



INDEXED

DIRECTIVES POUR LA PROGRAMMATION BUDGETAIRE

Préparation du projet de budget programme pour 1982-1983

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION	2
II. DOCTRINES ET PRINCIPES GENERAUX D'ELABORATION DU BUDGET PROGRAMME	2
III. PRIORITES, CRITERES ET APPROCHES PROGRAMMATIQUES	7
IV. PROGRAMMATION BUDGETAIRE AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL	13
V. PROGRAMMATION BUDGETAIRE AU SIEGE	21
VI. CALENDRIER D'EXECUTION	27
ANNEXE EXTRAIT D'UN MODELE HYPOTHETIQUE D'EXPOSE DE PROGRAMME INDIQUANT LES LIENS ENTRE LES PROPOSITIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET LE TABLEAU BUDGETAIRE SUR LEQUEL ELLES SE FONDENT	30



I. INTRODUCTION

1.1 La préparation du projet de budget programme OMS pour 1982-1983 se situe à une époque d'évolution et de réorientation sans précédent, tant en ce qui concerne l'Organisation que les politiques et les méthodes suivies par les Etats Membres en matière de développement sanitaire. Les orientations destinées à la préparation du budget programme pour 1982-1983 se doivent d'être suffisamment souples pour faciliter cette évolution tout en se montrant suffisamment précises pour que toutes les régions et niveaux structurels de l'OMS puissent contribuer à la production d'un budget programme cohérent pour 1982-1983, qui sera examiné par les comités régionaux de l'OMS en août-octobre 1980, par le Conseil exécutif en janvier 1981, et par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1981.

1.2 Les présentes directives s'assignent pour mission de fusionner en un seul document de référence les doctrines et principes généraux qui, actuellement, régissent le processus de programmation budgétaire à l'OMS. Au premier rang de ceux-ci figure l'idée selon laquelle l'élaboration du projet de budget programme pour 1982-1983 doit, tout en faisant partie intégrante de ce processus, contribuer directement à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques, stratégies et plans d'action nationaux ainsi que des stratégies d'appui régionales et mondiales en vue de réaliser l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000". En conséquence, les sections II et III des présentes directives définissent sous une forme extrêmement "modulaire" - et avec les références voulues aux sources originales - un certain nombre d'éléments de doctrines et de principes généraux et notamment des priorités, critères et méthodes appropriés pour l'élaboration du budget programme.

1.3 Les présentes directives n'entendent pas définir une approche méthodologique détaillée destinée à la programmation budgétaire au niveau des pays. Néanmoins, la section IV fait le point de la doctrine régissant l'établissement du budget programme et la gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays et fournit un aperçu de quelques mesures pratiques à prendre. La programmation budgétaire est envisagée comme un élément d'un processus plus vaste de consultation des pays. Le document explique comment sont arrêtées les affectations régionales, en insistant sur la nécessité de maintenir la progression du budget ordinaire de l'OMS dans les limites fixées par la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Le processus de programmation budgétaire au Siège est exposé à la section V laquelle fournit d'ailleurs des précisions sur les nouvelles formules de présentation des propositions budgétaires utilisées dans le cadre du système d'information administrative et financière (IAF) assistée par ordinateur. Certaines indications sont données sur les exposés de programmes nationaux, régionaux et mondiaux, soulignant la nécessité de relier les descriptifs aux tableaux budgétaires qui les accompagnent, et indiquant comment les programmes s'articulent avec les politiques et stratégies en vue de "la santé pour tous en l'an 2000" contribuent à les appuyer.

1.4 La section VI propose un calendrier résumant les mesures à prendre et précisant qui devra les prendre et à quelle date. Certains lecteurs pourront juger plus rapide de s'y référer directement, quitte à se reporter ensuite aux passages correspondants des directives pour de plus amples explications.

II. DOCTRINES ET PRINCIPES GENERAUX D'ELABORATION DU BUDGET PROGRAMME

2.1 La préparation du budget programme de l'OMS pour 1982-1983 s'effectuera dans le cadre d'un certain nombre de principes doctrinaux et de procédures approuvées régissant la collaboration sanitaire internationale entre l'OMS et les Etats Membres en vue du développement sanitaire national, régional et mondial.

Formulation des stratégies en vue de la santé pour tous

2.2 Le budget programme pour 1982-1983 doit être élaboré en tant qu'élément de la première étape sur la voie du principal objectif social des Etats Membres et de l'OMS qui est "de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de

mener une vie socialement et économiquement productive".¹ La déclaration d'Alma-Ata a affirmé que "les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif", et a invité tous les gouvernements à "élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action".² En approuvant la déclaration, l'Assemblée de la Santé a invité tous les Etats Membres "à envisager la possibilité d'utiliser immédiatement le document intitulé 'Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000', individuellement comme base pour l'établissement des politiques, stratégies et plans d'action nationaux, et collectivement comme base pour l'établissement des stratégies régionales et mondiale,"³ et priant le Directeur général "de prendre toutes les mesures techniques et administratives nécessaires pour promouvoir, coordonner et soutenir la formulation et l'application des politiques, stratégies et plans d'action nationaux ainsi que des stratégies régionales et mondiale."⁴ En 1982-1983, tous les moyens et les énergies de l'OMS doivent tendre à instaurer une collaboration avec les pays en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies nationales, régionales et mondiale visant à la "santé pour tous".

Doctrines sanitaires fondamentales

2.3 Le budget programme pour 1982-1983 doit être l'expression du principe fondamental selon lequel la santé fait partie intégrante du développement. Il faut que le budget programme soit la confirmation et contribue à la réalisation des doctrines sanitaires fondamentales que les Etats Membres ont énoncées par le truchement de l'Assemblée de la Santé. "Parmi celles-ci figurent : la responsabilité des gouvernements à l'égard de la santé de leurs administrés; le droit et l'obligation, pour chacun, de participer individuellement et collectivement au développement de sa santé; le devoir qu'ont les gouvernements et les professions de la santé de diffuser des informations pertinentes sur les questions de santé afin que chacun puisse assumer davantage la responsabilité de sa propre santé; l'autodétermination et l'autoresponsabilité individuelle, communautaire et nationale en matière de santé; l'interdépendance des individus, des communautés et des pays qui repose sur un commun souci de la santé; une répartition plus équitable des ressources sanitaires dans et entre les pays, la préférence étant donnée aux plus défavorisés pour que le système de santé desserve convenablement toute la population; l'accent mis sur les mesures préventives bien intégrées dans les mesures curatives, de réadaptation et d'environnement; la conduite de recherches biomédicales et de recherches sur les services de santé adéquates et l'application rapide des résultats de ces travaux; l'application d'une technologie appropriée dans le cadre de programmes de santé bien définis, intégrés à un système de santé présent dans tout le pays, basés sur les soins de santé primaires et conformes aux principes susmentionnés; l'orientation sociale des travailleurs de santé de toutes les catégories et leur formation technique pour qu'ils soient au service des autres et leur fournissent les prestations prévues à leur intention".⁵

Coopération technique avec et entre les pays

2.4 Le budget programme pour 1982-1983 doit poursuivre l'exécution de la politique et de la stratégie d'ores et déjà approuvées visant à renforcer le rôle coordonnateur de l'OMS et, dans le cadre de cette approche, à orienter tous les programmes de l'OMS conformément à la définition théorique des "programmes de coopération technique socialement pertinents - visant des buts sanitaires nationaux bien définis - qui concourent à promouvoir l'autoresponsabilité nationale et contribuent directement et notablement à l'amélioration de l'état de santé des populations desservies".⁶ La coopération technique avec et entre les pays, singulièrement entre les pays en développement eux-mêmes (CTPD), revêt une importance fondamentale. La Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, "consciente de l'impératif urgent que représente pour

¹ Résolution WHA30.43.

² Déclaration d'Alma-Ata, articles V et VIII.

³ OMS, document A32/8.

⁴ Résolution WHA32.30.

⁵ OMS, document A32/8, paragraphe 12.

⁶ Résolution WHA30.30.

les pays en développement la mobilisation de toutes les ressources nationales et internationales en vue de la réalisation de l'objectif qui leur est cher : la santé pour tous en l'an 2000;" et "consciente du fait que la coopération technique entre pays en développement est un élément essentiel pour favoriser l'autoresponsabilité individuelle et collective de ces pays", a souscrit au plan d'action de Buenos Aires pour la CTPD, et demandé instamment au Directeur général "d'élaborer, dans le cadre de la restructuration envisagée pour l'OMS, des propositions visant à remédier à la répartition inadéquate et intolérablement inéquitable des ressources de santé qui s'observe dans le monde entier" notamment "en créant, au sein des bureaux régionaux et dans la limite des budgets existants, des points focaux OMS spécialisés chargés de promouvoir la coopération technique entre pays en développement dans le domaine de la santé en s'attachant tout spécialement à l'échange d'informations pertinentes, et d'assurer le soutien de cette coopération par les pays développés".¹ En conséquence, il faut que le budget programme pour 1982-1983 assure le renforcement des mécanismes et des systèmes d'information destinés à épauler la coopération technique avec et entre les pays.²

Programmation budgétaire au niveau des pays

2.5 L'Assemblée de la Santé a estimé que "les stratégies et plans d'action visant à instaurer la santé pour tous d'ici à l'an 2000 devraient être formulés au premier chef par les pays eux-mêmes".³ A l'appui de ces efforts, le budget programme de l'OMS pour 1982-1983 doit être élaboré conformément à la procédure approuvée pour l'élaboration des budgets programmes et la gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays, "soulignant la nécessité d'une étroite collaboration entre l'OMS et les Etats Membres pour la mise au point de programmes de santé bien définis au niveau des pays, dans le cadre desquels on puisse ensuite, compte tenu des objectifs programmatiques d'ensemble et en complète harmonie avec les processus nationaux de programmation sanitaire, procéder à la planification détaillée et à l'exécution de projets et activités particuliers".⁴ A l'OMS, le processus de programmation budgétaire est lié à la notion d'élaboration des programmes sanitaires dans les pays par ces mêmes pays. Si la collaboration de l'OMS avec les structures nationales de programmation aboutit effectivement à convertir les politiques et les stratégies sanitaires en un certain nombre de plans d'action et de programmes de développement sanitaire nationaux, ces efforts contribueront immédiatement et directement à la préparation des propositions de budget programme au niveau national pour 1982-1983 et, en définitive, façonneront le programme décidé par l'OMS aux niveaux régional et mondial. Les étapes du processus de programmation budgétaire au niveau national sont exposées à la section IV du présent document.

Programmation par objectifs et budgétisation par programme

2.6 Le budget programme pour 1982-1983 doit être élaboré conformément aux principes de "la programmation par objectifs et la budgétisation par programmes".⁵ A l'OMS, le terme "programme" désigne "un ensemble coordonné d'activités tendant vers un objectif déterminé de l'OMS" et "par budget programme, on entend un budget qui met en lumière les activités à entreprendre ainsi que les objectifs visés par ces activités; dans un tel budget, on met l'accent sur les objectifs à atteindre tout en indiquant les sommes nécessaires à ces fins".⁶ Cela suppose l'existence, dans le document de budget programme, d'une corrélation étroite entre les descriptifs de programmes et les tableaux budgétaires dont ils sont assortis.⁷ Les grands objectifs du programme sont énoncés dans le sixième programme général de travail pour une période déterminée (1978-1983).

¹ Résolution WHA32.27.

² Pour des exemples de mécanismes de CTPD, voir document A32/8.

³ Résolution WHA32.30.

⁴ Résolution WHA30.23.

⁵ OMS, Actes officiels, N° 212, 1975, Introduction, page 9, paragraphe 1.

⁶ OMS, Actes officiels, N° 201, 1972, annexe 7, pp. 56-57, paragraphes 11 et 19.

⁷ Voir aussi paragraphes 4.23, 5.13 et 5.23 et annexe.

