



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR

62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CD50/9 (Fr.)

3 août 2010

ORIGINAL : ESPAGNOL

EXAMEN DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

1. L'évolution de l'environnement épidémiologique, technologique, politique et économique exige d'analyser en permanence de nombreuses approches de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en matière de coopération technique. Les centres panaméricains de l'OPS ont été un moyen de coopération essentiel pendant près de 60 ans, au cours desquels l'OPS a créé ou administré 13 centres, en a supprimé six et en a transféré un au sein de ses propres Organes directeurs. Ces institutions font l'objet de débats et d'examens périodiques de la part des Organes directeurs de l'OPS depuis les années soixante au moins.

2. Le présent document a été préparé conformément au mandat permanent confié aux Organes directeurs consistant à procéder à des examens et des évaluations périodiques des centres panaméricains. Il fait le point de la situation du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), du Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME), du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI), du Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain (CLAP) et du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS). Il aborde aussi le transfert de l'administration de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) de l'OPS au Conseil de direction de cet institut, le processus de création de l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA) et la situation actuelle du Programme Régional de bioéthique au Chili.

Antécédents

3. Le sujet des centres panaméricains a souvent été abordé par les Organes directeurs depuis les années soixante. À la fin des années soixante-dix, la Conférence sanitaire panaméricaine a demandé que soit effectuée une « évaluation périodique de chacun des Centres » (résolution CSP20.R31 [1978]) afin que, dans un environnement politique, technologique et économique en évolution constante, ces centres restent pour l'OPS un moyen de coopération technique approprié et efficace. Les Organes directeurs ont également encouragé le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) à transférer la responsabilité des centres vers les gouvernements ou les groupes de gouvernements hôtes quand les institutions nationales sont en mesure d'assurer la disponibilité de services de coopération technique de qualité pour leur propre pays et d'autres États membres de l'OPS.

4. Selon les directives établies par la Conférence sanitaire panaméricaine en 1978, pour être considéré comme une unité valable et utile de l'Organisation, un centre de l'OPS doit faire partie intégrante du programme de l'OPS. Un centre est, tout simplement, un des nombreux dispositifs programmatiques de l'OPS, disposant de ses propres caractéristiques juridiques, programmatiques et de gestion. La question essentielle est toujours la même depuis trente ans : Au-delà des problèmes historiques, techniques, administratifs et politiques, et des intérêts suscités par un centre particulier, quelle est la façon la plus pertinente, efficiente et efficace d'atteindre les objectifs fixés pour un programme donné de l'OPS qui a été approuvé par les Organes directeurs.

5. De nouvelles structures, de nouveaux accords, de nouveaux systèmes de gouvernance et de nouvelles sources de financement sont actuellement envisagés qui permettent aux centres panaméricains d'aborder plus efficacement et rentablement les problèmes de santé publique récurrents dans leur domaine de spécialité. Le Bureau œuvre sur plusieurs fronts pour que les activités de ces centres soient conformes aux politiques Régionales des Organes directeurs, y compris aux critères concernant les affectations budgétaires au niveau infrarégional.

6. Le présent document a donc précisément pour objectif d'informer tous les États membres de l'évolution des relations entre l'OPS et les centres. À cet égard, l'OPS souhaite parvenir à ce que les aspects juridiques et ceux relatifs à la gouvernance, à l'appropriation et aux partenariats permettent d'optimiser la coopération technique offerte par l'OPS à la Région.

7. Les centres panaméricains intéressent tous les États membres de l'OPS, au vu de la coopération dont ceux-ci peuvent bénéficier de la part de ces centres et des

répercussions de ces centres sur le budget ordinaire de l'Organisation dans la Région des Amériques.

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

8. Le PANAFTOSA, centre de l'OPS situé dans l'État de Rio de Janeiro, au Brésil, a été créé en 1951 en tant que programme de coopération technique de l'Organisation des États américains (OEA) administré par l'OPS. Il avait initialement pour but d'appliquer le Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse, devenu, en 1968, un programme ordinaire de l'OPS. En 1998, les activités de référence, de recherche et de coopération technique sur les zoonoses ont été transférées de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) au PANAFTOSA. Suite à la fermeture de l'INPPAZ en 2005, l'équipe technique chargée de l'innocuité des aliments a été transférée dans les locaux du PANAFTOSA.

