

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-troisième session
Brazzaville, République du Congo, 2–6 septembre 2013

Point 17 de l'ordre du jour

**ORIENTATIONS POUR L'EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2014–2015
DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE ET INFORMATIONS
SUR LE DIALOGUE FINANCIER**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le budget programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2014–2015 est le premier élaboré dans le cadre du douzième programme général de travail 2014–2019, et le premier budget programme qui met en œuvre les aspects programmatiques des réformes de l'OMS.
2. Le document définit les priorités et la répartition du budget, et présente des principes directeurs qui sous-tendent la mise en œuvre du budget programme 2014–2015 dans la Région africaine. Le budget a été ventilé selon la catégorie d'activités, le secteur de programme et le niveau, c'est-à-dire dans les bureaux de pays et au Bureau régional, avec une répartition détaillée par pays.
3. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ensemble du budget programme de l'OMS pour l'exercice biennal 2014–2015, qui s'élève à US \$3 977 000 000. La part allouée à la Région africaine est de 28 % de l'enveloppe totale, soit US \$1 120 000 000, ce qui représente une légère augmentation de 2,5 % par rapport à l'allocation du budget initial au titre de la période biennale 2012–2013.
4. Cependant, la répartition du budget entre les programmes prioritaires montre un déséquilibre que l'on peut attribuer à une forte orientation vers les situations d'urgence et la poliomyélite et à la sous-budgétisation des autres priorités clés de la Région et des programmes liés aux objectifs du Millénaire pour le développement. Par conséquent, les États Membres et le Secrétariat doivent intensifier la mobilisation de ressources pour mieux financer l'ensemble des priorités et compenser les limites constatées dans le budget.
5. Le Comité régional est invité à prendre note et à fournir de nouvelles orientations pour l'exécution du budget programme 2014–2015 adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

SOMMAIRE

| | Pages |
|--|--------------------|
| I ORIENTATIONS POUR L'EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2014–2015 DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE | 1–9 |
| | Paragraphes |
| Introduction | 1–3 |
| Priorités | 4–8 |
| Leçons apprises | 9–13 |
| Budget programme 2014–2015 | 14–20 |
| Principes directeurs | 21 |
| Rôles et responsabilités | 22–23 |
| Conclusion | 24–25 |
| | Page |
| Tableaux | |
| 1. Budget global de l'OMS par catégorie d'activités et Bureau régional, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000) | 6 |
| 2. Allocations budgétaires à la Région africaine, ventilation par Bureau régional et bureaux de pays par catégorie d'activités, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000) | 6 |
| 3. Allocations budgétaires à la Région africaine, ventilation par Bureau régional et bureaux de pays par catégorie d'activités et secteurs de programme, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000) | 7 |
| 4. Allocation budgétaire aux centres budgétaires des bureaux de pays dans la Région africaine, budget programme 2014–2015 | 8 |
| II INFORMATION SUR LE DIALOGUE FINANCIER | 10–12 |

I ORIENTATIONS POUR L'EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2014–2015 DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE

INTRODUCTION

1. Le budget programme 2014–2015 de l'OMS est le premier élaboré conformément aux décisions concernant les réformes de l'OMS, et le premier des trois budgets programmes biennaux pour la période couverte par le douzième programme général de travail (PGT) 2014–2019¹. L'élaboration et la mise en œuvre ultérieure du budget programme 2014–2015 sont des moyens essentiels de faire avancer le processus de réforme de l'OMS. Le budget programme 2014–2015 a été structuré autour de six catégories et de secteurs de programme, en s'écartant de la structure des budgets programmes antérieurs, qui était axée sur les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Ce budget programme fournit également un nouveau cadre pour les ressources financières et les dépenses, avec plus de flexibilité prévue dans le financement de l'Organisation. Il est non seulement l'outil essentiel de programmation technique, mais également le principal instrument de responsabilisation et de transparence, ainsi que de financement et de mobilisation de ressources.

2. Suite à la recommandation de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA/66.2 en mai 2013. Cette résolution permet aux bureaux de l'OMS, à tous les niveaux, d'élaborer des plans de travail pour la période biennale 2014–2015 sur la base des besoins des pays et des priorités régionales.

3. Le présent document fait ressortir les priorités en matière de santé et la répartition du budget alloué aux pays et au Bureau régional. Il propose également les principes directeurs et les responsabilités partagées entre les États Membres et le Secrétariat de l'OMS en ce qui concerne l'exécution du budget programme dans la Région africaine au cours de la période biennale 2014–2015.