Sixième programme général de travail

2.7 Etant entendu que le sixième programme général de travail pour une période déterminée (1978-1983) "énonce des directives générales appropriées pour la formulation de programmes à moyen terme et de budgets programmes pendant la période envisagée",¹ les pays et le personnel de l'OMS se doivent d'élaborer des propositions relatives au budget programme de l'OMS pour 1982-1983 qui s'inspirent du sixième programme général de travail. Celui-ci a été publié dans la série des Actes officiels² et, pour plus de commodité, sous forme de document offset spécial. Il définit les principaux domaines et orientations de l'action de l'OMS, et expose les grands objectifs des programmes de l'OMS ainsi que les voies d'approche possibles permettant de les réaliser. Les grands objectifs de programmes énoncés dans le sixième programme général de travail pour une période déterminée doivent être continuellement affinés et élaborés en consultation avec les Etats Membres, en se situant dans une perspective à moyen et à long terme menant à la "santé pour tous", et en constituant une base pour l'élaboration du septième programme général de travail. Le budget programme pour 1982-1983 doit être élaboré "conformément aux principes et critères de sélection des activités, tels qu'ils figurent dans le programme général de travail",³ résumés à la section III du présent document.

Classification des programmes

2.8 La présentation du budget programme pour 1982-1983 se conformera pour l'essentiel à la même classification des programmes que celle utilisée pour le budget programme 1980-1981,⁴ qui se fondait elle-même sur le sixième programme général de travail pour une période déterminée (1978-1983), à part d'éventuelles modifications mineures dont pourrait décider le Directeur général. (Une nouvelle classification des programmes, s'inspirant du septième programme général de travail, sera utilisée pour le budget programme 1984-1985.) Dans un souci d'harmonisation de la présentation des budgets programmes, il est important que toutes les régions et le Siège classifient les propositions de budget programme en utilisant de façon absolument uniforme la classification des programmes. La nécessité d'une application uniforme de cette classification est étudiée au paragraphe 4.26 de la section IV et au paragraphe 5.7 de la section V du présent document.

Programmation à moyen terme

2.9 Dans toute la mesure possible, les propositions de budget programme pour 1982-1983 doivent être planifiées dans le cadre des programmes OMS à moyen terme élaborés dans les domaines suivants : services de santé complets, maladies transmissibles, maladies non transmissibles, hygiène du milieu, santé mentale, développement des personnels de santé, promotion et développement de la recherche, développement et soutien des programmes. Ceux-ci doivent être axés dans le sens de la politique et de la stratégie globales de la "santé pour tous en l'an 2000". La programmation à moyen terme est un processus a) d'élaboration permanente du programme général de travail, b) de répartition des moyens entre les programmes et au sein de ceux-ci, et c) d'élaboration de budgets programmes qui convertissent des politiques, des stratégies, des plans et des programmes en un certain nombre d'actions menées aux niveaux national, régional et mondial. Les articulations avec la programmation à moyen terme seront à nouveau envisagées à la section IV ci-après ainsi que dans d'autres directives OMS pour l'élaboration du programme.

Budget programme biennal

2.10 Les propositions de budget programme pour 1982-1983 doivent être élaborées et présentées sur une base biennale entièrement intégrée, et cela en exécution de la décision de l'Assemblée de la Santé selon laquelle "le budget programme de l'OMS couvrira une période de deux ans ...

¹ Résolution WHA29.20

² OMS, Actes officiels, N° 233, 1976, annexe 7, pp. 63-109.

³ Résolution WHA15.39.

⁴ Voir OMS, Actes officiels, N° 250, annexe 4, pp. 367-369.

et sera examiné et approuvé par l'Assemblée de la Santé tous les deux ans".¹ Les crédits affectés aux régions et les chiffres provisoires de planification par pays seront établis sur une base biennale. Ultérieurement, la planification et la mise en oeuvre détaillées des programmes, projets et activités devront, dans toute la mesure possible, être exécutées sur une base biennale entièrement intégrée. Ainsi, les affectations de crédits seront fixées pour la période 1982-1983, sans distinguer entre l'une et l'autre année. Cette façon de procéder est conforme aux recommandations formulées lors de la réunion des fonctionnaires du Budget et des Finances de novembre 1977 au cours de laquelle il a été dit que "la planification étant désormais axée sur le programme, la planification détaillée des projets nationaux et multi-nationaux serait plus commode si elle s'opérait pour les deux années de la période biennale ... tout au moins pour les projets commençant au cours de (la première année)" et comme les affectations de crédits aux régions seront établies pour les deux années en une seule enveloppe, "les affectations de crédits pour le budget ordinaire seraient établies sur une base biennale".²

Processus de gestion unifié pour le développement sanitaire

2.11 L'élaboration du budget programme pour 1982-1983 sera grandement facilitée dans la mesure où elle pourra se fonder sur "un processus de gestion unifié pour le développement sanitaire national, regroupant la programmation sanitaire par pays, la budgétisation-programmation et l'évaluation des programmes à l'échelon national, ainsi qu'un appui suffisant en matière d'information".³ Au niveau national, la programmation budgétaire sera d'autant meilleure que le pays aura déjà parcouru un certain chemin sur la voie de l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans d'action nationaux et s'il applique la PSP ou un processus de planification nationale systématique de type équivalent, s'appuyant sur un réseau d'information sanitaire national bien développé, permettant de traduire les politiques et les stratégies en plans d'action, programmes et budgets programmes nationaux à moyen terme. Or, tous les pays ne sont pas aussi avancés en matière de moyens de programmation nationale. Par conséquent, il appartiendra au processus de programmation budgétaire pour 1982-1983 de tirer le meilleur parti possible du potentiel existant. Tenant compte des stratégies globales permettant de réaliser l'objectif de la "santé pour tous en l'an 2000", le budget programme de l'OMS pour 1982-1983 se doit de mettre en oeuvre le sixième programme général de travail et d'ouvrir d'ores et déjà la voie au septième programme général de travail. Les mécanismes d'évaluation doivent être d'emblée intégrés à ce processus et il y a notamment lieu de prévoir, dans toute la mesure possible, des critères, des indicateurs et des objectifs appropriés permettant d'évaluer la pertinence, l'état d'avancement, l'efficacité, l'efficacéité et l'impact des programmes de santé de l'OMS et des Etats Membres.

Processus de programmation intégrée pour le développement sanitaire

2.12 Le budget programme pour 1982-1983 doit être le résultat d'un processus de programmation intégrée, au sein duquel les Etats Membres et tous les niveaux de l'OMS contribueront à l'élaboration d'un programme de travail unifié. L'Assemblée de la Santé a notamment souligné "la nécessité d'une approche intégrée de l'élaboration des programmes de l'Organisation, étant donné que toutes les activités de programme à tous les niveaux s'étayent réciproquement et s'inscrivent dans un tout", ainsi que "l'importance qu'il y a à considérer la planification des programmes comme une entreprise solidaire dans laquelle les autorités nationales, les représentants de l'OMS, les comités régionaux, les bureaux régionaux, le Conseil exécutif, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Siège de l'OMS doivent tous être engagés". L'Assemblée de la Santé a demandé instamment que "le mécanisme de l'Organisation pour l'allocation et la réallocation de ressources non seulement à l'intérieur des programmes et des Régions, mais aussi entre programmes et Régions, soit conforme au principe de la planification intégrée des programmes".⁴ La participation la plus active des directeurs de la gestion du programme (dans les bureaux régionaux), des comités régionaux du programme, du Comité du Siège pour le Programme et du Comité pour le Programme mondial à un processus d'examen du programme étroitement coordonné devrait contribuer à faire en sorte que les propositions relatives au budget programme

¹ Résolution WHA30.20.

² Document BFO/77/1.

³ Résolution WHA31.43.

⁴ Résolution WHA28.30.

pour 1982-1983 soient élaborées de façon coordonnée. Les rôles impartis aux Etats Membres et à tous les niveaux de l'OMS constituent d'ailleurs le thème du document intitulé : "Etude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions".¹ Les conséquences du point de vue de la programmation à l'OMS et chez les Etats Membres sont également examinées dans d'autres directives OMS pour l'élaboration du programme.

III. PRIORITES, CRITERES ET APPROCHES PROGRAMMATIQUES

3.1 Le budget programme pour 1982-1983 est le premier budget programme de l'OMS à être préparé dans le cadre de l'élaboration par les Etats Membres et l'Organisation de politiques, de stratégies et de plans d'action nationaux ainsi que de stratégies d'appui régionales et mondiale, marquant le point de départ d'un effort de 20 ans visant à atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000". Le budget programme pour 1982-1983 est également le premier budget programme de l'OMS qui soit entièrement élaboré postérieurement à la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Ces deux circonstances ont des conséquences extrêmement importantes du point de vue a) des priorités de l'action sanitaire internationale, b) du choix des activités de soutien, et c) des options à prendre aux niveaux national, régional et mondial.

"La santé pour tous en l'an 2000"

3.2 L'élaboration du budget programme de l'OMS pour 1982-1983 est dominée par l'idée qu'il faut entreprendre des efforts soutenus dans tous les pays pour atteindre "le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies" qui, selon la définition de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé, devrait être :

"de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive".²

3.3 Avant d'entreprendre l'élaboration des propositions relatives au budget programme pour 1982-1983, les planificateurs de l'OMS et des différents pays devront commencer par étudier le document intitulé : "Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000",³ ainsi que tous les textes d'orientation et résolutions pertinentes des comités régionaux de l'OMS, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'y rapportent. Le document intitulé "Formulation de stratégies" pose des principes fondamentaux et fournit une vue d'ensemble du processus à long terme destiné à formuler des politiques, stratégies et plans d'action nationaux ainsi que des stratégies d'appui régionales et mondiale. Il étudie les processus, les mécanismes et les modifications qui s'imposent au sein des pays, et entre ceux-ci et l'OMS, pour permettre l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies et de plans d'action. Ce document étudie le rôle de l'OMS dans les pays et aux niveaux régional et mondial, constituant ainsi un cadre au sein duquel l'Organisation doit prévoir les activités de son budget programme pour 1982-1983 et les années à venir.

Les priorités des soins de santé primaires

3.4 Etant donné que les soins de santé primaires sont le "moyen"⁴ qui permettra d'atteindre l'objectif de "la santé pour tous", le budget programme 1982-1983 doit s'articuler autour de la notion de soins de santé primaires, et la priorité absolue doit être donnée aux propositions

¹ OMS, document DGO/78.1

² Résolution WHA30.43.

³ OMS, document A30/43.

⁴ Déclaration d'Alma-Ata, article V.

qui favorisent la formule des soins de santé primaires et conduisent aux soins de santé primaires pour tous. Les principaux aspects de la notion se trouvent réunis dans la définition des soins de santé primaires adoptée par la Conférence d'Alma-Ata :

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de la communauté grâce à leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement et dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social général de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.¹

3.5 Dans son ensemble, le budget programme de l'OMS pour 1982-1983 devra refléter les priorités collectives des pays et fournir un appui équilibré aux huit secteurs fondamentaux et au contenu des soins de santé primaires, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata² et aux Recommandations de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la promotion de la santé mentale et la fourniture de médicaments essentiels.³

3.6 Lorsqu'ils élaboreront le budget programme pour 1982-1983, les planificateurs de l'OMS et des différents pays se devront d'utiliser le rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tout en gardant présente à l'esprit la conclusion de la Conférence selon laquelle "Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement et du fonctionnement des soins de santé primaires dans le monde entier".⁴ Les exposés de programme pour 1982-1983 devront montrer clairement de quelle façon le programme proposé se rapporte et constitue un appui aux soins de santé primaires.

Incidences intersectorielles de la santé et du développement

3.7 L'un des principes fondamentaux qui inspirent la stratégie de "la santé pour tous", au même titre d'ailleurs que la notion de soins de santé primaires, consiste à dire que la santé fait partie intégrante du développement d'ensemble :

¹ Déclaration d'Alma-Ata, article VI.

² Déclaration d'Alma-Ata, article VII.

³ Recommandation 5 de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires.

⁴ Déclaration d'Alma-Ata, article IX.

"Etant donné que le développement de la santé contribue au développement socio-économique et, en même temps, en découle, l'idéal serait que les politiques sanitaires s'inscrivent dans une politique globale de développement et reflètent ainsi les buts socio-économiques du gouvernement et de la population."¹

3.8 Le processus d'élaboration des stratégies et des plans d'action sanitaires au sein des pays et en collaboration avec ceux-ci, aboutissant à l'élaboration de budgets programmes nationaux et à la préparation du budget programme de l'OMS pour 1982-1983, doit donc impliquer le plus largement possible tous les secteurs intéressés. Les planificateurs de l'OMS et des pays devront se reporter au document intitulé "Formulation de stratégies" pour y trouver des mécanismes susceptibles de favoriser des approches multisectorielles de la planification et de la coordination du développement sanitaire aux échelons national, régional et mondial.

