



**Planification opérationnelle¹ pour 2014-2015 :
processus, résultats et enseignements tirés**

Vue d'ensemble

1. Suite à l'adoption du douzième programme général de travail 2014-2019 et du budget programme 2014-2015 par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013, un processus coordonné de planification opérationnelle a été mis en route afin que les trois niveaux de l'Organisation soient alignés pour honorer les engagements pris auprès des États Membres. Le Comité régional, durant sa cinquante-neuvième session en 2012, a reconnu qu'il était important de limiter la distribution de ressources à un petit nombre de domaines prioritaires principaux et a souligné la nécessité d'avoir un processus de planification budgétaire au niveau des pays fondé sur les besoins des États Membres (résolution EM/RC59/R.6).

2. La planification opérationnelle avec les États Membres pour le travail de collaboration en 2014-2015, menée de juin à décembre 2013, a donc été conçue dans un double objectif : planifier en fonction des besoins des pays et se limiter à un petit nombre de domaines d'action principaux (qui ne représenteraient pas moins de 80 % du budget total) afin d'éviter la fragmentation des exercices antérieurs et d'avoir un réel impact dans les pays. L'exercice de planification opérationnelle a été conduit de façon à refléter ces changements, en s'opposant à la pratique des exercices précédents qui engageait les pays, dans de nombreux programmes, malgré des ressources limitées pour les mettre en œuvre efficacement. Les missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes ont ainsi permis de se concentrer sur un nombre restreint de programmes correspondant aux priorités en matière de santé publique dans les pays, telles que définies dans les plans sanitaires nationaux.

Processus

3. Le Bureau régional et les bureaux de pays ont commencé les travaux préparatoires en amont des missions conjointes. Cinq équipes d'appui ont été constituées pour orienter le processus au niveau des pays. Elles ont coordonné les activités de planification depuis le Bureau régional tandis que le Représentant de l'OMS se concertait avec le ministère de la Santé pour diriger la mise en œuvre du plan opérationnel dans chaque pays. Les activités se sont déroulées par vidéo, par téléconférences et par courrier électronique et se sont conclues par une mission dans les pays afin d'achever l'exercice de planification.

4. Chaque pays devait se concentrer sur une ou deux priorités (domaines programmatiques) dans chacune des cinq catégories techniques. La situation dans les pays, les plans sanitaires nationaux, les stratégies de coopération avec les pays et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ont guidé le processus.

5. Une fois les principales priorités identifiées, des plans d'action ont été élaborés en fonction du cadre de la chaîne de résultats, des produits et prestations escomptés, de la définition des tâches et activités prioritaires ainsi que de l'allocation du budget. Les plans d'action nationaux ont été examinés

¹ L'approche traditionnelle des missions conjointes d'examen et de planification des programmes a été élargie ; désormais, ce processus ascendant s'appuie sur une étroite coordination entre le Bureau régional et les pays, et ce pendant plusieurs mois, et prévoit notamment des missions de haut niveau dans ces derniers.

par des pairs au sein du personnel technique à l'échelle nationale et régionale. Des plans régionaux complémentaires ont ensuite été mis au point.

6. Grâce à ces trois mois de travaux préparatoires, les missions dans les pays visant à achever le processus de planification opérationnelle dureront maintenant un à deux jours au lieu d'une semaine, comme l'exigeaient les exercices antérieurs.

Résultats

7. La préparation en temps voulu, l'approche ascendante et l'implication des ministères de la Santé et des autres parties prenantes au début du processus ont permis d'améliorer la planification conjointe, de se concentrer sur des priorités spécifiques et d'allouer des budgets en tenant compte des priorités des pays. Ces dernières ont été alignées sur les plans sanitaires nationaux, les stratégies de coopération des pays et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, qui constitue un cadre d'action stratégique à moyen terme pour la coopération. De nets progrès ont été constatés pour ce qui est de l'établissement des priorités et des compétences en matière de planification.

8. Le recours à l'approche ascendante a révélé un écart flagrant entre les chiffres du budget programme et les montants alloués aux pays. Au niveau des pays, un pourcentage plus important du budget a été consacré aux catégories 2, 3, 4 et 5. La part dédiée à la catégorie 1 a en revanche été réduite (une partie des besoins de cette catégorie ont été couverts par des donateurs pluriannuels, comme ceux du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). On peut considérer qu'il s'agit là d'une approche équilibrée pour respecter les priorités définies dans le douzième programme général de travail.

