



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



46^e CONSEIL DIRECTEUR 57^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 septembre 2005

Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire

CD46/10 (Fr.)

23 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE POUR L'AVENIR DES CENTRES PANAMÉRICAINS

SITUATION ACTUELLE DES CENTRES

À l'heure où l'Organisation panaméricaine de la santé entame sa onzième décennie au service des peuples des Amériques, l'environnement technologique, politique et économique en constante évolution exige une révision profonde de la plupart de ses approches en matière de coopération technique. Depuis que l'Organisation a assumé la responsabilité de gérer l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama en 1949, les Centres et les Instituts panaméricains de l'OPS se sont révélés un mode de coopération remarquable. Ils ont aussi fait l'objet d'intenses débats et discussions au sein des organes directeurs depuis au moins les années 60.

Chaque centre possède son origine, son histoire et ses fonctions propres. La coopération technique des Centres est un élément fondamental du programme respectif de l'OPS, dans la mesure où ils combinent les fonctions de conseillers, de diffuseurs d'information, de concepteurs de plans, de méthodologies et d'instruments, de formateurs et de chercheurs conformément aux besoins des États membres et à l'état d'avancement technologique des pays dans un domaine déterminé. Ils doivent par conséquent leur existence à l'absence d'institutions nationales appropriées et de moyens de diffuser de manière efficace l'expertise technique dans toutes les Amériques.

Le présent document a d'abord été présenté à la 39^e session du sous-comité de planification et de programmation du Comité exécutif en mars 2005, et ensuite à la 136^e Session du Comité exécutif en juin 2005, pour donner suite au mandat général des organes directeurs d'entreprendre des révisions et des évaluations des Centres panaméricains. Il offre une mise à jour de divers aspects techniques et administratifs des activités des Centres panaméricains, y compris les arguments pour la cessation future d'activités des Centres, des activités du CEPIS et du CLAP et des propositions pour leur réorganisation à la lumière de la future décentralisation de la coopération technique régionale; finalement, le document soumet à la considération du Conseil directeur les recommandations du Comité exécutif pour la cessation des activités de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ).

Le Conseil directeur est prié de réviser le document et de formuler ses commentaires afin d'orienter le Bureau dans la définition et l'application de (a) aux Centres en général et (b) à la restructuration du CEPIS et du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain. Il est aussi prié de se prononcer sur la fermeture de l'INPPAZ.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	4
État de la situation.....	4
Pertinence des Centres panaméricains comme fournisseurs de coopération technique	5
Gouvernance	7
Relations avec les pays hôtes.....	8
Ressources humaines	8
Ressources financières	8
Fonds ordinaires.....	9
Contributions directes des pays	9
Fonds extrabudgétaires	9
Vente de produits et de services	10
Contribution des pays hôtes.....	10
Mandats des Organes directeurs relatifs aux Centres panaméricains	10
Situation de quelques Centres.....	12
Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS).....	13
Assainissement de base - Agenda inachevé.....	13
Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques.....	14
Évaluation du CEPIS	15
Redéfinition du rôle du CEPIS	15
Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP)	16
Besoins de coopération technique en santé de la femme, santé maternelle et périnatale.....	16
Objectifs de développement pour le Millénaire.....	17
Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques.....	17
Restructuration institutionnelle du CLAP.....	18

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Institut panaméricain pour la protection alimentaire et contre les zoonoses (INPPAZ) ...	18
État de la situation.....	18
Coopération technique – Défis et possibilités.....	19
INPPAZ et ses origines.....	19
Réseaux et alliances et partenaires stratégiques	20
Situation financière.....	21
Restructuration institutionnelle.....	21
La proposition.....	22
 Conséquences budgétaires liées à l'INPPAZ, au CEPIS et au CLAP	 23
 Discussion du 136 ^e Comité exécutif de juin 2005	 24
 Mesures à prendre par le Conseil directeur	 25
 Annexes	

Introduction

1. Le présent document rassemble et met à jour divers aspects techniques et administratifs relatifs au fonctionnement des Centres panaméricains en tant que fournisseurs de coopération technique de l'OPS. Cette mise à jour porte sur les trois domaines principaux à examiner : les besoins en coopération technique selon les pays; la capacité institutionnelle nationale disponible, et le besoin impérieux de donner aux ressources allouées par l'Organisation la meilleure utilisation possible.

2. La nouvelle politique budgétaire relative au programme régional adoptée en 2004, « Stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain au cours de la période 2003-2007 », et les discussions du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle exigent la révision des dispositions institutionnelles en vigueur afin de garantir une coopération technique soutenue qui soit efficace, viable et bien adaptée aux besoins actuels des États membres

3. Dans ce contexte et compte tenu des mandats et des résolutions adoptés par les Organes directeurs de l'OPS, ce document offre une information générale sur les activités des Centres panaméricains. Il décrit plus particulièrement la situation actuelle du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) et du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP), ainsi que les mesures prises par Secrétariat pour s'assurer que ces deux Centres remplissent leur mission effectivement et efficacement. Le document attire l'attention du Conseil directeur sur une révision de la structure institutionnelle et de la pertinence actuelles de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et contre les zoonoses (INPPAZ) afin de mieux répondre aux besoins de coopération technique en matière d'hygiène et de protection alimentaires; il propose la cessation des activités de cet Institut. Finalement, il comprend un bref résumé des discussions de la 136^e session du Comité exécutif (juin 2005), y compris les arguments en faveur de la cessation des activités de Centres dans l'avenir.

État de la situation

4. Depuis que l'Organisation a assumé la responsabilité de gérer l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama en 1949, les Centres et les Instituts panaméricains de l'OPS se sont révélés un mode de coopération remarquable. Ils ont aussi fait l'objet d'intenses débats et discussions au sein des organes directeurs depuis plusieurs décennies.

5. Chaque centre possède son origine, son histoire et ses fonctions propres; il entretient des relations différentes avec son pays hôte, les pays d'une sous-région déterminée et la région des Amériques dans son ensemble. Pendant un peu plus de

cinquante ans, les Centres ont contribué au développement de la capacité technique et scientifique des pays, tout en faisant montre d'une souplesse et d'une capacité d'adaptation nécessaires aux divers nouveaux besoins tant dans leurs domaines d'expertise technique que dans la gestion, l'administration et le financement de la coopération technique.

6. La fonction de coopération technique des Centres panaméricains constitue un élément fondamental des programmes régionaux et sous-régionaux et allie la formulation de plans et de politiques à la diffusion de l'information, à la mise au point de méthodologies et d'instruments, à la formation, à la recherche et à la coopération technique directe avec les États membres dans les domaines prioritaires de la santé pour lesquels la capacité nationale n'est pas suffisamment développée.

7. Depuis la fin des années 40, les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé la création de 13 centres et l'élimination de 5 d'entre eux. L'OPS possède actuellement 8 Centres panaméricains dans sept pays.¹ Trois de ces centres sont de nature sous-régionale (INCAP, CFNI et CAREC) et cinq sont régionaux (PANAFTOSA, BIREME, CEPIS, CLAP et INPPAZ).

