



Allocation stratégique des ressources

RESUME

1. A la demande de l'Assemblée de la Santé, des principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources ont été élaborés au cours des deux dernières années, dans le cadre d'un processus consultatif. Ils ont fait l'objet d'un examen détaillé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, à sa troisième réunion, et par le Conseil exécutif, à sa cent dix-septième session. Des préoccupations ont toutefois été exprimées concernant certains des paramètres du dispositif de validation qui a été modifié en conséquence (voir l'annexe).
2. Les principes directeurs affirment la nécessité de fonder l'allocation des ressources sur l'équité et l'appui aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés. Ils replacent dès lors clairement l'allocation stratégique des ressources dans le contexte du cadre gestionnaire fondé sur les résultats.
3. Le présent document décrit le contexte dans lequel les principes directeurs ont été élaborés ; énonce les sept principes directeurs ; précise comment les allocations stratégiques de ressources sont déterminées dans le cadre du processus de budgétisation et de planification fondé sur les résultats ; et présente les paramètres d'un dispositif de validation.
4. Le dispositif de validation, qui fournit une indication relative objective et transparente des ressources (c'est-à-dire une fourchette) du Siège et des Régions pour les fonds de toute provenance, constitue un instrument permettant de valider l'aboutissement du processus de budgétisation et de planification fondé sur les résultats ; il s'agit d'un moyen de référence permettant de vérifier le bien-fondé de la planification et de la budgétisation. Il ne saurait être utilisé pour déterminer directement les allocations de ressources pour l'ensemble de l'Organisation.

INTRODUCTION

5. Dans sa décision WHA57(10), l'Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer des principes directeurs et des critères pour l'allocation stratégique des ressources dans l'ensemble de l'Organisation et de les soumettre au Conseil exécutif à sa cent quinzième session.

6. A sa cent quinzième session, le Conseil exécutif a prié le Secrétariat de poursuivre les consultations et de soumettre un nouveau projet au Conseil à sa cent seizième session,¹ et le Conseil a décidé à cette occasion la poursuite des consultations avec les Etats Membres par l'intermédiaire des comités régionaux.² Une nouvelle version lui a été soumise à sa cent dix-septième session. A la suite du débat, le Secrétariat a été prié de soumettre une proposition révisée à la cent dix-huitième session.³

7. Sur la base des observations reçues des comités régionaux et des travaux ultérieurs du Secrétariat, le présent document précise la méthodologie et la procédure suivies pour l'allocation stratégique des ressources dans le contexte du cadre gestionnaire de l'OMS fondé sur les résultats. L'annexe présente également de manière détaillée un dispositif de validation destiné à assurer l'équité et à garantir que les ressources soient axées sur les pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés, comme l'a demandé l'Assemblée de la Santé.⁴

RENOUVELER LE CADRE GESTIONNAIRE DE L'OMS FONDE SUR LES RESULTATS

8. Sur la base de l'expérience acquise au cours des dernières périodes biennales, un nouveau cadre gestionnaire fondé sur les résultats a été élaboré, afin d'adopter une approche plus stratégique de la planification et de simplifier les principaux aspects de la procédure. Le cadre dans ses grandes lignes a été soumis au Conseil exécutif à sa cent seizième session. Il englobe un plan stratégique à moyen terme pour l'ensemble de l'Organisation inspiré du onzième programme général de travail, des stratégies de coopération avec les pays et des résolutions des organes directeurs.⁵

9. Le plan stratégique à moyen terme sert d'orientation à l'Organisation pendant six ans. Il doit ainsi permettre d'appuyer et de renforcer le budget programme et assurer la continuité de trois budgets programmes biennaux successifs. Les objectifs stratégiques sont au centre du plan stratégique à moyen terme et représentent des engagements pour les Etats Membres et le Secrétariat de l'OMS. Les objectifs stratégiques sont ventilés en résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation au cours des six ans. Le budget programme biennal élaboré sur cette base prévoit des cibles pour deux ans ainsi que des budgets associés pour les résultats escomptés décrits dans le plan stratégique à moyen terme. Un rapport distinct, soumis à la quatrième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, présentait une mise à jour du premier plan stratégique à moyen terme pour la période 2008-2013 et pour le budget programme 2008-2009.⁶

10. Un élément essentiel de tout cadre gestionnaire fondé sur les résultats consiste à surveiller les résultats dans le temps et à évaluer l'effet des programmes. La capacité du Secrétariat de l'OMS en matière de surveillance et la transparence seront renforcées par le nouveau cadre proposé, car les étapes de la planification seront mieux articulées et conduiront à une élaboration plus efficace du budget programme. Il faut souligner qu'on entend par résultats ceux des programmes et des bureaux

¹ Voir le document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 1.

² Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la troisième séance.

³ Voir le document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la neuvième séance.

