécessaires pour atteindre ses objectifs, réaliser ses résultats et livrer les produits liés au développement des objectifs de santé nationaux, sous-régionaux et régionaux.

34. Les ressources budgétaires régulières de l'Organisation sont insuffisantes pour mener à bien son mandat dans son ensemble. Par conséquent, l'Organisation doit mobiliser des ressources additionnelles dans le cadre d'un budget programmatique unique et intégré. Dans le cas de contributions volontaires nationales (par lesquelles les États Membres fournissent volontairement des ressources pour la mise en œuvre d'un programme dans leur propre pays), l'Organisation encourage leur pérennité et croissance en tant que sources supplémentaires de financement. Grâce aux contributions volontaires nationales, la coopération technique peut être étendue aux pays au-delà de ce qui pouvait être réalisé avec les ressources budgétaires multilatérales mais limitées de l'Organisation.

35. L'Organisation doit également chercher à mobiliser des ressources, qu'elles soient humaines, institutionnelles ou financières. Ces ressources supplémentaires doivent être destinées à soutenir des activités de coopération technique régionales, sous-régionales, et dans les pays, mais toujours en conformité avec les politiques et objectifs régionaux et répondant aux mandats des Organes directeurs de l'Organisation.

36. Les critères pour l'acceptation de fonds provenant d'autres sources sont les suivants :

- a) leur but doit être conforme aux politiques et priorités techniques, ainsi qu'aux stratégies de gestion de l'Organisation. En général, d'autres sources devraient

- compléter le budget ordinaire de manière à intensifier les efforts pour atteindre les résultats nationaux, sous-régionaux ou régionaux énoncés, ou pour entreprendre des activités complémentaires ;
- b) les conditions rattachées à leur utilisation doivent être en conformité avec les politiques et les règles de l'Organisation ;
 - c) si les ressources doivent être utilisées dans n'importe quel État Membre, l'objectif doit être en conformité avec les politiques et priorités nationales de cet État Membre, et
 - d) tant l'Organisation que l'État Membre doit tenir compte du coût administratif de ces ressources externes, ainsi que de tout coût à long terme implicite, si les résultats doivent être maintenus.

37. La coordination des efforts de mobilisation des ressources au sein de l'Organisation est essentielle pour l'utilisation optimale des ressources limitées provenant des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Exécution, suivi et évaluation du programme et budget

38. Le Programme et budget régional approuvé doit être mis en œuvre à travers le développement et l'exécution de toutes les entités organisationnelles des plans de travail biennaux par entité. Ces plans de travail, ainsi que le Programme et budget biennal auquel ils contribuent, doivent refléter les liens avec les catégories programmatiques de haut niveau contenues tant dans le Programme et budget que dans le Plan stratégique.

39. Au niveau des pays, le développement et l'exécution des plans de travail sont de la responsabilité conjointe des pays et du Bureau. Les pays s'engagent à mener à bien les activités nationales convenues, avec le complément et soutien des ressources et la coopération technique de l'Organisation. Grâce à des réunions régulières, des procédures convenues et d'autres mécanismes efficaces de gestion de projet, le Bureau et les autorités nationales collaborent pour atteindre les résultats et produits escomptés et, à terme, à ce que le pays apporte sa propre contribution nationale à la réalisation des objectifs régionaux de santé.

40. La flexibilité doit être acquise lors de la phase d'exécution pour permettre de répondre aux changements soudains des conditions nationales ou régionales et à l'apparition de besoins imprévus. Les conditions qui justifient la reprogrammation doivent être clairement identifiées et un processus pour l'examen et l'approbation du plan de travail modifié établi.

41. En cas de besoin soudain et urgent dans un pays, les ressources provenant d'autres pays ainsi que du niveau du Bureau peuvent être redirigées pour répondre à ce besoin national particulièrement urgent.

42. La gestion des ressources est une responsabilité partagée entre les États Membres et le Bureau. Toutefois, le Bureau conserve la responsabilité finale de la gestion des fonds inclus dans le budget de l'Organisation et à terme, de la comptabilité de ces fonds face aux Organes directeurs, qui représentent la voix collective des peuples de la Région.

43. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme et budget biennal, indépendamment de la provenance des fonds, doivent être contrôlés au niveau de chaque entité organisationnelle, au moins tous les six mois. Les analyses annuelles des progrès réalisés dans les différents niveaux organisationnels doivent alerter le bureau du Directeur des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, de manière à faciliter le développement, en temps opportun, de mesures correctives ou d'interventions techniques visant à atteindre les résultats et produits escomptés.

44. Les évaluations doivent faire partie intégrante du cycle de gestion et, comme dans les autres phases du Programme et budget, elles doivent être menées conjointement avec les pays, dans la mesure où cela est possible. Il est souvent difficile d'évaluer l'impact du travail de l'Organisation, compte tenu de divers facteurs :

- a) la nature et la complexité des problèmes de santé ;
- b) la coopération technique de l'OPS soutient principalement les efforts d'un pays pour atteindre ses objectifs nationaux de santé, et
- c) l'implication de plusieurs partenaires en même temps.

45. L'Organisation doit utiliser les différentes approches disponibles afin de déterminer l'efficacité et l'efficience de ses programmes. Les auto-évaluations de routine doivent être complétées par des évaluations approfondies qui permettent d'établir dans quelle mesure les objectifs du programme ont été atteints, et ainsi déterminer objectivement les facteurs qui contribuent à atteindre les résultats souhaités. Il est crucial de s'assurer que les futurs programmes budgets puissent bénéficier des leçons apprises dans le processus de coopération et qu'ils tiennent compte des besoins des pays et des ressources le plus précisément possible.

Possibilités de mise en œuvre, suivi et évaluation de la politique budgétaire

46. Des stratégies de coopération entre les pays sont en cours d'élaboration pour tous les pays, et elles seront mises à jour chaque fois que des changements dans la situation des pays ou dans les politiques de l'Organisation auront lieu. Les stratégies développées

permettront d'identifier, entre autres, la composition et le niveau de ressources techniques nécessaires pour contribuer de manière significative aux efforts du pays face à ses priorités de santé.