Pertinence des Centres panaméricains comme fournisseurs de coopération technique

8. Compte tenu d'autant de débats à propos des Centres et des difficultés financières chroniques de ceux-ci, il convient tout d'abord de s'interroger sur la manière dont ces modes de coopération technique se sont révélés aussi longtemps techniquement très utiles et politiquement indépendants. En fait, les Centres ont introduit, au sein de l'OPS, nombre de solutions innovatrices et populaires en matière de coopération technique. Tout d'abord, par la création des Centres et les responsabilités techniques et administratives qu'elle a assumées pour d'autres, l'OPS a décidé de concentrer des ressources plus vastes qu'à l'habitude dans des domaines précis et, a pris, dans certains cas, des risques majeurs en entreprenant des programmes ambitieux dans des domaines tout à fait neufs ou expérimentaux. Les Centres panaméricains de l'OPS se sont convertis en catalyseurs de fonds multilatéraux et bilatéraux en provenance de pays développés et en développement.

9. En second lieu, la réunion de la formation, de la recherche et des services conseil au sein des Centres de l'OPS a rendu possible, dans certains cas, le renforcement de la capacité scientifique et technologique locale. Les Centres de l'OPS ont recherché les talents, les solutions et les réseaux locaux des pays en développement, au moyen de méthodes appropriées à ces pays et avec pour tremplins les pays hôtes.

¹ L'annexe A présente un tableau des pays signataires des conventions en vigueur constitutives des Centres panaméricains.

10. En troisième lieu, l'OPS a introduit dans les Centres des approches qui, dans les années 50, 60 et même 70, étaient particulièrement innovatrices, ce qui lui permis de se distinguer parmi les agences internationales. Ces approches ont été les suivantes :

- Recrutement d'employés locaux parmi le personnel professionnel et de soutien aux côtés du personnel international;
- Renforcement des capacités de recherche et de formation dans les pays en développement, ce qui a conduit à la mise au point de nouveaux services, produits, vaccins et procédés;
- Création d'une infrastructure pour le développement de réseaux d'information scientifique en santé publique, et pour des laboratoires régionaux de référence.

11. Ces caractéristiques ont donné aux Centres une identité unique au sein de l'OPS et des organisations internationales. Toutefois, le nouvel environnement technologique, financier, économique et politique des Amériques a entraîné la nécessité de jeter un regard attentif sur la pertinence de chacun des Centres panaméricains au sein de la coopération technique de l'OPS. La seule révolution intervenue dans la technologie de l'information, au cours des 15 dernières années, remet en question certaines des activités des Centres. Quant aux difficultés financières chroniques, elles remettent en question la viabilité de certains Centres, du moins selon les dispositions financières actuelles, ou leur site actuel.

12. En outre, il est important de signaler qu'en dépit des progrès réalisés sur le plan des indicateurs de santé et du renforcement soutenu des institutions nationales, des inégalités profondes subsistent en matière de santé à l'intérieur des pays et entre eux. Le rythme des progrès doit être accéléré de toute urgence en vue des Objectifs de développement du Millénaire (ODM). Dans ce contexte, les investissements dans la santé des populations et en santé environnementale sont les piliers, mais aussi le véritable défi, de la lutte contre la pauvreté et en faveur du développement humain au 21^e siècle. En 2003, le Conseil directeur a examiné le document CD44/5, « Stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain au cours de la période 2003-2007 ». Ce document porte sur les critères et les principes opérationnels d'orientation du travail de l'Organisation. Précisément, l'un des objectifs internes de réforme organisationnelle est la création de réseaux, à l'intérieur et à l'extérieur du Secrétariat, ainsi que l'échange d'expériences et de connaissances. Pour garantir la gestion stratégique des ressources du Secrétariat, il faut impérativement promouvoir une plus grande décentralisation des ressources au profit des pays et s'assurer que les priorités soient traitées selon des approches novatrices.

13. En outre, la région des Amériques compte actuellement 204 Centres collaborateurs de l'OPS/OMS et un important groupe de centres techniques de référence spécialisés dans des domaines en rapport avec ceux des Centres panaméricains. Ces Centres collaborateurs constituent un puissant groupe d'institutions qui, d'une façon ou d'une autre, assument ou pourraient assumer des responsabilités et des fonctions significatives en matière de coopération technique. En réalité, des études prospectives de même que une évaluation détaillée des Centres ont déjà suggéré que les Centres panaméricains devraient agir comme des plaques tournantes des réseaux de Centres collaborateurs de l'OPS/OMS et d'autres centres d'excellence nationaux.

Gouvernance

14. Les Centres panaméricains à caractère régional ont une relation organique plus directement intégrée aux programmes des secteurs techniques et sont régis par les dispositions administratives et gestionnaires du Bureau, et leurs priorités et budgets sont approuvés par les Organes directeurs de l'Organisation. La majorité d'entre eux disposent de comités consultatifs techniques, de conseillers ou de scientifiques qui fonctionnent de façon inégale. Il existe également d'autres fora dont les mandats orientent également le travail de certains des centres, comme c'est le cas pour PANAFTOSA et l'INPPAZ, par le biais de la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA).

15. Certains des Centres panaméricains disposent de commissions consultatives ou d'unités qui s'occupent exclusivement de la coopération du centre avec le pays hôte. Les trois Centres sous-régionaux, INCAP, CFNI et CAREC, possèdent leurs propres Organes directeurs dont les résolutions constituent des recommandations pour le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

16. La gouvernance des Centres panaméricains représente un exercice qui requiert et exige une capacité particulière à bâtir une vision commune partagée entre les différents groupes d'intérêt, y compris les Organes directeurs de l'Organisation et ceux propres aux centres; leurs relations avec le pays hôte et les autres pays de la sous-région et de la Région selon le cas; avec les donateurs; avec les propres fonctionnaires des Centres et avec les autres collègues de l'OPS.

Relations avec les pays hôtes

17. Un principe de base des Centres panaméricains est l'existence d'un accord de collaboration avec le pays hôte, lequel s'engage à fournir les locaux, les services de base, les équipements et services de soutien essentiels au maintien et au fonctionnement du centre. Cet engagement nécessite un investissement considérable de la part du pays, qui est partiellement compensé par l'avantage à la fois programmatique et économique de disposer de la présence d'un Centre panaméricain sur le territoire national.

Ressources humaines

18. En 1985, la 35^e réunion du Conseil directeur a approuvé la résolution CD35.R24 portant sur les normes de politique concernant les Centres panaméricains et a autorisé l'implantation de nouveaux systèmes administratifs et de personnel dans les Centres panaméricains. Par conséquent, les profils d'embauche se sont diversifiés en vue d'une plus grande souplesse et de moindres coûts, lesquels facilitent à leur tour le transfert des centres aux pays hôtes.