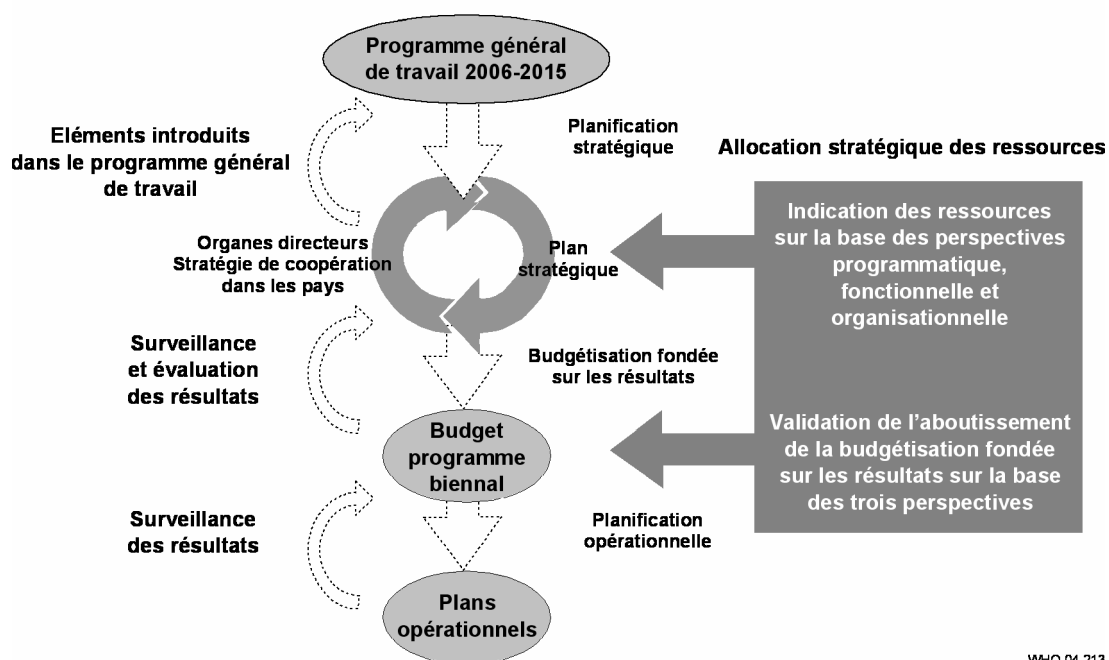
⁴ WHA57/2004/REC/3, procès-verbal de la Commission B : troisième séance.

⁵ Voir le document EBABFC3/5.

⁶ Voir le document EBPBAC4/5.

de l'OMS, et non les réalisations des différents Etats Membres, bien que tout soit mis en oeuvre pour assurer de bons résultats dans les pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés.

11. Le nouveau cadre est présenté dans le diagramme ci-après :



WHO 04.213

ALLOCATION STRATEGIQUE DES RESSOURCES : PRINCIPES DIRECTEURS

12. Dans ce contexte, les principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources donnent l'occasion de renforcer encore l'approche gestionnaire fondée sur les résultats. L'on passe d'une approche *fondée sur les ressources*, où l'allocation des ressources précède leur planification, à une approche *fondée sur les résultats*, qui consiste à décider d'abord ce qu'il faut faire puis à en tirer les conséquences du point de vue des coûts et des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Cette procédure est entièrement compatible avec une approche fondée sur les besoins, car les objectifs et les ressources qui leur sont associés visent logiquement les domaines où les besoins sont les plus importants.

13. Le projet des sept principes directeurs est énoncé ci-dessous.¹

Premier principe

La coordination et l'allocation stratégiques des ressources doivent d'abord et avant tout reposer sur la planification stratégique et la budgétisation fondée sur les résultats, les résultats escomptés étant déterminés au terme d'un processus de planification à l'échelle de

¹ Voir le document EB115/CD/1.

l'Organisation, et les budgets doivent être établis de bas en haut en partant des ressources estimées nécessaires pour obtenir les résultats escomptés.

Deuxième principe

Les allocations stratégiques des ressources doivent être solidement fondées sur l'équité et sur l'appui aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés.

Troisième principe

Le budget doit englober l'ensemble des ressources financières de l'OMS. Les besoins en ressources doivent être envisagés de manière intégrée, compte tenu des recettes de toute provenance dans le cadre d'un seul budget pour l'ensemble de l'Organisation.

Quatrième principe

Les allocations stratégiques des ressources doivent couvrir l'ensemble de la période de planification de six ans. Les indications des ressources doivent toutefois être suffisamment larges et privilégier la souplesse plutôt que la rigidité.

Cinquième principe

Les résultats de programmes ou de bureaux déterminés doivent être pris en considération dans l'allocation stratégique des ressources. Les programmes ou les bureaux dont les résultats sont concluants doivent être reconnus, leur expérience servant de modèle de bonnes pratiques. Les programmes ou bureaux qui ne sont pas parvenus à obtenir les résultats escomptés retiendront l'attention pour qu'il soit possible de mieux comprendre les carences et d'apporter un appui susceptible de favoriser des progrès rapides.

Sixième principe

Trois perspectives complémentaires doivent être envisagées pour définir les fourchettes de l'allocation stratégique des ressources :

- a) La **perspective programmatique** reflète les priorités de l'Organisation concernant l'exécution des programmes. Elle répond à la question « quels sont les objectifs et les résultats que l'OMS cherche à atteindre ? ». Ces objectifs et résultats sont énoncés dans le programme général de travail, les résolutions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé, les conclusions de l'analyse des stratégies de coopération avec les pays et d'autres engagements mondiaux, comme les objectifs du Millénaire pour le développement.
- b) La **perspective fonctionnelle** répond à la question « quel est le meilleur moyen à utiliser par l'OMS pour atteindre ses objectifs et résultats ? ». On envisage ici les fonctions essentielles de l'Organisation et la façon de les concilier pour atteindre de la manière la plus efficace possible ses objectifs stratégiques.
- c) La **perspective organisationnelle** a trait aux bureaux de l'OMS dans les pays et les Régions et au Siège. Cette perspective répond à la question « à quel niveau de l'Organisation l'activité est-elle menée à bien de la meilleure façon et de la manière la

plus efficace ? ». Les ressources doivent être orientées vers le niveau où l'activité se déroule en préservant l'équité et en mettant l'accent sur les pays les plus démunis.

Septième principe

L'aboutissement du processus de planification stratégique et de budgétisation fondée sur les résultats doit être évalué et justifié par rapport à un dispositif de validation donnant des fourchettes indicatives de ressources pour le Siège et pour chaque Région.

