

OMS

Élaboration du budget-programme, histoire et limites

L'Organisation mondiale de la santé traverse une période difficile. Les derniers mois ont été mouvementés. L'assemblée mondiale qui vient de se tenir à Genève, du 3 au 17 mai 1993, comportait pourtant, dans son ordre du jour, tous les ingrédients pour permettre un nouveau départ : élection d'un directeur général, adoption d'un budget-programme pour 94/95, choix d'une stratégie. Pour beaucoup, le premier point conditionnait largement les deux autres et le groupe occidental des pays membres avait fermement plaidé pour un changement de directeur général en soutenant – contre le docteur H. Nakajima (Japon) déjà en poste depuis cinq ans – son ancien directeur adjoint le docteur Abdelmoumene (Algérie). Mais les résultats obtenus en janvier dernier au conseil exécutif, (18 voix au premier candidat, contre 13 au second) ont été confirmés par l'assemblée. Cependant la forte minorité d'opposition apparue (58 bulletins opposés et 6 abstentions contre 93 bulletins favorables) a révélé un malaise et devrait contribuer à la mise en œuvre des réformes proposées par le rapport d'un sous-groupe du conseil exécutif (dont faisait partie la France, le professeur Girard assurant par ailleurs la présidence du conseil exécutif).

Parmi ces réformes figurent – avant toute chose – des recommandations pour redonner aux organes directeurs le pouvoir de décision pour le choix des priorités et l'élaboration du budget, c'est-à-dire pour la construction du budget-programme.

Le budget-programme constitue une procédure de gestion intéressante et novatrice qui a été adoptée par l'OMS il y a bientôt vingt ans. Cependant cette procédure, appliquée à une institution mondiale, montre actuellement ses limites et la dernière session de l'Assemblée Générale en mai 1993 a été l'occasion de demandes appuyées de réformes pour son élaboration.

Depuis quelques années cette mission essentielle (et constitutionnelle) du conseil exécutif s'était peu à peu érodée et la liberté de manœuvre du secrétariat pour ce qui était de la gestion financière et budgétaire, donc du choix des priorités et des programmes, était très grande.

Cette passivité se retrouvait dans les comités régionaux, et culminait lors de l'assemblée mondiale (instances devenues quasiment des chambres d'enregistrement). Cette dérive accumulée finit par devenir insupportable à certaines délégations qui se sont regroupées – malgré des vues parfois divergentes quant au but à atteindre – dans une « coalition » informelle mais active (au sein de la région Europe : Suède, France, Royaume-Uni et au Siècle : États-Unis, Canada, Austra-

lie). Une nouvelle liberté d'expression apparue après l'effondrement du bloc communiste facilite par ailleurs une évolution.

Histoire

L'outil actuel que constitue le « budget-programme » a une longue histoire. Il a été conçu progressivement, avec des impératifs relevant autant d'un souci de contrôle que d'une volonté d'efficacité.

Le souci de contrôle a toujours existé. En témoignent les rapports entre le secrétariat et les organes directeurs (équivalents de l'exécutif et du législatif dans une démocratie parlementaire) qui ont, depuis longtemps, et périodiquement, donné lieu à des commentaires critiques des délégations.

Si, dans l'après-guerre immédiat, les pays entièrement occupés par la mise en œuvre de programmes de reconstruction des systèmes de santé dévastés, avaient tendance à faire largement confiance au secrétariat¹, l'examen des actes officiels de l'OMS fait ressortir que, dès 1955, certaines demandes de clarification se sont fait entendre lors du conseil exécutif.

En 1957, lors de la dix-neuvième session du conseil exécutif, le gouvernement canadien avait émis pour la première fois l'hypothèse du passage à un budget biennal pour permettre de procéder à un examen très approfondi du budget. Durant la même session, le professeur Parisot, représentant de la France, avait ap-

puyé cette demande en suggérant de plus que les programmes soient classés par ordre de priorité, pour que le conseil ait une possibilité de choix. Mais la constitution de l'OMS prévoyait un examen annuel du budget par le conseil et l'assemblée ; il fallait donc la changer. Une telle modification a nécessité près de vingt ans de « maturation » puisque c'est seulement en 1969 que l'assemblée mondiale en a accepté le principe², en 1972 qu'elle a envisagé de modifier la constitution³, et enfin le 3 février 1977 que sont entrés en vigueur les amendements de la constitution.

Entre-temps, la finalité officielle de ce passage à un rythme de deux ans s'était enrichie d'une composante plus opérationnelle. Aux exigences de contrôle, s'étaient ajoutées des ambitions de gain d'efficacité par une planification à long terme. Cette démarche se justifiait par le constat qu'en un an, il est difficile d'obtenir, en matière de santé, des résultats tangibles.

Principes

Parallèlement à ce processus de modification d'un calendrier, cheminait un train de réformes autrement plus vaste et novateur : le secrétariat préparait une révision totale de la présentation du budget qui avait pour prétention d'introduire le principe de « programmation par objectifs » auquel s'est ajouté, par voie de conséquence logique, celui de « budgétisation par programme ».