47. Cette approche à l'échelle de l'Organisation pour l'examen des accords, programmes et projets financés par d'autres sources veille à ce que les activités que l'Organisation soutient adhèrent à ses politiques et mandats actuels, et à ce qu'elle puisse gérer le projet efficacement et de manière efficiente.

48. Les examens annuels des plans de travail biennaux facilitent :

- a) la réalisation d'ajustements à mi-parcours du programme mis en œuvre, et
- b) la redéfinition de propositions qui s'adaptent aux priorités de l'Organisation ainsi qu'à l'évolution du contexte.

49. Le recours systématique à des cadres d'analyse pour ces examens améliorera substantiellement la rigueur de la programmation de l'Organisation ainsi que la qualité de ses rapports qualitatifs et quantitatifs.

50. L'examen en parallèle du Programme et budget par les Organes directeurs permet de se concentrer, à différents moments, sur ses aspects techniques, son orientation politique et l'allocation des ressources. À cet égard, le rôle du Sous-Comité de programme, budget, et administration est essentiel pour assurer des propositions judicieuses.

51. La politique budgétaire de l'OPS proposée devrait être élaborée en accord avec le Plan stratégique de l'OPS, car celui-ci fournit l'orientation programmatique et stratégique pour le travail de l'Organisation. Afin de concevoir une nouvelle politique budgétaire basée sur les retours de l'évaluation de la politique antérieure et pour qu'elle soit pertinente pour une période de planification en particulier, l'Organisation recommande d'évaluer une politique budgétaire après l'achèvement de sa période initiale de deux exercices biennaux (c.-à-d., après quatre ans). Cela permettra à la nouvelle politique d'être mise au point en temps utile pour qu'elle puisse soutenir le démarrage du premier Programme et budget du Plan stratégique ultérieur.

52. L'annexe A présente la structure du Programme et budget et la relation qui existe entre la matrice des niveaux fonctionnels de l'Organisation et les catégories programmatiques.

53. L'annexe B est dédiée exclusivement au modèle d'allocation du budget par pays, décrivant en détail ses composantes et leurs justifications. Il comprend également trois

tableaux : l'un qui représente le modèle conceptuel, et deux montrant les résultats de la mise en œuvre des critères du modèle.

Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

54. La Conférence est invitée à examiner la politique budgétaire de l'OPS proposée, à réaliser les commentaires nécessaires pour compléter cet important processus, à donner son approbation finale de la politique, et à adopter la résolution jointe à l'annexe C.

Annexes

Structure du Programme et budget

Contribution des niveaux fonctionnels aux catégories programmatiques			
Fonctionnel Niveau	Catégorie programmatique * (exemple)		
	Maladies non transmissibles	Maladies transmissibles	Systèmes de santé
Pays *	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$
Inter-Pays *	\$ \$	\$ \$	\$ \$
Sous-régional *	\$ \$	\$ \$	\$ \$
Régional	\$ \$ \$	\$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Soutien technique direct aux pays *			
Le symbole \$ du dollar américain représente la variance probable de l'investissement entre les différents niveaux fonctionnels			

Répartition des ressources budgétaires de l'OPS/OMS entre les pays

1. La répartition des ressources budgétaires de l'OPS vers et entre les bureaux de pays, tout en assurant que les besoins de tous les pays soient correctement satisfaits d'une manière juste et équitable, est en effet un défi dans une Région aussi hétéroclite que les Amériques, où un spectre extrêmement large existe en termes de conditions socio-économiques et de besoins en santé, sans mentionner la taille de la population. Le modèle de la dotation budgétaire par pays (CBA) au sein de la politique budgétaire proposée vise non seulement à préserver les principes d'équité et de solidarité qui ont été incorporés dans la politique actuelle, mais il intègre également la possibilité de tenir compte de l'inégalité au sein des pays. La politique budgétaire proposée introduit également deux éléments normatifs nouveaux visant à :

- a) mettre l'accent sur la notion de « capacité à s'engager » en établissant des normes pour un niveau minimum de présence dans les pays, et
- b) renforcer et soutenir la réalisation des résultats programmatiques convenus de manière collégiale par tous les États Membres.

Ajustements aux concepts du modèle

2. Les paragraphes suivants exposent les principaux ajustements apportés au modèle actuel du CBA.

Objectivité accrue

3. L'objectivité est considérée à la fois un aspect souhaitable et nécessaire du modèle et elle a été améliorée grâce à l'adjonction de deux éléments importants :

- a) la formule fondée sur les besoins, qui est au cœur du modèle, a été élargie afin d'englober une troisième variable : le coefficient de Gini, conçu pour tenir compte du facteur d'inégalité au sein des pays, et
- b) une composante axée sur les résultats qui a été conçue pour soutenir et accélérer la réalisation des objectifs programmatiques dans les pays convenus de manière collégiale par les États Membres.

Une norme pour une présence minimum dans les pays

4. La question de la pérennité d'une présence minimum dans un pays et la question connexe des modalités de la coopération technique ont reçu une attention considérable dans les discussions en cours sur la nouvelle politique budgétaire. Une des faiblesses du

modèle actuel est son faible seuil minimal, qui entraîne l'incapacité de prévoir à bon escient un financement réaliste pour tous les pays qui hébergent une présence physique de l'OPS sur leur territoire. Dans le modèle proposé, le financement d'une présence minimum dans un pays, si une présence physique existe, est actuellement assuré, tant pour la dotation de base minimum que pour les besoins opérationnels, de manière à assurer l'engagement entre le Bureau et l'État Membre en question. Cette mesure augmente proportionnellement la composante plancher (à environ 42 % du budget total du pays en coûts actuels) dans le modèle et l'élève à un niveau comparable à celui de la composante axée sur les besoins (environ 48 % en coûts actuels).

Inquiétudes sur la prise en compte de la rigidité mathématique

5. L'une des préoccupations vis-à-vis du modèle actuel est que certaines des méthodes de calcul utilisées dans le modèle du CBA, tels que le lissage de la taille des populations et de la progressivité, sont très agressives, conduisant à des niveaux budgétaires irréalistes et insoutenables pour plusieurs pays. La dimension statistique du modèle du CBA a été ajustée avec de nouvelles techniques de calcul qui adoucissent la puissance distributive du modèle (des détails à ce sujet sont fournis plus bas dans ce document).