L'allocation effective des ressources compte tenu des fourchettes cibles sera suivie périodiquement. Si les allocations peuvent varier ou s'écarter des cibles dans certaines parties du cycle de planification stratégique, elles doivent s'équilibrer sur l'ensemble de la période. En cas de variation sensible, les fourchettes cibles pourront être révisées pour refléter une modification exceptionnelle de la situation.

L'ALLOCATION STRATEGIQUE DES RESSOURCES EN FONCTION DES TROIS PERSPECTIVES

14. Pour aboutir à une réalisation pratique de ces principes, une double approche s'impose, les deux aspects étant complémentaires. La première approche concerne le processus de planification stratégique et les trois perspectives présentées dans le sixième principe. La deuxième concerne un dispositif de validation fondé sur des critères visant à assurer l'équité et à mettre l'accent sur les pays les plus démunis. Ces approches sont développées dans la section qui suit.

15. Le point de départ du processus de planification est constitué par les objectifs stratégiques. En identifiant les objectifs stratégiques, on a tenu compte des critères ci-après :¹

- la problématique mondiale de la santé telle qu'elle est articulée dans le programme général de travail ;
- les besoins des Etats Membres définis dans les stratégies de coopération avec les pays, les enquêtes épidémiologiques et les analyses de la charge de morbidité ;
- les principaux défis pour la santé revêtant une importance et une pertinence mondiales et régionales, tels qu'ils ont été définis dans les discussions, les décisions et les résolutions de l'Assemblée de la Santé et des comités régionaux ;
- l'équité, l'efficacité et les résultats ainsi que l'appui aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés ;
- l'avantage de l'OMS comparée aux autres organisations, sur la base des objectifs et des fonctions fondamentales de l'Organisation ;
- les effets potentiels mesurables dans le cadre de la période de planification stratégique à moyen terme.

¹ Programme général de travail 2002-2005, paragraphe 13 ; EBPDC3/7, Fixation des priorités à l'OMS, 20 novembre 1996, paragraphes 4 à 6 ; EUR/RC43/4, Priorités pour le budget programme 1996-1997, paragraphe 13.

16. Les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques peuvent être réexaminées au cours des cycles successifs de budgets programmes biennaux pour tenir compte de l'évolution de la situation et des nouveaux besoins et faire en sorte que l'Organisation continue de répondre aux besoins des pays. En outre, pour assurer une utilisation efficiente et efficace des ressources, il faudra arriver à une répartition judicieuse en vue d'un financement approprié concernant *l'ensemble* des objectifs stratégiques de l'OMS. Il ne faut pas que le niveau élevé des ressources allouées à un programme apparaisse comme une compensation dans le cas où d'autres programmes ont été dotés de ressources insuffisantes.

17. La détermination des besoins en ressources pour répondre aux objectifs stratégiques est un processus itératif. Sur la base des cibles et des approches stratégiques définies pour chaque objectif stratégique, une indication relative des ressources sera fournie pour l'ensemble des objectifs, des catégories étant établies selon le niveau relatif des ressources requises – élevé, moyen ou faible. Cette *première* étape doit être considérée comme une indication stratégique d'origine politique pour l'ensemble de l'Organisation correspondant à la perspective programmatique énoncée dans le sixième principe directeur. Elle servirait à la fois à mieux orienter la mise au point des objectifs stratégiques, à établir des coûts plus détaillés liés aux résultats escomptés ainsi qu'à vérifier l'aboutissement de la budgétisation fondée sur les résultats.

18. La *deuxième* étape, qui tient compte de l'analyse initiale de haut niveau et de l'indication initiale des ressources, et qui est une évaluation plus détaillée, de bas en haut, des coûts liés aux objectifs stratégiques intervient à tous les niveaux de l'Organisation. On prend comme point de départ les résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques. La procédure comprendra une analyse détaillée suivant les perspectives fonctionnelles et organiques exprimées dans le sixième principe directeur.

19. La *troisième* étape, le résultat de l'évaluation des coûts de bas en haut, serait comparée à des indications stratégiques primaires, peut-être en plusieurs itérations. Le plan stratégique à moyen terme qui sera soumis aux organes directeurs contiendra une indication des ressources nécessaires pour six ans, rapprochant l'indication primaire décrite à la première étape des montants découlant de la budgétisation fondée sur les résultats visés dans la deuxième étape.

20. Le processus de planification et la budgétisation fondée sur les résultats conduiront aux besoins spécifiques de ressources de l'OMS pour une période de deux ans exprimés dans le projet de budget programme avec une ventilation pour le Siège et les Régions. Tenant compte des spécificités régionales, la ventilation au niveau des Régions (c'est-à-dire bureau régional, programmes interpays et programmes de pays) variera d'une Région à l'autre, conformément à la politique régionale établie par chaque comité régional ainsi qu'à la conception et aux politiques générales de l'Organisation.

21. Cette procédure itérative visant à garantir que l'Organisation fait « ce qu'il faut, comme il le faut, là où il le faut » est au coeur de la gestion fondée sur les résultats. Elle sera complétée par un mécanisme de validation pour assurer que, dans toutes les Régions, on mette bien l'accent sur l'équité et les pays les plus démunis, sur la base de critères objectifs.

DISPOSITIF DE VALIDATION

22. Le dispositif de validation servira à évaluer et analyser le résultat de l'élaboration du plan stratégique à moyen terme et des projets de budgets programmes. Il couvrira l'ensemble de l'Organisation et s'appliquera aux fonds de toute provenance. Il indiquera des fourchettes en

pourcentage pour le Siège et pour chaque Région dans l'ensemble, pour toute la période de planification. S'il doit être considéré comme un outil de référence important et transparent, le dispositif de validation ne détermine pas l'allocation des ressources, mais permet plutôt de fournir des éléments et de valider les besoins de ressources fondés sur les résultats dans le cadre de l'établissement du plan stratégique à moyen terme et des projets de budgets programmes qui lui sont associés.