Critères de pertinence sociale des programmes de l'OMS

3.9 Lors de l'élaboration du budget programme pour 1982-1983, les critères les plus importants applicables à l'ensemble des programmes OMS de coopération technique seront ceux qui se rapportent à la notion de pertinence sociale. Conformément au document intitulé : "Politique et stratégie de développement de la coopération technique"² et à la résolution de l'Assemblée de la Santé pour les "Principes directeurs du budget programme",³ les activités de coopération technique doivent :

- a) viser à la réalisation d'objectifs sanitaires nationaux donnés;
- b) contribuer directement et notablement à l'amélioration de l'état de santé des populations;
- c) avoir recours à des méthodes que les pays sont actuellement en mesure d'utiliser, et
- d) développer l'autosuffisance nationale en matière de santé.

Mécanismes permettant de rendre la coopération technique plus efficace

3.10 Au cours de l'élaboration des propositions relatives au budget programme pour 1982-1983, les planificateurs devront envisager les mécanismes et solutions qui leur sont proposés dans le document intitulé "Politique et stratégie" en vue de rendre l'action de l'OMS plus efficiente et plus efficace. Il s'agit :

- a) D'assurer une plus grande participation des Etats Membres dans l'élaboration du programme de l'OMS à tous les niveaux.
- b) D'assurer une participation accrue des nationaux à l'action de l'OMS envisagée sous tous ses aspects.
- c) D'amener des experts de l'extérieur à s'intéresser efficacement aux programmes de l'OMS.

¹ OMS, document A32/8, section II, Principes fondamentaux, paragraphe 11.
² OMS, Actes officiels, N° 238, appendice I, page 194, paragraphe 2.6.1.
³ Résolution WHA30.30.

- d) De mettre en place les processus et des mécanismes intersectoriels, tels que les conseils consultatifs nationaux de la santé, pour épauler le développement sanitaire national dans les pays.
- e) De créer des centres nationaux et des réseaux internationaux de centres pour le développement sanitaire.
- f) D'harmoniser la programmation sanitaire par pays, la programmation budgétaire, les systèmes d'évaluation et d'information permettant d'appuyer le processus de développement sanitaire d'ensemble dans les pays et à l'OMS.
- g) De planifier en vue de l'utilisation complète des ressources d'origine extérieure, de la coopération technique, des contributions bilatérales et multilatérales, notamment des organisations non gouvernementales, afin d'appuyer l'action sanitaire internationale.
- h) De prévoir des formules de CTPD dans le cadre du programme de l'OMS.

Critères applicables aux choix des zones de programme où l'OMS devrait intervenir

3.11 Le budget programme pour 1982-1983 doit être élaboré conformément aux critères du programme figurant dans le sixième programme général de travail pour une période déterminée (1978-1983),¹ concernant le choix des zones de programme où l'OMS devrait intervenir, l'utilisation des ressources et la détermination du niveau d'exécution qui sont exposés ci-après.

3.12 Les propositions relatives au budget programme pour 1982-1983 doivent figurer parmi celles qui ont déjà été mentionnées, tout au moins en termes généraux, dans les programmes nationaux de santé (élaborés grâce à la programmation sanitaire par pays ou à un processus national équivalent), dans les stratégies et plans d'action nationaux ou les stratégies régionales et mondiale d'appui en vue de "la santé pour tous" ou dans le programme à moyen terme de l'OMS, dans la mesure où de tels programmes ont été élaborés. Il importe de tenir pleinement compte de la nécessité de réorienter toutes les activités de coopération technique de l'OMS afin de fournir un appui maximal à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de plans d'action en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Sous réserve de ces considérations primordiales, le sixième programme général de travail contient un certain nombre de critères utiles applicables au choix des zones de programme où l'OMS devrait intervenir.

- a) Le problème à résoudre est clairement posé.
- b) Il s'agit d'un problème d'une importance majeure à cause de son incidence, de sa prévalence, de sa distribution et de sa gravité en termes de santé publique, ou à cause de ses effets adverses sur le plan socio-culturel et le plan économique.
- c) Il existe une possibilité démontrée d'avancer vers la solution du problème.
- d) Il existe pour l'OMS de puissantes raisons d'intervenir parce que la zone de programme est mentionnée expressément dans la Constitution, le programme général de travail ou les résolutions de l'Assemblée de la Santé, du Conseil exécutif et des comités régionaux; la solution du problème exige une collaboration internationale; l'intervention de l'OMS peut avoir des effets importants sur la promotion de la santé;

¹ OMS, Actes officiels, N° 233, 1976, annexe 7, pp. 80-81.

l'intervention de l'Organisation favorisera le développement auto-entretenu des programmes à l'échelon national; ou, en tant qu'institution spécialisée du système des Nations Unies, l'OMS est tenue de collaborer avec d'autres institutions de ce système à la solution du problème.

e) La non-intervention de l'OMS aurait des conséquences graves pour la santé.¹

Critères applicables aux ressources provenant du budget ordinaire

3.13 Eu égard au caractère limité des ressources provenant du budget ordinaire de l'OMS, il convient de décider judicieusement de l'endroit où seront investies les ressources du budget ordinaire et des finalités de cet investissement. Les ressources du budget ordinaire de l'OMS ne devront être utilisées que sous réserve de satisfaire à l'un des deux critères de ressources suivant :

- a) Après cessation de la collaboration de l'OMS, les Etats Membres pourront développer avec succès la zone de programme et en poursuivre les activités.
- b) La zone de programme comporte des activités qui peuvent valoir aux pays intéressés ou à l'OMS des attributions¹ de fonds extrabudgétaires, de sources bilatérales, multilatérales ou non gouvernementales.

3.14 Les critères énumérés ci-après ont pour but d'aider à déterminer à quel(s) niveau(x) structurel(s) les activités du programme doivent se situer. A ce propos, il convient de tenir compte des développements consacrés à cette question dans l'"Etude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions"² et aux dispositions prises en vue d'assurer un appui de l'OMS aux stratégies nationales, régionales et mondiale visant à réaliser la "santé pour tous en l'an 2000".

Critères applicables aux activités dans les pays

3.15 En règle générale, les activités de coopération technique de l'OMS pour 1982-1983 doivent être celles qui font partie, ou assurent l'appui direct, du budget programme national et du plan d'action national en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Elles doivent appuyer la mise en place de programmes de santé d'envergure nationale qui, sur le plan social, s'adressent à ceux qui en ont le plus besoin. Elles doivent se conformer au principe fondamental suivant, qui régit le choix des activités au niveau des pays :

Les activités dans les pays doivent viser à résoudre des problèmes d'importance majeure pour la santé publique dans les pays, en particulier ceux qui concernent des populations non desservies, et doivent résulter d'un processus rationnel d'identification des priorités nationales, telle la programmation sanitaire à l'échelle des pays.¹

Critères applicables aux activités inter-pays et autres activités régionales

3.16 Aux niveaux inter-pays et régional, il convient de privilégier tout particulièrement, dans le budget programme 1982-1983, les moyens de promouvoir et d'utiliser la coopération technique entre les pays et singulièrement entre les pays en développement (CTPD). Les activités inter-pays et régionales de l'OMS doivent être conçues de manière à appuyer les stratégies nationales et régionales en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Il convient

¹ OMS, Actes officiels, N° 233, 1976, page 80.

² OMS, document DGO/78.1.

d'envisager les critères suivants lorsqu'une décision doit être prise concernant les activités inter-pays et régionales tendant à promouvoir la coopération technique entre les pays et à appuyer les stratégies nationales et régionales :

Les activités inter-pays et autres activités régionales peuvent être envisagées notamment lorsque : des besoins semblables ont été identifiés dans plusieurs pays d'une même Région à la suite d'un processus rationnel de programmation; en tant qu'effort collectif d'un certain nombre de pays d'une même Région, l'activité est de nature à beaucoup faciliter la réalisation de l'objectif du programme; pour des raisons d'économie, le cadre inter-pays paraît avantageux pour la mise en commun de certaines ressources, par exemple lorsqu'il s'agit de fournir aux pays des services techniques de très haut niveau; l'activité devrait être susceptible d'une application pratique à l'échelle des pays; l'activité doit être planifiée, exécutée et évaluée à l'échelon régional, ou bien est indispensable à des fins de coordination régionale; ou l'activité est un élément régional essentiel d'une activité interrégionale ou mondiale.¹

Critères applicables aux activités interrégionales et mondiales

3.17 Tous les programmes interrégionaux, exécutés sous la responsabilité du Siège ou d'un bureau régional, doivent être complètement revus et réorientés en tenant compte de la nécessité de formuler des stratégies mondiales et de fournir un appui aux stratégies et plans d'action nationaux ainsi qu'aux stratégies régionales et mondiale en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Sous réserve des nouvelles orientations primordiales concernant le rôle et la fonction de l'Organisation aux niveaux des bureaux régionaux et de l'ensemble du monde, voici quelques-uns des autres critères à prendre en considération :

Les activités interrégionales et les activités mondiales seront entreprises lorsque : des besoins semblables ont été identifiés dans un certain nombre de Régions à la suite d'un processus rationnel de programmation; en tant qu'effort collectif d'un certain nombre de Régions, l'activité est de nature à beaucoup faciliter la réalisation des objectifs du programme; pour des raisons d'économie, le cadre interrégional paraît avantageux pour la mise en commun de certaines ressources, par exemple lorsqu'il s'agit de fournir aux Régions des services consultatifs de très haut niveau; l'activité implique une planification, une gestion et une évaluation à l'échelle mondiale; l'activité est nécessaire pour la coordination mondiale des actions de santé et pour la coordination au niveau du Siège avec les programmes des autres organismes internationaux; ou l'activité consiste en une coopération technique avec les Régions et/ou entre Régions et doit permettre de stimuler les activités régionales dans la zone de programme considérée.¹

Approches programmatiques

3.18 De nouvelles approches s'imposent pour atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000". Celles-ci sont actuellement en cours d'élaboration à l'occasion de l'étude sur la structure de l'OMS eu égard à ses fonctions et de la préparation du septième programme général de travail. A ce sujet, ceux qui préparent le programme consulteront avec profit la "liste d'approches" annexée aux "Directives de travail provisoires sur la programmation à moyen terme" de l'OMS.² Ces approches vont, par exemple, de l'élaboration de concepts à la participation et

¹ OMS, Actes officiels, N° 233, 1976, page 81.

² OMS, document PWG/1/4 et annexes, de septembre 1976.

à la formulation de politiques internationales, à la coordination internationale d'activités, à la collaboration avec d'autres organisations et institutions, à l'échange d'informations, à l'élaboration de normes, à la promotion de recherches, et à l'élaboration, à l'adaptation et au transfert de méthodes techniques, scientifiques et gestionnelles.

IV. PROGRAMMATION BUDGETAIRE AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL

4.1 Le processus OMS de programmation budgétaire commence et s'achève dans les pays. C'est la contrepartie du fait que les politiques, les stratégies et les programmes d'action doivent être formulés d'abord et avant tout par les pays eux-mêmes, et que l'objectif de "la santé pour tous" sera en définitif atteint par tous les peuples dans le cadre national. Au niveau des pays, la programmation budgétaire fait partie intégrante du processus unique, élargi et permanent, de consultations de l'OMS avec les pays en vue d'élaborer a) des stratégies nationales à long terme pour le développement sanitaire, b) des plans d'action nationaux à moyen terme, c) des budgets programmes nationaux, d) des stratégies d'appui régionales et e) mondiales, f) le septième programme général de travail, g) des programmes OMS à moyen terme, et h) des budgets programmes de l'OMS. Ainsi, les consultations avec les pays ne sont pas entreprises aux seules fins de la préparation du budget programme biennal et indépendamment de ces perspectives plus vastes. Le processus unifié et permanent de consultation et de la collaboration avec les pays ainsi que de soutien à ceux-ci est d'ailleurs développé dans d'autres directives OMS pour l'élaboration du programme.