Le modèle d'allocation du budget des pays

6. Le modèle du CBA s'attèle à la difficile tâche d'équilibrer les conditions socio-économiques, l'état de santé, les inégalités de santé, la taille de la population, la présence dans les pays et l'obtention des résultats. Cette diversité représente, en effet, un certain degré de complexité qui peut être expliqué plus facilement en la séparant en trois dimensions :

- a) fondée sur les besoins,
- b) statistique, et
- c) normative.

Dimension fondée sur les besoins

7. Un paramètre basé sur les besoins est utilisé pour assurer une certaine objectivité pendant la mesure des besoins relatifs entre les pays. Lors de l'examen d'un paramètre, les conditions sanitaires générales d'un pays, ainsi que son statut économique relatif, y compris le degré d'inégalité distributive présent à la fois au sein et à travers sa population, peuvent mieux représenter les besoins en santé relatifs d'un pays. Ceci peut être accompli en utilisant l'Indice *élargi* des besoins en santé (HNIe), un marqueur de substitution du degré des besoins en santé actuellement utilisé pour un pays donné. Le HNIe intègre trois

grandes dimensions de la santé et ses déterminants, à travers trois mesures sommaires bien connues : l'espérance de vie à la naissance (l'espérance de vie, e_0); le revenu national brut par habitant, ajusté par la parité du pouvoir d'achat (revenu par habitant, $i\$$), et le coefficient de Gini (indice de Gini). Le coefficient de Gini, un nouvel élément dans la formule, met en évidence le facteur d'inégalité de la répartition des revenus, qui est également connu pour servir de substitut adéquat pour refléter les inégalités en matière de santé dans un pays (il convient de noter que les données du coefficient de Gini sont plus facilement disponibles aujourd'hui qu'elles ne l'étaient en 2004, lorsque la politique actuelle a été approuvée). Ainsi, le HNIe sert d'indice composite destiné à guider une répartition plus équitable des fonds de l'OPS.

8. Pour chaque pays, une moyenne arithmétique de ses deux plus récentes estimations de l'espérance de vie et du revenu par habitant, tel que le Système régional des données de base de santé de l'OPS l'a présenté, est calculée et l'estimation la plus récente du coefficient de Gini prise. Pour un pays donné i , l'HNIe est alors calculé selon la formule ci-dessous, où *actuel* est la valeur actuelle réelle du pays, *min* est la valeur minimale observée dans la série de données régionales et *max* représente la valeur maximale observée dans la série de données régionales.

Indice des besoins en santé élargi_i :

$$= \frac{(leb_{i\text{ actuel}} - leb_{\min})}{(leb_{\max} - leb_{\min})} + \frac{(\log ipc_{i\text{ actuel}} - \log ipc_{\min})}{(\log ipc_{\max} - \log ipc_{\min})} + \left[1 - \frac{(Gini_{i\text{ actuel}} - Gini_{\min})}{(Gini_{\max} - Gini_{\min})} \right]$$

3

leb = espérance de vie à la naissance

logipc = transformation logarithmique du revenu par habitant

9. 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 recommandation bien établie, une transformation logarithmique de la distribution du revenu est calculée au lieu de sa valeur réelle, afin de faire état de façon appropriée de la partie inférieure de la distribution du revenu, à savoir les pays les 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 (1/3 ou un tiers).³

³ 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. Également : Sen A. Assessing human development. Special contribution, in : United Nations Development

10. 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 sur le Tableau 2 un exemple qui illustre la mise en œuvre du HNI utilisant les données officielles les plus récentes).

Dimension statistique

11. La dimension statistique du modèle du CBA comprend trois techniques mathématiques couramment utilisées dans les formules d'allocation des ressources de cette nature.

12. La **première** est la *classification* qui regroupe les pays avec un degré similaire de santé tel que défini par l'Indice *élargi* des besoins en santé (HNIe). Bien que l'Indice soit considéré comme une mesure acceptable pour déterminer la situation relative des pays, la mise en œuvre directe d'un indice unique seul n'est pas considérée comme le moyen le plus approprié pour l'attribution pure et simple de fonds entre les pays. Les statistiques sous-jacentes présentent différents degrés de confiance et même les augmentations de l'HNI ne sont pas systématiquement pondérées sur l'échelle. Ce modèle tente d'éviter une trop grande interprétation de l'HNI en utilisant la méthode de classification basée sur les quantiles, ou dans ce cas, les quintiles, car il existe cinq groupes qui utilisent tous la formule statistique standard prévue à cet effet. Les pays qui entrent dans un quintile donné recevront tous le même traitement à l'égard de la mise en œuvre des critères fondés sur les besoins. La méthode de classification utilisée dans le modèle proposé (c.-à-d., les quantiles) est la même que celle utilisée dans le modèle actuel.

13. Afin de préserver le principe d'équité, le modèle proposé alloue progressivement des ressources aux quintiles, en fonction des besoins relatifs. En d'autres termes, pour deux pays avec la même population, le pays entrant dans un quintile reflétant une plus grande nécessité se verra attribuer une part proportionnellement plus élevée des ressources que le pays qui tombe dans un quintile de moindre nécessité.

14. Pour atteindre cet objectif, une **deuxième** technique, qu'on appelle *progressivité*, est utilisée pour attribuer le degré de changement dans la pondération des besoins en santé relatifs entre les groupes de pays. Le modèle du CBA proposé utilise une méthode où la progressivité est proportionnelle à la distance entre les HNIe médians des groupes (c.-à-d., centroïdes). Par rapport au modèle actuel, cette méthode tire parti de la répartition naturelle des besoins en santé entre les groupes de pays, afin d'adoucir le degré de changement d'un groupe de pays à un autre présentant plus de besoins. Il est important de noter que l'élément de progressivité de la formule présente un impact significatif sur le

pouvoir distributif du modèle. Une méthode de la progressivité plus douce a été choisie pour le modèle proposé, étant donné que la méthode de la progressivité du modèle actuel est jugée trop agressive et, dans certains cas, elle a déterminé des niveaux insoutenables de répartition budgétaire dans les pays.