23. Le dispositif est fondé sur l'examen de trois composantes :

a) une **composante fixe** comprenant les fonctions qui doivent être exécutées aux différents niveaux de l'Organisation, par exemple les fonctions normatives et statutaires, le financement de la composante fixe pouvant être assuré aussi bien par le budget ordinaire que par des fonds extrabudgétaires ;

b) une **composante « engagement »** reflétant les fonctions régionales dont le coût varie en fonction du nombre de pays concernés, y compris le coût de l'engagement aux côtés de tous les Etats Membres dans une Région déterminée quelle que soit la situation sanitaire et socio-économique ;

c) une **composante « besoins »** reflétant la situation sanitaire et socio-économique relative et tenant compte d'un facteur « population », qui sera la composante la plus importante du point de vue de l'enveloppe totale des ressources.

24. On trouvera en annexe une description détaillée des paramètres et de la méthodologie utilisés, ainsi que du résultat obtenu pour le dispositif de validation envisagé.

25. Ce dispositif débouche sur une fourchette, c'est-à-dire une indication des ressources, pour valider le montant issu de la budgétisation fondée sur les résultats, et non l'inverse. Le dispositif *ne* détermine *pas* les allocations de ressources pour l'ensemble de l'Organisation, ce qui serait contraire aux principes de base de la gestion fondée sur les résultats et ne permettrait pas d'adopter une approche souple, par exemple, face à des situations exceptionnelles, comme des situations d'urgence et des pays en crise où aucun dispositif ne saurait raisonnablement être appliqué sans en compromettre la simplicité, l'objectivité et la reproductibilité.

26. Dans le cadre de la procédure de planification normale, plusieurs itérations pourront être nécessaires pour garantir que l'aboutissement de la budgétisation fondée sur les résultats s'inscrit dans le cadre des fourchettes indicatives issues du dispositif de validation ou que les écarts sont explicitement et clairement justifiés.

LE PROCESSUS D'ALLOCATION STRATEGIQUE DES RESSOURCES

27. L'allocation stratégique des ressources fait partie intégrante des processus gestionnaires de l'OMS dont le calendrier général est défini ci-dessous.

28. **Onzième programme général de travail (2006-2015).** Un projet de onzième programme général de travail a été soumis au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session. Après un nouvel examen lors d'une réunion extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (le 24 février 2006), le programme général de travail devait être soumis à l'examen et à l'approbation de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

29. **Plan stratégique à moyen terme (2008-2013).** Sur la base du onzième programme général de travail, un projet de plan stratégique à moyen terme est en train d'être établi avec notamment des indications des ressources stratégiques suivant le modèle présenté dans ce document. Un rapport de situation a été soumis à la quatrième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en mai 2006. Il sera ensuite soumis aux comités régionaux en 2006, au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

30. **Projet de budget programme (2008-2009).** Sur la base du projet de plan stratégique à moyen terme, on est également en train d'établir le projet de budget programme biennal qui sera soumis en compagnie du plan stratégique à moyen terme aux comités régionaux en septembre 2006, au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session ainsi qu'à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

31. Le Conseil exécutif est invité à examiner l'approche proposée et le projet de principes directeurs énoncés dans le présent document, ainsi que le dispositif de validation présenté dans l'annexe.

ANNEXE

**PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ALLOCATION STRATEGIQUE
DES RESSOURCES, DISPOSITIF DE VALIDATION****INTRODUCTION**

1. Le septième principe directeur pour l'allocation stratégique des ressources dispose que « l'aboutissement du processus de planification stratégique et de budgétisation fondée sur les résultats doit être évalué et justifié par rapport à un dispositif de validation donnant des fourchettes indicatives de ressources pour le Siège et pour chaque Région ». La présente annexe indique les paramètres et la méthodologie proposés sur lesquels est fondé le dispositif de validation, ainsi que le résultat obtenu.

PARAMETRES ET METHODOLOGIE PROPOSES

2. Comme déjà indiqué dans le document principal, le dispositif de validation servira à évaluer et analyser le résultat de l'élaboration du plan stratégique à moyen terme et du projet de budget programme. Il couvrira l'ensemble de l'Organisation et s'appliquera aux fonds de toute provenance. Il indiquera des fourchettes en pourcentage pour le Siège et pour chaque Région dans l'ensemble, pour toute la période de planification. S'il doit être considéré comme un outil de référence important et transparent, le dispositif de validation ne détermine pas l'allocation des ressources, mais permet plutôt de fournir des éléments et de valider les besoins de ressources fondés sur les résultats dans le cadre de l'établissement du plan stratégique à moyen terme et des projets de budgets programmes qui lui sont associés. La base de la répartition des ressources à laquelle s'applique le dispositif est le budget programme 2006-2007 approuvé par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005.

3. Cette section présente de manière détaillée les différentes composantes du dispositif et énonce les différentes options qui ont été examinées et qui sont proposées. On rappellera que les trois composantes sont les suivantes :

- a) une **composante fixe** comprenant les fonctions qui doivent être exécutées aux différents niveaux de l'Organisation. Le financement de la composante fixe pouvant être assuré aussi bien par le budget ordinaire que par des fonds extrabudgétaires ;
- b) une **composante « engagement »** reflétant les fonctions régionales dont le coût varie en fonction du nombre de pays concernés, y compris le coût de l'engagement aux côtés de tous les Etats Membres dans une Région déterminée quelle que soit la situation sanitaire et socio-économique ; et
- c) une **composante « besoins »** reflétant la situation sanitaire et socio-économique relative et tenant compte d'un facteur « population », qui sera la composante la plus importante du point de vue de l'enveloppe totale des ressources.