4.2 Au niveau des pays, la programmation budgétaire est essentiellement et conjointement du ressort des autorités nationales concernées, du coordonnateur des programmes de l'OMS dans le pays, du bureau régional et du comité régional. Les besoins et les plans définis au niveau national suivent la filière ascendante de l'Organisation et contribuent à façonner le programme de l'OMS aux niveaux régional et mondial. La nature du processus de programmation et de budgétisation sanitaire par pays, la gestion des ressources OMS au niveau des pays et la procédure d'élaboration et d'examen par étapes sont exposées dans les paragraphes qui suivent.

Le processus de programmation-budgétisation sanitaire par pays

4.3 Au niveau des pays, la programmation budgétaire doit faire partie d'un processus plus vaste de développement sanitaire national comportant notamment la formulation de politiques, de stratégies et de plans d'action sanitaires nationaux qui se traduisent ensuite dans des programmes de plus en plus détaillés, d'abord à moyen terme et ensuite conformément au cycle budgétaire national (programmation-budgétisation), annuel ou biennal, destinés à faire l'objet d'une approbation du corps législatif et être ultérieurement mis en oeuvre, contrôlés et évalués. Ces différentes phases constituent un ensemble et sont "itératives" en ce sens que les phases ultérieures de planification, de programmation, de mise en oeuvre et d'évaluation modifient continuellement et réorientent les phases antérieures de planification, de choix des orientations et d'analyse des stratégies.

4.4 La planification en vue de "la santé pour tous en l'an 2000" est essentiellement un processus politique. Les aspects fondamentaux de la politique sanitaire et de l'approche stratégique sont déjà définis par le choix politique et l'option de "la santé pour tous". Il s'agit de parvenir à une couverture sanitaire meilleure et plus équitable grâce aux éléments essentiels des soins de santé primaires, de réaffecter des ressources au profit de ceux qui en ont le plus besoin, de définir des approches intersectorielles visant à promouvoir la santé, la participation communautaire, l'interdépendance internationale et la coopération technique, en tenant pleinement compte des notions d'autoassistance et d'autodétermination et d'un certain nombre d'autres doctrines sanitaires et principes directeurs d'un développement social global dont il a été question aux sections II et III ci-dessus. En outre, les réalités et les pratiques politiques, structurelles, administratives, économiques et sociales diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre. Par conséquent, il n'existe probablement pas d'approche méthodologique détaillée, unique en son genre, que tous les pays puissent appliquer pour exécuter le processus exposé en termes généraux au paragraphe 4.3 ci-dessus.

4.5 Les "directives pour la programmation sanitaire par pays" de l'OMS feront actuellement l'objet d'une révision afin d'englober de façon plus complète le processus de développement sanitaire national, y compris la formulation de politiques, de stratégies et de plans d'action en vue de "la santé pour tous", ainsi que les phases les plus avancées de la programmation détaillée et notamment la programmation budgétaire, tout en ménageant une souplesse suffisante pour autoriser une adaptation optimale à des situations qui diffèrent très sensiblement d'un pays à l'autre. Ces directives soulignent que la programmation budgétaire et la réaffectation des ressources en vue de "la santé pour tous" et par le moyen de la PSP doivent être entreprises par les autorités et organismes responsables, non seulement du secteur sanitaire mais également d'autres secteurs (agriculture, intérieur, travaux publics, environnement, transports, industrie, travail, défense nationale, etc.) dans la mesure où ils peuvent avoir trait à la santé. Aucun ensemble de directives ne peut par lui-même garantir une programmation efficace au niveau des pays. Dans ce domaine, c'est le processus de programmation permanente au sein des pays et l'effort de consultation et de dialogue entre les pays et l'OMS qui comptent véritablement. De même, on ne parviendra à traduire des programmes sanitaires par pays et des plans de santé nationaux dans des budgets programmes nationaux que dans la mesure où l'on saura associer efficacement d'autres secteurs au processus de programmation.

4.6 Si, dans un pays donné, a) le processus de formulation des politiques, stratégies et plans d'action nationaux en vue de "la santé pour tous en l'an 2000" est bien avancé, et b) un processus de programmation sanitaire par pays en grandeur réelle ou un processus de planification nationale systématique de type équivalent se met en place, fournissant pour le développement sanitaire une perspective à moyen terme s'étendant au moins jusqu'à la fin de 1983, on devrait normalement se trouver en présence d'une base naturelle pour l'élaboration de programmes sanitaires répondant aux impératifs sociaux ainsi que du budget programme sanitaire national, dont le projet de programme de coopération technique de l'OMS au niveau du pays pour 1982-1983 doit être un élément d'appui indissociable.

4.7 S'il n'existe aucune démarche de programmation sanitaire par pays (PSP) ou de planification équivalente dans le pays, la programmation budgétaire biennale au niveau du pays n'en sera que plus difficile. En pareil cas, il est recommandé de s'attacher, dans la limite des moyens existants et des délais dont on dispose, à entreprendre, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales, un effort de planification collective de type "mini-PSP", utilisant les nouvelles directives de PSP, judicieusement abrégées, modifiées et adaptées en vue de formuler des programmes de développement sanitaire national au sein desquels le rôle de l'OMS peut être défini.

4.8 Bien que la budgétisation fasse suite à la programmation, elle n'en est pas moins un élément important du processus étant donné qu'elle fournit les moyens d'obtenir de l'organe législatif les ressources nécessaires pour le programme national de santé, et qu'elle permet de déterminer directement dans quelle mesure le budget correspond aux politiques de "pertinence sociale" et de réaffectation des ressources en faveur de ceux qui en ont le plus besoin. Au niveau des pays, le processus OMS de programmation budgétaire doit suivre d'aussi près que possible le processus national de programmation, et éviter d'imposer des étapes de programmation ou des exigences de budgétisation détaillées qui soient en avance ou déphasées par rapport au cycle national de programmation budgétaire.

4.9 Le degré de détail exigé à tel ou tel stade particulier du processus de programmation nationale et la méthode utilisée pour chiffrer les estimations de dépenses servant à la programmation nationale varieront nécessairement d'un pays à l'autre. Comme on le verra encore ci-après, il n'est aucunement indispensable que les pays utilisent les procédures budgétaires de l'OMS et il suffit que les besoins des pays qui concernent les ressources de l'OMS puissent être exprimées sous la forme de grands chiffres de planification par pays ventilés par programme afin de figurer dans le budget programme régional de l'OMS. En général, il n'est pas nécessaire d'élaborer le budget en procédant à une addition précise de postes budgétaires détaillés. En revanche, il est plus important que l'approche proposée concrétise efficacement la politique, la stratégie et le plan d'action arrêtés au niveau national.

Elaboration des budgets programmes et gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays

4.10 Le budget programme pour 1982-1983 sera le deuxième budget programme biennal de l'OMS élaboré conformément aux nouvelles notions et procédures définies dans le rapport du Directeur général intitulé : "Elaboration des budgets programmes et gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays".¹ Cette innovation s'inspire du souci de mieux harmoniser le processus de programmation budgétaire de l'OMS au niveau des pays avec le processus de programmation nationale. Du point de vue pratique, la nouvelle procédure de programmation budgétaire au niveau des pays a deux conséquences : a) élaborer le budget programme de l'OMS sous la forme de programmes généraux répondant à des besoins et à des priorités définies à l'échelon national, et b) reporter la planification détaillée des projets à une date plus proche de la période d'exécution, en plus étroite harmonie avec les processus de programmation sanitaire nationale.

4.11 Les nouvelles notions et procédures d'élaboration des budgets programmes et de gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays ont été approuvées par la Trentième Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA30.23, dont un fragment est reproduit ci-après :

- 1) aux premiers stades du processus d'établissement d'un budget programme, l'OMS et les autorités nationales s'emploieront en collaboration à identifier et planifier des programmes prioritaires de coopération visant à la réalisation des objectifs sanitaires définis dans les programmes de santé nationaux et faisant l'objet d'un programme général plutôt que de projets particuliers ou de prévisions détaillées d'activités;
- 2) les propositions concernant les programmes de coopération technique seront présentées dans les budgets programmes régionaux sous la forme d'exposés descriptifs des programmes de pays, assortis de tableaux budgétaires dans lesquels les chiffres de planification par pays seront ventilés par programme de manière à faciliter à chaque comité régional un examen axé sur les programmes; ces informations relatives aux programmes de pays ne seront plus reproduites dans une annexe explicative du projet de budget programme présenté par le Directeur général, étant entendu toutefois que la documentation régionale considérée sera à la disposition des délégués à l'Assemblée de la Santé et des membres du Conseil pour l'examen et l'approbation du budget programme de l'OMS;
- 3) des plans détaillés de travail ou d'opérations, ainsi que des prévisions budgétaires intéressant les projets et activités particuliers envisagés au titre des programmes sanitaires définis, seront établis à un stade ultérieur, plus près de l'exécution des programmes à l'échelon des pays et dans le cadre de leur mise en oeuvre;
- 4) des renseignements adéquats sur la mise en oeuvre et l'achèvement des programmes et des projets, ainsi que sur leur avancement, leur rendement et leur efficacité, seront mis à la disposition des délégués à l'Assemblée de la Santé et des membres du Conseil dans le contexte du système d'évaluation que l'OMS s'efforce progressivement de mettre au point.¹

Elaboration par étapes et procédure d'examen

4.12 On trouvera ci-après, à titre indicatif, une énumération des étapes essentielles de l'élaboration et de l'examen du budget programme de l'OMS pour 1982-1983 au niveau des pays et des régions. Chaque région ajustera la procédure en fonction des circonstances qui lui sont spécifiques et en accord avec les Etats Membres, étant entendu que l'approche régionale devra cadrer avec le calendrier mondial.

¹ Résolution WHA30.23.

- Etape 1 : Après la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général donne des directives programmatiques et indique à chaque Directeur régional le montant des affectations régionales provisoires pour 1982-1983.
- Etape 2 : A l'automne 1979, les directeurs régionaux, après concertation avec eux, communiquent aux coordonnateurs des programmes de l'OMS et aux planificateurs de chaque région les directives programmatiques générales et les chiffres provisoires de planification par pays.
- Etape 3 : Dans les premiers mois de 1980, la planification officielle des programmes est entreprise avec les Etats Membres, dans le cadre du processus permanent de consultation des pays, afin de définir les programmes de coopération avec l'OMS qu'il conviendrait d'exécuter en 1982-1983, lesquels favorisent et appuient le plus directement possible les politiques, stratégies et plans d'action nationaux en vue de "la santé pour tous" qui seront en cours de préparation à la même époque. C'est l'étape la plus importante dans le processus de programmation budgétaire.
- Etape 4 : Les coordonnateurs des programmes de l'OMS et les directeurs de la gestion du programme des différentes régions se réunissent au printemps de 1980 afin d'examiner les exposés de programmes par pays et les chiffres de planification à inclure dans les documents contenant les budgets programmes régionaux.
- Etape 5 : Les directeurs de la gestion du programme des régions se réunissent avec le Comité du Siège pour le Programme au printemps de 1980 pour améliorer la corrélation des activités du budget programme entre les régions et tous les niveaux organisationnels, particulièrement des activités inter-pays et interrégionales, et notamment l'application uniforme de la classification des programmes de l'OMS.
- Etape 6 : Le Comité pour le Programme mondial se réunit après la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 1980 pour faire brièvement le point de l'élaboration coordonnée du projet de budget programme pour 1982-1983.
- Etape 7 : Les directeurs régionaux arrêtent, produisent et distribuent le document de budget programme régional et en envoient des exemplaires ou des projets au Siège pour le 4 juillet 1980.
- Etape 8 : Les projets de programmes régionaux sont examinés par les comités régionaux respectifs à la fin de l'été ou au début de l'automne de 1980, et les recommandations des comités sont transmises au Directeur général pour intégration dans le projet de budget programme.
- Etape 9 : Le projet de budget programme du Directeur général pour 1982-1983 est examiné par le Conseil exécutif en janvier 1981 et transmis, ainsi que les recommandations du Conseil, à l'Assemblée mondiale de la Santé pour examen et approbation en mai 1981, au moment où ces organes examinent la stratégie mondiale pour atteindre l'objectif de "la santé pour tous d'ici à l'an 2000".
- Etape 10 : En 1980-1981 des plans détaillés de fonctionnement ou de travail ont été formulés pour les activités dans les pays de la période biennale 1982-1983. Pour certaines activités qui ne commencent qu'à la fin de 1982 ou courant 1983, de tels plans détaillés de fonctionnement ou de travail pourront être achevés au cours de la première année de la période biennale 1982-1983.
- Etape 11 : Les détails des programmes par pays pour 1982-1983 seront examinés à la réunion au printemps 1981 des coordonnateurs de programme OMS et des directeurs de la gestion des programmes régionaux avec le Directeur régional. Une attention particulière devant être accordée d'une part à la conformité des programmes de pays aux politiques, aux exigences et aux stratégies OMS et nationales d'autre part à tous changements corrélatifs notables intervenus dans les programmes ou les approches pour 1982-1983.