19. Actuellement, les huit Centres panaméricains comptent un personnel de 312 fonctionnaires de classes différentes, dont 39 sont des cadres internationaux de l'OPS/OMS. Chacun de ces centres fait partie intégrante des divers secteurs et unités de l'Organisation et, de manière décentralisée, ils comptent pour 68 % de la totalité des fonctionnaires correspondants aux quatre secteurs et unités techniques du Bureau régional

Ressources financières

20. La durabilité financière a longtemps été le plus grand défi des Centres, comme le montrent les rapports financiers du Directeur et de l'audit externe sur une longue période.

21. Comme l'indique le document SPP36/11 de 2002, les Centres panaméricains disposent essentiellement de cinq sources de revenus :

- a) Les fonds ordinaires de l'OPS. Ils ont été fiables, mais ils accusent une tendance à la baisse en termes réels.
- b) Les contributions directes des pays. Seulement dans le cas des trois centres sous-régionaux, elles constituent une partie importante du budget de ces centres.
- c) Les subventions (fonds non ordinaires ou extrabudgétaires). Elles sont à la hausse dans plusieurs centres, alors que d'autres centres ne se sont pas préparés de façon adéquate pour profiter intégralement des possibilités dans ce domaine.

- d) La vente de produits et de services. Ce poste offre probablement l'un des plus grands potentiels de croissance pour les centres, mais il exige une sérieuse réflexion politique et réglementaire.
- e) Les contributions des pays hôtes. Apports avec lesquels le pays hôte contribue au maintien ou aux opérations du centre. Les modalités connexes varient d'un centre à l'autre. Il existe des problèmes au niveau de la réception en temps voulu de ces fonds.

22. Durant l'exercice biennal 2004-2005, le montant total des fonds provenant de sources ordinaires aussi bien qu'extraordinaires alloués aux Centres panaméricains au 31 juillet 2005 s'élèvent à \$ US 53.749.171.²

Fonds ordinaires

23. Le budget ordinaire combiné de l'OPS et de l'OMS pour la Région est de \$259.530.000 pour l'exercice biennal 2004-2005. De ce montant, les Centres panaméricains ont reçu \$22.366.300, soit 8,6 % du budget ordinaire. Ce chiffre représente une réduction de 20,3 % par rapport à l'exercice biennal 2002-2003, lorsque le montant alloué avait été \$ 28.047.700.

Contributions directes des pays

24. Au 31 juillet 2005, le montant total alloué aux trois Centres sous-régionaux (CAREC, CFNI et INCAP) pour l'exercice biennal 2004-2005 s'est élevé à \$ 6.071.751 .

Fonds extrabudgétaires

25. Au 31 juillet 2005, les Centres panaméricains dans leur ensemble ont mobilisé \$13.765.795 soit 26 % du budget total des Centres. Ces fonds sont significatifs dans le budget du CAREC (48 %) et de l'INCAP (33 %).

² L'Annexe B présente un tableau de la répartition des fonds alloués aux Centres panaméricains au cours de l'exercice biennal les années 2004-2005, au 31 mars 2005.

Vente de produits et de services

26. Au 31 juillet 2005, le total accumulé disponible, issu de la vente de produits et de services, avait atteint \$7.296.178. Ce total comprend essentiellement les services de laboratoire, l'information, la formation et les trousseaux de diagnostic. Cette source de revenus revêt une importance particulière pour le BIREME, représentant 39 % de ses ressources financières.

27. Comme l'indique le document SPP36/11, la vente des services et d'autres modalités peuvent constituer un élément qui contribue à la viabilité financière des centres. Cependant, cette question doit être discutée plus à fond afin de ne pas déformer l'identité des Centres panaméricains et l'attachement aux mandats qui ont été approuvés en leur faveur.

Contribution des pays hôtes

28. Au 31 juillet 2005, les pays hôtes avaient contribué à hauteur de \$4.249.147 pour le maintien des centres suivants : CEPIS (Pérou : \$864.546), PANAF-TOSA (Brésil : \$1.267.584), BIREME (Brésil : \$1.972.017) et INPPAZ (Argentine : \$270.000).

29. Dans le cas du CLAP, les contributions du Gouvernement de l'Uruguay sont en espèces, pour prendre en charge une partie du coût des installations qui abritent le centre.

Mandats des Organes directeurs relatifs aux Centres panaméricains

30. Depuis leur début, les Centres panaméricains ont été conçus comme une modalité temporaire de coopération technique. La 18^e Conférence sanitaire panaméricaine qui s'est tenue en 1970, reconnaissant l'utilité des centres multinationaux pour aborder les problèmes de santé d'intérêt commun à plusieurs pays, a décidé dans sa résolution CSP18.R33 :

« que la création et le développement de centres multinationaux se basera sur les priorités qui émergent du processus de planification utilisé dans le programme de l'OPS/OMS. »

31. Plus avant, la même résolution mentionne ce qui suit :

« Quand il n'existe pas d'institutions nationales appropriées pour répondre aux problèmes d'intérêt commun, les centres multinationaux doivent se planifier et se développer en consultation avec les Gouvernements, pour tirer un profit maximum de la coopération de l'OPS/OMS. »

« Étant donné que les centres multinationaux sont à caractère institutionnel et ne sont uniquement établis que lorsqu'il n'existe pas d'institutions nationales appropriées, il est considéré que l'assistance financière est une obligation sur le long terme. Cependant, chaque centre multinational doit faire l'objet d'un examen régulier au titre du processus de planification des programmes, et tenant compte de son importance par rapport aux besoins des pays participants. »

« Les propositions relatives aux centres multinationaux continueront à être présentées comme éléments constitutifs du programme et du budget de l'OPS/OMS au Comité exécutif et au Conseil directeur, ou à la Conférence, pour étude et approbation. »

32. En 1978, la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé le document CSP20/3 portant sur les Centres panaméricains. Il s'agit peut-être là du rapport le plus complet jamais élaboré sur cette question. Les principaux deux aspects soulevés par cette étude sont les suivants :

« ...[Un] centre n'est qu'une méthode de réaliser le programme et doit s'accommoder d'autres méthodes. La première décision se réfère à la somme d'efforts à investir dans un domaine programmatique; ensuite, à l'utilité réelle d'un centre dans le programme d'action. Chaque situation doit être examinée à part ... »

« ...La première question d'un programme est celle de la priorité des domaines de santé; la seconde est celle de l'utilité d'un centre en tant que méthode pour que atteindre les objectifs La question clé est de savoir quelle est la façon la plus efficace et rentable d'atteindre les objectifs d'un domaine programmatique déterminé, et non s'il y a trop ou trop peu de centres »

33. En outre, ce rapport se réfère explicitement à l'énorme potentiel, pour la coopération internationale, que lesdits Centres nationaux associés peuvent receler et souligne que « en effet, un tel Centre élargit le concept de Centre panaméricain tout en représentant une charge bien moindre pour le programme et le budget de l'OPS. » Le document cité propose également plusieurs recommandations à propos des normes, des conditions et des mesures de procédure pour la création de Centres nationaux associés.