4. Les situations d'urgence ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif de validation. Par situation d'urgence, on entend des situations récentes imprévues et des situations de crise qui ne pouvaient être reflétées par l'un des indicateurs utilisés dans le dispositif de validation. Dans le même esprit, l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite doit également être exclue du dispositif de validation.

A. Composante fixe

5. Le dispositif envisage une composante fixe pour le Siège et une composante fixe pour les Régions.

6. Le **Siège** est couvert entièrement par la composante fixe qui est une estimation fondée sur des informations solides et sur une analyse des fonctions indispensables pour atteindre les objectifs stratégiques là où ces fonctions peuvent être exécutées de manière efficiente et efficace. Il s'agit notamment de la mise au point des politiques mondiales, des règles, des normes et des principes directeurs ; de l'analyse, de la gestion et de la diffusion d'informations sanitaires mondiales ; de la gouvernance ; de l'engagement aux côtés de partenaires clés au niveau mondial ; ainsi que des fonctions gestionnaires et administratives pour l'ensemble de l'Organisation permettant l'exécution effective des programmes de l'OMS.

7. L'indication d'une fourchette de ressources appropriées pour le Siège dépendra beaucoup de la nature des objectifs stratégiques. Ceux-ci sont encore à l'examen et devront être précisés au cours des prochains mois dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique à moyen terme. Une considération fondamentale consistera à maintenir les efforts en cours visant à mieux refléter le dosage des activités effectuées aux trois niveaux de l'Organisation. Pour maintenir le rôle mondial déterminant de premier plan de l'OMS concernant la fixation de règles et de normes pour la santé publique mondiale, il semble que la part réaliste des ressources totales à affecter au Siège se situerait entre 25 % et 30 %, ce qui équivaut plus ou moins au niveau de 2006-2007. Aux fins de la modélisation, le niveau est fixé à 28 %.

8. La composante fixe **régionale** se rapporte aux fonctions qui ne varient pas beaucoup selon le nombre ou les besoins des pays concernés. Elle comprend par exemple : l'adaptation des politiques mondiales, des règles, des normes et des principes directeurs aux spécificités de la Région et des sous-régions et l'analyse de l'expérience régionale, ainsi que les informations en retour qui sont fournies pour affiner les éléments au niveau mondial ; l'analyse et la gestion de l'information sanitaire régionale ayant une incidence sur la politique régionale et sous-régionale ; l'identification, la négociation et le maintien de partenariats régionaux et sous-régionaux dans le cadre du programme commun pour la santé publique ; les coûts fixes de fonctionnement des dispositifs de consultation régionaux avec les Etats Membres ; et l'exécution des fonctions gestionnaires et administratives permettant une exécution efficace des programmes de l'OMS au niveau régional. Ces fonctions peuvent être assumées par le bureau régional ou par les bureaux de pays.

9. Sur la base des dépenses moyennes de l'Organisation dans ces domaines pour chaque Région, une fourchette réaliste de cette composante pourrait se situer entre 15 % et 20 % des ressources totales, soit 2 % à 3 % par Région. Ce montant substantiel reflète le rôle normatif et statutaire très important que jouent les Régions, que ce soit au bureau régional ou au niveau des bureaux de pays. Aux fins de la modélisation, la valeur de cette composante est fixée à 15 %.

B. Composante « engagement »

10. La **composante « engagement »** affecte un même montant en dollars à chaque Etat Membre. Elle reflète, par exemple, les coûts occasionnés par l'exécution des fonctions de base pour tous les Etats Membres, quels que soient leurs besoins relatifs, par exemple l'engagement politique avec tous les Etats Membres et la stimulation de la coopération entre les pays.

11. La composante « engagement » ne doit pas refléter les coûts liés aux opérations des bureaux de pays. Il s'agit plutôt d'un montant symbolique reflétant le fait que l'OMS, en sa qualité d'organisation universelle, est au service de tous les Etats Membres. Si l'intention n'est pas de relier cette

composante à des fonctions administratives en pondérant les ressources selon le nombre des pays, on reflète la réalité des coûts administratifs plus importants associés au fait que telle ou telle Région peut comprendre un nombre plus important de pays. La composante « engagement » représente une part plus faible que la composante fixe ou la composante « besoins », mais elle reste nécessaire pour refléter au niveau régional d'ensemble la réalité des activités de l'OMS. En tout, la composante « engagement » représenterait quelque 2 % de l'enveloppe totale des ressources.

12. Un certain nombre de Régions englobent des territoires et des zones placés sous la juridiction d'Etats Membres qui n'appartiennent pas à la même Région. Si le Secrétariat de l'OMS coopère aussi avec eux, ils sont pris en compte dans la composante « engagement » à raison de 50 % d'un Etat Membre.

C. Composante « besoins »

13. Conformément au deuxième principe directeur de l'allocation stratégique des ressources, c'est la composante « besoins » qui représente la partie la plus importante du dispositif. En fait, après déduction de la composante fixe et de la composante « engagement » de l'enveloppe totale, il reste 55 % à 60 % des ressources pour la composante « besoins ».

14. Des efforts considérables ont été consentis pour que le dispositif soit objectif, équitable et transparent sur la base des principes de l'équité et de l'aide aux pays les plus démunis. La composante « besoins » associe plusieurs facteurs qui seront examinés ci-dessous : l'indice fondé sur les besoins qui tient compte des indicateurs sanitaires et socio-économiques ; les groupements de pays et la pondération de l'indice ; et, enfin, un facteur « population ».