- Etape 12 : Les modifications importantes qui ont été apportées au programme depuis l'approbation du budget programme de l'OMS pour 1982-1983 sont communiquées aux comités régionaux à la fin de l'été ou au début de l'automne de 1981.¹
- Etape 13 : La période biennale 1982-1983 commence le 1er janvier 1982 et s'achève le 31 décembre 1983. Les affectations et allocations de crédits pour 1982-1983 sont établies sur une base biennale entièrement intégrée, sans distinction d'année.
- Etape 14 : Les coordonnateurs des programmes de l'OMS et les directeurs de la gestion du programme régional se réunissent au printemps 1982 pour évaluer les activités en cours des programmes par pays pour 1982-1983, et examiner les propositions relatives au budget programme pour 1984-1985.
- Etape 15 : L'Assemblée mondiale de la Santé procède en 1982 à un bref examen des modifications importantes apportées au budget programme pour 1982-1983, d'après des rapports du Conseil exécutif et du Directeur général utilisant des renseignements soumis par les régions, conformément à la résolution WHA28.69.
- Etape 16 : L'Assemblée mondiale de la Santé procède en mai 1983 à un bref examen du rapport du Directeur général sur les faits nouveaux importants intervenus en 1982.
- Etape 17 : L'Assemblée mondiale de la Santé procède en mai 1984 à un examen complet du rapport du Directeur général sur l'activité de l'OMS pendant toute la période biennale 1982-1983.

Affectations régionales provisoires

4.13 Comme cela est indiqué à l'étape 1 du processus d'élaboration et d'examen du budget programme exposé plus haut, le Directeur général indiquera aux directeurs régionaux (en juin 1979) le montant des affectations régionales provisoires pour chaque région. La répartition des ressources entre les régions se fonde sur un large éventail de facteurs et de considérations examinés dans un document de travail du Conseil exécutif intitulé "Répartition des ressources entre les régions".² Les affectations régionales provisoires s'effectueront sur une base biennale entièrement intégrée et dans le cadre des pouvoirs globalement accordés par la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé qui a décidé que "le budget programme ordinaire pour 1982-1983 pourra être élaboré dans la limite d'un niveau budgétaire qui assure une augmentation réelle allant jusqu'à 4 % pour la période biennale, en plus d'augmentations de coût correspondant à des estimations raisonnables, les facteurs et hypothèses sur lesquels on se fondera devant être explicités".³ Les augmentations réelles intervenant dans les affectations régionales doivent servir à faciliter la réaffectation des ressources entre les pays, comme on le verra au paragraphe 4.16 ci-après à propos de l'établissement des chiffres provisoires de planification par pays.

4.14 L'affectation régionale pour 1982-1983 comportera un plafond absolu et, à l'intérieur même de ce plafond une limite maximale d'augmentation réelle fixée de telle façon que l'augmentation réelle totale pour l'ensemble de l'Organisation ne dépasse pas les 4 % pour la période biennale. L'affectation régionale pour la période biennale 1982-1983 comportera donc une augmentation réelle maximale et un plafond absolu qui couvre les augmentations réelles s'ajoutant aux augmentations de coût. Il ne faut pas que les propositions relatives au budget programme régional prévoient une augmentation réelle dépassant la limite maximale d'augmentation régionale et cela même si une telle augmentation réelle s'ajoutant à des augmentations de coût correspondant à des estimations raisonnables n'aboutissent pas à crever le plafond absolu de l'affectation régionale. Inversement, si l'augmentation réelle proposée ne dépasse pas la

¹ La forme de ce rapport pour 1982-1983 sera probablement analogue à celle de 1980-1981 comme cela a été indiqué dans les "Directives pour la préparation des rapports sur les modifications dans le budget programme", voir document PB/79/1.

² OMS, Actes officiels, N° 245, appendice 2, page 52.

³ Résolution WHA32.29.

limite d'augmentation réelle mais que l'addition d'augmentations de coût correspondant à des estimations raisonnables aboutissait à des propositions relatives au budget programme régional crevant le plafond absolu de l'affectation régionale, il n'y aurait d'autre solution que de réduire l'augmentation réelle proposée du montant nécessaire pour que l'augmentation réelle et l'augmentation de coût rentrent l'une et l'autre dans l'affectation régionale provisoire.

4.15 Au moment où le Directeur général informe les directeurs régionaux du montant des affectations régionales, le service du Budget au Siège demandera aux bureaux régionaux d'envoyer à Genève pour le mois de novembre 1979 leurs facteurs de coûts estimatifs provisoires et leurs hypothèses de coûts pour 1982-1983, en ce qui concerne les frais de personnel, les consultants, les services communs et autres dépenses principales ainsi que les taux de change des principales monnaies régionales qui pourraient être adoptées pour les calculs budgétaires pour 1982-1983, afin de faciliter l'analyse mondiale des coûts et l'étude des plafonds d'affectations régionales.

Chiffres provisoires de planification par pays

4.16 Comme cela est indiqué à l'étape 2 du processus d'élaboration et d'examen du budget programme exposé plus haut, les directeurs régionaux déterminent, à l'automne 1979, les "chiffres provisoires de planification par pays" sur une base biennale entièrement intégrée pour 1982-1983, en attribuant à chaque pays et à titre provisoire un chiffre indicatif des crédits du budget ordinaire reposant sur des considérations qualitatives et quantitatives propres à chaque région. L'élément essentiel est ici la politique de réaffectation en faveur des pays et des populations qui sont les moins développés, les moins bien desservis, les plus démunis sur le plan sanitaire et par conséquent ceux qui sont dans le plus grand besoin. L'augmentation réelle des affectations régionales dont il est question au paragraphe 4.13 ci-dessus peut servir à faciliter la réaffectation des ressources entre les pays. L'éventail des méthodes possibles d'affectation des ressources aux pays comprend différentes options : i) l'affectation sur la base d'une formule faisant intervenir des critères qui soient aussi objectifs et quantitatifs que possible et appliquant essentiellement la formule à la répartition de l'augmentation réelle des ressources du budget ordinaire disponibles pour 1982-1983, au titre de la coopération, sans réduire les ressources actuellement disponibles au titre de la coopération technique avec un quelconque pays; ii) l'affectation sur la base des chiffres indicatifs de planification du PNUD (bien qu'il faille faire observer que dans l'état actuel des choses ces chiffres du PNUD sont basés presque entièrement sur la population et le produit national brut par habitant et qu'ils n'admettent qu'une très faible pondération pour certains critères sociaux complémentaires) ou iii) l'affectation sur une base plus ou moins subjective, sans toutefois méconnaître des indicateurs tels que le niveau de santé, de développement, de ressources et de besoins nationaux et internationaux qui peuvent être facilement connus ou des besoins particuliers des moins développés des pays en développement. Certains comités régionaux ont étudié les méthodes de répartition entre les pays de leur région respective et ont défini des principes directeurs ou des critères à cet effet.

4.17 Les chiffres provisoires de planification de l'OMS ne doivent pas être considérés comme synonymes des chiffres indicatifs de planification (CIP) du PNUD, par exemple, qui, souvent, passent pour être la "propriété" du pays en question. Les chiffres provisoires de planification de l'OMS ne constituent qu'un ordre de grandeur servant uniquement à guider le processus de programmation budgétaire. En outre, l'OMS se réserve le droit de reprogrammer et de réaménager avec souplesse les ressources qu'elle affecte, non seulement à l'intérieur même du pays mais également entre les pays et même entre les régions, si le besoin s'en fait sentir.

Exposés de programmes par pays

4.18 Les résultats de ce processus rationnel exécuté collectivement qu'est la planification sanitaire par pays, qu'il s'agisse d'une programmation sanitaire par pays en vraie grandeur ou d'une "mini-PSP" du genre de celle dont il vient d'être question, doivent se refléter dans l'exposé de programme sanitaire par pays destiné à figurer dans le projet de document de budget programme régional pour 1982-1983. Cet exposé doit être élaboré en étroite collaboration avec les responsables gouvernementaux. Il est suggéré que les exposés de programmes par pays pour 1982-1983 aient pour thème principal la stratégie de développement sanitaire national en

vue de "la santé pour tous" et le programme OMS de coopération technique proposé dans le cadre et à l'appui de la stratégie nationale. A ce propos, il peut être bon de scinder l'exposé de programme par pays en deux parties :

- I. Stratégie du développement sanitaire national en vue de la santé pour tous.
- II. Programme de coopération technique pour le développement sanitaire.

4.19 Il faut que la première partie de l'exposé de programme de pays dont il vient d'être question résume les grandes lignes de la politique et de la stratégie nationale en vue de "la santé pour tous" ainsi que du plan de développement sanitaire national. Il serait opportun d'indiquer également les grands objectifs sanitaires et sociaux arrêtés au niveau national. L'espace manquera pour reproduire beaucoup de données statistiques et il faudra donc les utiliser de façon sélective et parcimonieuse. Il est plus important que l'exposé de programme fournisse une vue d'ensemble suffisante de la stratégie de développement sanitaire national en vue de la santé pour tous. Cela suppose notamment d'importantes initiatives ou réformes d'ordre politique, législatif, administratif, structurel et financier, ainsi qu'une participation intersectorielle et communautaire au processus de développement sanitaire.

4.20 Il faut que les éléments de coopération technique des programmes de santé fassent l'objet d'une description, mentionnant les approches que l'OMS adopte ou se propose d'adopter en tant que partie intégrante de la stratégie de développement sanitaire national et de contribution à celle-ci, et cela qu'un concours financier de l'OMS soit ou non directement en cause. Ainsi, il se pourrait que l'apport de l'OMS à un programme de nutrition prenne la forme d'un transfert d'informations sans incidences financières visibles. L'exposé de programme de pays (étape 4 dans la procédure d'élaboration et d'examen par étapes décrite plus haut) n'a pas besoin de donner des détails sur chacun des projets existants ou envisagés, notamment parce que le stade de la planification détaillée du projet (étape 10 de la procédure) n'aura pas encore été atteint. Si l'on a planifié une entreprise collective particulièrement importante et si l'on dispose encore d'un peu de place, il sera dès lors possible de la mentionner dans l'exposé de programme. Toutefois, le descriptif de pays doit avant tout être un exposé de nature programmatique.

4.21 Il convient de mentionner les incidences intersectorielles des programmes de coopération technique. Si des efforts importants de coopération technique entre pays (CTPD) sont consentis en matière de santé, il doit en être fait mention. On ne fera état des concours extérieurs ou extrabudgétaires que s'ils sont importants, en gardant présent à l'esprit le but des exposés de programmes de pays au cours de l'examen par le comité régional du projet de budget programme régional pour 1982-1983. Les descriptifs de programmes de pays doivent expliquer les rapports existants entre les propositions relatives aux programmes par pays et les tableaux budgétaires dont ils sont assortis, comme en témoigne l'exemple de l'annexe.

Exposés de programmes régionaux

4.22 Il est recommandé que les exposés de programmes régionaux pour 1982-1983 indiquent les grandes lignes d'action des stratégies régionales d'instauration de "la santé pour tous en l'an 2000", y compris en matière de recherche biomédicale et de recherche sur les services de santé. Il faut que ces exposés montrent dans quelle mesure les programmes régionaux s'attachent aux notions de "la santé pour tous", à l'intérêt prioritaire accordé à ceux qui en ont le plus besoin, à la pertinence sociale, à la coopération technique entre les pays et aux autres orientations générales dont il a été question aux sections II et III. Il faut que soit indiqué comment les stratégies et les programmes régionaux appuient les politiques, les stratégies et les plans d'action nationaux.