Progrès récents au PANAFTOSA

9. Suite à la résolution RIMSA5.R13 (1987), approuvée à la 5^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA), le PANAFTOSA a élaboré une proposition en vue d'éradiquer la fièvre aphteuse d'ici 2009. Le Groupe interaméricain pour l'éradication de la fièvre aphteuse (GIEFA) est également très impliqué en la matière suite à une réunion sur cette zoonose organisée à Houston (Texas). Le PANAFTOSA assure le secrétariat technique du GIEFA.

10. Compte tenu de la convergence observée entre la santé humaine et la santé animale, l'OPS sera de plus en plus amenée à jouer un rôle de premier plan dans le domaine des zoonoses, de la santé vétérinaire (y compris la fièvre aphteuse) et de l'innocuité des aliments.

11. L'équipe technique du PANAFTOSA, qui collabore étroitement avec la Représentation de l'OPS au Brésil, a présenté pour examen à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain un projet de développement institutionnel du PANAFTOSA.

12. Dans la 37^e réunion qui a eu lieu à Georgetown (Guyana) les 11 et 12 mai 2010, la Commission sud-américaine pour le contrôle de la fièvre aphteuse (COSALFA), la résolution I (Projet de renforcement de la coopération technique PANAFTOSA/OPS-OMS pour la consolidation du Plan hémisphérique d'éradication de la fièvre aphteuse), demande à la Direction de l'OPS de créer un fonds fiduciaire pour financer la mise en œuvre du projet de renforcement.

Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME)

13. Le BIREME a été fondé en 1967 grâce à la collaboration entre l'OPS et quatre institutions brésiliennes : l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP), le Secrétariat à la Santé de l'État de São Paulo, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation. Le BIREME est installé sur le campus de l'UNIFESP, à São Paulo.

Progrès récents au BIREME

14. Le BIREME a bénéficié en 2009 de la plus importante avancée institutionnelle depuis sa création, grâce à l'approbation d'un nouveau cadre institutionnel, de gouvernance, de fonctionnement et de financement, destiné à faire face à la gamme, à la densité et à la complexité croissantes des fonctions exercées par le BIREME aux niveaux Régional et mondial.

15. Le cadre antérieur était régi par l'Accord de maintien du BIREME conclu en 1967 par l'OPS et le gouvernement brésilien, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Éducation, du Secrétariat à la Santé de l'État de São Paulo et de l'UNIFESP. Depuis lors, cet accord a été renouvelé tous les quatre ou cinq ans. Le dernier renouvellement était initialement valable jusqu'à fin 2009 mais il a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2010 afin de couvrir la période de transition pour la mise en place du nouveau cadre institutionnel du BIREME.

16. Le principal document définissant le nouveau cadre institutionnel est le Statut du BIREME approuvé par le 49^e Conseil directeur 2009 à la suite de larges consultations menées par l'OPS au cours des cinq dernières années, auxquelles ont également participé les États membres de l'Organisation, en particulier le gouvernement brésilien sous l'égide du Ministère de la Santé. Ce Statut crée un Comité consultatif du BIREME composé de deux membres permanents et cinq membres non permanents choisis par le Conseil directeur de l'OPS.

17. Le 49^e Conseil directeur a choisi cinq pays : l'Argentine, le Chili, la Jamaïque, le Mexique et la République dominicaine pour faire partie du Conseil consultatif et a établi la durée du mandat de l'Argentine, du Chili et de la République dominicaine à trois ans et celui de la Jamaïque et du Mexique à deux ans afin de garantir l'alternance des membres non permanents à l'avenir.

