



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire

CE136/12 (Fr.)

16 mai 2005

ORIGINAL : ESPAGNOL

STRATÉGIE POUR L'AVENIR DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Les Centres panaméricains représentent une importante modalité de coopération technique de l'OPS, et à ce titre, ils ont fait l'objet d'analyses et de débats par les Organes directeurs pendant des décennies.

Chacun des Centres a une origine, une histoire et des fonctions particulières. La coopération technique des Centres est une composante essentielle des programmes régionaux et sous-régionaux, qui combine des thèmes portant sur la diffusion de l'information; le développement de méthodologies et d'instruments; la formation et la recherche; l'appui à la formulation de plans et de projets et de coopération technique directe aux États Membres, dans des thèmes et des questions prioritaires de santé, dans lesquels la capacité nationale n'a pas été suffisamment développée.

Depuis leur début, les Centres panaméricains ont été conçus comme une modalité temporaire de coopération technique et ils ont été établis uniquement quand il n'existait pas d'institutions nationales appropriées.

Tout au long des dernières décennies, les pays ont accompli des progrès considérables en matière de santé, à la fois au niveau des divers indicateurs et au niveau du développement des institutions nationales pour répondre aux problèmes sanitaires locaux, faisant ainsi de cette infrastructure institutionnelle un capital public important. Au cours de cette période, les Centres panaméricains ont contribué à des degrés divers à ces améliorations sanitaires au niveau national. Par ailleurs, ils ont stimulé et appuyé la structuration et le fonctionnement de réseaux de collaboration horizontale entre diverses institutions nationales renommées, qui au fil des ans, se sont convertis en des vecteurs importants de la coopération technique de l'OPS.

Actuellement, la Région des Amériques dispose de 204 centres collaborateurs de l'OMS et un groupe important de centres de référence technique sur des thèmes liés aux travaux des Centres panaméricains.

Les huit Centres panaméricains comptent un personnel de 312 fonctionnaires de classes différentes, dont 39 sont des cadres internationaux.

Pour la période biennale 2004-2005, le montant total des fonds provenant de sources ordinaires aussi bien qu'extraordinaires alloués aux Centres panaméricains au 31 mars 2005 s'élève à US\$ 49.371.666.

À la lumière de la nouvelle politique régionale de budget programme approuvée par le 45^e Conseil directeur en 2004, l'allocation aux pays et aux lignes d'action sous-régionales augmente, en réduisant les ressources affectées aux activités de nature régionale. La viabilité financière des Centres panaméricains a été pendant longtemps leur plus grand défi.

Le présent document actualise divers éléments techniques, gestionnaires et administratifs qui concernent le fonctionnement des Centres panaméricains, en tenant compte du contexte général des besoins de coopération technique que requièrent les pays; des capacités institutionnelles nationales existantes et de la nécessité impérieuse d'utiliser au mieux les ressources affectées à l'Organisation.

Le présent document offre des détails sur le fonctionnement du CEPIS et du CLAP et des propositions en vue de leur restructuration dans le contexte d'une plus grande décentralisation de la coopération technique régionale et soumet à la discussion du Comité exécutif la nécessité urgente de redéfinir la structure institutionnelle actuelle et la validité de l'INPPAZ. Les propositions du présent document permettent de rationaliser les ressources humaines et financières à disposition et d'en faire le meilleur usage possible.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Cadre de référence et évolution conceptuelle	3
Mandats des Organes directeurs relatifs aux Centres panaméricains.....	5
Pertinence de la coopération technique.....	7
Gouvernance	7
Relations avec les pays hôtes.....	8
Ressources humaines	8
Ressources financières.....	9
Ressources ordinaires	9
Contributions directes des pays.....	10
Fonds extrabudgétaires.....	10
Vente de produits et de services.....	10
Contribution des pays hôtes	10
Situation de quelques centres.....	11
Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS).....	11
Évaluation du CEPIS.....	11
Assainissement de base - Agenda inachevé	11
Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques	12
Redéfinition du rôle du CEPIS.....	13
Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP).....	14
Besoins de coopération technique en santé de la femme, santé maternelle et périnatale	14
Objectifs de développement pour le Millénaire	14
Centres de référence, réseaux et partenaires stratégiques	15
Restructuration institutionnelle du CLAP	15
Institut panaméricain pour la protection alimentaire (INPPAZ).....	16
Antécédents	16
Situation financière	16
Mandats.....	17
Coopération technique – défis et opportunités.....	17
Réseaux et alliances et partenaires stratégiques.....	18
Restructuration institutionnelle	19
Conséquences budgétaires	19
Mesures à prendre par le Comité exécutif.....	20