4.23 Outre le fait d'être examinés par les comités régionaux de l'OMS, les exposés de programmes régionaux fournissent les éléments de base servant à préparer les exposés de programmes mondiaux que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé examinent en se servant des documents de budgets programmes régionaux pour obtenir des données complémentaires. Il est donc important que les différents exposés de programmes régionaux et les présentations de budgets programmes soient sensiblement de la même qualité et à peu près comparables. Ces dernières années, les comités régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé ont clairement

manifesté le désir de voir les incidences budgétaires se refléter dans les descriptifs de programmes. C'est pour cela que, lors de la préparation des exposés de programmes régionaux et de pays pour 1982-1983, un effort tout particulier doit être fait pour expliciter dans les descriptifs les articulations entre le projet de programme et les tableaux budgétaires qui les accompagnent, notamment pour les programmes inter-pays. Il convient d'expliquer les augmentations ou diminutions notables intervenant dans les affectations des programmes de pays entre 1980-1981 et 1982-1983, ou les déplacements de ressources entre les différents programmes ou encore les modifications sensibles dans les estimations ou transferts de ressources entre le budget ordinaire et les différentes sources de financement extrabudgétaires. Dans l'esprit de "la santé pour tous", il devient particulièrement important d'expliquer les réaménagements qui traduisent une réaffectation plus fondamentale des ressources au profit des programmes destinés aux populations qui sont les moins bien desservies et qui en ont le plus grand besoin. L'annexe contient un exemple de ce que l'on entend par expliciter les articulations entre les descriptifs et les tableaux budgétaires.

Tableaux budgétaires d'appoint

4.24 La résolution WHA30.23 sur l'élaboration des budgets programmes et la gestion des ressources de l'OMS au niveau des pays stipule que "les propositions concernant les programmes de coopération technique seront présentées dans les budgets programmes régionaux sous la forme d'exposés descriptifs des programmes de pays, assortis de tableaux budgétaires dans lesquels les chiffres de planification par pays seront ventilés par programme de manière à faciliter à chaque comité régional un examen axé sur les programmes". Les projets nationaux et multinationaux n'apparaîtront pas nommément dans le document de budget programme pour 1982-1983. La forme de présentation des tableaux de budget programme par pays pour 1982-1983 sera essentiellement la même que pour 1980-1981. Ainsi, les principales caractéristiques des tableaux budgétaires d'appoint sont les suivantes :

- 1) le chiffre de planification par pays est ventilé par programme, en se conformant à la classification des programmes de l'OMS (les projets et sous-programmes ne figurent pas nommément dans les tableaux budgétaires); et
- 2) les prévisions budgétaires sont présentées en deux colonnes, chacune représentant des prévisions budgétaires biennales entièrement fusionnées pour 1980-1981; et des propositions pour 1982-1983 pour toutes les sources de financement.

4.25 La ventilation du chiffre de planification par pays peut prendre la forme de prévisions arrondies par programme. Les prévisions détaillées au dollar près ne sont ni souhaitées, ni même possibles avec la nouvelle procédure de programmation budgétaire au niveau national. Il est recommandé au personnel chargé de la préparation du budget programme de se mettre à la place des délégués du comité régional, de prévoir les questions qu'ils seront susceptibles de poser au directeur régional sur les aspects budgétaires des propositions et de s'assurer que les principales questions budgétaires trouvent un écho suffisant dans le commentaire écrit. Les délégués aux comités régionaux demandent souvent pour quelle raison on observe des tendances perceptibles à la hausse ou à la baisse dans les ressources budgétaires et extrabudgétaires indiquées au titre des différents programmes. Il leur faut savoir dans quelle mesure les déplacements de ressources traduisent a) des modifications dans les politiques et les priorités, b) des modifications dans l'approche ou le type d'activités, c) la mise en train de nouvelles activités ou l'interruption d'activités anciennes, ou d) l'influence d'autres facteurs tels que, par exemple, le caractère peu fiable d'une prévision de ressources extrabudgétaires entreprise aussi longtemps à l'avance ou d'importantes augmentations et diminutions de coût et notamment les fluctuations des taux de change (voir annexe).

4.26 Etant donné que bon nombre de ces questions sont également posées au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé et que les budgets programmes régionaux servent de base pour la préparation des exposés de programmes mondiaux (comme cela est indiqué aux paragraphes 4.23 et 4.25), il est important qu'il existe un degré raisonnable de comparabilité et d'uniformité

entre les budgets programmes régionaux. L'une des sources les plus graves des critiques formulées ces dernières années au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé a tenu aux approches différentes que les diverses Régions ont parfois adoptées vis-à-vis de la classification des différents types d'activités programmatiques selon la classification OMS "uniforme" des programmes. Ces disparités ont été signalées par des membres du Conseil et des délégués à l'Assemblée de la Santé, et il a été demandé à des directeurs régionaux, sans guère leur donner beaucoup de temps pour se préparer, d'expliquer et de corrélérer les montants budgétaires régionaux et les activités de programme à la classification OMS des programmes. Le Secrétaire du Comité du Siège pour le Programme et le service du Budget au Siège donneront d'ailleurs des instructions toutes particulières dans ce sens à tous les bureaux régionaux. En outre, comme cela est indiqué à l'étape 5 de la procédure d'élaboration et d'examen par étapes exposée au paragraphe 4.12, les directeurs de la gestion du programme régional se réuniront au printemps de 1980 pour améliorer la corrélation des activités de programmation-budgétisation entre les Régions et tous les niveaux organisationnels, et notamment de veiller à l'application uniforme de la classification des programmes de l'OMS.

V. PROGRAMMATION BUDGETAIRE AU SIEGE

5.1 Tous les programmes et modes d'action dépendant du Siège doivent être revus et réorientés conformément à la politique et à la stratégie nouvelle en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Cela signifie la suppression de nombreuses activités en cours d'exécution ou projetées en 1980-1981, et le contrôle rigoureux de l'utilisation du personnel OMS, des consultants, des voyages en mission, de la documentation, des réunions, des services, des subventions, de la sous-traitance et d'autres moyens encore, de telle sorte que l'énergie et les moyens humains puissent être réorientés dans le sens voulu et davantage consacrés à des actions qui concernent et soutiennent directement la formulation et la mise en oeuvre de stratégies nationales, régionales et mondiales en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Les moyens humains et autres doivent être soigneusement dirigés et coordonnés au Siège et en collaboration avec les bureaux régionaux de telle sorte que l'OMS puisse satisfaire de façon efficace et coordonnée les besoins qui s'expriment aux niveaux national, régional et mondial. En 1980-1981 et en 1982-1983, les modes d'action du Siège seront en grande partie dictés par la stratégie mondiale en vue de "la santé pour tous en l'an 2000", par l'élaboration du septième programme général de travail et les programmes à moyen terme qui lui sont liés, et par l'"Etude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions".¹ Tout le personnel doit être associé à ce processus et y participer activement.

5.2 De nombreuses activités interrégionales, mondiales et du Siège ont d'ores et déjà été définies, ou sont en cours de définition, dans le cadre de la programmation à moyen terme intéressant les secteurs suivants : services de santé complets, maladies transmissibles, maladies non transmissibles, hygiène du milieu, santé mentale et développement des personnels de santé. Ces programmes ont été réexaminés et adaptés de manière à appuyer les stratégies nationales, régionales et mondiales en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". Il faut que la structure "verticale" des programmes de l'OMS au Siège soit coordonnée "horizontalement" de manière à fournir l'appui technique nécessaire aux stratégies régionales de protection sanitaire par l'intermédiaire des réseaux nationaux de services de santé complets. L'élaboration des programmes à moyen terme et des budgets programmes au niveau mondial dépend donc, en premier lieu, des besoins et des priorités définis aux niveaux national et régional. La formulation initiale des stratégies mondiales en vue de "la santé pour tous en l'an 2000" coïncidera avec la préparation des propositions relatives aux budgets programmes interrégional, mondial et du Siège pour 1982-1983 et devra lui donner son orientation fondamentale.

Chiffres préliminaires de planification des programmes et estimations de coût

5.3 Etant donné la nécessité de maintenir la progression réelle du budget ordinaire de l'OMS dans les limites fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé,² et de faire en sorte que l'on dispose de moyens suffisants dans toutes les zones de programme et à tous les niveaux organisationnels, le Directeur général déterminera et le service du Budget publiera en novembre 1979 un "chiffre préliminaire de planification des programmes" pour chaque grand programme.

¹ OMS, document DGO/78.1

² Résolution WHA32.29.

5.4 Le service du Budget indiquera également aux directeurs de programmes du Siège les coûts normaux/moyens à utiliser pour chaque catégorie de personnels, de consultants et de réunions prévues pour 1982-1983, d'après les coûts 1980-1981. A une date ultérieure, le Budget reclassifiera toutes les propositions sur la base des coûts 1982-1983. S'il est demandé de procéder à une programmation préliminaire pour 1982-1983 sur la base des coûts 1980-1981, c'est afin d'assurer une comparabilité en termes réels entre le projet de budget programme pour 1982-1983 et le budget programme approuvé pour 1980-1981. Cela permettra de respecter la limite de progression réelle fixée par l'Assemblée de la Santé pour l'ensemble de l'Organisation.

5.5 L'élaboration du budget programme pour 1982-1983 doit être d'abord et avant tout un processus axé sur le programme. L'examen auquel se livrera le Comité du Siège pour le Programme se veut en premier lieu un examen programmatique et, seulement en second lieu, un examen budgétaire rendu nécessaire par l'obligation de ne pas crever le plafond globalement fixé pour le budget ordinaire. Les directeurs et les planificateurs de programmes pourraient commencer par planifier leurs programmes entièrement intégrés, en se servant de toutes les sources de crédits, de manière à énumérer toutes les actions à entreprendre pour mettre en oeuvre les stratégies et programmes mondiaux sans se préoccuper des chiffres préliminaires de planification du budget ordinaire. Dans une deuxième étape, les planificateurs détermineraient ensuite l'infrastructure fondamentale et les actions indispensables dont on a le plus besoin et qui doivent être financées sans dépasser le chiffre préliminaire de planification du budget ordinaire. Les autres besoins, activités du programme et propositions, devraient être formulés de telle sorte qu'ils se prêtent dans toute la mesure possible à un financement par des ressources extra-budgétaires. Enfin, s'il subsiste encore certains projets d'intervention hautement prioritaires qui ne se prêtent pas à un financement extrabudgétaire et qui aboutiraient à dépasser le chiffre préliminaire de planification du budget ordinaire, on pourrait les préparer sous la forme d'une note, accompagnée d'une justification clairement formulée et d'une estimation budgétaire, qui serait adressée au sous-directeur général intéressé, avec copie au service du Budget. Etant donné l'incertitude que l'on peut éprouver en 1979 et 1980 vis-à-vis des actions particulières qui s'avéreront nécessaires en 1982-1983, notamment pour atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000", les directeurs de programmes sont autorisés à inscrire certaines de leurs ressources au budget au titre d'un grand projet mondial à condition que les objectifs en soient bien définis. En revanche, les propositions concernant des postes de personnel doivent être formulées de façon détaillée.

5.6 La structure de programme "verticale" du Siège, de même que les ouvertures de crédits, les comptes budgétaires et le système de contrôle correspondant ne doivent pas faire obstacle à l'élaboration d'activités communes ou "horizontales" entre les différents programmes ou divisions. Il est suggéré que dans toutes les zones de programme du Siège on organise des tours d'horizon collectifs d'activités intra- et inter-programmes à l'occasion de la préparation des propositions relatives au budget programme pour 1982-1983. En outre, les directeurs de programme des différentes divisions sont invités à copatrouner des activités, en s'entendant au besoin sur le partage des compétences, du personnel et des moyens matériels. Il appartiendra dès lors à chaque directeur de programme d'indiquer la part qui lui revient des coûts estimatifs figurant dans les propositions se situant dans la limite de son chiffre préliminaire de planification, en donnant toutes les références voulues au programme collectif auquel il participe. Si les directeurs de programme collaborent de cette façon, le système budgétaire ne devrait pas en lui-même s'opposer à l'action "horizontale".