9. Les situations d'urgence actuelles qui touchent plusieurs pays de la Région ont eu des répercussions sur l'exercice de planification. Une attention toute particulière a été accordée aux personnels et aux activités des programmes techniques qui soutiennent les pays qui se trouvent dans une situation d'urgence complexe.

10. Le nombre de plans de travail, de réalisations, de produits et de tâches prioritaires a été grandement réduit en 2014-2015. Le nombre total de plans de travail a quasiment diminué de moitié, passant de 364, en 2012-2013, à 208, en 2014-2015. Le nombre de réalisations, de produits et de tâches prioritaires a diminué d'un tiers, passant respectivement de 420 à 291, de 751 à 519 et de 2386 à 1573. Cette baisse importante permettra de consacrer davantage de ressources aux domaines clés et facilitera la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

11. Dans certains pays, les fonds reportés des exercices antérieurs et les fonds attendus pendant l'exercice au titre d'accords préexistants avec des donateurs seront supérieurs au budget alloué aux domaines et catégories du programme concerné. Cette situation résulte en partie de l'approche ascendante et de l'établissement de priorités, qui a vu les bureaux de pays et les ministères de la Santé choisir différentes priorités, et en partie de l'ampleur de ces dons. Avant d'être signé, tout nouvel accord financier pluriannuel doit être approuvé par le Directeur régional et le Directeur général afin de sélectionner les fonds reçus pour le compte d'autrui qui concordent avec le mandat, le rôle et les fonctions de l'OMS.

Orientations futures

12. L'OMS a joué un rôle important pour faire advenir des changements en matière de santé publique ainsi que pour y faire face, s'adaptant de manière stratégique afin de rester efficace, y compris sur le plan financier, dans un environnement qui évolue rapidement. Le renforcement des capacités pour la planification stratégique et opérationnelle est en cours. Le Bureau régional va poursuivre le renforcement du processus de planification en continuant d'améliorer les stratégies de coopération avec les pays et en y recourant toujours davantage. Le plan sanitaire national et la

stratégie de coopération doivent demeurer le principal cadre d'action stratégique pour la collaboration de l'OMS avec les pays. Ils doivent constituer la base de la planification opérationnelle biennale, garantissant que le plan biennal reflète bien les priorités stratégiques établies dans ces documents.

13. L'exercice de planification opérationnelle pour 2014-2015 a ouvert la voie à un processus de planification ascendant pour 2016-2017 qui en sera d'autant meilleur, conformément à la réforme de l'OMS. Ce processus ascendant de planification a été institutionnalisé ; il précise un ensemble de priorités restreint pour chaque pays sur la base du plan sanitaire national et de la stratégie de coopération avec les pays et fait clairement le lien avec les priorités régionales ainsi qu'avec les domaines programmatiques et les résultats du douzième programme général de travail, en amont de l'élaboration du budget programme, ce qui permettra d'orienter cette dernière.

14. Pour le processus de planification opérationnelle en 2016-2017, il faudra relever les défis spécifiques suivants :

- Identifier les principales priorités liées aux besoins des pays pour lesquelles l'OMS peut avoir des effets réels ;
- Veiller à la qualité de l'établissement des priorités ;
- Lier rigoureusement les ressources humaines aux priorités définies ;
- Aligner le processus de planification et de répartition des ressources sur le plan sanitaire national, les priorités de la stratégie de coopération avec le pays et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ;
- Assurer une interaction dynamique entre les trois niveaux, renforcer et équilibrer les réseaux de catégories par une contribution accrue de la part des pays et des régions ;
- Maintenir une interaction dynamique entre le Bureau régional et les bureaux de pays tout au long du processus de planification.

15. Les futurs exercices de planification devront tenir compte des considérations suivantes :

- Les ressources doivent être réparties à l'aide d'une approche fondée sur les résultats ainsi qu'en donnant la priorité aux programmes de l'OMS et en veillant à garantir la présence de l'Organisation ;
- Le budget programme doit être élaboré de manière flexible pour s'ajuster aux opportunités de financement pendant l'exercice, permettant ainsi d'augmenter les volants budgétaires lorsque c'est justifié ;
- Le temps alloué à la planification adaptée aux pays devrait être augmenté pour atteindre un minimum de 12 semaines afin de permettre la mise en place d'une procédure rigoureuse ;
- Il est actuellement nécessaire de renforcer le suivi et l'évaluation et de surmonter les faiblesses des mécanismes actuels (examen à mi-parcours et évaluation de l'exécution du budget programme).