PRIORITÉS

4. Dans le cadre des réformes de l'OMS, les États Membres ont fixé des critères clairs pour définir le nouveau groupe de six priorités de leadership pour la période 2014–2019 telles qu'énoncées dans le douzième programme général de travail (PGT). Ces priorités représentent des domaines essentiels dans lesquels l'OMS cherche à jouer un rôle de chef de file de la santé dans le monde. Ces priorités sont les suivantes : a) faire progresser la couverture sanitaire universelle; b) accélérer les activités relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé; c) relever le défi lié aux maladies non transmissibles; d) appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005); e) améliorer l'accès à des produits médicaux essentiels, de grande qualité et abordables; et f) agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

5. Les priorités de leadership ne représentent pas la totalité des activités de l'OMS. Elles représentent néanmoins la contribution la plus importante de l'OMS à la santé mondiale au cours de la période couverte par le douzième PGT. Ces priorités mondiales ont été présentées dans six catégories d'activités qui constituent le cadre du budget programme 2014–2015.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Pas seulement une absence de maladie : douzième programme général de travail de l'OMS 2014–2019*. Genève, 2013.

6. Au niveau de la Région, les États Membres ont approuvé les priorités régionales énoncées dans le document qui fixe les orientations stratégiques du Bureau régional² afin de pérenniser les acquis et de s'attaquer aux priorités actuelles, émergentes et réémergentes. Le document en question met l'accent sur six domaines prioritaires fondés sur les fonctions essentielles de l'Organisation, des domaines orientés vers l'action, qui ont pour but d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région. Ces domaines prioritaires sont les suivants : a) maintien de l'accent sur le rôle de chef de file de l'OMS dans la fourniture d'orientations normatives et politiques, et dans le renforcement des partenariats et de l'harmonisation; b) appui soutenu au renforcement des systèmes de santé, sur la base de l'approche des soins de santé primaires; c) positionnement de la santé des mères et des enfants en tête des priorités; d) accélération des interventions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose; e) intensification de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; et f) accélération de l'action sur les déterminants de la santé.

7. Au niveau des pays, les priorités pour chaque pays ont été définies dans les documents de Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP)³. Il ressort de l'analyse de ces documents que, dans la Région africaine, l'accent a été mis sur les priorités suivantes : politiques et systèmes de santé; lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; intensification de la riposte aux flambées de maladies et aux urgences, notamment les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme; amélioration de la santé de la mère et de l'enfant; lutte contre les maladies négligées; contrôle des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles; et promotion de l'intensification des interventions sanitaires éprouvées offrant un bon rapport coût-efficacité.

8. Dans l'ensemble, les priorités définies aux niveaux mondial et régional sont parfaitement alignées et répondent aux principaux besoins des pays. Le budget programme 2014–2015 et les plans opérationnels ultérieurs offrent la possibilité de planifier pour opérationnaliser la mise en œuvre des interventions pertinentes permettant de faire face à ces priorités.

LEÇONS APPRISES

9. Divers enseignements ont été tirés de la mise en œuvre du budget programme 2012–2013. Les leçons apprises sont décrites ci-dessous et peuvent être appliquées pour améliorer l'exécution du budget programme de l'exercice biennal 2014–2015.

10. La crise financière mondiale, qui continue d'affecter le volume des ressources disponibles à l'OMS, a incité le Bureau régional de l'Afrique à prendre des mesures d'austérité en vue de générer des économies et de compenser certains déficits budgétaires. La leçon apprise est qu'il est possible d'appliquer avec succès des mesures de maîtrise des coûts, dont l'efficacité est avérée et qui doivent être poursuivies et mises en œuvre aux niveaux national et régional.

11. Un processus de planification opérationnelle fondé sur des ressources imprévisibles a abouti à des résultats attendus et des réalisations limités, ainsi qu'à des plans de mise en œuvre irréalistes. Le dialogue financier avec les partenaires dans le cadre des réformes de l'OMS vise l'établissement d'un budget plus réaliste, l'amélioration de la crédibilité du budget et la réduction du degré élevé d'incertitude liée aux contributions volontaires. Ceci aboutirait à une meilleure planification opérationnelle et à une mise en œuvre plus efficace du programme.

² Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique. *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : Orientations stratégiques pour l'OMS 2010–2015*. Brazzaville, République du Congo, 2010.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Stratégies de Coopération de l'OMS avec les Pays : analyse globale 2012*. Genève, 2012.

12. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide⁴, le Programme d'Action d'Accra⁵ et le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA)⁶ ont offert des opportunités pour mobiliser des ressources supplémentaires. Dans la Région africaine, l'OMS a appris l'importance de poursuivre les efforts de consolidation des partenariats, qui offrent de nouvelles occasions de tirer parti des ressources techniques et financières destinées à la mise en œuvre effective du budget programme. En s'inspirant de cette expérience, de nouvelles alliances stratégiques doivent être conclues et les partenariats existants renforcés pour dégager une synergie d'actions, en particulier avec l'Union africaine, les communautés économiques régionales (CER) et les initiatives mondiales en faveur de la santé.

13. L'article 50 de la Constitution de l'OMS permet aux États Membres d'allouer des ressources financières supplémentaires à la Région. Sur cette base, le Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) a été créé comme un mécanisme innovant pour combler les déficits de financement dans la Région africaine. Les États Membres devraient contribuer au FAUSP et à tout dispositif analogue; l'OMS et les États Membres devraient intensifier le plaidoyer pour mobiliser plus de ressources.

BUDGET PROGRAMME 2014–2015

14. Le budget programme 2014–2015 présente une description détaillée de ce qui sera fait pour réaliser la vision de la santé énoncée dans le douzième programme général de travail. Il est le principal instrument qui exprime la portée du travail de l'Organisation et identifie les rôles, les responsabilités et les allocations budgétaires. Le document est structuré autour de six catégories d'activités et de secteurs de programme connexes.

15. Cinq catégories mettent l'accent sur les aspects techniques des activités de l'OMS, notamment : a) les maladies transmissibles; b) les maladies non transmissibles; c) la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie; d) les systèmes de santé; et e) la préparation, la surveillance et l'intervention. La sixième catégorie, services institutionnels et fonctions d'appui, assure le bon fonctionnement du Secrétariat et l'exécution des programmes techniques.

16. L'allocation budgétaire au titre de l'exercice biennal 2014–2015 est fondée sur l'exécution du budget au cours de la période biennale 2010–2011; les allocations du budget programme au titre de l'exercice 2012–2013; la projection des recettes escomptées en 2014–2015; et la charge de morbidité. Le budget alloué à la Région africaine pour la période biennale 2014–2015 s'élève à US \$1 120 000 000 (voir tableau 1). Ce budget représente 28 % de l'enveloppe budgétaire totale de l'OMS, la même proportion que pour l'exercice biennal 2012–2013. Toutefois, ce budget est constitué d'une enveloppe de 40 % (US \$447 887 000) pour les situations d'urgence (principalement l'éradication de la poliomyélite) et d'une enveloppe de 60 % (US \$672 113 000) pour les programmes ne relevant pas des urgences.

⁴ Forum de haut niveau. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle*. Paris, 28 février–2 mars 2005.

⁵ Forum de haut niveau. *Programme d'Action d'Accra*. Accra, Ghana, 2–4 septembre 2008.

⁶ WHO, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Banque africaine de développement et Banque mondiale. *Harmonization for Health in Africa (HHA): an action framework*. 2007.

17. Comparée à celle de l'exercice biennal 2012–2013, la répartition du budget programme 2014–2015 entre les six catégories se présente comme suit :

| Catégorie | Budget programme 2014–2015 approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé | % par catégorie | Budget programme 2012–2013 approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé | % par catégorie | Changements dans l'allocation budgétaire | % du changement par catégorie |
|--------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-------------------------------|
| | (a) | (b) | (c) | (d) | (e)=(a-c) | (f)=(e/c) |
| 1 | 266 700 000 | 24 % | 276 609 000 | 25 % | -9 909 000 | -3,6 % |
| 2 | 56 500 000 | 5 % | 24 992 500 | 2 % | 31 507 500 | 126,1 % |
| 3 | 92 000 000 | 8 % | 120 834 000 | 11 % | -28 834 000 | -23,9 % |
| 4 | 71 300 000 | 6 % | 97 614 000 | 9 % | -26 314 000 | -27,0 % |
| 5 | 503 000 000 | 45 % | 450 801 500 | 41 % | 52 198 500 | 11,6 % |
| 6 | 130 500 000 | 12 % | 122 215 000 | 11 % | 8 285 000 | 6,8 % |
| Total | 1 120 000 000 | 100 % | 1 093 066 000 | 100 % | 26 934 000 | 2,5 % |

18. Cette répartition présente un budget déséquilibré entre les six catégories, avec une dotation importante pour la préparation, la surveillance et l'intervention à cause du financement massif des activités de lutte contre la poliomyélite. La part du budget total 2014–2015 allouée à l'éradication de la poliomyélite se situe en effet à 36 % de l'enveloppe globale (soit US \$408,25 millions); 93 % (US \$379,67 millions) du budget prévu pour l'éradication de la poliomyélite sont alloués à des pays où la poliomyélite est encore un problème (voir tableau 3).