Le rôle des Centres panaméricains dans la coopération technique de l'OPS

Introduction

1. Le présent document rassemble et actualise divers éléments techniques, gestionnaires et administratifs qui concernent le fonctionnement des Centres panaméricains, analysant le rôle qu'ils jouent à titre de modalité de la coopération technique de l'OPS. Cette révision tient compte de trois aspects principaux : les besoins de coopération technique que requièrent les pays; les capacités institutionnelles nationales existantes et la nécessité impérieuse d'utiliser au mieux les ressources affectées à l'Organisation.

2. À la lumière de la nouvelle politique régionale de budget programme approuvée en 2004, de la stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain sur la période 2003-2007 et des discussions du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, une révision des modalités institutionnelles existantes s'avère nécessaire pour garantir une coopération technique efficace, viable et durable, et qui apporte une réponse plus appropriées aux besoins actuels des États Membres.

3. Dans ce contexte et en fonction des mandats et des résolutions approuvées par les Organes directeurs de l'OPS, l'information relative à la gestion des Centres panaméricains est présentée d'une manière générale. Et c'est d'une manière plus spécifique qu'est présentée la situation actuelle du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) et celle du Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) ainsi que les mesures prises par le Secrétariat pour que les deux centres soient plus efficaces et productifs dans l'accomplissement de leur mission. La nécessité urgente de redéfinir la structure institutionnelle et la validité actuelles de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire (INNPPAZ) est également soumise à la discussion du Comité exécutif dans l'objectif de répondre d'une manière plus adaptée aux nécessités de coopération liées à l'hygiène et à la sécurité des aliments.

Cadre de référence et évolution conceptuelle

4. Depuis la création de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) en 1949, les Centres panaméricains ont constitué une modalité importante de la coopération technique de l'OPS et à ce titre, ils ont fait l'objet d'étude et de discussions par les Organes directeurs pendant plusieurs décennies.

5. Chacun de ces centres possède une origine, une histoire et des fonctions particulières. De plus, ils entretiennent une relation différente avec le pays hôte, avec les pays d'une sous-région donnée et avec la Région des Amériques dans son ensemble. Sur un peu plus de cinq décennies, les centres ont contribué au développement de la capacité

technique et scientifique des pays, manifestant en général la souplesse nécessaire et une capacité constante d'adaptation à plusieurs des nécessités émergentes, tant dans les domaines techniques de leur compétence que dans les processus de gestion, d'administration et de financement de la coopération technique.

6. La fonction de coopération technique des centres est considérée comme une composante essentielle des programmes régionaux et sous-régionaux et elle combine la formulation de plans et de politiques, la diffusion d'information, le développement de méthodologies et d'instruments, la formation, la recherche et la coopération technique directe avec les États Membres, concernant des thèmes et des questions prioritaires du domaine de la santé pour lesquels la capacité nationale existante n'a pas été suffisamment développée.

7. Sur un peu plus de cinq décennies, les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé l'établissement de 12 Centres panaméricains et la suppression de quatre d'entre eux. En outre, le Centre panaméricain des zoonoses (CEPANZO) a été supprimé en 1991, cédant la place la même année à l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ).

8. Actuellement, l'OPS compte huit Centres panaméricains dans sept pays¹. Les centres sous-régionaux sont l'INCAP, le CFNI et le CAREC et les centres régionaux sont PANAFTOSA, le BIREME, le CEPIS, le CLAP et l'INPPAZ. Le tableau qui suit indique les pays hôtes et les structures hiérarchiques à l'intérieur de l'OPS.

Centre	Pays hôte	Structure hiérarchique à l'intérieur de l'OPS
BIREME	Brésil	Secteur de l'information et de la gestion du savoir (IKM)
CAREC	Trinité-et-Tobago	Bureau de la sous-direction (AD)
CEPIS	Pérou	Secteur du développement durable et de la santé environnementale (SDE)
CFNI	Jamaïque	Secteur de la santé familiale et communautaire
CLAP	Uruguay	Secteur de la santé familiale et communautaire
INCAP	Guatemala	Secteur du développement durable et de la santé environnementale (SDE)
INPPAZ	Argentine	Unité de santé publique vétérinaire
PANAFTOSA	Brésil	Unité de santé publique vétérinaire