L'indice fondé sur les besoins

15. Plusieurs indicateurs sanitaires ou indicateurs de remplacement potentiels ont été évalués. C'est l'espérance de vie à la naissance qui a été retenue aux fins du dispositif pour plusieurs raisons : il ne s'agit pas d'un indicateur complet, mais c'est celui pour lequel on dispose des données les plus fiables et complètes au niveau des pays ; tous les autres indicateurs liés à la mortalité sont fortement corrélés à l'espérance de vie ; et il est considéré comme le meilleur indicateur disponible reflétant la santé de la population. La source utilisée est celle des chiffres pour 2003 tels qu'ils figurent dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*.¹

16. D'autres indicateurs possibles qui ont été envisagés sont le taux de mortalité des moins de cinq ans, la couverture vaccinale antirougeoleuse, la proportion des accouchements en présence de personnel qualifié, les années de vie perdues et la charge de morbidité (années de vie ajustées sur l'incapacité ou années de vie en bonne santé). Ces indicateurs se rapportent plus par exemple aux objectifs du Millénaire pour le développement ou reflètent davantage les lacunes réelles en matière de santé ; ils sont aussi moins fiables et moins comparables d'un pays à l'autre et pas toujours disponibles pour tous les pays. En outre, dans la plupart des cas, on observe une très forte corrélation avec l'indicateur de l'espérance de vie à la naissance.

¹ *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. Annexe statistique : Tableau 1.

17. Pour ce qui est de l'indicateur socio-économique, le produit intérieur brut (PIB) par habitant, ajusté pour la parité du pouvoir d'achat, a été considéré comme l'indicateur reflétant le mieux le niveau de vie ; il s'agit aussi du seul indicateur économique disponible pour l'ensemble des Etats Membres de l'OMS. On a utilisé les chiffres pour 2003 établis par l'OMS pour le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* qui est en préparation.

18. Le revenu national brut a également été envisagé, car il pourrait mieux refléter les ressources potentielles disponibles au niveau des ménages que le PIB, mais la série de données est incomplète. Une autre option envisagée était celle du classement des pays par la Banque mondiale (pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire, à faible revenu, etc.) qui fournit des informations directes et normalisées, mais sans toutefois refléter la parité du pouvoir d'achat. Ce classement a été établi dans le contexte du droit à recevoir des prêts, ce qui est très différent de la perspective de l'OMS ; et il serait difficile d'associer cet indicateur aux autres.

19. Dans le contexte de la composante « besoins », il faut envisager la question de la prise en compte du facteur « éducation » qui a un effet non négligeable sur les résultats en matière de santé, est considéré comme pouvant remplacer de manière satisfaisante les besoins sanitaires, et a été accepté comme facteur pertinent au moment de l'adoption de la résolution WHA51.31 en 1998. On peut également soutenir que ce facteur rend l'indice plus favorable aux pays les moins avancés qui, d'une manière générale, ont des niveaux d'éducation relativement inférieurs. En revanche, l'éducation n'est qu'un des déterminants sociaux parmi beaucoup d'autres et l'on peut aussi faire valoir qu'elle ne se situe pas vraiment au coeur du mandat de l'OMS.

20. En conclusion, deux options sont proposées pour l'indice fondé sur les besoins. La première consiste à ne tenir compte que de deux indicateurs : l'espérance de vie à la naissance et le PIB par habitant ajusté pour la parité du pouvoir d'achat, avec le même poids pour les deux. La deuxième option consiste à associer un indicateur « éducation ». Dans ce cas, il est suggéré d'utiliser l'indicateur du développement humain du PNUD : largement accepté comme un bon indicateur des besoins sanitaires et socio-économiques, cet indicateur a été utilisé dans la résolution WHA51.31 et il englobe déjà les deux premiers indicateurs. Il ajoute un facteur « éducation » qui associe le taux d'alphabétisation des adultes et le taux brut de scolarisation aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. La source utilisée est celle des chiffres du PNUD pour 2003 tels qu'ils sont publiés sur le site Web du PNUD.¹

Groupements de pays et pondération

21. L'indice fondé sur les besoins, quelle que soit la forme retenue, reflétera toujours un certain niveau d'incertitude lié à la nature des données disponibles au niveau des pays. Cette incertitude désavantage souvent les pays pauvres en ressources dont les données sont moins fiables et qui sous-estiment souvent leurs besoins. C'est pourquoi, pour éviter un débat prolongé sur la fiabilité des données concernant un pays déterminé, il est proposé de regrouper les pays en fonction de leurs besoins relatifs tels qu'ils ressortent de l'indice fondé sur les besoins.

22. L'introduction de groupements permet de donner davantage de poids à un groupe comparativement à un autre – en d'autres termes, de modifier la progressivité de l'indice fondé sur les résultats. Cette méthodologie peut permettre de donner davantage d'importance aux groupes comprenant les pays les plus démunis.

¹ *Rapport mondial sur le développement humain 2003*. Accessible sur <http://hdr.undp.org/reports/global/2003>.

23. Aux fins du dispositif de validation, il est proposé d'introduire des déciles pour les besoins sanitaires, c'est-à-dire d'affecter les pays à dix groupes distincts d'une vingtaine de pays chacun, en fonction de l'indice fondé sur les besoins. L'utilisation des déciles permet d'éviter une situation où l'on aurait trop peu de groupements – ce qui impliquerait des variations plus importantes entre les pays d'un même groupe – et des groupements trop nombreux, ce qui irait à l'encontre du résultat recherché. Les déciles du dispositif de validation sont numérotés de 1 à 10, le décile 1 étant celui des pays les plus démunis et le décile 10 celui des pays dont les besoins sont les plus faibles.