19. Le ratio global des dotations entre le Bureau régional et les bureaux de pays est de 25 % contre 75 % (US \$276,5 millions, contre US \$844,2 millions) – voir tableau 2. La proportion de 25 % allouée au Bureau régional tient compte des allocations budgétaires aux équipes d'appui interpays (EAIP), qui sont utilisées à titre principal en vue de la fourniture d'un appui direct aux pays. Les détails des allocations budgétaires aux pays, dont le Soudan du Sud, qui a récemment été transféré de la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS à la Région africaine de l'OMS, sont fournis au tableau 4.

20. En dépit du niveau élevé de priorité accordée aux systèmes de santé qui cherchent à parvenir à une amélioration globale de la santé, la catégorie 4 y afférente a obtenu une faible allocation budgétaire. Par conséquent, au cours de l'exécution du budget programme, les États Membres et le Secrétariat devraient envisager d'utiliser une certaine proportion des ressources allouées à d'autres catégories pour accroître le financement des activités en rapport avec les systèmes de santé. En outre, il convient d'explorer de nouvelles possibilités de tirer parti des ressources des initiatives mondiales en faveur de la santé pour renforcer les systèmes nationaux de santé.

PRINCIPES DIRECTEURS

21. L'exécution du budget programme sera régie par les principes suivants :
- a) l'approche de gestion axée sur les résultats;
 - b) la politique de décentralisation à travers les Stratégies de Coopération avec les Pays (SCP) et un rôle de soutien plus accru des EAIP dans les opérations de l'OMS dans les pays;
 - c) la responsabilisation aussi bien des États Membres que du Secrétariat vis-à-vis des organes directeurs;
 - d) le renforcement des partenariats pour la santé dans la Région;
 - e) l'intégration de l'action de l'OMS à travers les trois niveaux de l'Organisation et les programmes prioritaires;
 - f) la continuité tout au long de la période biennale;
 - g) l'adaptation des changements introduits par les réformes de l'OMS aux nouvelles catégories et priorités programmatiques.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

22. Les pays devraient mettre en œuvre les activités convenues dans le budget programme conformément à leurs plans nationaux de santé, aux Stratégies de Coopération avec les Pays et au douzième programme général de travail de l'OMS pour la période 2014–2019. Afin d'atténuer l'impact de la crise financière mondiale, les États Membres sont invités à plaider en faveur d'un engagement collectif clair afin d'assurer un financement suffisant pour la mise en œuvre effective du budget programme et de répondre aux priorités clés grâce à des mécanismes financiers nouveaux et innovants tels que le Fonds africain pour les urgences de santé publique.

23. L'OMS doit élaborer des plans opérationnels réalistes et faire preuve de plus de discipline dans l'exécution du budget programme. L'accent doit être mis sur la fourniture d'un appui aux pays et le renforcement du plaidoyer, ainsi que la mobilisation des ressources devant financer le budget programme. La politique de décentralisation doit faciliter une plus grande harmonisation des plans de travail des bureaux de pays de l'OMS avec les plans du ministère de la Santé et permettre d'accroître les contributions de l'OMS aux résultats et à l'impact sur la santé nationale.

CONCLUSION

24. Une enveloppe budgétaire totale de US \$1 120 000 000 a été allouée à la Région africaine au titre de l'exercice biennal 2014–2015, ce qui représente une légère augmentation par rapport au budget programme de l'exercice 2012–2013. Cependant, la répartition entre les programmes prioritaires montre un déséquilibre que l'on peut attribuer à une concentration importante sur les urgences et les programmes de lutte contre la poliomyélite, au détriment d'autres priorités régionales majeures et d'autres priorités liées aux OMD, qui sont quant à elles sous-budgétisées. Il s'agit notamment des systèmes de santé; de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; de la promotion de la santé; et de la prévention primaire, y compris des maladies non transmissibles. Par conséquent, les États Membres et le Secrétariat doivent intensifier leurs efforts de mobilisation de ressources en vue d'un meilleur financement des priorités régionales.

25. Le Comité régional est invité à prendre note et à adopter les orientations proposées pour l'exécution du budget programme 2014–2015 dans la Région africaine.