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

Mandats des Organes directeurs relatifs aux Centres panaméricains

9. 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 a décidé dans sa résolution CSP18.R33, reconnaissant l'utilité des centres multinationaux pour aborder les problèmes de santé d'intérêt commun à plusieurs pays :

« 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. »

10. 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. »

« Dans la planification d'un centre multinational, le Directeur recherchera un appui financier de sources extrabudgétaires, outre les ressources du budget ordinaire et d'autre nature. Le gouvernement hôte devrait fournir les locaux et, dans la mesure que lui permettent ses ressources, fournir également les équipements, le personnel et les fonds. Dans la sélection du lieu, il faut tenir compte des ressources de l'éventuel gouvernement hôte, ainsi que de tout autre facteur qui a une influence sur la prestation des services aux pays. »

« 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. »

11. En 1978, la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé le document CSP20/3 portant sur les Centres panaméricains. Ce rapport fait explicitement référence au potentiel énorme de coopération au niveau international que pourraient assumer les centres nationaux partenaires, signalant « qu'à la vérité, ces centres étendent le concept de centre panaméricain avec une charge bien inférieure pour le programme et le budget

de l'OPS. » Dans le document cité, une série de recommandations sont proposées sur a) les normes et conditions, et b) sur les phases de procédures pour la désignation des centres nationaux partenaires.

12. 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. »

13. Par la suite, lors de la 95^e Session du Comité exécutif de 1985, il a été mentionné dans le document CE95/11 que :

« L'examen des résolutions et des délibérations des Organes directeurs de l'OPS révèle que les Centres panaméricains ont été établis dans l'objectif de résoudre les problèmes de santé communs aux pays dans lesquels il n'existait pas d'institutions nationales appropriées. Les centres n'avaient pas été conçus dans l'idée qu'ils se transforment en des activités permanentes de l'Organisation, mais qu'au contraire, ils fonctionnent comme des Centres panaméricains jusqu'à ce que les pays et les institutions nationales acquièrent la capacité technique et institutionnelle de s'acquitter d'activités spécifiques que les institutions nationales ne sont pas en mesure d'entreprendre. En tenant compte de cet élément, il faut envisager la possibilité de transférer ces centres ou les activités qu'ils mènent à bien aux pays et aux institutions nationales. »

14. En fonction des raisons invoquées, le 31^e Conseil directeur tenu en 1985 a adopté la résolution CD31.R24 qui décidait 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 »

Pertinence de la coopération technique

15. Tout au long des dernières décennies, les États Membres ont accompli des progrès considérables en matière de santé, à la fois au niveau des divers indicateurs et au niveau du développement des institutions nationales pour répondre aux problèmes sanitaires locaux, créant ainsi un capital public important. Au cours de cette période, les Centres panaméricains ont contribué à des degrés divers à ces améliorations sanitaires au niveau national. Par ailleurs, ils ont stimulé et appuyé la structuration et le fonctionnement de réseaux de collaboration horizontale entre diverses institutions nationales renommées, et au fil des ans, ils se sont convertis en des vecteurs importants de la coopération technique de l'OPS.

16. Il convient de signaler que même si l'on tient compte des progrès réalisés dans les indicateurs de santé et le renforcement croissant des institutions nationales, il n'en demeure pas moins qu'il existe des inégalités marquées en santé dans les pays et entre les pays. Il est urgent d'accélérer la cadence pour atteindre les Objectifs de développement du Millénaire énoncés dans la Déclaration du Millénaire (ODM). Dans ce contexte, les investissements dans la santé des personnes et la santé de l'environnement sont les piliers centraux et les véritables défis que pose la lutte effective contre la pauvreté et le développement humain au 21^e siècle. Le Conseil directeur qui s'est tenu en 2003 a approuvé le document CD44/5 - Stratégie de gestion pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain sur la période 2003-2007. Ce document inclut les critères et principes opérationnels qui orientent le travail de l'Organisation. Un des objectifs internes du changement institutionnel se rapporte à « la formation de réseaux, à l'intérieur et à l'extérieur du Secrétariat, ainsi qu'à l'échange de l'expérience et du savoir » encourageant en outre une plus grande décentralisation des ressources aux pays, et au fait que « les priorités seront abordées à l'aide d'orientations novatrices de la coopération technique et de la gestion stratégique des ressources du Secrétariat. »

17. Actuellement, la Région des Amériques dispose de 204 centres collaborateurs de l'OMS et un groupe important de centres de référence technique sur des thèmes liés aux travaux des Centres panaméricains. Ces centres constituent potentiellement un groupe significatif d'institutions qui d'une façon ou d'une autre assument ou pourraient assumer de plus grandes responsabilités et fonctions à l'appui de la coopération technique internationale.