Un « budget-programme » est un budget qui est centré par les objectifs que l'on cherche à atteindre (« sorties » ou « outcome ») plutôt que sur des rubriques classiques de dépenses pour des activités ou des moyens (« entrées » ou « in-put »). En d'autres termes, le budget-programme est le reflet d'un processus qui met en valeur des fins à atteindre et les traduit en dépenses nécessaires.

Lors de l'assemblée mondiale d'avril 1972 un rapport détaillé sur cette procédure fut présenté par le directeur général. On peut notamment y lire que « l'établissement d'un budget-programme fait par-

tie intégrante du système de rationalisation des choix budgétaires que l'on appelle PPBS (planning-programming-budgeting system). Dans un tel processus, le budget n'est que le plan des dépenses à engager pour réaliser un plan d'action. L'élaboration du programme et l'établissement du budget-programme sont par conséquent deux opérations distinctes mais interdépendantes, l'élaboration du programme étant l'étape première essentielle, celle du budget-programme permettant le calcul du coût de ces mesures »⁴. L'OMS aurait souhaité que les administrations sanitaires nationales adoptent ce système de gestion. De fait, à la même époque, la France lance un vaste programme construit suivant les mêmes principes : « l'étude de rationalisation des choix budgétaires (RCB) pour la mortalité périnatale ».

Mise en œuvre

Ce processus de « budgétisation-programme » a été appliqué à l'OMS à partir de 1975. À cette époque une liste ordonnée de près de 70 programmes fut élaborée, elle devait servir de support pour la construction du budget, la description des stratégies, le suivi de leur mise en œuvre et l'évaluation rétroactive, tant au siège pour le monde entier que dans les six bureaux régionaux.

Ainsi se trouvait consolidée la base sur laquelle s'appuie tout « le processus de gestion pour le développement des programmes de l'OMS », processus complexe mais continu et global, qui régit tous les niveaux de cette administration mondiale. Véritable fil conducteur pour l'ensemble des rouages de cette formidable mécanique gestionnaire, le document du « budget-programme » est à la fois le produit fini et la pierre angulaire d'une construction très méthodique, mais aussi

le point de départ de la mise en œuvre des actions.

Sept étapes se trouvent rationnellement identifiées :

- Formulation de politiques (par le conseil exécutif, l'assemblée mondiale, et les comités régionaux) ;
- Formulation du programme général de travail (tel que prévu par l'article 28 de la constitution, couvrant actuellement six années, soit trois biennums) ;
- Programmation à moyen terme (plan pour six ans pour chacun des 70 programmes de la liste ordonnée) ;
- Programmation-budgétisation (tel que décrite ci-dessus, pour une durée de deux ans) ;
- Mise en œuvre des opérations ;
- Évaluation ;
- Appui informationnel.

Pour couronner ce bel édifice, les États membres agissant collectivement par l'intermédiaire de l'assemblée ont formulé en 1978 la nouvelle politique internationale sous une phrase devenue célèbre : « Le principal objectif des gouvernements et de l'OMS 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 ». En outre fut adoptée la déclaration de la conférence d'Alma-Ata selon laquelle les soins de santé primaire constituent la clé de la réalisation de cet objectif.

Limites

Ce système de gestion, novateur à bien des égards, ne fonctionne pourtant pas bien, et ce pour plusieurs raisons :

Le côté naïf du slogan a fini par lasser.

Le slogan simplifié « la santé pour tous en l'an 2000 » – qui était censé résumer la première étape du processus – fut diffusé aux quatre coins du monde, et nul doute qu'il eut, dans un premier temps, un rôle mobilisateur. Mais repris de façon incantatoire par des centaines de documents, répété inlassablement comme une liturgie dans des quantités de discours, tandis que les années s'écoulaient, et que le fossé se creusait entre pays riches et pays

¹ Actes officiels de l'OMS, conseil exécutif, 19^e session, pages 114 à 117.

² Résolution WHA 22.53

³ Résolution WHA 25.24

⁴ Actes officiels de l'OMS, assemblée mondiale 1972, annexe 7, pages 54 à 71.

très pauvres, il devint de plus en plus inadapté voire utopique. Les pays du groupe occidental sont devenus de plus en plus réticents au « SPT 2000 » (raccourci elliptique pour « santé pour tous en l'an 2000 » utilisé fréquemment dans des documents de travail de l'OMS).

Par une tentative timide au conseil exécutif de 1990 (la France n'était pas membre du conseil cette année-là), le Royaume-Uni évoqua le premier le besoin de modifier ce slogan. Plus récemment lors du conseil exécutif de 1992, plusieurs voix (Royaume-Uni, France, Danemark) ont souhaité que soit dissocié le concept « La Santé pour tous », relatif à la notion d'équité dans l'accès aux soins – concept que personne ne conteste –, de la date de l'an 2000 qui doit être considérée comme une étape parmi d'autres.