18. La pleine entrée en vigueur du nouveau cadre institutionnel établi dans le Statut du BIREME requiert que soient prises les mesures suivantes :

- Renégociation et signature d'un nouvel accord de base pour le BIREME : l'OPS a convenu un projet d'accord de base avec le Ministère de la Santé du Brésil en août 2010, projet qui est à l'étude par le Ministère des Affaires Étrangères.
- Conclusion d'un nouvel accord concernant les locaux et le fonctionnement du BIREME sur le campus de l'UNIFESP : en août 2010, des négociations ont eu lieu avec l'UNIFESP, qui prépare actuellement un projet d'accord conformément aux conditions convenues avec l'OPS/OMS.
- Convocation par l'OPS d'une réunion du Comité consultatif du BIREME : la session d'installation du Conseil consultatif du BIREME aura lieu le 31 août 2010, avec la participation des cinq membres participants (Argentine, Chili, Jamaïque, Mexique et République dominicaine) et des deux membres permanents (Brésil et l'OPS). Lors de cette session, le nouveau Règlement interne du Conseil sera adopté et les membres du Comité scientifique du BIREME seront désignés.
- Réunion du Comité scientifique du BIREME : avec un ordre du jour axé sur l'analyse du plan de travail et la formulation de recommandations concernant les produits, les services, les méthodes et les technologies d'information scientifique.

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

19. L'Accord de création du CEPIS, conclu entre l'OPS et le Gouvernement péruvien en 1971, est toujours en vigueur aujourd'hui.

Progrès récents au CEPIS

20. En décembre 2005, le laboratoire du CEPIS a été transféré à la Direction générale de la Santé environnementale du Ministère péruvien de la Santé.

21. En 2007, la Représentation de l'OPS au Pérou a déménagé dans le bâtiment où se trouve le siège du CEPIS. Le bâtiment de la Représentation, qui appartenait à l'OPS, a été échangé contre le siège du CEPIS, qui appartenait au gouvernement péruvien. Le CEPIS et la Représentation travaillent dans le même bâtiment, qui appartient désormais à l'OPS, ce qui permet d'utiliser une seule administration et ainsi d'optimiser les dépenses de fonctionnement.

22. L'OPS, par l'intermédiaire de la Représentation, redéfinit actuellement avec le Gouvernement péruvien la transformation du CEPIS en Équipe technique régionale en matière d'eau et d'assainissement (ETRAS), selon un cadre juridique et programmatique modifié.

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

23. Le CLAP a été créé le 2 février 1970 en vertu d'un accord entre le gouvernement uruguayen, l'Université de la République et l'OPS, qui a été périodiquement renouvelé et dont la dernière prolongation arrive à échéance le 28 février 2011.

Progrès récents au CLAP

24. En 2010, le gouvernement uruguayen fournira, par l'intermédiaire de l'Administration des services de santé de l'État (ASSE), de nouveaux locaux (dans l'Edificio Libertad à Montevideo) pour y installer la Représentation de l'Uruguay et le CLAP.

25. L'installation de la Représentation de l'OPS et du CLAP dans les mêmes locaux permettra évidemment aux deux entités d'utiliser les mêmes services administratifs et d'améliorer leur efficacité institutionnelle.

26. La Direction du Bureau a donc demandé une première évaluation de la fusion des services administratifs dans ces bureaux et la formulation d'une proposition concernant les mesures à prendre pour cette fusion et le déménagement dans les nouveaux locaux.

Le Programme Régional de bioéthique

27. Le Programme Régional de bioéthique a été créé en 1994 à Santiago en vertu d'un accord tripartite entre l'OPS, l'Université du Chili et le gouvernement chilien. En 2000, le 42^e Conseil directeur de l'OPS, après avoir pris connaissance de ses activités et de son développement, a recommandé la poursuite du Programme et a invité les États membres à favoriser la réflexion bioéthique dans le contexte de leurs plans et de leurs programmes d'assistance et de recherche en santé (résolution CD42.R6 de septembre 2000). De même il a collaboré à des activités programmées par des établissements universitaires et de service, a mené des recherches et des enquêtes et a contribué aux activités des Représentations de l'OPS dans la majorité des États membres de l'Amérique latine et des Caraïbes. Les activités Régionales du Programme ont bénéficié de la collaboration étroite avec le Centre interdisciplinaire d'études en bioéthique de l'Université du Chili (CIEB), devenu en 2007 un Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé.