34. La même conférence a adopté la résolution CSP20.R31 qui a décidé :

« De veiller à ce que toute proposition pour établir, supprimer ou transférer un centre panaméricain soit soumise systématiquement à la considération du Comité exécutif et du Conseil directeur, et qu'elle soit assortie d'une étude complète. »

« De prier le Directeur de commencer le processus ordinaire d'évaluation de chacun des Centres mentionnés dans le rapport et de charger le Comité exécutif de signaler les meilleures méthodes d'évaluation et de révision des rapports d'évaluation. »

35. Sept ans plus tard, en 1985, dans la résolution CD31. R24, le Conseil directeur décide de :

1. « Demander au Directeur qu'il continue à prendre les mesures appropriées pour améliorer la relation de coût-efficacité et l'efficacité des centres dans l'utilisation des ressources disponibles, notamment l'établissement de systèmes administratifs et de personnel nouveaux dans les Centres panaméricains
2. Confirmer l'objectif à long terme de l'Organisation d'agir en faveur du transfert de l'administration des centres aux gouvernements hôtes dans le cas où les institutions nationales étaient en mesure de maintenir la qualité et la quantité des services fournis aux États Membres dans le cadre de l'administration actuelle »

36. En 2002, après avoir félicité le Directeur pour la présentation d'une évaluation générale du CEPIS, la Conférence sanitaire panaméricaine a décidé, entre autres, de prier le Directeur de :

- « mener une évaluation complète d'un Centre panaméricain chaque année; »
- « présenter une réponse écrite aux recommandations de l'évaluation du CEPIS et des autres Centres panaméricains au fur et à mesure de leur évaluation. »

Situation de quelques centres

37. Les paragraphes suivants décrivent les étapes suivies en relation avec certains centres. La Directrice a l'intention de présenter périodiquement un groupe de centres à la considération des Organes directeurs.

Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS)

38. L'Accord pour l'établissement du Centre panaméricain de génie sanitaire a été souscrit en 1971 entre l'OPS et le Gouvernement du Pérou et il est toujours en vigueur à présent. Par la suite, le CEPIS a adopté le nom de Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement, sans modifier son sigle original.

Assainissement de base : Agenda inachevé

39. Au début du 21^e siècle, la couverture de l'eau potable et de l'assainissement en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 84,6 % et de 79,2 % respectivement. Si l'on considère les nombres absolus, la situation est préoccupante puisqu'il s'agit de 77 millions de personnes sans accès à l'approvisionnement en eau potable et de 105 millions qui ne disposent pas d'installations pour l'assainissement et l'évacuation des eaux usées et des déchets. Parmi celles-ci, 37 millions vivent dans les zones urbaines et 68 millions dans les zones rurales. Il ne va pas sans dire que dans la Région il existe de graves inégalités en ce qui concerne l'accès à l'eau, généralement liées aux niveaux de revenus et au lieu de résidence, la situation étant plus critique dans les zones périurbaines où résident approximativement 128 millions de personnes dans des logements insatisfaisants. En conséquence de ces carences accumulées, les maladies diarrhéiques continuent à représenter une cause importante du fardeau des maladies. D'autres maladies apparentées à des causes environnementales, telles que celles transmises par des vecteurs, en particulier la dengue et le paludisme, constituent des problèmes importants de santé publique. Selon les données de l'OMS, 43 % du fardeau des maladies environnementales affectent des enfants de moins de cinq ans, alors que ces derniers ne représentent seulement que 12 % de la population.

40. Même si la couverture de l'évacuation des déchets solides dans les zones urbaines est supérieure à 80 %, 35 % seulement des habitants possèdent une installation appropriée. Les déchets hospitaliers continuent à être un problème important dans les pays latino-américains et des Caraïbes. Les hôpitaux produisent entre 1 et 6 kilos de déchets par lit. Parmi ceux-ci, 10 à 40 % sont dangereux : contagieux, chimiques, ou objets tranchants.

41. L'amélioration de l'assainissement de base dépend dans une large mesure des investissements dans l'infrastructure. Elle exige une meilleure coordination dans la formulation des plans sectoriels entre les parties concernées, notamment les gouvernements à leurs différents niveaux d'intervention, les institutions financières nationales et internationales, les ONG, le secteur universitaire et les communautés. Dans ce contexte, le rôle du CEPIS est fondamental et critique. Le processus de décentralisation de la gestion publique aux niveaux locaux et la nécessité de renforcer les

gouvernements municipaux ouvre de la même manière de nouveaux espaces à la coopération technique du CEPIS.

42. Les objectifs et la stratégie de la coopération technique du CEPIS sont directement associés aux ODM, dont l'engagement direct au But 10 sur l'augmentation de la couverture de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. L'OPS considère l'ensemble des ODM comme un tout indivisible associé à la santé publique, à la réduction de la pauvreté et à l'exclusion, créant des conditions plus propices pour la sécurité humaine et le développement durable.

Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques

43. Le CEPIS a efficacement encouragé divers réseaux de collaboration auxquels participent des institutions et experts nationaux des différents pays de la Région. Parmi les plus importants qui sont encore en activité, on peut citer :

- Réseau panaméricain d'information sur la santé environnementale (REPIDISCA)
- Programme de rejet final des eaux usées dans les villes côtières
- Eaux côtières pour les loisirs
- Eau potable pour les communautés autochtones
- Réseau de laboratoires environnementaux d'Amérique latine et des Caraïbes (RELAC)
- Réseau interaméricain de logements (REDVIVSALUD)

44. De la même manière, le CEPIS appuie les initiatives d'intégration sous-régionale, dont la Communauté andine (CAN). Il maintient en outre des relations de travail avec plusieurs institutions de coopération internationale, dont le *Programme pour l'eau et l'assainissement de la Banque mondiale (WSP/WB)* ; le *Centre international pour l'eau et l'assainissement (IRC)*; ainsi que d'autres organisations de la société civile et du secteur privé, comme par exemple les entreprises d'eau potable et d'assainissement, l'Association interaméricaine de génie sanitaire (AIDIS); et de nombreuses universités et institutions d'enseignement supérieur du Pérou et d'autres pays de la région.

Évaluation du CEPIS

45. Le CEPIS a été évalué en 2001 et le rapport correspondant a été présenté aux Organes directeurs en 2002. Il s'agissait d'une évaluation détaillée, centrée sur les questions de l'efficacité, l'efficience, la pertinence et l'auto-soutenabilité du CEPIS. Placée sous la direction et la coordination d'un fonctionnaire de l'OPS, l'équipe d'évaluation comptait des experts du National Audit Office du Royaume-Uni, un consultant en santé et environnement du secteur privé et trois autres fonctionnaires de l'OPS représentant divers domaines d'expertise.