Tableau 1

Décile	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Progressivité : 20 %	3,6	3,0	2,5	2,1	1,7	1,4	1,2	1,0	0,0	0,0
35 %	8,2	6,1	4,5	3,3	2,5	1,8	1,4	1,0	0,0	0,0

24. Au vu de la progression géométrique de chaque groupement, il semblerait judicieux d'adopter un taux de progressivité de 20 % d'un décile à l'autre. Mais un tel taux se révèle moins favorable pour les Régions, telles que la Région africaine, qui compte un nombre important de pays moins avancés que la répartition actuellement utilisée pour les ressources en 2006-2007. Afin de mettre davantage l'accent sur les pays les plus démunis et en réponse aux préoccupations exprimées par certains Etats Membres au cours de l'élaboration du dispositif, il est donc proposé d'introduire un taux de progressivité de 35 % dont l'effet est indiqué au Tableau 1. En outre, conformément au deuxième principe directeur, tous les pays les moins avancés définis comme tels par l'Assemblée générale des Nations Unies se voient attribuer le même coefficient de pondération, qui est égal à celui des pays du premier décile.

25. Les deux derniers déciles qui représentent les pays avec l'espérance de vie et le PIB par habitant les plus élevés ont un coefficient de pondération nul. Ainsi, 39 pays ne sont pas pris en compte aux fins de la composante « besoins » du dispositif de validation.

Facteur « population »

26. La dernière étape pour la mise au point de la composante « besoins » consiste à introduire un facteur « population » pour que les Régions comportant des pays relativement peuplés obtiennent une part plus importante des ressources que cela ne serait le cas si ces mêmes pays étaient moins peuplés. Mais il faut alors appliquer une technique de lissage statistique aux chiffres concernant la population, car les ressources dont l'OMS a besoin pour coopérer effectivement avec les pays ne sont pas directement proportionnelles à la taille de la population. La source utilisée est celle des estimations de la Division des Nations Unies pour la Population concernant la population résidente pour 2003.¹

27. D'un point de vue théorique, plus les économies potentielles d'échelle sont importantes, plus le facteur population doit être comprimé, car la taille de la population devient moins importante pour déterminer le montant de ressources nécessaires à l'application d'un programme déterminé. Il existe différentes techniques de lissage permettant de comprimer plus ou moins fortement l'effet de la taille de la population. Deux techniques types couramment utilisées sont la racine carrée et le carré du

¹ *World Population Prospects: The 2004 Revision Highlights*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2005.

logarithme ajusté de la population (ALPS). Aux fins de la modélisation du dispositif, les deux méthodologies ont été retenues.

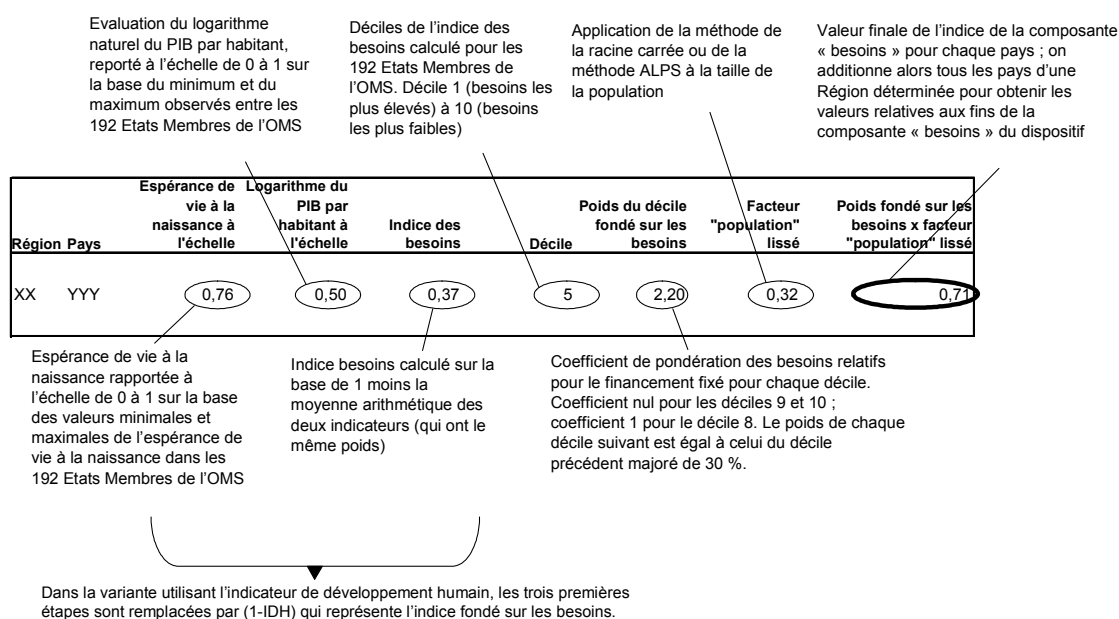
- La méthodologie de la racine carrée applique simplement cette fonction à la taille de la population. Ainsi, dans une situation normale, le rapport entre par exemple les Palaos et la Chine, pour prendre deux exemples extrêmes, est de 1 sur 65 000 ; l'application de la racine carrée ramène ce rapport à 1 sur 220.
- La méthode du carré du logarithme ajusté de la population comprime davantage le résultat que celle de la racine carrée. Pour prendre le même exemple, le rapport entre les Palaos et la Chine serait ramené à 1 sur 67. La méthode ALPS donne moins de poids aux pays plus peuplés que la méthode de la racine carrée et c'est elle qui a été retenue dans la formule aboutissant à la résolution WHA51.31.