15. La **troisième** technique est le *traitement de la population*, également connue sous le nom de *lissage*. Il s'agit d'une technique mathématique utilisée pour modérer l'impact sur la modélisation statistique d'une répartition de la population des pays. Le modèle présenté suppose qu'un pays avec une population plus importante nécessitera plus de ressources qu'un pays avec une population moindre du moment que tous les autres facteurs sont identiques. Cependant, le modèle suppose également que l'effet multiplicateur qui existe dans le type de coopération que l'OPS engage avec les États Membres est tel que les petits pays auront besoin davantage de ressources par habitant que les pays plus grands. Ces hypothèses sont intégrées dans le modèle en ajustant les statistiques démographiques réelles et en utilisant une méthode de lissage statistique. Le lissage démographique permet de réduire efficacement l'échelle des populations avant de les utiliser pour calculer les niveaux de ressources. La méthode de lissage démographique utilisée dans le modèle proposé repose *sur le carré du logarithme ajusté de la population*, ou ALPS. La méthode de lissage de la population utilisée dans une formule entraîne également un effet distributif significatif. La méthode ALPS entraîne un effet distributif moindre que la méthode utilisée dans le modèle actuel (c.-à-d., la racine carrée de la population). Il est proposé, par conséquent, pour les mêmes raisons mentionnées plus haut par rapport à la technique de la progressivité. Il convient de noter que la méthode ALPS est utilisée dans la politique actuelle d'allocation des ressources de l'OMS.

Dimension normative

16. La dimension normative d'un modèle constitue l'ensemble de critères qui sert à mettre en œuvre les paramètres pratiques et logiques désirés qui ne relèvent pas du domaine des *formules* mathématiques. Par exemple, le modèle proposé inclut des critères normatifs pour établir des normes minimales de présence par pays, ainsi qu'une objectivité accrue basée sur les résultats. Dans le modèle proposé, le concept d'un financement composé d'une portion de base et d'une portion variable est maintenu. Cependant, la portion de base, qui contient la composante plancher et la composante axée sur les besoins, a été élargie. Elle comprend à présent un volet plancher plus robuste, qui intègre les normes relatives à la présence minimum par pays, et qui contient à la fois une composante de dotation minimale et un budget de fonctionnement minimum, augmentant ainsi significativement le niveau de financement minimum vis-à-vis du niveau plancher de la politique actuelle. Elle a été conçue pour répondre au facteur « engagement » entre le Bureau et l'État Membre. Les États Membres qui disposent d'un revenu par habitant plus élevé et qui ne comptent pas avec une présence dans le pays se verront assigner un niveau budgétaire nominal pour garantir un niveau minimum de coopération.

17. La composante axée sur les résultats constitue un nouveau critère normatif mis en place. Elle offre la possibilité de rediriger un niveau de ressources prédéterminé (proposé à 5 % de l'apport total au niveau du pays) au cours d'un exercice biennal donné. Cela vise à renforcer et soutenir les pays dans la réalisation des objectifs et résultats programmatiques convenus collectivement par les États Membres (par exemple, les objectifs et résultats décrits dans le Plan stratégique). Cette composante complète la composante plancher et la composante axée sur les besoins dans la portion de base du budget du pays.

18. Finalement, la portion variable qui existe dans la politique actuelle est maintenue dans la proposition. La portion variable offre un degré de flexibilité qui permet à l'Organisation de faire usage d'un faible pourcentage du financement d'une manière stratégique et catalytique lorsque des circonstances imprévues surviennent pendant l'exercice biennal, et ce particulièrement pour les pays les plus dans le besoin. Il s'agit d'un financement qui vise à stimuler à court terme les ressources du pays dans le but d'accélérer les progrès accomplis vers la réalisation des mandats collectifs mondiaux et régionaux ainsi qu'à établir des priorités. Il est intéressant de noter que, étant donné que la composante plancher dans le projet de politique a été améliorée pour assurer un niveau minimum de présence dans les pays, la portion variable dans la politique proposée sera disponible pour des utilisations plus stratégiques dans les pays, plutôt que pour compenser les pays lorsque des réductions budgétaires dues à la politique actuelle ont basculé au-delà de leur capacité à soutenir les opérations minimales.

19. Le Tableau 1 présente le Modèle conceptuel d'allocation du budget des pays. Les paragraphes suivants fournissent une explication des divers éléments de ce modèle.

Résultats de la modélisation

20. Les deux éléments de la modélisation qui affectent de façon importante le degré de redistribution des ressources entre les pays de la Région sont les méthodes statistiques utilisées (c.-à-d., le lissage démographique et la progressivité) et la norme de la présence minimum par pays. Le critère de sélection de ces méthodes pour le modèle proposé répond à deux objectifs principaux :

- a) que l'équité soit présente lors de l'affectation d'un coefficient de pondération plus important aux pays les plus dans le besoin, et
- b) que la solidarité soit observée en garantissant des normes relatives à la présence minimum par pays pour tous les pays où une présence physique de l'OPS est nécessaire.

21. Par rapport au modèle actuel, la méthode de la progressivité utilisée —des centroïdes— confère un effet de distribution plus doux d'un quintile en grand besoin à l'autre. L'agressivité de l'échelle de pondération du modèle actuel constitue l'un des principaux facteurs qui a contribué à des réductions budgétaires sévères et insoutenables, subies par plusieurs pays au cours des six dernières années. La méthode des centroïdes offre une progressivité proportionnelle à la distance entre les HNIe médians des groupes. Cette échelle de progressivité génère une redistribution plus équilibrée des ressources, tout en exerçant un impact positif sur les groupes de pays les plus démunis.

22. Le modèle proposé utilise la méthode du carré du logarithme ajusté de la population (ALPS) pour contrôler statistiquement la taille des populations des pays. Cette méthode de lissage présente un facteur de compression plus élevé, réduisant de manière plus significative la variation des populations que la méthode du modèle en vigueur (c.-à-d., la racine carrée de la population). Cette méthode tend à profiter aux pays les plus petits et moyens car elle réduit l'influence de la taille de la population sur la puissance distributive du modèle.