46. Les résultats de l'évaluation du CEPIS (CSP26/17) ont été présentés à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2002 : « D'après l'évaluation, le CEPIS est perçu comme un précieux instrument de coopération technique et un grand réservoir de connaissances. Son abolition serait une trop grande perte et nécessiterait trop d'efforts pour recréer un organisme international investi des mêmes fonctions. En revanche, le CEPIS doit mieux s'adapter à son rôle actuel en étant plus productif et en travaillant davantage avec des réseaux d'institutions, ce qui aura un effet multiplicateur sur sa coopération technique »

47. Se référant spécifiquement au CEPIS (Résolution CSP.R16), la Conférence sanitaire panaméricaine a prié le Directeur de :

- « de mettre en pratique les recommandations pertinentes de l'équipe d'évaluation pour assurer l'évolution d'un CEPIS renforcé, capable de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des États Membres dans le domaine de la santé et de l'environnement; » et
- « de stimuler le développement de réseaux de coopération entre le CEPIS, les centres collaborateurs et d'autres institutions se rapportant à la santé et à l'environnement dans les pays. »

Redéfinition du rôle du CEPIS

48. En conséquence de l'évaluation du CEPIS menée à bien en 2002 en fonction de la « Stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain au cours de la période 2003-2007 », le secteur du développement durable et de la santé environnementale (SDE) est engagé dans un processus de restructuration en vue de décentraliser vers le siège du CEPIS la coopération technique régionale liée à l'approvisionnement en eau potable, les systèmes d'égouts et la gestion des déchets et des résidus solides municipaux, aux termes d'une approche intégrée de la santé et d'efforts particuliers pour que les pays de la Région puissent progresser dans la réalisation des Objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire correspondants.

49. La gestion de ces lignes programmatiques à partir du CEPIS permettra de concentrer les ressources humaines et financières afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de la gestion de la coopération technique de l'OPS dans les domaines mentionnés, tout en préservant au CEPIS son caractère de Centre panaméricain, en application des critères convenus avec le Gouvernement du Pérou dans l'Accord de constitution.

Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain (CLAP)

50. Le CLAP a été établi en 1970. La dernière Convention de base entre le Ministère de la Santé et l'Université de la République du Ministère de l'Éducation du Gouvernement de l'Uruguay et l'OPS a été renouvelée le 1^{er} mars 2001 et elle est en vigueur jusqu'au 28 février 2006.

Besoins de coopération technique en santé de la femme, santé maternelle et périnatale

51. L'analyse de situation de la Région des Amériques indique que les indicateurs de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales continuent à être préoccupants au niveau des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Les dernières données disponibles (Indicateurs de base, OPS 2004) indiquent que la raison de mortalité maternelle comme moyenne régionale, se maintient à environ 87 pour 100 000 naissances vivantes, avec des différences abyssales entre Haïti, avec un taux de 523, l'Uruguay et le Canada avec des taux de 11,1 et de 7,8 respectivement.

52. En ce qui concerne la mortalité périnatale, l'enregistrement des données continue d'être de faible qualité, particulièrement en ce qui se rapporte à la mortalité fœtale. En 1995, le CLAP estimait à 483 000 les décès périnataux qui s'étaient produits en Amérique latine et dans les Caraïbes.

53. Il existe une relation claire et inséparable entre la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et l'accès à ces soins, et le résultat en santé des femmes et des nouveaux-nés dans la Région. Des soins maternels insuffisants impliquent une augmentation de la mortalité et de la morbidité du binôme mère-enfant, ainsi qu'une diminution de la qualité de vie pour les deux.

Objectifs de développement pour le Millénaire

54. Le quatrième Objectif de développement pour le Millénaire vise à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015. Le cinquième ODM se propose quant à lui de réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015, en prenant comme base les chiffres de 1990. À son tour, le sixième ODM se rapporte à la nécessité d'inverser l'expansion du VIH/SIDA. Ces buts orientent le travail actuel et futur du CLAP, en particulier en ce qui concerne les thèmes et les programmes apparentés à la surveillance et à la réduction des risques reproductifs et périnataux, dont la transmission verticale du VIH/SIDA et la syphilis congénitale, en mettant l'accent sur les pays prioritaires de la Région.

55. Ces lignes d'action permettront à leur tour d'accélérer l'exécution du plan d'action de la Conférence internationale pour le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, en ce qui concerne la santé reproductive, et les engagements de la 4^e Conférence mondiale sur la femme qui a eu lieu à Beijing, en Chine en 1995. En 2004, la 57^e Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution favorisant des stratégies destinées à accélérer la réalisation des accords des conférences citées ci-dessus.

Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques

56. La principale stratégie de coopération du CLAP s'appuie sur son initiative connue sous le nom de Réseau de centres partenaires (CLAP/OPS), qui a pour objectif d'obtenir une coopération technique entre pays, plus souple et plus efficace dans la Région des Amériques. Actuellement, 16 institutions de santé situées dans neuf pays de la Région font partie de ce réseau.

57. Ce réseau s'efforce d'impulser l'exécution et l'utilisation du Système informatique périnatal (SIP), et l'amélioration de la qualité des services maternels et néonataux, essentiellement à l'aide de la diffusion et de l'application de pratiques cliniques dotées d'un appui scientifique solide et de la recherche clinique, principalement opérative.

58. La source principale de financement de ce réseau provient de l'Agence espagnole de coopération internationale (AECI), de fonds ordinaires de l'OPS et de fonds d'institutions nationales telles que COLCIENCIAS en Colombie. En 2004, l'OMS a octroyé des fonds aux centres du Nicaragua, du Honduras et d'El Salvador, qui pourront être renouvelés pour les cinq années suivantes.

Restructuration institutionnelle du CLAP

59. Dans le but d'optimiser les ressources disponibles, le secteur de la Santé familiale et communautaire (FCH) est engagé dans un processus de restructuration visant la décentralisation, à Montevideo, de la coopération technique régionale liée au renforcement de la capacité nationale dans le but d'améliorer les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique et la réduction des risques génésiques, ainsi que la mortalité maternelle et périnatale dans les pays de la Région. La gestion de ces lignes programmatiques à partir du CLAP permettra de concentrer les ressources humaines et financières afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de la gestion de la coopération technique de l'OPS dans les domaines mentionnés, tout en préservant au CLAP son caractère de Centre panaméricain, en application des critères convenus avec le Gouvernement de l'Uruguay et l'Université de la République pour le CLAP.

Institut panaméricain pour la Protection alimentaire et la Lutte contre les Zoonoses (INPPAZ)

État de la situation

60. La coopération technique en protection alimentaire en tant que programme structuré est une réponse aux recommandations de la Conférence interaméricaine sur la protection alimentaire, tenue à Washington, D.C. en 1985, qui a mené à l'adoption du Plan d'action 1986-1990 par la 22^e Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 1986. L'évaluation de ce Plan en 1991 a servi de fondement au nouveau Plan d'action 1991-1995 adopté à la fin de 1991 et destiné à reformuler les objectifs et les lignes d'action en matière de coopération technique en protection alimentaire. Ce Plan d'action a été évalué à son tour en 1996; c'est sur cette base qu'a été élaboré le Plan stratégique du Programme régional de coopération technique de l'OPS/OMS. Ce dernier a été approuvé par le 42^e Conseil directeur de l'OPS en 2000.