Tableau 1 : Budget global de l'OMS par catégorie d'activités et Bureau régional, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000)

| | Catégorie | AFRO | AMRO | SEARO | EURO | EMRO | WPRO | Siège | Total |
|---|---|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| 1 | Maladies transmissibles | 266 724 | 19 433 | 107 313 | 32 405 | 89 786 | 71 592 | 255 186 | 842 439 |
| 2 | Maladies non transmissibles | 56 536 | 21 701 | 21 770 | 32 796 | 23 573 | 41 981 | 119 479 | 317 836 |
| 3 | Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie | 91 986 | 32 156 | 23 593 | 40 189 | 23 034 | 21 563 | 156 073 | 388 594 |
| 4 | Systèmes de santé | 71 510 | 30 775 | 44 874 | 55 974 | 41 668 | 56 177 | 242 151 | 543 129 |
| 5 | Préparation, surveillance et intervention | 55 023 | 16 189 | 16 922 | 13 654 | 16 839 | 29 491 | 138 482 | 286 600 |
| 6 | Services institutionnels et fonctions d'appui | 130 334 | 44 612 | 50 943 | 46 004 | 73 360 | 42 294 | 282 371 | 669 919 |
| | <i>Sous-total (hormis les urgences)</i> | 672 113 | 164 866 | 265 415 | 221 022 | 268 260 | 263 098 | 1 193 742 | 3 048 517 |
| | % du budget total | 22 % | 5 % | 9 % | 7 % | 9 % | 9 % | 39 % | 100 % |
| | Urgences (catégorie 5) | 447 887 | 11 134 | 74 585 | 8978 | 291 739 | 6901 | 87 258 | 928 483 |
| | Total (y compris les urgences) | 1 120 000 | 176 000 | 340 000 | 230 000 | 560 000 | 270 000 | 1 281 000 | 3 977 000 |
| | % du budget global | 28 % | 4 % | 9 % | 6 % | 14 % | 7 % | 32 % | 100 % |

Tableau 2 : Allocations budgétaires à la Région africaine, ventilation par Bureau régional et bureaux de pays par catégorie d'activités, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000)

| | Catégorie | Bureau régional | Bureaux de pays | Total | % Partagé |
|---|---|-----------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1 | Maladies transmissibles | 69 583 | 197 141 | 266 724 | 24 % |
| 2 | Maladies non transmissibles | 23 218 | 34 117 | 56 536 | 5 % |
| 3 | Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie | 31 108 | 60 878 | 91 986 | 8 % |
| 4 | Systèmes de santé | 31 805 | 39 705 | 71 510 | 6 % |
| 5 | Préparation, surveillance et intervention | 53 508 | 449 402 | 502 910 | 45 % |
| 6 | Services institutionnels et fonctions d'appui | 67 301 | 63 033 | 130 334 | 12 % |
| | TOTAL | 276 523 | 844 276 | 1 120 000 | 100 % |
| | <i>% Bureau régional contre bureaux de pays</i> | <i>25 %</i> | <i>75 %</i> | <i>100 %</i> | |

Tableau 3 : Allocations budgétaires à la Région africaine, ventilation par Bureau régional et bureaux de pays par catégorie d'activités et secteurs de programme, budget programme 2014–2015 (en US \$ 000)