23. L'allocation de base est indiquée en termes proportionnels. La colonne J du Tableau 3 montre la composante plancher de la portion de base, qui représente le facteur de présence dans les pays. La colonne K représente la composante axée sur les besoins, calculée en utilisant la logique contenue dans le modèle. La colonne L présente une distribution provisoire de la composante axée sur les résultats. Le total de ces trois composantes de la portion de base est présenté à 95 % de l'allocation budgétaire totale du pays. Le 5 % restant sera affecté en tant que portion variable (colonne N), sur la base des critères cités plus haut pour cette composante.

24. Dans ce modèle et pour calculer l'Indice des besoins en santé, les données statistiques utilisées (espérance de vie à la naissance, parité de pouvoir d'achat [PPA], revenu par habitant, coefficient de Gini, et population) proviennent du Système régional des données de base de santé de l'OPS. Les données les plus récentes disponibles du Système régional des données de base de santé de l'OPS seront utilisées dans toutes les réitérations du cycle budgétaire et à chaque formulation de l'allocation des ressources du pays.

25. Le modèle proposé sert à indiquer la part proportionnelle des ressources qui seront allouées entre les pays. Le montant réel des ressources budgétaires allouées à un pays donné sera guidé par ces pourcentages, mais il dépendra des niveaux budgétaires approuvés par le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine dans les années à venir.

26. Les trois tableaux ci-dessous représentent les modifications proposées pour le modèle d'allocation du budget des pays :

- a) Le Tableau 1 représente un schéma du modèle conceptuel ;
- b) Le Tableau 2 présente le calcul de l'Indice *élargi* des besoins en santé, avec tous ses éléments, et
- c) Le Tableau 3 illustre le modèle détaillé et les pourcentages relatifs de ses composantes.

Tableau 1 : Modèle conceptuel d'allocation du budget des pays

Pays		Quantile	Financement de base			Financement variable
			Plancher	Fondée sur les besoins	Axée sur les résultats*	
Pays A	(-) (+) paramètre fondé sur les besoins	Groupe1 (moins nécessiteux)	\$	\$	%	
Pays B			\$		%	
Pays C			\$		%	
Pays J		Groupe 2	\$	\$\$	%	
Pays K			\$		%	
Pays L			\$		%	
Pays X		Groupe 3 (plus démunis)	\$	\$\$\$	%	
Pays Y			\$		%	
Pays Z			\$		%	
			90 %		5 %	5 %

* Le pourcentage par pays peut varier d'une période budgétaire à l'autre, en fonction des cibles programmatiques spécifiques qui nécessitent un soutien au cours d'un exercice biennal donné.



Politique budgétaire de l'OPS

Index basé sur les besoins en santé - élargi (modèle proposé avec la formule du HNI élargi)

Tableau 2

Pays ¹	Code	Population 2012	Espérance de vie (e0)		Revenu par habitant (\$)		Indice Gini	Moyennes arithmétiques		log du revenu	Valeurs normalisées		HNI élargi	groupes d'HNI	
			2010	2011	2009	2010		e0	revenu		e0	revenu		2012	2004
Territoires du Royaume-Uni	UKT	207,854	80.1	80.0	35,640	36,410	28.9	80.0	36,025	4.557	1.043	0.932	0.941	0	0
Territoires français	FRT	1,116,756	79.3	79.4	33,870	34,440	28.9	79.3	34,155	4.533	1.000	0.917	0.941	0	0
Canada	CAN	34,674,708	80.9	81.1	37,260	38,310	36.5	81.0	37,785	4.577	1.098	0.944	0.704	0	0
Territoires des Pays-Bas	NET	313,125	76.1	76.2	39,720	41,900	28.9	76.1	40,810	4.611	0.816	0.965	0.941	0	0
États-Unis	ÉUA	315,899,874	78.5	78.6	45,400	47,360	46.4	78.5	46,380	4.666	0.955	1.000	0.397	0	0
Porto Rico	PUR	3,743,380	79.1	79.2	13,019	13,019	52.9	79.1	13,019	4.115	0.990	0.656	0.197	0	0
Barbade	BAR	274,530	76.8	76.9	17,960	19,000	28.9	76.9	18,480	4.267	0.858	0.751	0.941	1	1
Antigua-et-Barbuda	ANI	90,510	75.0	75.0	21,080	20,240	28.9	75.0	20,660	4.315	0.751	0.781	0.941	1	2
Cuba	CUB	11,249,266	79.0	79.2	6,117	6,330	27.0	79.1	6,224	3.794	0.987	0.455	1.000	1	4
Dominique	DOM	67,665	76.0	76.0	11,820	11,990	28.9	76.0	11,905	4.076	0.809	0.631	0.941	1	3
Saint-Kitts-et-Nevis	SCN	53,697	74.0	75.0	16,740	15,850	28.9	74.5	16,295	4.212	0.722	0.716	0.941	1	1
Grenade	GRE	105,303	75.9	76.0	9,640	9,890	28.9	75.9	9,765	3.990	0.805	0.578	0.941	1	4
Sainte-Lucie	SAL	177,794	74.5	74.7	10,080	10,520	28.9	74.6	10,300	4.013	0.727	0.592	0.941	1	3
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	SAV	109,367	72.2	72.4	10,850	10,830	28.9	72.3	10,840	4.035	0.592	0.606	0.941	2	3
Bahamas	BAH	351,275	75.5	75.7	26,120	24,800	43.0	75.6	25,460	4.406	0.783	0.837	0.503	2	1
Uruguay	URU	3,391,428	76.9	77.1	12,920	13,990	45.3	77.0	13,455	4.129	0.866	0.664	0.431	2	1
Trinitad et Tobago	TRT	1,350,999	70.0	70.2	24,300	24,040	40.2	70.1	24,170	4.383	0.468	0.823	0.590	2	2
Costa Rica	COR	4,793,725	79.2	79.4	10,830	11,270	50.7	79.3	11,050	4.043	1.000	0.611	0.263	2	1
Argentine	ARG	41,118,986	75.8	76.0	14,230	15,570	48.3	75.9	14,900	4.173	0.802	0.692	0.339	2	1
Chili	CHI	17,423,214	79.1	79.2	13,270	14,590	54.6	79.1	13,930	4.144	0.989	0.674	0.144	3	1
Mexique	MEX	116,146,768	76.8	77.0	13,570	14,290	51.1	76.9	13,930	4.144	0.862	0.674	0.252	3	2
Venezuela	VEN	29,890,694	74.3	74.5	12,410	12,150	47.6	74.4	12,280	4.089	0.716	0.640	0.360	3	2
Panama	PAN	3,624,991	76.0	76.2	12,210	12,770	54.8	76.1	12,490	4.097	0.816	0.644	0.136	3	2
Pérou	PER	29,733,829	73.8	74.1	8,270	8,930	48.1	73.9	8,600	3.934	0.689	0.543	0.344	3	4
Jamaïque	JAM	2,761,331	73.0	73.2	7,280	7,310	45.5	73.1	7,295	3.863	0.639	0.499	0.425	3	3
Équateur	ECU	14,864,987	75.6	75.7	7,590	7,880	53.4	75.6	7,735	3.888	0.787	0.514	0.179	3	5
Belize	BLZ	324,292	75.9	76.1	6,080	6,210	53.1	76.0	6,145	3.789	0.811	0.452	0.189	4	3
République dominicaine	DOR	10,183,339	73.3	73.5	8,390	9,030	51.9	73.4	8,710	3.940	0.658	0.547	0.228	4	4
Brésil	BRA	198,360,943	73.3	73.7	10,230	11,000	54.7	73.5	10,615	4.026	0.662	0.600	0.140	4	3
El Salvador	ELS	6,264,129	72.1	72.3	6,380	6,550	48.4	72.2	6,465	3.811	0.588	0.466	0.336	4	4
Colombie	COL	47,550,708	73.6	73.8	8,760	9,060	56.2	73.7	8,910	3.950	0.674	0.553	0.092	4	2
Guyane	GUY	757,623	69.7	70.0	3,270	3,450	44.2	69.8	3,360	3.526	0.450	0.288	0.466	4	5
Suriname	SUR	534,175	70.4	70.7	7,420	7,680	52.9	70.5	7,550	3.878	0.491	0.508	0.197	5	4
Paraguay	PAR	6,682,943	72.4	72.6	4,460	5,050	53.9	72.5	4,755	3.677	0.604	0.382	0.165	5	4
Nicaragua	NIC	5,954,898	73.8	74.1	2,610	2,790	52.3	74.0	2,700	3.431	0.691	0.229	0.215	5	5
Honduras	HON	7,912,032	73.0	73.3	3,720	3,770	57.0	73.1	3,745	3.573	0.642	0.318	0.070	5	5
Guatemala	GUT	15,137,569	71.0	71.3	4,600	4,650	55.9	71.2	4,625	3.665	0.528	0.375	0.103	5	5
Bolivie	BOL	10,248,042	66.5	66.8	4,510	4,640	56.3	66.6	4,575	3.660	0.265	0.372	0.091	5	5
Haïti	HAI	10,255,644	61.9	62.2	1,140	1,180	59.2	62.0	1,160	3.064	0.000	0.000	0.000	5	5