61. La Commission panaméricaine d'innocuité des aliments (COPAIA) qui agit en tant qu'organe consultatif de la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA), a été établie en l'an 2000. Elle est composée de représentants des secteurs officiels de la santé et de l'agriculture, de producteurs et de consommateurs. Jusqu'à présent, quatre réunions ont été tenues, au cours desquelles a été ratifiée l'importance de la coopération technique de l'OPS en matière d'innocuité des aliments. L'INPPAZ agit en tant que Secrétariat de droit de la COPAIA.

Coopération technique : défis et possibilités

62. Les maladies transmises par les aliments représentent un problème de santé publique de plus en plus grave. De nombreux pays ont enregistré des augmentations importantes de l'incidence de maladies provoquées par des micro-organismes transmis principalement par les aliments. Les contaminants chimiques continuent d'être une raison importante de maladies provoquées par des aliments contaminés, notamment les toxines et les contaminants écologiques.

63. L'innocuité des aliments a des implications importantes pour le commerce international des aliments. En Amérique latine, il convient de souligner l'importance des exportations agricoles en Amérique centrale, au Cône Sud et dans la Région andine, qui représentent respectivement 48 %, 34 % et 23 % de toutes les exportations. Les pays doivent organiser des programmes efficaces d'innocuité des aliments pour pouvoir participer au nouveau cadre du commerce international des aliments, qui a découlé des Accords sur les mesures sanitaires et phytosanitaires (AMSP) et les Barrières techniques au Commerce (BTC) de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). De même, les pays doivent ajuster leurs systèmes pour participer aux blocs régionaux et sous-régionaux de pays comme le MERCOSUR, la Communauté andine des Nations (CAN), *Caribbean Single Market Economy* (CSME), la récente initiative de la Communauté sud-américaine et les traités bilatéraux tels que les traités de libre-échange (ALÉNA) avec les États-Unis, et ceux qui voient le jour avec les pays asiatiques.

64. L'innocuité des aliments constitue une des conditions préalables à un tourisme durable. Le tourisme est l'une des industries à l'expansion la plus rapide dans la Région. Le nombre de touristes qui visitent les pays de la Région est passé de 92,9 millions en 1990 à 128,4 millions en l'an 2000, représentant une croissance accumulée de 5 %. Tous les aspects qui interfèrent avec la qualité et la compétitivité revêtent une très grande importance.

L'INPPAZ et ses origines

65. INPPAZ et PANAFTOSA sont deux Centres panaméricains assignés à l'Unité de santé vétérinaire publique de L'OPS

66. Le 15 novembre 1991, un accord a été signé à Washington, D.C., entre le Bureau sanitaire panaméricain, organe administratif de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, et le Gouvernement de la République d'Argentine, pour la création de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses, INPPAZ, pour qu'il serve d'exécuteur du Programme régional de coopération technique en innocuité des aliments de l'OPS. La surveillance de l'exécution de l'accord est assurée par le Comité de coordination

internationale (CCI), dans lequel sont représentés le Ministre de la Santé de l'Argentine, le Président du Service national d'hygiène animale (SENASA), deux membres désignés par la Direction de l'OPS et trois représentants de gouvernements désignés par le Conseil directeur de l'OPS et des représentants des organismes qui maintiennent des conventions de coopération avec l'INPPAZ. Le Comité des programmes pour l'Argentine est chargé de la surveillance des questions spécifiques de la convention apparentées à l'Argentine.

67. L'INPPAZ est le seul centre spécialisé en innocuité des aliments de l'OMS, qui a entrepris de travailler avec les États Membres de l'OPS à la construction d'une nouvelle vision et d'actions destinées à améliorer la protection alimentaire, sur la base d'un changement des services traditionnels d'inspection, en vue d'une focalisation holistique de toute la chaîne alimentaire, de l'exploitation agricole à la table du consommateur.

68. Actuellement, l'innocuité des aliments est un thème dynamique d'importance mondiale qui requiert une analyse permanente en vue de l'organisation de programmes nationaux.

Réseaux et alliances et partenaires stratégiques

69. La coopération technique en innocuité des aliments par le biais de l'INPPAZ est renforcée à l'aide d'une série de réseaux mondiaux et régionaux qui traitent de diverses questions relatives à l'innocuité des aliments, parmi lesquels on peut citer :

- Global Salm-Surv (GSS) de l'OMS : un réseau mondial de surveillance de la salmonella
- (PulseNet). Réseau latino-américain de sous-typification moléculaire
- Comité Codex pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CCLAC).
- Réseau interaméricain des laboratoires d'analyse des aliments (INFAL).
- Laboratoires nationaux à titre de centres d'excellence de référence pour les pays de la Région.
- Réseau latino-américain d'inspection et de contrôle des poissons.
- Système régional de surveillance des maladies transmises par les aliments.
- Systèmes modernes d'inspection et de contrôle des aliments.
- Réseau international des autorités nationales en innocuité des aliments (INFOSAN).

Situation financière

70. Depuis sa création, l'INPPAZ a disposé d'un budget de fonctionnement réduit, avec une tendance à la baisse depuis 2001. Tout au long de son existence, il a connu des difficultés à recevoir opportunément les ressources de contrepartie du pays hôte pour financer les frais de fonctionnement. La dette accumulée de l'Argentine à l'égard de l'INPPAZ au 31 juillet 2005 s'élève à \$1.470.294.

Restructuration institutionnelle

71. Le besoin de restructurer la stratégie de l'OPS en matière de coopération technique en protection alimentaire tient à la disponibilité dans les pays d'institutions d'excellence et l'existence dans la Région de divers réseaux destinés à traiter la protection alimentaire; à la tendance actuelle d'envisager les activités de coopération technique sous l'angle de la chaîne de production alimentaire toute entière (« de la ferme à la table »); et à la nécessité d'accroître la rentabilité de l'utilisation des ressources (réduire les dépenses opérationnelles en vue d'augmenter les dépenses directes de coopération technique). Il existe aujourd'hui suffisamment de capacités techniques dans la Région pour mettre en œuvre des politiques, des programmes et des projets dans le domaine de la protection alimentaire sans la présence d'un Centre panaméricain spécialisé doté des caractéristiques de l'INPPAZ.

72. La cessation des activités de l'INPPAZ entraînerait des économies nettes d'environ \$600.000 pour l'exercice biennal, issues de l'élimination des dépenses générales, de fonctionnement et d'entretien. Une telle économie permettrait de consacrer les ressources disponibles du domaine de la protection alimentaire à de nouveaux modes de coopération technique axés sur le renforcement des ressources humaines d'excellence et la mobilisation d'experts dans les pays.

73. Toutes ces considérations ont conduit les différentes parties à remettre en question la faisabilité et la justification de la poursuite des activités de l'INPPAZ. Au cours des derniers mois, plusieurs consultations et échanges de correspondance ont eu lieu entre l'OPS et les autorités argentines de la santé et de l'agriculture.