Progrès récents du Programme Régional de bioéthique

28. Depuis sa création, le Programme a permis de former plus de 500 personnes de l'OPS et du CIEB sur différents sujets de bioéthique, et ainsi de créer un réseau d'interlocuteurs. Il existe une liste actualisée de comités d'éthique des pays de la Région

et un réseau de Centres collaborateurs de l'OMS en bioéthique a récemment été formé. Trois de ces centres se trouvent dans la Région des Amériques : le Centre collaborateur de l'Université du Chili (CIEB), le Centre commun de bioéthique de l'Université de Toronto et le Centre collaborateur d'éthique et de politiques de santé mondiale de l'Université de Miami.

29. La possibilité de renégocier les termes de l'accord tripartite conclu en 1994 est en cours d'évaluation. L'objectif est que l'Organisation poursuive ses activités selon d'autres modalités dans le domaine de la bioéthique au niveau Régional, y compris la collaboration avec les Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région, en accordant une importance particulière au Centre collaborateur de l'Université du Chili.

Centres sous-régionaux (CAREC, CFNI et INCAP) et Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA)

30. Le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) sont des centres sous-régionaux pour les Caraïbes. L'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) est un centre sous-régional pour l'Amérique centrale. Au moment de la création de ces trois centres sous-régionaux, l'OPS a conclu des accords avec les États membres concernés et d'autres institutions aux termes desquels l'Organisation devait administrer les centres en leur nom ou fixer d'autres modalités de gouvernance. Les centres sous-régionaux ont leurs propres Organes directeurs et/ou comités ou conseils consultatifs techniques qui communiquent à leurs États membres et au Directeur de l'OPS des informations et des recommandations.

Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)

31. Situé à la Trinité-et-Tobago, le CAREC y a été créé officiellement en 1975 en tant que partenariat entre 21 pays des Caraïbes et l'OPS. Les États membres du CAREC ont jugé nécessaire de créer une institution régionale car, la population étant relativement réduite et dispersée dans la sous-région, on a considéré qu'il serait plus efficace et économique d'agir au niveau sous-régional. Si de nombreux petits États membres ont des besoins épidémiologiques et des laboratoires similaires, il ne serait pas économiquement judicieux pour chacun d'eux de se doter de moyens de laboratoire complets et d'assurer l'ensemble des services épidémiologiques.

32. Les activités sont menées au niveau sous-régional (par exemple, référence à des laboratoires, renforcement des capacités et formulation de politiques de manière commune) et au niveau national (par exemple, l'investigation des flambées et l'évaluation des programmes).

Progrès récents au CAREC

33. Le CAREC est l'une des institutions Régionales de santé qui a été proposée pour le transfert vers la nouvelle Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA). En prévision de ce transfert, des évaluations ont été réalisées avec l'objectif de renforcer les systèmes du Centre pour garantir que les règles et règlements du CAREC soient respectés durant le transfert et que ses programmes soient harmonisés avec la coopération technique de l'OPS. Les fonctions essentielles du CAREC seront celles d'une institution de surveillance épidémiologique et de la santé publique, avec un laboratoire qui soutiendra principalement les activités de surveillance.

34. Deux stratégies principales sont appliquées :

- Le renforcement du CAREC afin qu'il puisse répondre aux besoins des ses États membres.
- Le soutien et le renforcement des capacités nationales afin que des services de qualité durable soient disponibles pour la prévention et la prise en charge des maladies et des affections chroniques.

35. Le Conseil consultatif du CAREC s'est réuni en juillet 2010 et dans les résolutions il a inclus une demande à la Directrice générale du Bureau sanitaire panaméricain d'apporter son appui et son expérience technique aux conversations concernant CARPHA qu'auront les représentants de la CARICOM et du Gouvernement de Trinité et Tobago. De plus, le Conseil a prié l'OPS/CAREC, le Comité Directeur de CARPHA et le Gouvernement de Trinité et Tobago de poursuivre le dialogue pour aider à faciliter un transfert sans heurts du CAREC à CARPHA.

Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI)

36. Le CFNI, dont le siège se trouve sur le campus de Mona de l'University of the West Indies en Jamaïque, avec un centre annexe sur le campus de St. Augustine de cette même université à la Trinité-et-Tobago, a été créé en tant qu'institution de santé Régionale en vertu d'un accord multilatéral conclu en 1967 pour faire face aux difficultés en matière d'alimentation et de nutrition dans les pays des Caraïbes.

37. Le Comité Consultatif sur les Politiques (PAC) du CFNI s'est réuni le 19 juillet 2010 et dans une des résolutions émanées de cette réunion, le PAC a recommandé que l'OPS élabore un plan de transition concernant la clôture définitive du CFNI. Il est stipulé également que le CFNI continue à travailler avec l'équipe de mise en œuvre de CARPHA pour assurer que les composantes alimentation et nutrition soient incorporées dans leurs

plans de mise en œuvre. Le PAC a répertorié les six priorités suivantes pour le programme de travail du CFNI : 1) Sécurité alimentaire et innocuité des aliments; 2) Obésité et maladies non transmissibles liées à la nutrition; 3) maladies liées aux carences nutritionnelles; 4) Services diététiques institutionnels; 5) Nutrition sur le cours de la vie; et 6) Développement des ressources humaines.

Processus d'alignement des centres sous-régionaux des Caraïbes (CAREC et CFNI)

38. Depuis 1984, l'OPS collabore étroitement avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en vue de mettre au point l'Initiative de coopération pour la santé dans les Caraïbes (CCH), principal cadre d'action conjointe des pays de la CARICOM en matière de santé. Cette initiative, qui en est actuellement à sa troisième phase (CCH3), est un mécanisme grâce auquel les États membres de la Communauté des Caraïbes :

- centralisent, pendant une période donnée, les activités et les ressources pour atteindre les objectifs fixés dans des domaines de santé prioritaires et d'intérêt commun et
- établissent les critères et définissent les activités pour que les pays mènent une action conjointe et coopèrent sur le plan technique afin de faciliter le renforcement des capacités pour atteindre les objectifs.

Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA)

39. En mars 2010, les chefs de gouvernement des pays de la CARICOM ont approuvé la création de l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (dont le sigle anglais est CARPHA), qui devra avoir son siège à la Trinité-et-Tobago. La CARPHA devra être opérationnelle d'ici la mi-2014.

40. Les problèmes de santé publique dans les Caraïbes exigent de renforcer et de rationaliser les institutions régionales de santé actuelles afin d'améliorer les synergies tout en assurant des services plus efficaces et plus efficaces. La solution optimale consiste donc à intégrer ces institutions en un seul organisme de santé publique qui aura un mandat plus large et plus complet ; on augmentera ainsi la portée et la profondeur du soutien apporté aux États membres pour faire face aux difficultés communes de santé publique.

41. La CARPHA assumera les fonctions et l'administration des cinq institutions de santé sous-régionales existant dans les Caraïbes : les deux centres actuellement administrés par l'OPS (le CAREC et le CFNI), l'Institut de santé environnementale des Caraïbes (CEHI), le Laboratoire de la Région des Caraïbes pour les tests de médicaments

(CRDTL) et le Conseil de recherche en santé des Caraïbes (CHRC). L'organisme proposé rationalisera les fonctions des institutions Régionales actuelles et aura un mandat plus complet afin de faire face aux menaces nouvelles et émergentes pour la santé publique dans l'ensemble de la sous-région des Caraïbes.

La vision de la CARPHA

42. La CARPHA a pour vision une région des Caraïbes où la santé de la population est encouragée et où elles sont protégées contre les maladies, les lésions et les handicap.

La mission de la CARPHA

43. La mission de la CARPHA est double :

- fournir une orientation stratégique en analysant et en définissant les priorités de santé publique de la CARICOM et en y apportant une réponse afin de prévenir les maladies, de promouvoir la santé et de faire face aux urgences de santé publique.
- participer à la solidarité dans le domaine de la santé, qui est l'un des principaux piliers de la coopération fonctionnelle dans la communauté des Caraïbes.