¹ Les territoires des Pays-Bas comprennent Aruba, les Antilles néerlandaises ; les territoires français comprennent la Guyane française, Guadeloupe, Martinique, les territoires du Royaume-Uni comprennent Anguilla, les îles Vierges britanniques, Montserrat, Bermudes, les îles Caïmans, les îles Turques et Caïques.

e 0 = espérance de vie à la naissance ; Revenu = parité du pouvoir d'achat, revenu ajusté national brut par habitant (en dollars internationaux, i\$) ; * dad = dernière année disponible



Politique Budget de l'OPS

Modèle proposé de répartition du budget aux pays (HNIe avec composantes : fixe, fondée sur les besoins, axée sur les résultats)

Tableau 3

Pays	Code	Indice des besoins en santé	Regroupe ment basé sur les besoins	a		b		c	d	e	f		g	h	i	Allocation de base (part proportionnelle)				Total de l'allocation		
				Pondération basée sur les besoins	%	Facteur	%				Carré du logarithme ajusté de la population	%				(b x f)	%	Composante fixe	Composante fondée sur les besoins		Composante axée sur les résultats	Total (j+k+l)
Territoires du Royaume-Uni	UKT	0.972	0	1.00	2.3	275	0.0	31.6	1.0	31.6	0.8	0.37	0.00	0.36	0.02	0.38	0.02	0.39				
Territoires français	FRT	0.953	0	1.00	2.3	91	0.0	20.3	0.7	20.3	0.5	0.27	0.00	0.36	0.02	0.35	0.01	0.28				
Canada	CAN	0.915	0	1.00	2.3	11,249	1.9	96.8	3.2	96.8	2.3	0.40	0.10	1.12	0.14	2.66	0.02	0.42				
Territoires des Pays-Bas	NET	0.907	0	1.00	2.3	68	0.0	17.8	0.6	17.8	0.4	0.27	0.10	0.20	0.02	0.32	0.01	0.28				
États-Unis	ÉUA	0.784	0	1.00	2.3	54	0.0	15.9	0.5	15.9	0.4	0.27	0.10	0.18	0.02	0.30	0.01	0.28				
Porto Rico	PUR	0.614	0	1.00	2.3	105	0.0	21.7	0.7	21.7	0.5	0.13	0.09	0.25	0.02	0.36	0.01	0.14				
La Barbade	BAR	0.850	1	1.00	2.3	178	0.0	26.9	0.9	26.9	0.6	0.00	0.10	0.31	0.02	0.43	0.02	0.38				
Antigua-et-Barbuda	ANI	0.824	1	1.00	2.3	91	0.0	20.3	0.7	20.3	0.5	0.00	0.10	0.32	0.02	0.44	0.02	0.38				
Cuba	CUB	0.814	1	1.00	2.3	11,249	1.9	96.8	3.2	96.8	2.3	0.10	0.10	1.12	0.14	2.66	0.02	0.42				
Dominique	DOM	0.794	1	1.00	2.3	68	0.0	17.8	0.6	17.8	0.4	0.10	0.10	0.20	0.02	0.32	0.01	0.28				
Saint-Kitts-et-Nevis	SCN	0.793	1	1.00	2.3	54	0.0	15.9	0.5	15.9	0.4	0.10	0.10	0.18	0.02	0.30	0.01	0.28				
Grenade	GRE	0.774	1	1.00	2.3	105	0.0	21.7	0.7	21.7	0.5	0.09	0.09	0.25	0.02	0.36	0.01	0.14				
Sainte-Lucie	SAL	0.753	1	1.00	2.3	178	0.0	26.9	0.9	26.9	0.6	0.10	0.10	0.31	0.02	0.43	0.02	0.38				
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	SAV	0.713	2	1.24	2.8	109	0.0	22.1	0.7	27.4	0.7	0.10	0.10	0.32	0.02	0.44	0.02	0.38				
Bahamas	BAH	0.708	2	1.24	2.8	351	0.1	34.5	1.1	42.8	1.0	1.53	0.10	0.49	0.11	2.13	0.02	0.38				
Uruguay	URU	0.654	2	1.24	2.8	3,391	0.6	68.3	2.3	84.8	2.0	1.43	0.10	0.98	0.13	2.54	0.02	0.42				
Trinitad et Tobago	TTR	0.627	2	1.24	2.8	1,351	0.2	52.6	1.7	65.4	1.6	1.38	0.10	0.75	0.12	2.25	0.02	0.42				
Costa Rica	COR	0.625	2	1.24	2.8	4,794	0.8	75.3	2.5	93.5	2.2	1.34	0.10	1.08	0.13	2.56	0.02	0.42				
Argentine	ARG	0.611	2	1.24	2.8	41,119	6.9	159.6	5.3	198.3	4.8	1.47	0.10	2.28	0.21	3.96	0.02	0.42				