Gouvernance

18. 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).

19. Certains des Centres panaméricains disposent de commissions consultatives ou d'unités qui s'occupent exclusivement de la coopération du centre avec le pays hôte.

20. 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, incluant 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

21. Un principe de base des Centres panaméricains consiste à souscrire un accord collaborateur avec le pays hôte, lequel s'engage à fournir les locaux, les services de base, les équipements et services d'appui 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

22. 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 recherchant une plus grande flexibilité et des coûts moindres, lesquels facilitent à leur tour le transfert des centres aux pays hôtes.

23. Actuellement, les huit Centres panaméricains comptent un personnel de 312 fonctionnaires de classes différentes, dont 39 sont des cadres internationaux. 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 secteurs et aux unités techniques du Bureau régional (SDE, DPC, FCH, IKM).²

² L'annexe B présente un tableau qui indique la distribution des fonctionnaires selon le centre et le type d'affectation.

Ressources financières

24. 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 sont en théorie la partie la plus 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. Cet élément 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.

25. Pour la période biennale 2004-2005, le montant total des fonds provenant de sources ordinaires aussi bien qu'extraordinaires alloués aux Centres panaméricains au 31 mars 2005 s'élèvent à US\$ 49.371.666³

Ressources ordinaires

26. Le budget régulier combiné de l'OPS et de l'OMS pour la Région pour la période biennale 2004-2005 est de \$259.530.000. De ce montant, les Centres panaméricains reçoivent \$22.366.300, correspondant à 8,6 % du budget ordinaire. Ce chiffre représente une réduction de 20,3 % par rapport à la période biennale 2002-2003, pour laquelle le montant affecté aux Centres panaméricains s'élevait à \$28.047.700

³ L'annexe 3 présente un tableau montrant la répartition des fonds alloués aux Centres panaméricains pour la période biennale 2004-2005 au 31 mars 2005.

Contributions directes des pays

27. Les contributions approuvées par les États membres pour l'exercice biennal 2004-2005 à l'intention des centres sous-régionaux (CAREC, CFNI et INCAP) se portent à \$6.053.970. Au 31 mars 2005, des versements d'un montant de \$6.053.970 ont été reçus.

Fonds extrabudgétaires

28. Au 31 mars 2005, les Centres panaméricains dans leur ensemble ont mobilisé \$11.268.557 équivalant à 22 % de leur budget total. Ces fonds sont significatifs dans le budget du CAREC (46 %) et de l'INCAP (28,9 %).

Vente de produits et de services

29. Au 31 mars 2005, le total accumulé disponible avait atteint \$5.724.202 en conséquence de la vente de produits et de services. Cela comprend essentiellement les services de laboratoire, l'information, la formation et les kits de diagnostic. Cette source de revenus revêt une importance particulière pour le BIREME, représentant 39,1 % de ses ressources financières.

30. 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

31. Au 31 janvier 2005, les pays hôtes avaient contribué à hauteur de \$3.958.637 pour le maintien des centres suivants : CEPIS (Pérou : \$806.912), PANAFTOSA (Brésil : \$1.125.994), BIREME (Brésil : \$1.880.731) et INPPAZ (Argentine : \$145.000).

32. Dans le cas du CLAP, les contributions du Gouvernement de l'Uruguay sont en espèces, prenant en charge une part du coût des installations qui abritent le centre.

33. La durabilité financière a constitué pendant longtemps le plus grand défi posé aux centres, comme en témoignent les rapports financiers du Directeur et du Commissaire aux Comptes.

Situation de quelques centres

34. 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)

35. 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.

Évaluation du CEPIS

36. La dernière évaluation du CEPIS a été menée en 2002, avec la participation conjointe de consultants du Bureau sanitaire panaméricain, le National Audit Office du Royaume-Uni et de consultants du secteur privé.

37. 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 ». Cette Conférence a décidé de demander au Directeur de l'OPS :

« 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. »

Assainissement de base : Agenda inachevé

38. 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, 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 eux, 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.

39. 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.

40. 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.

41. 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

42. Le CEPIS a efficacement promu 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 :

- le Réseau panaméricain d'information sur la santé environnementale (REPIDISCA)
- le Programme de disposition finale 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)

43. 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.