RESULTATS DE L'APPLICATION DU DISPOSITIF DE VALIDATION

28. Aux fins de la modélisation, on a retenu les parts suivantes pour les différentes composantes du dispositif :

- Composante fixe pour le Siège : 28 %
- Composante fixe pour les Régions : 15 %
- Composante « engagement » : 2 %
- Composante « besoins » : 55 %

29. Le dispositif de validation englobe l'ensemble de ces composantes. La méthodologie de la composante « besoins » décrite dans la section précédente est appliquée aux 55 % des ressources totales qui restent après déduction de la composante fixe et de la composante « engagement ». Chaque pays se voit affecter d'une valeur de l'indice fondée sur les indicateurs des besoins, chaque indicateur des besoins ayant le même poids ; chaque pays est ensuite affecté à l'un des déciles auxquels on attribue un coefficient de pondération sur la base du taux de progressivité de 30 % ; le facteur « population » lissé est alors multiplié par le facteur « besoins » pondéré de chaque pays. On additionne ensuite les pays d'une Région déterminée pour obtenir les valeurs relatives aux fins de la composante « besoins » des indications régionales des ressources. Un exemple fictif apparaît ci-après.



30. La composante fixe et la somme de la composante « engagement » sont ajoutées à la composante « besoins » pour donner l'indication régionale totale des ressources. Le tableau ci-dessous présente les résultats avec les quatre permutations possibles. La base utilisée est tirée du budget programme approuvé pour 2006-2007, à l'exclusion de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours ainsi que de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, comme expliqué au paragraphe 4 de la présente annexe.

	Option indice fondé sur les besoins :	Espérance de vie et PIB par habitant		Indicateur de développement humain		
		Racine carrée	ALPS	Racine carrée	ALPS	
	Option lissage de la population :					
		Base 06-07*	1	2	3	4
Siège/niveau mondial**		33,2	28,0	28,0	28,0	28,0
Bureau régional de l'Afrique		26,5	27,4	29,4	26,6	28,7
Bureau régional des Amériques		6,3	6,8	7,3	6,7	7,3
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est		10,0	13,3	10,8	13,3	10,9
Bureau régional de l'Europe		6,5	7,1	7,5	6,3	6,5
Bureau régional de la Méditerranée orientale		9,9	9,9	9,2	11,1	10,4
Bureau régional du Pacifique occidental		7,7	7,5	7,8	8,0	8,2
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* A l'exclusion de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours, ainsi que de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite.

** Y compris le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Centre OMS pour le développement sanitaire, Kobe (Japon), le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, la couverture des risques de change, le fonds pour la technologie de l'information, le fonds immobilier, le fonds pour la sécurité (~5 % du budget total).

31. Comme l'illustre le tableau, les différences entre les quatre permutations, selon l'indice fondé sur les besoins et la technique de lissage utilisée, ne sont pas très prononcées. Il apparaît aussi que différentes Régions sont affectées par différentes variantes. Ainsi, la Région européenne et celle de la Méditerranée orientale sont beaucoup plus sensibles au facteur « éducation » que les autres Régions : la prise en compte du facteur « éducation » affecte négativement la Région européenne, mais positivement la Région de la Méditerranée orientale. Pour la Région africaine et celle de l'Asie du Sud-Est, le facteur déterminant est la technique de lissage de la population, la Région de l'Asie du Sud-Est composée de pays peu nombreux relativement peuplés étant favorisée par l'application de la méthode de la racine carrée, alors que la Région africaine, composée de nombreux pays relativement moins peuplés, a tout à gagner de l'application de la méthode ALPS. Cette analyse simple permet de refléter les difficultés inhérentes aux efforts visant à assurer l'équité et à dégager un consensus pour l'ensemble de l'Organisation sur la base de modèles de ce type.

32. Comme indiqué dans les principes directeurs, le dispositif ne fournit qu'une *fourchette indicative*. L'utilisation de fourchettes est judicieuse pour plusieurs raisons : le dispositif doit servir uniquement d'instrument de validation et non de modèle d'allocation des ressources en bonne et due forme ; il permet d'éviter les débats propres à semer la division qui sont liés à de tels modèles ; le dispositif sert néanmoins l'objectif indiqué dans la décision WHA57(10) qui est d'assurer l'équité et l'appui aux pays les plus démunis, en particulier les moins avancés.

33. Il est donc proposé de prendre l'indication relative moyenne des ressources de ces quatre permutations en appliquant une fourchette relative de +/-10 % à cette moyenne, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. L'application d'une fourchette relative permet de garantir que toutes les Régions, quelle que soit leur taille, sont situées dans la même fourchette relative entre des valeurs minimales et maximales.

34. Cela impliquerait que sur la période de planification stratégique de six ans, l'allocation des ressources devrait être située entre les deux valeurs extrêmes de la fourchette ou être justifiée si ces limites étaient dépassées (pour tenir compte par exemple d'une modification importante de la situation dans une Région ou une autre).

	Base*	Indication relative des ressources pour six ans		
		Moyenne	Minimum	Maximum
Siège/niveau mondial**	33,2	28,0	25,2	30,8
Bureau régional de l'Afrique	26,5	28,0	25,2	30,8
Bureau régional des Amériques	6,3	7,0	6,3	7,7
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	10,0	12,1	10,9	13,3
Bureau régional de l'Europe	6,5	6,9	6,2	7,5
Bureau régional de la Méditerranée orientale	9,9	10,2	9,1	11,2
Bureau régional du Pacifique occidental	7,7	7,9	7,1	8,7
	100,0	100,0	90,0	110,0

* A l'exclusion de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours, ainsi que de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite.

** Y compris le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Centre OMS pour le développement sanitaire, Kobe (Japon), le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, la couverture des risques de change, le fonds pour la technologie de l'information, le fonds immobilier, le fonds pour la sécurité (~5 % du budget total).

35. Le résultat n'est pas très différent de celui du budget 2006-2007 qui a été établi en suivant l'approche de la budgétisation fondée sur les résultats, ce qui démontre que l'allocation actuelle des ressources met déjà davantage l'accent sur les pays les moins avancés.

= = =