Chili	CHI	0.602	3	1.29	3.0	17,423	2.9	112.1	3.7	145.1	3.5	1.59	0.10	1.67	0.18	3.44	0.02	0.42				
Mexique	MEX	0.596	3	1.29	3.0	116,147	19.4	295.3	9.8	382.2	9.2	1.70	0.10	4.40	0.34	6.44	0.02	0.42				
Venezuela	VEN	0.572	3	1.29	3.0	29,891	5.0	138.2	4.6	178.8	4.3	1.92	0.10	2.06	0.22	4.20	0.02	0.42				
Panama	PAN	0.532	3	1.29	3.0	3,625	0.6	69.6	2.3	90.1	2.2	1.44	0.10	1.04	0.14	2.62	0.02	0.42				
Pérou	PER	0.525	3	1.29	3.0	29,734	5.0	137.8	4.6	178.4	4.3	1.87	0.10	2.06	0.22	4.14	0.02	0.42				
Jamaïque	JAM	0.521	3	1.29	3.0	2,761	0.5	64.5	2.1	83.5	2.0	1.38	0.10	0.96	0.13	2.47	0.02	0.42				
Équateur	ECU	0.494	3	1.29	3.0	14,865	2.5	106.1	3.5	137.3	3.3	1.43	0.10	1.58	0.17	3.18	0.02	0.42				
Belze	BLZ	0.484	4	1.43	3.3	324	0.1	33.5	1.1	48.0	1.2	1.26	0.10	0.55	0.10	1.92	0.02	0.42				
République dominicaine	DOR	0.477	4	1.43	3.3	10,183	1.7	93.9	3.1	134.4	3.2	1.45	0.10	1.55	0.17	3.17	0.02	0.42				
Brésil	BRA	0.468	4	1.43	3.3	198,361	33.2	446.4	14.8	638.9	15.4	2.14	0.10	7.36	0.53	10.03	0.02	0.42				
El Salvador	ELS	0.463	4	1.43	3.3	6,264	1.0	81.2	2.7	116.3	2.8	1.42	0.10	1.34	0.14	2.92	0.02	0.42				
Colombie	COL	0.440	4	1.43	3.3	47,551	8.0	171.5	5.7	245.5	5.9	1.83	0.10	2.83	0.26	4.92	0.02	0.42				
Guyane	GUY	0.402	4	1.43	3.3	758	0.1	44.3	1.5	63.4	1.5	1.28	0.10	0.73	0.11	2.12	0.02	0.42				
Suriname	SUR	0.399	5	1.67	3.8	534	0.1	39.6	1.3	66.1	1.6	1.30	0.10	0.76	0.11	2.18	0.02	0.42				
Paraguay	PAR	0.384	5	1.67	3.8	6,683	1.1	82.8	2.7	138.1	3.3	1.49	0.10	1.59	0.17	3.25	0.02	0.42				
Nicaragua	NIC	0.378	5	1.67	3.8	5,955	1.0	80.0	2.6	133.5	3.2	1.35	0.10	1.54	0.16	3.05	0.02	0.42				
Honduras	HON	0.343	5	1.67	3.8	7,912	1.3	87.0	2.9	145.1	3.5	1.52	0.10	1.67	0.18	3.37	0.02	0.42				
Guatemala	GUT	0.335	5	1.67	3.8	15,138	2.5	106.7	3.5	178.1	4.3	1.62	0.10	2.05	0.20	3.88	0.02	0.42				
Bolivie	BOL	0.243	5	1.67	3.8	10,248	1.7	94.1	3.1	156.9	3.8	1.50	0.10	1.81	0.18	3.49	0.02	0.42				
Haïti	HAI	0.000	5	1.67	3.8	10,256	1.7	94.1	3.1	156.9	3.8	1.74	0.10	1.81	0.20	3.75	0.02	0.42				
TOTAL				43.78	100.0	597,747	100.0	3,022	100.0	4,159.5	100.0	42.09		47.91	5.00	95.00	5.00	100.00				



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



28e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE **64e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, DC, ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

CSP28/7 (Fr.)
Annexe C
ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉSOLUTION

POLITIQUE BUDGÉTAIRE DE L'OPS

LA 28e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le projet de politique budgétaire de l'OPS (Document CSP28/7), qui présente une politique budgétaire régionale révisée et qui définit une nouvelle manière d'allouer les ressources au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Prenant note des recommandations contenues dans l'évaluation de la politique actuelle réalisée par le Bureau de supervision interne et services d'évaluation de l'OPS ;