74. Il a été convenu que conserver l'INPPAZ comme un centre international n'a plus de justification et qu'il est nécessaire de prendre les mesures de rigueur pour le fermer.

75. Le 22 avril 2005, au cours de la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA14) à Mexico, le Directeur de l'OPS a invité les membres du Comité international de coordination de l'INPPAZ et quelques invités spéciaux à une consultation non officielle. Le but en était de mettre à jour le statut de l'INPPAZ en particulier, et de la coopération technique de l'OPS en matière de

protection alimentaire et de santé publique vétérinaire en général, ainsi que de formuler des suggestions quant à la façon de présenter la question aux Organes directeurs.

La proposition

76. Compte tenu de ce qui précède, le Secrétariat a proposé aux Organes directeurs les mesures suivantes :

- (a) de mettre fin à l'INPPAZ en tant que Centre panaméricain;
- (b) sous la coordination de l'Unité de santé publique vétérinaire, de créer un réseau de centres nationaux partenaires qui servent de références aux composantes prioritaires du Plan d'action en tirant parti des forces institutionnelles dans les pays de la Région. Cette stratégie de travail permettra à l'OPS de maintenir et de renforcer une coopération technique opportune, souple et efficace avec la participation à part entière des pays;
- (c) d'installer une équipe de coopération technique en innocuité des aliments conjointement avec celle des zoonoses et de la fièvre aphteuse, en tirant parti de l'infrastructure présente de PANAFTOSA à Rio de Janeiro. Ceci permettra : a) d'utiliser plus efficacement l'infrastructure administrative disponible; b) d'intégrer des activités communes telles que la formation, la surveillance épidémiologique, l'analyse de risque, l'assurance de la qualité des laboratoires; et c) de renforcer l'application de l'approche de « chaîne de production »; et
- (d) de mobiliser des ressources additionnelles en vue de renforcer la coopération technique dans les différentes sous-régions.

77. On trouvera ci-dessous les mesures à prendre dans le cadre du processus de fermeture de l'INPPAZ, compte tenu des questions politiques, juridiques, techniques, administratives et de personnel.

78. Conformément à la résolution CSP20.R31 de la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine, toute proposition de création, de fermeture ou de transfert d'un Centre panaméricain doit être soumise au Comité exécutif et au Conseil directeur.

79. Sous réserve de l'approbation des Organes directeurs, la procédure respective commencera par les mesures suivantes en collaboration avec le gouvernement d'Argentine : 1) résiliation de l'accord de création de l'INPPAZ; 2) négociation de la dette liée aux avances faites par l'OPS pour couvrir les coûts de fonctionnement; 3) restitution des installations actuellement utilisées par l'INPPAZ au Service national pour l'hygiène et la qualité des produits agricoles (SENASA); et 4) une décision, lorsque

l'OPS restituera les laboratoires de l'INPPAZ, à propos des équipements de laboratoire fournis par l'OPS à SENASA conformément au « Contrat de Commodatum sur les équipements de laboratoire entre l'OPS/OMS et SENASA » en date du 21 février 2003.

80. Le personnel actuellement en place à l'INPPAZ fera l'objet d'une révision administrative. Certains employés seront relocalisés dans d'autres unités de l'Organisation, alors que d'autres verront leur contrat avec l'OPS résilié. Un montant d'environ \$250.000 sera nécessaire pour couvrir les indemnités correspondantes, pour lequel un financement a été prévu.

81. Une équipe technique spécialisée en protection alimentaire sera mise sur pied dans les installations du Centre panaméricain de fièvre aphteuse (PANAFTOSA), afin de tirer parti de la capacité fonctionnelle de cette institution, sous la supervision de l'Unité de santé publique vétérinaire. Une relocalisation partielle de certains membres du personnel professionnel international travaillant actuellement pour l'INPPAZ sera nécessaire au centre PANAFTOSA.

82. Tous les accords en vigueur de coopération technique de l'OPS et les engagements envers les États membres dans le domaine de la protection alimentaire seront honorés et élargis dans la mesure du possible. Dans le cas particulier de l'Argentine, le Secrétariat de l'OPS soutiendra l'initiative du gouvernement de mettre sur pied un centre national d'excellence en protection alimentaire, avec une participation et un soutien de niveau international, sur le modèle de l'actuel *Instituto Nacional de Alimentos* (INAL) (Centre national des aliments) selon des lignes de travail conjointement définies avec le gouvernement argentin, et selon le Plan régional d'innocuité des aliments 2006-2007.

Conséquences budgétaires liées à l'INPPAZ, au CEPIS et au CLAP

83. La politique régionale en matière de budget, approuvée par le 45^e Conseil directeur en 2004, établit le niveau d'action sous-régionale et augmente la proportion allouée aux pays et réduit celles affectées aux activités. Dans la mesure où les centres régionaux se rangent dans cette rubrique d'allocation du budget, il a été indispensable d'introduire des ajustements budgétaires. C'est ainsi que l'on devrait parvenir aux efficacités budgétaires requises pour répondre au mandat tout en maintenant l'efficacité des lignes de coopération définies dans le cadre des priorités.

84. La cessation des activités de l'INPPAZ et le réagencement du CEPIS et du CLAP au moyen de l'octroi de lignes de coopération technique régionale décentralisées, donnent lieu à une optimisation des ressources allouées et une économie nette de 1,5 million qui est reflétée dans la proposition BPB 2006-2007 présentée à ce Comité.

Discussion de la 136^e session du Comité exécutif de juin 2005

85. Le Comité exécutif a examiné les documents CE136/12, Rev. 1, CE136/INF/8, Rev 1, et CE136/INF/8, Add. I, Rev. 1 qui décrivent la situation des Centres panaméricains et plus particulièrement le CEPIS, le CLAP et l'INPPAZ. L'essentiel de la discussion a porté sur les raisons et la proposition de cessation des activités de l'INPPAZ. Les délégués ont souligné que le plus important était de choisir une solution optimale pour la santé de la Région. Il est certes nécessaire de relever de nouveaux défis, mais pas au prix de perdre les acquis. Plusieurs membres ont estimé que si les difficultés financières de l'INPPAZ étaient un facteur à prendre en considération, elles ne constituaient pas le seul critère pour la fermeture d'un Centre panaméricain. Les membres du Comité se sont finalement entendus sur les critères suivants pour orienter les décisions relatives à la fermeture d'un Centre. De telles décisions doivent :

- (a) minimiser tout impact négatif potentiel sur la Région;
- (b) maximiser la capacité du Secrétariat de l'OPS à fournir une coopération technique le plus effectivement et efficacement possible;
- (c) garantir qu'aucune ressource provenant du budget ordinaire de l'OPS et n'ayant pas été prévue pour un Centre ne soit utilisée pour combler un engagement financier d'un gouvernement hôte;
- (d) encourager les gouvernements hôtes à s'engager à des contributions financières fermes et durables, et
- (e) analyser les flux et les retards financiers d'un Centre, y compris l'impact de ces retards sur le fonctionnement du Centre.