| Catégories et secteurs de programmes | | | Total | Part du Bureau régional | Part des bureaux de pays |
|--|------|--|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Catégorie 1 : Maladies transmissibles | | | 266 700 000 | 69 600 000 | 197 100 000 |
| 1 | 1.01 | VIH/sida | 45 900 000 | 15 600 000 | 30 300 000 |
| | 1.02 | Paludisme | 16 899 000 | 3 800 000 | 13 099 000 |
| | 1.03 | Maladies tropicales négligées | 21 300 000 | 5 000 000 | 16 300 000 |
| | 1.04 | Tuberculose | 19 399 000 | 6 000 000 | 13 399 000 |
| | 1.05 | Maladies évitables par la vaccination | 163 202 000 | 39 200 000 | 124 002 000 |
| Catégorie 2 : Maladies non transmissibles | | | 56 500 000 | 23 300 000 | 33 200 000 |
| 2 | 2.01 | Maladies non transmissibles | 48 000 000 | 19 200 000 | 28 800 000 |
| | 2.02 | Santé mentale | 2 300 000 | 1 600 000 | 700 000 |
| | 2.03 | Violence et traumatismes | 1 400 000 | 500 000 | 900 000 |
| | 2.04 | Incapacités et réhabilitation | 900 000 | 800 000 | 100 000 |
| | 2.05 | Nutrition | 3 900 000 | 1 200 000 | 2 700 000 |
| Catégorie 3 : Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie | | | 92 000 000 | 31 100 000 | 60 900 000 |
| 3 | 3.01 | Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et génésique | 68 899 000 | 20 000 000 | 48 899 000 |
| | 3.02 | Vieillesse en bonne santé | 700 000 | 600 000 | 100 000 |
| | 3.03 | Intégration du genre, de l'équité et des droits de l'homme | 2 301 000 | 1 600 000 | 701 000 |
| | 3.04 | Santé et environnement | 7 300 000 | 2 900 000 | 4 400 000 |
| | 3.05 | Déterminants sociaux de la santé | 12 800 000 | 6 000 000 | 6 800 000 |
| Catégorie 4 : Systèmes de santé | | | 71 300 000 | 31 800 000 | 39 500 000 |
| 4 | 4.01 | Politiques, stratégies et plans nationaux de santé | 15 200 000 | 6 100 000 | 9 100 000 |
| | 4.02 | Services de santé intégrés centrés sur les personnes | 30 000 000 | 13 500 000 | 16 500 000 |
| | 4.03 | Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité de réglementation | 11 600 000 | 4 900 000 | 6 700 000 |
| | 4.04 | Informations et bases factuelles sur le système de santé | 14 500 000 | 7 300 000 | 7 200 000 |
| Catégorie 5 : Préparation, surveillance et intervention | | | 503 000 000 | 53 400 000 | 449 600 000 |
| 5 | 5.01 | Capacités d'alerte et de riposte | 8 400 000 | 4 100 000 | 4 300 000 |
| | 5.02 | Maladies à potentiel épidémique et pandémique | 4 800 000 | 2 300 000 | 2 500 000 |
| | 5.03 | Risque en cas d'urgence et gestion des crises | 37 700 000 | 7 700 000 | 30 000 000 |
| | 5.04 | Sécurité sanitaire des aliments | 4 600 000 | 3 200 000 | 1 400 000 |
| | 5.05 | <i>Éradication de la poliomyélite</i> | <i>408 200 000</i> | <i>28 400 000</i> | <i>379 800 000</i> |
| | 5.06 | <i>Riposte en cas de flambées épidémiques et de crises</i> | <i>39 300 000</i> | <i>7 700 000</i> | <i>31 600 000</i> |
| Catégorie 6 : Services institutionnels et fonctions d'appui | | | 130 500 000 | 66 900 000 | 63 600 000 |
| 6 | 6.01 | Rôle moteur et gouvernance | 47 500 000 | 14 500 000 | 33 000 000 |
| | 6.02 | Transparence, responsabilisation et gestion des risques | 7 300 000 | 7 300 000 | 0 |
| | 6.03 | Planification stratégique, coordination des ressources et rapports | 5 200 000 | 5 200 000 | 0 |
| | 6.04 | Gestion et administration | 65 200 000 | 34 600 000 | 30 600 000 |
| | 6.05 | Communications stratégiques | 5 300 000 | 5 300 000 | 0 |
| Total général | | | 1 120 000 000 | 276 100 000 | 843 900 000 |
| % partage | | | 100 % | 25 % | 75 % |

Tableau 4 : Allocation budgétaire aux centres budgétaires des bureaux de pays dans la Région africaine, budget programme 2014–2015

| | PAYS | TOTAL |
|----|---|-------------|
| | Plafonds de pays | 843 900 000 |
| | Retenue pour les réserves : -5 % pour les catégories 1 à 5; à l'exclusion de la catégorie 6 = 0 % | 38 961 000 |
| | Net pour les plans de travail | 804 939 000 |
| | Pays/Centre budgétaire | |
| 1 | Algérie | 2 935 000 |
| 2 | Angola | 36 989 000 |
| 3 | Bénin | 9 915 000 |
| 4 | Botswana | 3 668 000 |
| 5 | Burkina Faso | 15 293 000 |
| 6 | Burundi | 8 734 000 |
| 7 | Cameroun | 11 597 000 |
| 8 | Cap-Vert | 3 688 000 |
| 9 | République centrafricaine | 9 080 000 |
| 10 | Tchad | 26 210 000 |
| 11 | Comores | 4 213 000 |
| 12 | Congo, République du | 6 628 000 |
| 13 | Congo, République démocratique du | 60 961 000 |
| 14 | Côte d'Ivoire | 17 017 000 |
| 15 | Guinée équatoriale | 3 854 000 |
| 16 | Érythrée | 8 189 000 |
| 17 | Éthiopie | 41 942 000 |
| 18 | Gabon | 4 310 000 |
| 19 | Gambie | 5 719 000 |
| 20 | Ghana | 13 376 000 |
| 21 | Guinée | 10 841 000 |
| 22 | Guinée-Bissau | 3 668 000 |
| 23 | Kenya | 28 247 000 |
| 24 | Lesotho | 5 251 000 |
| 25 | Liberia | 9 662 000 |
| 26 | Madagascar | 16 822 000 |
| 27 | Malawi | 13 254 000 |
| 28 | Mali | 11 702 000 |