Reconnaissant que, même si les pays présentant le plus de besoins ont reçu un afflux de ressources au cours de la période couverte par la politique actuelle, d'autres pays ont subi des réductions budgétaires à des niveaux qui ne leurs permettent pas de maintenir une présence minimum dans le pays, en dépit de l'esprit de solidarité, a convenu d'une répartition des ressources qui soit réalisable dans des contextes réalistes et pratiques ;

Consciente de la nécessité de s'aligner sur le processus de réforme actuellement en cours à l'Organisation mondiale de la Santé, et de ses possibles implications pour l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Compte tenu des observations formulées par le Comité exécutif,

DÉCIDE :

1. Remercier le Groupe consultatif sur la politique budgétaire de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour leurs efforts en vue de recommander des modifications et d'introduire de nouveaux critères pour l'allocation des fonds du budget ordinaire et des contributions volontaires, tant entre les différents niveaux fonctionnels de l'OPS que parmi ses bureaux de pays.
2. Prendre note du modèle proposé de répartition du budget par pays pour l'allocation des ressources entre les pays.
3. Approuver la nouvelle politique budgétaire de l'OPS en se focalisant sur les points suivants :
 - a) l'allocation du budget ordinaire entre les quatre niveaux fonctionnels de l'Organisation (c.-à-d., pays, inter-pays, sous-régional et régional) sera telle que, dans le but de renforcer la coopération dans les pays, le BSP s'efforcera de maintenir des structures fonctionnelles et organisationnelles optimales grâce à des évaluations internes et externes visant à fournir le plus haut niveau d'impact dans les pays, tout en continuant à répondre efficacement aux mandats collectifs régionaux et sous-régionaux ;
 - b) la portion minimum du budget ordinaire pour le niveau de pays est initialement fixée à 40 % du budget ordinaire total, ce qui correspond à la portion actuelle. La répartition entre les niveaux fonctionnels et organisationnels reste dynamique, ce qui permet des ajustements du plafond budgétaire tout au long du processus de planification si besoin, toujours avec l'objectif d'améliorer les résultats au sein des pays ;
 - c) dans la réaffectation des ressources du budget ordinaire entre les pays, l'allocation de base d'aucun pays ne sera réduite de plus de 50 % de son allocation proportionnelle entre les pays tel qu'approuvé dans le Programme et budget 2012-2013. En aucun cas, l'allocation du budget ordinaire résultante ne peut être inférieure à la composante plancher calculée (conçue pour assurer une présence minimum par pays, tel que le définit la Politique) de la portion de base ;
 - d) en ce qui concerne les principaux pays (tels qu'originellement identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain : Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua), le BSP fera tous les efforts possibles pour mobiliser des ressources supplémentaires pour tous les pays clés de sorte que la dotation nette du total des ressources ne soit pas inférieure au montant total des ressources pour l'exercice biennal 2012-2013 ;

- e) le but de l'utilisation de l'allocation variable selon les pays sera, comme mentionné dans le document CSP28/7, que toute amélioration future de l'utilisation des ressources variables sera soumise à la considération du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration au moment même de la présentation d'un projet de programme et budget biennal.
- 4. S'assurer que les allocations par pays, dans les programmes et budgets futurs de l'OPS, soient guidées par le modèle approuvé au paragraphe 3 ci-dessus, qu'elles soient échelonnées sur deux exercices biennaux en consultation avec les États Membres, afin d'assurer la transition la plus douce possible pour les programmes de coopération technique.
- 5. Promouvoir des priorités dans l'allocation des ressources entre les catégories programmatiques de manière cohérente avec les mandats individuels et collectifs de chaque État Membre, tels qu'ils ont été définis dans les documents de planification stratégique de l'OPS.
- 6. De demander au Directeur de :
 - a) mettre en œuvre la nouvelle politique budgétaire de l'OPS lors de la formulation des futurs programmes et budgets pour l'examen du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ;
 - b) présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation approfondie de la politique budgétaire de l'OPS après deux exercices biennaux de sa mise en œuvre, afin de s'assurer qu'elle continue à répondre aux besoins de santé en mutation et qu'elle alloue les ressources d'une manière équitable ;
 - c) collaborer avec les États Membres pour promouvoir des modes de coopération plus efficaces, ainsi que de :
 - (i) renforcer la capacité des pays qui recevront davantage de ressources du budget ordinaire, et garantir ainsi leur utilisation efficace et efficiente ;
 - (ii) fournir un soutien à ces pays qui recevront moins de ressources du budget ordinaire par le biais d'efforts ciblés de mobilisation de ressources tant internes qu'externes.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CSP28/7 (Fr.)

Annexe D

**Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour
le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : 4.2 Politique budgétaire de l'OPS
2. Lien avec le programme et budget 2012-2013 : a) Domaine d'activité : Coordination de la planification, le budget et les ressources (PBR) b) Résultat escompté : 16. 1 et 16.2
3. Incidences financières a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : L'incidence financière est l'approbation du budget lui-même. b) Coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : US \$ 160 000 c) Sur le coût estimatif indiqué au point (b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : Tous
4. Incidences administratives a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Le groupe de travail sera composé de six représentants des États Membres de l'OPS, en plus d'une équipe de l'OPS, au niveau régional. b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) Aucun c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : La mise en œuvre doit se réaliser sur deux exercices biennaux (quatre ans), et l'évaluation doit être effectuée après les quatre ans.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CSP28/7 (Fr.)
Annexe E

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION	
1. Point de l'ordre du jour :	4.2 Politique budgétaire de l'OPS
2. Unité responsable :	Coordination de la planification, le budget et les ressources (PBR)
3. Fonctionnaire chargé de la préparation :	Roman Sotela
4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :	Tous les ministères de la Santé
5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :	La politique budgétaire constitue l'instrument pour distribuer les ressources internes de l'OPS qui financent la coopération technique guidée par le Programme de santé
6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :	La politique budgétaire est conforme à l'orientation programmatique prévue dans le Plan stratégique. Dans ce cas, la politique budgétaire proposée se basera sur les retours du prochain Plan stratégique 2014-2019
7. Meilleures pratiques appliquées dans ce domaine et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :	Ne s'applique pas
8. Les incidences financières de ce point de l'ordre du jour en question	Aucune exigence financière n'est requise