Redéfinition du rôle du CEPIS

44. En conséquence de l'évaluation du CEPIS menée à bien en 2002 et 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.

45. 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)

46. 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

47. 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.

48. En ce qui concerne la mortalité périnatale, l'enregistrement des données continue à 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.

49. 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.

50. L'analyse de situation a également souligné la participation limitée des hommes dans les services de santé sexuelle et reproductive de la Région. Une augmentation de l'intervention des hommes dans ce domaine a fait état d'un effet positif sur la diminution de la violence au foyer, sur l'augmentation de la participation conjointe à la prise de décisions dans le ménage et une meilleure communication familiale qui, en définitive, se traduit par une amélioration de la santé sexuelle et reproductive du couple.

Objectifs de développement pour le Millénaire

51. Le quatrième Objectif de développement pour le Millénaire a pour but de 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.

52. 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

53. 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.

54. 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.

55. 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

56. 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 au siège du CLAP 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)

Antécédents

57. L'INPPAZ avec PANAFTOSA sont deux Centres panaméricains rattachés à l'Unité de santé vétérinaire de l'OPS.

58. 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.

59. 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 l'innocuité des aliments, 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.

60. 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.

Situation financière

61. 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 pour recevoir opportunément les ressources de contrepartie du pays hôte pour financer les frais de fonctionnement ⁴.

Mandats

62. La coopération technique de l'OPS en matière d'innocuité des aliments en tant que programme structuré, a été établie en vertu des recommandations de la Conférence interaméricaine sur la protection des aliments qui s'est tenue à Washington, D.C., en 1985. Ces recommandations ont donné lieu à l'approbation, lors de la 22^e Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 1986, du Plan d'action pour la période 1986 - 1990. Une évaluation du Plan d'action mentionné, réalisée en 1991, a servi de base à la formulation à la fin de 1991, d'un nouveau Plan d'action pour la période 1991 - 1995, destiné à redéfinir les objectifs et les actions pour la prestation de coopération technique en matière d'innocuité des aliments. Ce dernier Plan d'action a également fait l'objet d'une évaluation en 1996 et ses résultats ont donné lieu à la formulation du Plan d'action stratégique pour le Programme régional de coopération technique de l'OPS/OMS, approuvé par le Conseil directeur de l'OPS/Comité régional de l'OMS pour les Amériques en l'an 2000.

63. 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 et 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 pris place, 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 occasions

64. 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.

65. L'innocuité des aliments a des implications importantes sur 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

⁴ L'annexe D présente un graphique indiquant l'historique de la contribution du Gouvernement argentin à l'INPPAZ.

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 (TLE) avec les États-Unis, et ceux qui voient le jour avec les pays asiatiques.

66. 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.

Réseaux et alliances et partenaires stratégiques

67. 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 lesquelles on peut citer :

- Réseau mondial de l'OMS 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 de laboratoires d'analyse des aliments (RILAA) : Institut Malbran et SENASA
- 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).

Restructuration institutionnelle

68. L'importance stratégique du thème de la sécurité des aliments et de ses répercussions sur la santé et l'économie a été prise en compte dans les conclusions et les recommandations de la COPAIA et dans le Plan d'action de coopération technique en matière d'innocuité des aliments de l'OPS/OMS 2006 – 2007. Les pays ont fait part de la nécessité impérieuse d'utiliser de la meilleure façon possible les ressources humaines, institutionnelles et financières existantes dans la Région. Il est par conséquent proposé au Comité exécutif d'envisager :

- 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, tirant parti des forces institutionnelles dans les pays de la Région, agissant comme des éléments liés aux composantes prioritaires du Plan d'action. 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) de mettre sur pied 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 dont dispose actuellement PANAFTOSA à Rio de Janeiro au Brésil. Cette décision offre de multiples avantages, à savoir : a) utiliser plus efficacement l'infrastructure administrative disponible; b) intégrer des actions communes telles que la formation, la surveillance épidémiologique, l'analyse du risque, l'assurance de la qualité des laboratoires; et c) renforcer le travail au niveau de la chaîne de production;
- d) de mobiliser des ressources additionnelles en vue de la coopération technique dans les différentes sous-régions.

69. Cette proposition envisage la réalisation d'un projet multilatéral et multisectoriel avec le Gouvernement d'Argentine pour le renforcement d'un système national d'innocuité des aliments et doté de la capacité d'offrir une coopération technique internationale dans ce domaine.