| | | |
|----|------------------------------|-------------|
| 29 | Mauritanie | 6 473 000 |
| 30 | Maurice | 2 368 000 |
| 31 | Mozambique | 13 854 000 |
| 32 | Namibie | 4 423 000 |
| 33 | Niger | 17 917 000 |
| 34 | Nigeria | 194 606 000 |
| 35 | Réunion | 223 000 |
| 36 | Rwanda | 10 029 000 |
| 37 | Sainte-Hélène | 143 000 |
| 38 | Sao Tomé-et-Principe | 2 740 000 |
| 39 | Sénégal | 10 478 000 |
| 40 | Seychelles | 2 129 000 |
| 41 | Sierra Leone | 14 768 000 |
| 42 | Afrique du Sud | 10 742 000 |
| 43 | Soudan du Sud | 28 198 000 |
| 44 | Swaziland | 6 619 000 |
| 45 | Tanzanie, République-Unie de | 30 636 000 |
| 46 | Togo | 5 966 000 |
| 47 | Ouganda | 15 992 000 |
| 48 | Zambie | 13 975 000 |
| 49 | Zimbabwe | 18 895 000 |
| | TOTAL | 804 939 000 |

II INFORMATION SUR LE DIALOGUE FINANCIER

1. En réponse à la décision WHA66(8) de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a organisé le 24 juin une réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS. Deux cent cinquante-six participants représentant 87 États Membres, six autres organismes des Nations Unies et 14 organismes partenaires non étatiques ont participé à la réunion en personne ou par transmission sur le Web.

2. La réunion était présidée par le Dr Dirk Cuypers, Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif. Elle a commencé par des déclarations générales des participants, et les séances suivantes ont été consacrées aux aspects programmatiques et budgétaires, au financement et aux prochaines étapes. Mme Maria Luisa Escorel de Moraes (Brésil), M. Saud Faisal Alsaati (Royaume d'Arabie saoudite) et le Dr Anders Nordstrom (Suède) ont conduit les séances. Le Dr Zsuzsanna Jakab, Directeur du Bureau régional de l'Europe et le Dr Mohamed Jama, Sous-Directeur général chargé du Groupe Administration ont présenté les différents thèmes au nom du Secrétariat.

3. Le dialogue sur le financement a pour objet de faciliter le dialogue *avec* et *entre* les États Membres et les autres bailleurs de fonds. Il repose sur les grands principes suivants :

3.1 **Alignement** : Les États Membres et les autres bailleurs de fonds s'engagent à allouer les fonds d'une manière qui soit pleinement alignée sur le budget programme approuvé.

3.2 **Prévisibilité et flexibilité** : Les États Membres et les autres bailleurs de fonds s'engagent à améliorer la prévisibilité et la flexibilité de leur financement.

3.3 **Transparence** : Les États Membres et les autres bailleurs de fonds s'engagent à rendre publics les crédits qu'ils affectent (engagements fermes et chiffres prévisionnels), afin de permettre une compréhension commune des recettes disponibles par catégorie du budget, programme et bureau.

4. Les participants ont rappelé que l'OMS jouait un rôle unique dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire et que l'Organisation devait posséder les capacités, les savoir-faire, les compétences et les ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre son plan de travail tel que présenté dans le budget programme 2014-2015.

5. La décision d'engager le dialogue sur le financement a reçu un soutien affirmé des participants à la réunion, plusieurs d'entre eux notant qu'il facilitera les décisions futures dans ce domaine. Il a été largement reconnu qu'il s'agira là d'un processus d'apprentissage, et les États Membres et les autres bailleurs de fonds ont invité à poursuivre le dialogue et l'échange de vues. Les participants ont été invités à donner leur avis sur la réunion, par l'intermédiaire d'une enquête en ligne. Leurs observations contribueront à éclairer les activités qui se dérouleront au cours des six prochains mois et à définir la structure de la réunion de suivi prévue en novembre.