5.7 La nécessité pour toutes les régions d'utiliser de la même façon la classification des programmes de l'OMS pour ventiler leurs activités (dont il a été question aux paragraphes 2.8 et 4.26) s'applique également à la classification au Siège des activités interrégionales et mondiales. Il faut s'attacher à faire en sorte que les façons de procéder soient conséquentes et c'est pour cette raison que le Comité du Siège pour le Programme se réunira au printemps 1980 avec les directeurs de la gestion du programme des régions afin d'améliorer la corrélation des activités du budget programme entre les régions et tous les niveaux organisationnels et notamment l'application uniforme de la classification des programmes de l'OMS. Cette réunion devrait contribuer à mettre en place de nouvelles façons de travailler et assurer un soutien réciproque entre les bureaux régionaux et le Siège.

5.8 Il est important que les propositions faites par le Siège aux niveaux interrégional et mondial correspondent à des besoins définis par les programmes régionaux. Il faut donc qu'il y

ait un échange permanent d'idées, de propositions, de réactions et de décisions concertées entre les directeurs de programme dans les régions et au Siège avant que des propositions émanant du Siège ou à caractère mondial soient présentées au Comité du Siège pour le Programme. Aucun projet interrégional ne doit être proposé par les directeurs de programme du Siège sans avoir fait l'objet au préalable de consultations approfondies avec les régions intéressées, et les propositions soumises au Comité du Siège pour le Programme doivent refléter les points de vue des bureaux régionaux quant à la pertinence des activités interrégionales envisagées. A cet égard, la réunion des directeurs de la gestion du programme des régions avec le Comité du Siège pour le programme au printemps de 1980 sera l'occasion d'examiner les propositions interrégionales et la façon dont elles s'articulent avec les propositions de programme inter-pays pour 1982-1983. En outre le Comité pour le Programme mondial se réunira en juin 1980 pour procéder à un tour d'horizon du projet de budget programme pour 1982-1983.

Budgétisation des coûts de traitement électronique des données

5.9 Les principes directeurs et procédures applicables à la budgétisation des coûts de traitement électronique des données par les programmes utilisateurs en 1982-1983 seront essentiellement les mêmes que ceux appliqués à la période biennale 1980-1981. Le service du Budget informera les directeurs de programmes qui sont actuellement prestataires de services de traitement électronique des données (EDP) de leur part respective des coûts EDP pour 1982-1983, d'après leur quote-part pour 1980-1981.

5.10 Il sera demandé aux directeurs de programmes d'indiquer, en consultation avec le service ISP/EDP, si le chiffre de planification des services EDP sera suffisant pour 1982-1983. Si ce chiffre est considéré comme suffisant, il sera inclus dans le budget ISP/EDP et affecté aux services ou programmes utilisateurs. Si le chiffre de services EDP est considéré comme trop élevé, il sera ramené à un niveau réaliste, et la différence sera ajoutée au chiffre préliminaire de planification du directeur de programme dont il a été question au paragraphe 5.3. Enfin, si le chiffre de planification des services EDP est jugé insuffisant, ou si c'est la première fois en 1982-1983 que des services EDP sont nécessaires, les coûts de ces services supplémentaires doivent être casés dans le chiffre préliminaire de planification, à inclure dans le budget ISP/EDP, affecté au service ou programme utilisateur. Les directeurs de programme remettront leurs propositions de chiffres de planification des services informatiques à EDP pour le 15 février 1980, de telle sorte qu'ils puissent être étudiés par EDP, renvoyés au directeur de programme et enfin transmis par le directeur de programme au service du Budget pour le 29 février 1980.

5.11 Il faut que les directeurs de programme qui souhaitent obtenir des prestations EDP en 1982-1983 sachent bien qu'ils ne pourront être certains de les obtenir que si elles ont été prévues au budget. Si des besoins imprévus en prestations informatiques aboutissent à outrepasser le volume des prestations EDP inscrites au budget pour 1982-1983, les services utilisateurs seront tenus de fournir des crédits pour ces prestations en les prélevant sur leur budget programme en 1982-1983. ISP/EDP continuera à fournir des analyses techniques des utilisations d'EDP, mais non pas dans le cadre du processus de présentation des propositions budgétaires pour 1982-1983. Pendant la période biennale 1982-1983, ISP/EDP surveillera l'utilisation des prestations EDP et informera les directeurs de programme à l'avance du danger éventuel de dépassement de leur chiffre de services EDP.

Elaboration et soumission des propositions de budget programme

5.12 Etant donné l'importance, soulignée au paragraphe 5.8, qu'il y a à consulter les régions avant de formuler des propositions mondiales et interrégionales, il faudrait que les directeurs de programmes entreprennent immédiatement dans le courant de l'été 1979 de se concerter avec les Directeurs régionaux et les Directeurs de la gestion du programme dans les régions pour s'assurer, d'une part que les propositions mondiales et interrégionales répondent et concourent aux stratégies nationales et interrégionales, d'autre part qu'il soit tiré pleinement parti des possibilités d'élaboration de programmes et de projets conjoints. A la suite de ces consultations, il faudrait élaborer les propositions de budget programme au Siège par un processus de planification collaborative à l'intérieur des programmes et entre programmes. Les propositions initiales seront examinées avec les chefs d'unités et les directeurs en décembre 1979-janvier 1980 et soumises au Sous-Directeur général compétent avant le 22 février 1980. Les propositions de programmes seront soumises au Secrétaire d'HPS avant le 29 février 1980, et les formulaires budgétaires annexes seront retournés à l'unité Budget pour la même date.

5.13 Les propositions de programmes seront préparées sous forme de mémorandums fournissant une vue globale des principales inflexions programmatiques choisies en vue de la mise en oeuvre des stratégies d'instauration de "la santé pour tous". Les objectifs de programmes seront clairement énoncés et seront assortis d'un plan d'action global (mais, non à ce stade, d'un calendrier d'activités détaillé). Les principales activités proposées au niveau du Siège, à l'échelon mondial et au niveau interrégional pour 1982-1983 devront être indiquées. Le texte devra expliquer comment s'articule le programme proposé par le Siège avec les tableaux budgétaires annexes. Il faudra tenir compte non seulement des activités ressortissant au budget ordinaire mais aussi des activités programmatiques dont on envisage le financement sur des fonds extrabudgétaires. Il est en particulier important de montrer comment les propositions concernant les activités du Siège financées sur le budget ordinaire et sur des fonds extrabudgétaires se relie aux stratégies régionales et mondiales, étant donné que ces renseignements seront essentiels pour l'examen conjoint des propositions de programmes inter-pays, régionaux, interrégionaux et mondiaux auquel les Directeurs de la gestion du programme des régions procéderont en avril 1980. (Voir point 14 du calendrier donné dans la section VI ci-après.)

5.14 Le texte explicatif du mémorandum de soumission de programmes du Siège, qui décrit les objectifs de programmes et le plan d'action global, devra être rédigé de telle sorte qu'il fraie la voie à la préparation de l'énoncé de programme mondial (voir les paragraphes 5.11-5.24 ci-après). Il est suggéré que la longueur du mémorandum de soumission de programme ne dépasse pas cinq pages par programme. Le mémorandum de programme devra être accompagné, s'il y a lieu, d'annexes contenant une documentation pertinente choisie. Le Secrétariat de HPC émettra des instructions détaillées sur l'élaboration et la forme de présentation des propositions de programmes. La méthode de préparation de la formule de soumission budgétaire nécessaire à l'élaboration des tableaux budgétaires annexes est décrite dans les paragraphes 5.15-5.20 ci-après.

Formule de présentation des propositions budgétaires et processus de préparation

5.15 En novembre 1979, le service du Budget remettra à chaque directeur de programme une formule de présentation des propositions budgétaires pour 1982-1983 qui se fonde, à quelques petites modifications près, sur celle de 1980-1981, et a été conçue de manière à être traitée par le système d'information administrative et financière (IAF) assistée par ordinateur. Les formules de budget portent en préimpression un certain nombre de renseignements fondamentaux permettant de situer les activités interrégionales, mondiales et du Siège en cours figurant dans le budget 1980-1981. Elles comportent également des colonnes vierges servant à inclure les propositions relatives à 1982-1983 qui ont des incidences budgétaires.

5.16 La formule de présentation des propositions budgétaires est précodée : elle porte un numéro de référence, un numéro de code pour le bureau (Siège), le type de projet (interrégional ou mondial), la section de la résolution portant ouverture de crédits (Mise en place de services de santé complets, par exemple), le programme (Santé de la famille - Nutrition, par exemple), le numéro du projet et le code du crédit (budget ordinaire, par exemple). Dans le cas d'un financement extrabudgétaire l'état du crédit est également indiqué (crédits approuvés, par exemple). Un codage supplémentaire est disponible pour procéder à une classification par sous-programme, programme apparenté ou but particulier. La formule produite par ordinateur indique le nom de l'unité ou l'intitulé du projet, les dates de début et d'achèvement des activités, les modalités éventuelles du financement, les zones de programme apparentées éventuelles, le type d'activité (recherche, formation ou autre, par exemple) ou, le cas échéant, le type de réunion (comité d'experts, groupe d'étude, groupe scientifique, etc., par exemple). Un espace est prévu pour le nom du directeur de projet ou son responsable, ainsi que pour les observations succinctes qu'il souhaiterait voir enregistrées dans le système d'information administrative et financière relativement à la proposition budgétaire.

5.17 La formule préimprimée de présentation des propositions budgétaires comprend un numéro de poste à cinq chiffres, la classe et le titre des fonctions de chaque poste classé d'un service ou projet du Siège. Un espace est prévu pour indiquer la date de début et/ou de fin (mois/année) correspondant à tout poste classé qui n'a pas été inscrit au budget pour la totalité de la période 1982-1983. Le pays d'affectation est indiqué pour le personnel des projets

interrégionaux. Toutes les catégories ou sujets de dépenses autres que les postes (consultants, voyages en mission, sous-traitances, fournitures, etc., dont l'inscription est prescrite par le service du Budget) pour 1980-1981 sont préimprimés sur la formule de présentation des propositions budgétaires, identifiés par le code de dépense type OMS/CCQA (voir Manuel OMS, Partie IV, section 4, annexe A), et par un code distinct si cela est exigé par le PNUD ou un organisme de financement des Nations Unies qui peut avoir des prescriptions différentes de celles du budget ordinaire de l'OMS.

5.18 Les crédits budgétaires approuvés pour 1980-1981 sont indiqués sur les formules préimprimées. Ces chiffres provenant du budget ordinaire ne sont pas révisibles. En revanche, le directeur de programme peut procéder à des modifications des crédits extrabudgétaires en fonction de l'évolution des renseignements qu'il obtient concernant la disponibilité de ces crédits. La formule de présentation des propositions budgétaires contient déjà des renseignements sur tous les services, programmes, projets et activités existants. Si le directeur du programme veut indiquer qu'il souhaite la poursuite de ces activités sans modification en 1982-1983, il lui suffit de porter dans la colonne 1982-1983 essentiellement les mêmes informations budgétaires que celles qui figurent déjà dans la colonne 1980-1981 et de renvoyer la formule au service du Budget. En revanche, s'il souhaite modifier une proposition relative au budget programme pour 1982-1983 ou lui ajouter quelque chose, il n'a qu'à inscrire ce changement ou cet ajout dans la colonne 1982-1983. Enfin, s'il souhaite proposer un projet entièrement nouveau, pour lequel il n'existe aucune formule préimprimée, il lui faudra remplir une formule de présentation vierge en se servant des autres formules préimprimées comme modèle. Le service du Budget donnera des instructions détaillées concernant la façon de remplir la formule de présentation des propositions budgétaires.

5.19 Comme cela a déjà été dit au paragraphe 5.5, les directeurs de programme doivent faire en sorte que leurs propositions budgétaires définitives pour 1982-1983 restent dans la limite de leur chiffre préliminaire de planification des programmes. Toute proposition supérieure à ces limites doit être soumise séparément et par écrit au Sous-Directeur général, avec copie pour information au Budget, en indiquant clairement que les propositions dépassent le chiffre préliminaire de planification des programmes.