Dispositions relatives à la gouvernance et à la gestion

- La CARPHA devra être dotée de la personnalité juridique en décembre 2010.
- L'organe de gouvernance sera composé du Conseil des Ministres des États membres de la CARPHA, qui informera les chefs de gouvernement des pays de la CARICOM.
- Un conseil exécutif et un comité consultatif technique informeront le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD) de la CARICOM. Une équipe de gestion, avec à sa tête un directeur exécutif, informera le conseil exécutif.

Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP)

44. L'INCAP a été fondé en 1946, en coopération avec l'OPS et la Fondation W. K. Kellogg, afin de contribuer au développement et à l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans la sous-région. Il a actuellement son siège dans la ville de Guatemala et a comme fondement juridique l'accord de base de l'INCAP conclu en 1998 (entré en vigueur le 22 janvier 2003) et l'avenant à l'accord de base pour la réorganisation interne de l'INCAP, approuvé en octobre 2009.

Progrès récents à l'INCAP

45. Conformément à ce qu'ont approuvé le Comité exécutif dans sa résolution CE144.R20 (2009) et le Conseil directeur de l'OPS dans sa résolution CD49.R16 (2009), l'OPS a transféré l'administration de l'INCAP au Conseil directeur de l'Institut le 21 janvier 2010.

46. Le Conseil directeur de l'Institut assume depuis ce jour toute l'administration de l'INCAP, après avoir souscrit avec l'OPS un acte de transfert de l'administration. Par ce document, le Conseil directeur de l'INCAP a accepté l'ensemble des responsabilités et des droits inhérents à l'administration de l'Institut et a ainsi dégagé l'OPS de toute responsabilité concernant l'administration ces 60 dernières années.

47. L'OPS reste membre de plein droit de l'INCAP, comme les huit pays membres, et continuera à participer à des activités de coopération technique concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans la sous-région, en vertu d'un accord de coopération technique conclu avec l'INCAP le 21 janvier 2010, et d'autres instruments juridiques ratifiés à l'avenir.

48. Cette dernière phase du processus est un bon exemple de transfert ordonné et transparent de la responsabilité de l'administration d'un Centre à ses États membres. Elle jette les bases de la pérennité de l'INCAP et fixe des orientations pour la coopération future dans l'intérêt de ses pays membres.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

49. En vertu de ce qui précède, le Conseil est prié, s'il le juge opportun, d'adopter une résolution rédigée dans les termes du projet de résolution figurant à l'Annexe B.

Annexes



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CD50/9 (Fr.)
Annexe A

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 : Examen des centres panaméricains

2. Unité responsable : Directeur adjoint, Sous-directeur, Planification, budget et coordination des ressources/
Entité de développement institutionnel (DD, AD, PBR/IDU)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr Carlos Samayoa PBR/IDU

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- PANAFTOSA
- BIREME
- CEPIS
- CLAP
- INCAP
- CFNI
- CAREC
- CARPHA
- Programme Régional de Bioéthique

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Les Centres panaméricains sont un instrument de coopération de l'OPS dans de nombreux domaines d'activité présentés dans le Programme d'action.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Comme le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, les Centres panaméricains sont un mécanisme qui aide le Bureau à atteindre la quasi-totalité des objectifs stratégiques du Plan 2008-2012.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Le récent transfert de l'administration de l'INCAP de l'OPS au Conseil directeur de l'INCAP, après des négociations réussies et amicales entre le Conseil directeur, l'OPS et l'Association du personnel de l'Institut, a permis à l'INCAP de franchir une nouvelle étape sans conflit comme ceux survenus lors de processus similaires dans d'autres Centres panaméricains et a jeté les bases du développement futur et de la pérennité institutionnelle de l'Institut, qui garde des relations de coopération avec l'OPS en cessant de dépendre de l'Organisation.

D'autres Centres panaméricains, tels que le PANAFTOSA, le CEPIS, le CAREC, le CLAP, le Programme de bioéthique et d'autres, qui passent par des processus similaires, peuvent en tirer des enseignements.