Conséquences budgétaires

70. La politique régionale en matière de budget approuvée par le 45^{ème} Conseil directeur en 2004, établit le niveau d'action au niveau sous-régional et augmente la proportion allouée aux pays et réduit celles affectées aux activités de nature régionale. 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 parvient à obtenir les efficacités budgétaires requises pour répondre au mandat tout en maintenant l'efficacité des lignes de coopération définies dans le cadre des priorités.

71. La cessation des opérations de l'INPPAZ et l'agencement du CEPIS et du CLAP en leur octroyant des lignes de coopération technique régionale décentralisés, donnent lieu à une optimisation des ressources allouées et une économie nette de 1,5 millions qui est reflétée dans la proposition BPB 2006-07 qui est présentée à ce Comité.

72. En juin 2006, le Comité exécutif sera saisi des propositions d'ajustement de PANAFTOSA et du BIREME, ainsi que des propositions d'agencement des centres sous-régionaux CAREC, CFNI et INCAP, assorties des critères d'affectation de nature sous-régionale créés par la nouvelle politique régionale.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

73. Le Comité exécutif est prié de formuler ses commentaires et recommandations sur la stratégie présentée dans le présent document, de se prononcer sur la proposition de restructuration institutionnelle de quelques-uns des centres et de l'arrêt de l'INPPAZ en tant que centre panaméricain, et de recommander une résolution au Conseil directeur sur ce thème.

Annexes

**PAYS SIGNATAIRES DES CONVENTIONS
CONSTITUTIVES EN VIGUEUR 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 : jusqu'au 2 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		8 avril 1971 Vigueur indéfinie	
CLAP	Accord pour l'établissement d'un latino-américain de périnatalogie et développement humain dans la République orientale de l'Uruguay, représenté par le Ministère de la publique; l'Université de la par l'intermédiaire de la Faculté de Médecine, et l'OPS.	Uruguay	Université de la	2 février 1970	Prorogation de la
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		15 novembre 1991 Vigueur indéfinie	

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

Centre	Convention	Pays signataires	Autres signataires	Dates de fondation et vigueur	Dernière modification
CAREC	Accord multilatéral pour l'opération 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		14 juillet 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 l'opération du CAREC	Royaume-Uni et les Territoires d'Outremer des Caraïbes			
		Trinité-et-Tobago			

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

Centre	Convention	Pays signataires	Autres signataires	Dates de fondation et vigueur	Dernière modification
INCAP	Convention de base de l'INCAP centrale	Belize Costa Rica El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Panama		20 février 1946 Vigueur indéfinie	Nouvel accord qui a été 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 typhoïde	Brésil		27 août 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	25 mars 1968 Vigueur indéfinie	L'accord qui remplace celui qui a fondé le centre a été signé le 14 novembre 1973.

Analyse des fonds répartis par centres pour l'exercice biennal 2004-2005 au 31 mars 2005

**BUDGET RÉGULIER APROUVÉ ET FONDS EXTRABUDGETAIRES ASSIGNÉS PAR CENTRE
PÉRIODE 2004-2005 AU 31 MARS 2005**

CENTRE	FONDS ORDINAIRES 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		1.105.891	2.631.630	1.880.731	6.755.852
CAREC	1.539.200	4.308.851 ⁽²⁾	5.555.092	647.632		12.050.775
CEPIS	4.452.800		1.062.175	971.807	806.912	7.283.694
CFNI	2.522.800	582.134 ⁽³⁾	1.116.671	119.915		4.341.520
CLAP	1.567.500		424.397	7.735		1.999.632
INCAP	2.698.400	1.162.985 ⁽⁴⁾	1.570.676			5.432.061
INPPAZ	2.762.400		144.300	11.329	145.000	3.063.029
PANAFTOSA	5.685.600		289.355	1.334.154	1.125.994	8.435.103
TOTAL	22.366.300 ⁽¹⁾	6.053.970	11.268.557	5.724.202	3.958.637	48.371.666

SOURCE : PPS/PB

(1) Le total du plafond budgétaire approuvé pour les Centres panaméricains pour la période biennale 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 \$3.540.711

(3) Le total reçu au titre des contributions des pays membres du CFNI au 31 mars 2005 s'élève à \$380.743

(4) Le total reçu au titre des contributions des pays membres de l'INCAP au 31 mars 2005 s'élève à \$673.972

(