5.20 On s'attend à ce que les planificateurs de programme, les directeurs de programme, les chefs de service, les directeurs et les sous-directeurs généraux collaboreront en vue de mettre leurs propositions relatives au budget programme pour 1982-1983 en forme définitive de telle sorte qu'un accord complet puisse se faire sur l'ensemble des propositions à renvoyer au service du Budget pour le 29 février 1980 en vue de leur saisie par le système informatisé IAF. Les analyses budgétaires, tableaux récapitulatifs ou rechapitres aux coûts 1982-1983 dont le Directeur général, le Comité du Siège pour le Programme ou d'autres auront besoin seront par la suite produits par le système IAF. Ces moyens informatiques épargneront ainsi un volume de travail considérable aux directeurs de projets, planificateurs et personnels des services.

Préparation de l'exposé du programme mondial

5.21 La dernière phase de la participation du personnel à l'élaboration du projet de budget programme pour 1982-1983 est la préparation du projet d'exposé de programme mondial par le directeur de programme compétent du Siège, sur la base des exposés de programmes régionaux, des propositions de programme mondial et de la connaissance globale des activités de l'OMS au niveau mondial et des actions d'appui aux niveaux national, régional et mondial. Les exposés de programmes régionaux parviendront à Genève pendant le mois de juin 1980. L'échéance pour l'achèvement des projets d'exposés de programmes mondiaux par les directeurs de programmes est fixée au 18 juillet 1980. L'exposé de programme mondial sera arrêté par le Secrétariat de HPC en consultation avec les directeurs de programmes au Siège.

5.22 Comme dans les Actes officiels de l'OMS N° 250, il y aura un exposé de programme mondial pour chaque grand programme et programme. Toutefois, le contenu des descriptifs de programme sera axé sur la formulation et la mise en oeuvre de stratégies mondiales à l'appui des stratégies régionales et des stratégies et des plans d'action nationaux en vue d'atteindre l'objectif de "la santé pour tous en l'an 2000". Les exposés de programmes mondiaux doivent traduire la réorientation de l'oeuvre de développement sanitaire menée par l'OMS et les Etats Membres

conformément à un certain nombre de notions ("santé pour tous", soins de santé primaires, souci prioritaire des plus nécessiteux, pertinence sociale, coopération technique entre les pays) et aux autres politiques et stratégies de base dont il est question aux sections 2 et 3 des présentes directives et dans les textes originaux auxquels renvoient ces deux sections. Il faut que les programmes mondiaux contiennent une synthèse des stratégies régionales et présentent la réponse mondiale ainsi que les grandes lignes d'action qui s'imposent au niveau mondial. La qualité des exposés de programmes mondiaux est extrêmement importante car ce sont ces exposés qui servent de base à l'examen du projet de programme par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé. En outre, c'est de ces textes que le Directeur général s'inspire lorsqu'il rédige l'introduction à caractère programmatique du document de budget programme.

5.23 Lors de la préparation des exposés de programmes mondiaux pour 1982-1983, un effort tout particulier sera fait pour expliquer dans les descriptifs les liens qui existent entre les projets de programme et les tableaux budgétaires annexes compte tenu des renseignements pertinents contenus dans les énoncés de programmes régionaux et les tableaux budgétaires régionaux annexes. Il convient d'expliquer les augmentations et diminutions importantes intervenues dans les affectations budgétaires entre 1980-1981 et 1982-1983, ou les déplacements de ressources entre les différents programmes, ou encore les modifications importantes dans les estimations ou les transferts de ressources entre le budget ordinaire et les différentes sources extra-budgétaires de crédits. Eu égard au principe de "la santé pour tous", il est particulièrement important d'expliquer les redistributions traduisant une réaffectation plus fondamentale des ressources aux programmes bénéficiant à des populations qui sont les moins bien partagées et les plus nécessiteuses (voir annexe).

5.24 Le Comité du Siège pour le programme (CSP) donnera des instructions plus détaillées sur le contenu des exposés de programmes mondiaux, ainsi que sur leur forme de présentation, notamment leur longueur et leur structure.

5.25 Les exposés de programmes mondiaux seront examinés et approuvés par les directeurs et les directeurs généraux adjoints dans le courant de juillet et remis pour le 18 juillet 1980 dernier délai au Secrétariat du CSP. Les exposés de programmes mondiaux seront contrôlés et mis en forme définitive par le programme d'information sanitaire et biomédicale puis insérés dans le projet de document de budget programme dont la sortie est prévue pour le 28 septembre 1980.

5.26 Après l'approbation définitive par le Directeur général, le document de projet de budget programme pour 1982-1983 sera imprimé et diffusé pour le 1er décembre 1980.

VI. CALENDRIER D'EXECUTION

6.1 Le calendrier suivant trace les principales actions de préparation du budget programme de l'OMS pour 1982-1983 aux niveaux national, régional et mondial, s'exécutera selon le calendrier suivant. Chaque Région ajustera la procédure aux circonstances qui lui sont spécifiques et à ses engagements à l'égard des Etats Membres, étant entendu que l'approche régionale devra cadrer avec le calendrier mondial.

OPERATIONS A EXECUTER	EXECUTANT	DATE
1. Résolution sur les projections budgétaires provisoires pour 1982-1983.	Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé	Mai 1979
2. Affectations provisoires pour chaque Région et le Siège.	Directeur général	Juin 1979
3. Directives pour la programmation budgétaire.	Directeur général	Juillet 1979
4. Instructions pour le programme régional et communications des chiffres provisoires de planification par pays.	Directeurs régionaux	Septembre-octobre 1979
5. Planification des programmes au niveau des pays, dans le cadre des stratégies visant à "la santé pour tous", du septième PGT, du PMT, de la PSP et des processus apparentés.	OMS et autorités nationales	Processus continu 1979-1983
6. Examen et élaboration de la forme de présentation du budget programme OMS proposé pour 1982-1983 et rapport à la 65e session du Conseil exécutif.	Comité du Programme du Conseil exécutif	Novembre 1979
7. Etablissement des chiffres préliminaires de planification pour les grands programmes au Siège, des formules de présentation du budget et des instructions budgétaires.	Directeur général et service du Budget/ Siège	Novembre 1979
8. Examen du rapport du Comité du Programme du CE sur la formule de présentation et les directives pour le budget programme OMS 1982-1983.	Soixante-cinquième session du Conseil exécutif	Janvier 1980
9. Examen des propositions relatives aux programmes par pays, des exposés de programmes par pays et des chiffres de planification par pays pour insertion dans le budget programme régional.	Réunion des DGP, des CP OMS et des planificateurs nationaux	Février-mars 1980
10. Première préparation des projets de propositions relatives aux programmes régionaux et mondiaux.	CP OMS, personnel des BR et personnel du Siège	Janvier-mars 1980
11. Examen et approbation des premières propositions interrégionales, mondiales et du Siège.	Chefs de services, directeurs et SDG	Remis aux SDG pour le 22 février 1980

OPERATIONS A EXECUTER	EXECUTANT	DATE
12. Soumission des propositions de programmes au Siège à HPC et retour des formules de présentation des propositions budgétaires au service du Budget pour mise en ordinateur.	Directeurs de programmes du Siège	29 février 1980
13. Examen préliminaire du budget programme interrégional, mondial et du Siège.	Comité du Siège pour le Programme	8-11 avril 1980
14. Corrélation des propositions relatives aux programmes inter-pays, interrégionaux, régionaux et mondiaux, y compris l'application uniforme de la classification des programmes.	Réunion des DGP avec le Comité du Siège pour le Programme	14-18 avril 1980
15. Examen préliminaire du projet de budget programme et rapport du CSP sur la corrélation des programmes à tous les niveaux organisationnels et dans toutes les régions.	Directeur général	Fin avril 1980
16. Examen des progrès réalisés sur la voie des stratégies nationales, régionales et mondiales, y compris les incidences du point de vue de la programmation budgétaire.	Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé	Mai 1980
17. Vue d'ensemble du projet de budget programme et des propositions relatives aux programmes régionaux et mondiaux pour 1982-1983.	Comité pour le Programme mondial	Juin 1980
18. Présentation au Siège des projets de budgets programmes régionaux, des exposés de programmes, des estimations budgétaires et des apports aux exposés de programmes mondiaux; réalisation et diffusion des documents de projets de budgets programmes régionaux.	Directeurs régionaux et DGP	4 juillet 1980
19. Recommandations finales au Directeur général relatives aux propositions relatives aux budgets programmes interrégionaux, mondiaux et du Siège.	Comité du Siège pour le Programme	Juin-juillet 1980
20. Présentation des projets d'exposés de programmes mondiaux au Secrétariat du CSP.	Directeurs de programmes, directeurs et SDG	18 juillet 1980
21. Mise en forme définitive des exposés de programmes mondiaux.	Secrétariat du CSP	8 août 1980

OPERATIONS A EXECUTER	EXECUTANT	DATE
22. Examen des projets de budgets programmes régionaux pour 1982-1983 en fonction des stratégies régionales en vue de "la santé pour tous en l'an 2000".	Comités régionaux	Août-octobre 1980
23. Préparation du document de budget programme.	Service du Budget, Secrétariat du CSP et Programme d'information sanitaire et biomédicale	Septembre 1980
24. Approbation définitive donnée par le Directeur général au projet de budget programme de l'OMS pour 1982-1983.	Directeur général	Octobre 1980
25. Distribution du document de budget programme de l'OMS.	Division du Personnel et des Services généraux/service de Distribution	1er décembre 1980
26. Examen du budget programme par le Conseil exécutif.	Soixante-septième session du Conseil exécutif	Janvier 1981
27. Approbation du budget programme par l'Assemblée de la Santé eu égard aux stratégies mondiale en vue de "la santé pour tous en l'an 2000".	Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé	Mai 1981

EXTRAIT D'UN MODELE HYPOTHETIQUE D'EXPOSE DE PROGRAMME
INDIQUANT LES LIENS ENTRE LES PROPOSITIONS RELATIVES AU PROGRAMME
ET LE TABLEAU BUDGETAIRE SUR LEQUEL ELLES SE FONDENT

Lutte contre les maladies transmissibles

Pendant la période 1982-1983, l'OMS s'attachera à élaborer et mettre en oeuvre l'élément de lutte contre les maladies transmissibles des stratégies et plans d'action nationaux ainsi que la stratégie d'appui régionale correspondante en vue de "la santé pour tous en l'an 2000". L'OMS continuera de participer au renforcement des services épidémiologiques et à la coordination de l'échange d'informations sur la situation des maladies transmissibles; toutefois, la charge budgétaire sera de plus en plus supportée par des sources de financement nationales et extrabudgétaires. Comme il ressort du tableau budgétaire présenté ci-après, les dernières opérations de dépistage en vue de l'éradication de la variole s'achèvent en 1980-1981, libérant des postes et moyens financiers pour un réaménagement du programme élargi de vaccination en 1982-1983. Le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales sera accéléré en 1982-1983, en collaboration avec la Banque mondiale et le PNUD. L'apport de ressources extrabudgétaires au programme qui figure dans le tableau budgétaire est nécessairement inférieur à ce qu'il sera effectivement, étant donné la difficulté d'obtenir des engagements inter-institutions et de prévoir les contributions bénévoles aussi longtemps à l'avance. La progression nette du budget ordinaire pour 1982-1983 par rapport à 1980-1981 est de \$50 000, soit 14 %. Elle est essentiellement imputable à l'élaboration en 1982-1983 d'un programme entièrement nouveau de prévention de la cécité, faisant usage d'une technologie sanitaire appropriée et peu coûteuse destinée à lutter contre la cécité évitable, et favorisant un infléchissement des préoccupations prioritaires et une réaffectation des ressources en faveur des groupes vulnérables qui se trouvent dans les secteurs géographiques mal desservis.

Grand programme/Programme	1980-1981			1982-1983		
	Budget ordinaire	Autres fonds	Total	Budget ordinaire	Autres fonds	Total
4.1 <u>Lutte contre les maladies transmissibles</u>						
4.1.1 Surveillance épidémiologie	100 000	50 000	150 000	50 000	100 000	150 000
4.1.4 Eradication de la variole	100 000	250 000	350 000	-	-	-
4.1.5 Programme élargi de vaccination	50 000	100 000	150 000	150 000	350 000	500 000
4.1.6 Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	100 000	200 000	300 000	100 000	50 000	150 000
4.1.7 Prévention de la cécité	-	-	-	100 000	50 000	150 000
Total	350 000	600 000	950 000	400 000	550 000	950 000

= = =