8. Incidences budgétaires du point l'ordre du jour en question :

La dépendance budgétaire des centres panaméricains de l'OPS sera diminuée et de nouvelles sources de financement et l'on recherchera de nouvelles modalités de financement de ces centres sans compromettre leur pérennité institutionnelle ni leur rôle technique en faveur de leurs pays membres.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR **62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

CD50/9 (Fr.)
Annexe B

PROJET DE RÉOLUTION

CENTRES PANAMÉRICAINS

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Examen des Centres panaméricains* (document CD50/9) ;

Ayant à l'esprit le mandat confié par la Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP20.R31 [1978]) consistant à effectuer une évaluation périodique de chacun des centres panaméricains ;

Notant que l'évolution constante de l'environnement politique, technologique et économique dans les États membres de l'OPS exige d'actualiser et de réexaminer les modalités de la coopération technique offerte par l'Organisation, afin d'en optimiser l'efficacité ;

Reconnaissant les efforts entrepris par le Bureau pour que les centres panaméricains se conforment aux politiques Régionales approuvées par les Organes directeurs de l'OPS,

DÉCIDE :

1. De prendre note du transfert réussi de l'administration de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) au Conseil directeur de l'Institut et de remercier la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain d'avoir effectué ce transfert de manière participative, efficace et transparente et d'avoir ainsi obtenu les consensus nécessaires afin de garantir la viabilité de l'Institut à cette nouvelle étape de son autonomie administrative.

2. De prier instamment les États membres :
 - a) de continuer leur collaboration avec le Bureau en matière d'évaluation périodique des Centres panaméricains, dans le but de déterminer si ces derniers continuent d'offrir le mode de coopération technique le plus approprié et le plus efficace ;
 - b) de continuer leur efforts, en étroite collaboration avec le Bureau, visant au développement institutionnel des Centres panaméricains et à leur évolution vers d'autres modes de fonctionnement qui permettent d'optimiser leurs coûts d'opération et, si approprié, de transférer la responsabilité en matière d'administration ou de fonctionnement des centres aux États-membres ou à des organisations sous-régionales constitués par ces États.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à œuvrer, en consultation avec le gouvernement brésilien, à l'élaboration d'un Projet de développement institutionnel du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), en vue de sa présentation aux Organes directeurs de l'OPS en 2011 ;
 - b) de soutenir la création d'un fonds fiduciaire qui recevra les ressources financières mobilisées pour éliminer la fièvre aphteuse dans la Région des Amériques ;
 - c) de poursuivre les négociations avec le gouvernement brésilien pour mettre en place un nouveau cadre institutionnel du Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME), y compris un nouvel accord de base pour le BIREME au Brésil et un nouvel accord concernant les locaux et le fonctionnement du BIREME sur le campus de l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) ;
 - d) de poursuivre les négociations avec le gouvernement péruvien pour transformer le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) en Équipe technique régionale en matière d'eau et d'assainissement (ETRAS) ;
 - e) de poursuivre l'évaluation de l'accord sur le Programme Régional de bioéthique avec le gouvernement chilien et l'Université du Chili et l'examen de différentes manières de poursuivre les activités de l'Organisation en matière de bioéthique dans la Région ;

- f) de continuer à collaborer avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) pour mettre en œuvre la troisième phase de l'Initiative de coopération pour la santé dans les Caraïbes (CCH 3) et mener à bien le transfert des fonctions et des ressources pertinentes du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) à l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA), selon les conditions et modalités convenues par les États membres au moment approprié.



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD50/9 (Fr.)
Annexe C

**Rapport sur les incidences administratives et budgétaires
qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 : Examen des centres panaméricains
2. Lien avec le budget programme : a) Domaine d'activité : Divers domaines d'activité de AD, DD et PBR/IDU b) Résultat escomptés : Divers résultats précisés dans le plan de travail biennal de chaque centre
3. Incidences financières a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : À déterminer selon la situation de chaque centre. b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : Selon le budget alloué au plan de travail biennal de chaque centre. c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : Cela dépend des budgets alloués à chaque centre.
4. Incidences administratives a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Au niveau de la Direction (EXM). b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : Aucun personnel supplémentaire n'est nécessaire. c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : D'ici le prochain Comité exécutif et la réunion du Comité directeur en 2011.