86. Le Comité exécutif a dès lors approuvé la résolution CE136.R8 qui, entre autres, prie le Directeur de :

- (a) restructurer et de rationaliser la capacité de coopération technique en matière de protection alimentaire aux niveaux national, sous-régional et régional;
- (b) fermer l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) créé par la résolution CD35.R21 de 1991;
- (c) soumettre à la 138^e session du Comité exécutif une révision du Centre panaméricain contre la Fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine (BIREME), et une proposition d'alignement du Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC), l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI) et de l'Institut de la Nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) sur les critères d'allocation sous-régionale dans le cadre de la nouvelle politique régionale et en consultation avec les institutions sous-régionales respectives;

- (d) soumettre au 46^e Conseil directeur à titre d'information une mise à jour de la planification nécessaire à la restructuration et rationalisation de la capacité de coopération technique en matière de protection alimentaire pendant le prochain exercice biennal.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

87. Le Conseil directeur est prié de réviser le présent document et de faire ses commentaires en vue d'orienter le Secrétariat en ce qui concerne (a) les Centres dans leur ensemble, et (b) la réorganisation du CEPIS et du CLAP. Il est également prié de prendre une décision au sujet de la cessation d'activités de l'INPPAZ.

Annexes

**PAYS SIGNATAIRES DES CONVENTIONS EN VIGUEUR
CONSTITUTIVES DES CENTRES**

Centre	Convention	Pays signataires	Autres signataires	Dates de fondation et vigueur	Dernière modification
BIREME	Convention entre le Brésil, par l'intermédiaire des Ministères de la Santé et de l'Éducation, l'État de Sao Paulo, l'Université fédérale de Sao Paulo et l'OPS, par l'intermédiaire du BIREME, pour le maintien et le développement du BIREME	Brésil	État de Sao Paulo Université fédérale de Sao Paulo	décembre 1999 Vigueur : décembre 2009	Pour la manutention et le développement du centre, signée le 2 décembre 2002
CEPIS	Accord pour l'établissement d'un centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement	Pérou		1971 Vigueur indéfinie	
CLAP	Accord pour l'établissement d'un centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain dans la République orientale de l'Uruguay, représenté par le Ministère de la Santé publique; l'Université de la République, par l'intermédiaire de la Faculté de Médecine, et l'OPS.	Uruguay	Université de la République	1970	Prorogation de la vigueur jusqu' a ce jour
INPPAZ	Accord entre la République d'Argentine et l'OPS pour l'établissement d'un Institut panaméricain de protection des aliments et de lutte contre les zoonoses	Argentine		1991 Vigueur indéfinie	

**PAYS SIGNATAIRES DES CONVENTIONS EN VIGUEUR
CONSTITUTIVES DES CENTRES (suite)**

Centre	Convention	Pays signataires	Autres signataires	Dates de fondation et vigueur	Dernière modification
CAREC	Accord multilatéral pour le fonctionnement du CAREC	Antigua-et-Barbuda Bahamas Barbade Belize Dominique Grenade Guyana Jamaïque Antilles néerlandaises Aruba Saint-Kitts-et-Nevis Sainte Lucie Saint-Vincent et Grenadines Suriname Trinité-et-Tobago Royaume-Uni et les Territoires d'Outremer des Caraïbes		1975 Vigueur : décembre 2005	Les derniers accords, multilatéral et bilatéral, sont entrés en vigueur le 1 ^{er} janvier 2001.
	Accord bilatéral entre l'OPS et Trinité-et-Tobago pour le fonctionnement du CAREC	Trinité-et-Tobago			

**PAYS SIGNATAIRES DES CONVENTIONS EN VIGUEUR
CONSTITUTIVES DES CENTRES (suite)**

Centre	Convention	Pays signataires	Autres signataires	Dates de fondation et vigueur	Dernière modification
INCAP	Convention de base sur l'INCAP entre l'OPS et les pays d'Amérique centrale et Panama	Belize Costa Rica El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Panama		1946 Vigueur indéfinie	Nouvel accord qui remplace les antérieurs, signé le 27 août 1998
PANAFTOSA	Convention entre le Brésil et l'OPS pour l'organisation et le fonctionnement au Brésil du Centre panaméricain de fièvre aphteuse	Brésil		1951 Vigueur indéfinie	
CFNI	Accord pour l'opération du CFNI	Antigua Bahamas Barbade Bermudes Belize Îles Vierges britanniques Îles Cayman Dominique Guyana Grenade Jamaïque Montserrat St. Kitts et Nevis– Anguilla Ste Lucie St. Vincent Trinité-et-Tobago Turks et Caicos	University of West Indies	1968 Vigueur indéfinie	L'accord qui remplace celui qui a fondé le centre a été signé le 14 novembre 1973.

**BUDGET ORDINAIRE APPROUVÉ ET FONDS EXTRABUDGÉTAIRES ASSIGNÉS PAR CENTRE
PÉRIODE 2004-2005 AU 31 JUILLET 2005**

CENTRE	BUDGET ORDINAIRE APPROUVÉ OPS/OMS	CONTRIBUTIONS DES PAYS MEMBRES	SUBVENTIONS ET AUTRES CONTRIBUTIONS ⁽⁵⁾	REVENUS DE LA VENTE DE PRODUITS ET SERVICES	CONTRIBUTIONS DE GOUVERNEMENTS LOCAUX	TOTAL
BIREME	1.137.600		1.734.336	3.143.536	1.972.017	7.987.489
CAREC	1.539.200	4.308.851 ⁽²⁾	6.523.497	1.227.040		13.598.588
CEPIS	4.452.800		1.106.347	1.135.370	864.546	7.559.063
CFNI	2.522.800	582.134 ⁽³⁾	1.391.015	119.915		4.615.864
CLAP	1.567.500		510.761	7.735		2.085.996
INCAP	2.698.400	1.180.766 ⁽⁴⁾	1.895.845			5.775.011
INPPAZ	2.762.400		268.312	11.329	145.000	3.187.041
PANAFTOSA	5.685.600		335.682	1.651.253	1.267.584	8.940.119
TOTAL	22.366.300 ⁽¹⁾	6.071.751	13.765.795	7.296.178	4.249.147	53.749.171

SOURCE : PPS/PB

(1) Le budget total maximum approuvé pour les Centres panaméricains pour l'exercice biennal 2004-2005 est de \$22.366.300 .

(2) Le total reçu au titre des contributions des pays membres du CAREC au 31 mars 2005 s'élève à \$3.686.044 .

(3) Le total reçu au titre des contributions des pays membres du CFNI au 31 mars 2005 s'élève à \$389.358.

(4) Le total reçu au titre des contributions des pays membres du INCAP au 31 mars 2005 s'élève à \$844.345.

(5) Comprend les contributions volontaires reçues de donateurs et les coûts de soutien du programme assignés par la Directrice.