6. Plusieurs engagements ont été pris sur les questions suivantes :

- 6.1 **Alignement** : L'engagement à respecter les priorités fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé a été réaffirmé avec force, les participants qui prévoient de continuer à affecter leurs fonds à des zones géographiques, programmes ou catégories désignés s'engageant à ce que ce processus soit aligné sur les priorités convenues par les États Membres et présentées dans le budget programme. L'OMS ne doit pas mettre en œuvre de projets qui ne correspondent pas aux priorités du budget programme.
- 6.2 **Prévisibilité** : Il a été noté qu'il serait utile que les États Membres et les autres bailleurs de fonds augmentent la prévisibilité de leur financement, par exemple en rendant d'avance publics leurs engagements prévus et en optant pour des engagements pluriannuels, même si plusieurs participants ont souligné que certains obstacles internes pourraient les en empêcher. Plusieurs États Membres ont donné des indications générales sur le montant et la forme de leur financement pour 2014-2015, et se sont engagés à confirmer leurs contributions d'ici à novembre. D'autres se sont engagés à être en mesure de communiquer au moins des informations indicatives d'ici à cette date.
- 6.3 **Flexibilité** : Plusieurs États Membres et d'autres bailleurs de fonds ont exprimé leur engagement à accroître la flexibilité de leur financement, par exemple en affectant leurs fonds aux programmes plutôt qu'aux projets, voire aux catégories plutôt qu'aux programmes. Certains participants ont encouragé le Secrétariat à étudier les mesures envisageables pour inciter les contributeurs à accroître la flexibilité de leur financement.
- 6.4 **Élargissement de la base de contributeurs** : Dix contributeurs apportent plus de 60 % du financement de l'OMS, et les 20 premiers donateurs, plus de 80 %. La vulnérabilité inhérente à cette situation a été mise en exergue et l'importance d'élargir la base des donateurs, en premier lieu parmi les États Membres, a été soulignée. Un État Membre a annoncé avoir fourni un supplément volontaire aux contributions fixées.
- 6.5 **Transparence** : Les participants à la réunion ont adopté le prototype de site-portal que l'OMS élabore actuellement en vue de répondre aux États Membres qui demandent une transparence et une responsabilisation accrues concernant le financement de l'OMS. Le portail donnera accès aux résultats en temps réel ainsi qu'à des informations programmatiques, budgétaires, financières et de suivi. Il permettra également de suivre les fonds annoncés. Il a été largement reconnu que le site-portal sera un outil clé à l'appui des principes du dialogue sur le financement, et il a été noté qu'il devrait également contribuer à une plus grande cohérence des politiques au sein des États Membres.
- 6.6 **Poursuite de la discussion** : La discussion doit se poursuivre au niveau des comités régionaux afin de parvenir à une compréhension complète de ce travail de sorte que les États Membres puissent assumer également la responsabilité qui leur incombe pour le financement de l'Organisation. Il a été également suggéré qu'une discussion spécifique, complémentaire aux discussions bilatérales, se tienne avec les partenaires qui fournissent les contributions volontaires de base.

7. Pour conclure, le Directeur général a rendu hommage aux États Membres, saluant le dialogue constructif qu'ils ont noué et leur engagement en faveur des principes d'alignement, de transparence, de prévisibilité, de flexibilité et d'élargissement de la base de contributeurs. Se fondant sur les informations communiquées durant la réunion, elle a souligné que le Secrétariat

va prendre plusieurs mesures qui contribueront à planifier la réunion de suivi du dialogue sur le financement, prévue en novembre.

- 7.1 Le site-portal sera amélioré sur la base du retour d'information, l'objectif étant qu'il commence à fonctionner en octobre. Il a été reconnu que les travaux s'y rapportant devraient se poursuivre un certain temps encore, y compris en ce qui concerne les niveaux d'accès et d'ouverture.
- 7.2 La planification opérationnelle, un processus ascendant reflétant les priorités nationales, est en cours. Elle permettra d'obtenir des données chiffrées sur les résultats escomptés, en complément des informations de plus haut niveau communiquées lors de la réunion.
- 7.3 L'OMS réalisera un suivi bilatéral avec les États Membres et les autres bailleurs de fonds, comme demandé, en vue d'éclairer les décisions de financement, et collaborera avec les États Membres et les autres bailleurs de fonds pour diffuser ces informations avant la réunion de novembre.
- 7.4 Le rapport de la présente réunion sera communiqué aux comités régionaux et une synthèse des débats tenus en leur sein sera diffusée avant la réunion de novembre.
- 7.5 L'OMS répondra aux demandes des États Membres, qui voudraient que l'approche de la mobilisation des ressources et de la planification des recettes soit davantage coordonnée, à tous les niveaux de l'Organisation, et qu'un plan de travail soit établi pour les activités à mener après novembre.
- 7.6 L'OMS s'attachera à élargir la base des contributeurs, à commencer par les États Membres, et continuera d'étudier les autres possibilités d'accroître les recettes, y compris au moyen des contributions fixées «volontaires», comme certains États Membres l'ont suggéré.
- 7.7 À la réunion de novembre du dialogue financier, le Directeur général donnera une indication de l'usage stratégique qui est fait des contributions fixées en vue de garantir que les principaux programmes sont bien mis en œuvre.

= = =