Le document du budget-programme devint difficile à comprendre et à utiliser pour les délégués. Au fil des ans, le secrétariat a multiplié les renseignements contenus dans ce document et en est venu – probablement malgré lui – à élaborer un document de budget-programme presque inutilisable pour les délégués. Certes, l'information fournie y est très abondante (450 pages pour le budget-programme 1992/93), mais elle est difficile à utiliser, précisément en raison de la masse de données présentées de façon très analytique. On ne peut pas trouver de tableaux synthétiques, de diagrammes, ni d'histogrammes qui permettraient d'accéder, par une lecture rapide, aux notions essentielles.

La logique d'une « programmation budgétisation » demeure inachevée puisque manquent, dans le document, les indicateurs qui permettent le choix des priorités et l'évaluation rétroactive. Comme on l'a vu ci-dessus, l'originalité de la démarche qui soutient la construction d'un budget-programme réside dans une programmation par objectifs, couplée avec l'allocation des ressources. Pour que le processus soit complet, il faut donc pouvoir disposer, pendant la discussion budgétaire, des indicateurs chiffrés de résultats relatifs à l'état de santé des populations.

Certes l'OMS remplit très bien son

rôle d'observatoire de l'état de santé, rôle qui constitue une de ses principales missions pour ne pas dire sa mission principale. Elle collecte périodiquement les informations auprès des pays membres et publie tous les trois ans « un rapport sur l'état de santé dans le monde. » Mais cette publication est décalée par rapport à celle du budget.

La méthodologie adoptée dans la région Europe occupe une place un peu à part : en poussant plus loin la démarche de programmes par objectifs, la région a défini « les 38 buts de la santé pour tous » (qui se substituent, dans la Région, à la liste ordonnée de 70 programmes), mais là aussi, les deux processus-évaluation de l'état de santé d'une part, et adoption du budget-programme d'autre part – cheminent parallèlement sans se rencontrer.

Les contraintes de la politique de rigueur du groupe de Genève (groupe des gros bailleurs dont fait partie la France) imposant depuis quatre biennums une « croissance zéro en valeur réelle » pour le budget régulier, entraînent l'OMS dans une gestion qui échappe pour partie aux organes directeurs. En effet, toutes les considérations évoquées précédemment concernent uniquement le budget régulier, c'est à dire celui alimenté par les contributions obligatoires des pays membres. Comme celui-ci se trouve en stagnation par la volonté politique des gros bailleurs, l'Organisation s'est trouvée contrainte de faire appel aux contributions volontaires, pour faire face aux nouveaux besoins. C'est ainsi, par exemple, que le programme mondial de lutte contre le sida se trouve entièrement tributaire du bon vouloir des bailleurs. La contradiction réside dans le fait que ces derniers (notamment les États-Unis) sont précisément ceux qui préconisent la croissance zéro. Le résultat est que pour la troisième fois, en 92/93, les ressources « extra-budgétaires » (volontaires) ont dépassé celles du budget régulier : 999 359 000 dollars contre 734 936 000 dollars. En d'autres termes, les organes directeurs examinent, au plus, la moitié du budget. Cette dérive, qui porte en elle une grande vulnérabilité des programmes, ne peut laisser indifférent. Ce simple fait relati-

visé cruellement la portée de l'ensemble de l'édification du budget-programme. Toutefois, il faut préciser que les contributions volontaires ne sont pas utilisées *ad-libitum*. Elles sont regroupées, pour une très grande part, dans des programmes spéciaux (sida, recherche sur les maladies tropicales, médicaments essentiels...) pilotés par des comités de gestion ad-hoc où siègent les bailleurs.

Perspectives

Pour toutes ces raisons, le conseil exécutif avait mandaté certains de ses membres pour réfléchir aux réformes qui permettraient de dépasser les limites du système actuel. Un groupe de travail a rendu ses conclusions au conseil exécutif du 17 mai dernier. Son rapport contient près de 45 recommandations pour rénover l'ensemble du système. L'avenir dira si la communauté internationale se mobilise pour mettre en œuvre ces propositions.

Mais d'ores et déjà, il faut souligner que, par une amusante répétition de l'Histoire, la délégation canadienne (toujours elle !) a pris l'initiative – avec l'aide de l'Allemagne et de la France – d'une résolution, adoptée le 14 mai dernier, intitulée « réforme budgétaire ». Le texte de cette résolution ne remet pas en cause le processus général d'élaboration du budget-programme, mais il modifie son contenu en demandant notamment qu'y figurent expressément « des priorités stratégiques et financières dans le cadre d'objectifs mondiaux approuvés » et que pour chaque priorité soient fixées « des cibles réalistes et mesurables ». On peut espérer que la mise en œuvre de cette résolution s'effectuera dans un délai qui sera – compte tenu de l'accélération de l'Histoire – plus court que celui nécessaire (vingt ans) pour passer à une gestion biennale... ■

Armelle Georges, médecin inspecteur en chef de santé publique, division des relations internationales au ministère des Affaires sociales