



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 59<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

*Washington, D.C., ÉUA, 1-5 octobre 2007*

---

*Point 6.1 de l'ordre du jour provisoire*

CSP27/23 (Fr.)

9 juillet 2007

ORIGINAL : ANGLAIS

### **SÉLECTION D'UN ÉTAT MEMBRE DE LA RÉGION DES AMÉRIQUES HABILITÉ A DESIGNER UNE PERSONNE AU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION DU PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET FORMATION DE L'UNICEF/PNUD/ BANQUE MONDIALE/OMS CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES (TDR) A L'EXPIRATION DU MANDAT DE CUBA**

#### **Récapitulatif**

1. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) est un programme mondial indépendant de collaboration scientifique. Créé en 1975 et co-parrainé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme de développement des Nations Unies (PNUD), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il vise à aider à coordonner, à soutenir et à influencer les efforts déployés à l'échelle mondiale pour combattre un éventail de maladies majeures affectant les pauvres et les défavorisés.

2. Le Conseil conjoint de coordination est l'organe administratif le plus important du Programme spécial. Il compte 34 membres. Douze représentants gouvernementaux sont choisis par les Comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement affectés par les maladies couvertes par le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent une assistance technique ou scientifique (paragraphe 2.2.2 du Mémoire d'accord). Il se produira une vacance dans la région des Amériques le 31 décembre 2007 à l'expiration du mandat de Cuba aux termes du paragraphe 2.2.2. Cuba a été re-choisi comme membre par le Conseil conjoint de coordination lui-même aux termes du paragraphe 2.2.3 du Mémoire d'accord pour un mandat de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le Brésil est un membre aux termes du paragraphe 2.2.2 du Mémoire d'accord jusqu'au 31 décembre 2009.

3. La Conférence sanitaire panaméricaine, agissant en sa qualité de Comité régional de l'OMS pour les Amériques, est invité choisir un État membre habilité à désigner une personne appelée à prêter ses services au Conseil conjoint de coordination du TDR pour un mandat de trois ans commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Tout État membre de la région est habilité à être choisi.

4. Les représentants des États membres choisis par le Comité régional aux termes du paragraphe 2.2.2 du Mémoire d'accord représentent aussi bien la Région et le pays auprès du Conseil conjoint de coordination. Les États membres sont priés de nommer un représentant qui répond aux qualifications stipulées en Annexe A et de nommer le même représentant pour la durée entière du mandat aux fins de continuité. Les représentants feront le compte rendu des sessions du Conseil conjoint de coordination auprès du Bureau régional et du Comité régional.

### **Le Programme spécial**

5. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) est un programme de portée globale de coopération technique internationale, géré et coparrainé par l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) le Programme de développement des Nations Unies (PNUD) et la Banque mondiale. Les maladies suivantes sont couvertes par le Programme spécial : la trypanosomiase africaine, la maladie de Chagas, la fièvre dengue, la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, le paludisme, l'onchocercose, la schistosomiase et la tuberculose.

6. Le Conseil conjoint de coordination (JCB) est composé de 34 membres provenant des parties coopérantes et répartis comme suit:

- 6.2.1 Douze représentants gouvernementaux choisis par les contributeurs aux ressources du Programme spécial.
- 6.2.2 Douze représentants gouvernementaux choisis par les Comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement affectés par les maladies couvertes par le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent une assistance technique ou scientifique audit Programme.
- 6.2.3 Six membres désignés par le JCB lui-même parmi le reste des parties coopérantes.
- 6.2.4 Les quatre institutions qui font partie du Comité permanent.

7. Les membres du JCB sont choisis pour un mandat de trois ans et peuvent être désignés à nouveau.
8. D'autres parties coopérantes peuvent, à leur demande, être représentées en qualité d'observateurs moyennant l'approbation du JCB.
9. Selon le paragraphe 2.2.2 du Mémoire d'accord, la Conférence sanitaire panaméricaine, agissant en sa capacité de Comité régional de l'OMS pour les Amériques, est invité à choisir un État membre habilité à désigner une personne appelée à prêter ses services au Conseil conjoint du TDR pour un engagement de trois ans commençant à courir le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Tout État membre de la région est habile à être choisi en vertu du paragraphe 2.2.2.
10. Les réunions du Conseil conjoint de coordination se déroulent en anglais et en français seulement ; par conséquent, il est important que la personne désignée par l'État membre puisse s'exprimer dans l'une ou l'autre langue. De même, toute personne devrait être un chercheur en maladies transmissibles, ou ses travaux devraient être étroitement liés au domaine de la recherche en maladies transmissibles, spécialement celles qui sont couvertes par le Programme spécial (voir les Directives en Annexe A).
11. Ci-joint aux annexes B et C des résumés des fondements scientifiques et techniques du Programme spécial ainsi que ses fonctions, sa composition et le fonctionnement du Conseil conjoint de coordination.
12. Pour plus de renseignements, veuillez consulter le Guide des opérations générales du TDR 2004-2005 sur le site Web suivant :

[http://www.who.int/tdr/publications/publications/operations\\_guide.htm](http://www.who.int/tdr/publications/publications/operations_guide.htm).

Annexes

**Conseil conjoint de coordination (JCB)  
du Programme spécial de recherche et de formation  
de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant  
les maladies tropicales (TDR)**

**Directives pour les représentants du JCB choisis  
par les Comités régionaux de l'OMS**

**Questions générales**

1. Ce document vise à donner des directives à l'intention de ceux que les Comités régionaux ont choisis pour être membres du JCB.
2. Les représentants régionaux sont vivement invités à participer de manière dynamique aux discussions du JCB. Les représentants des pays où les maladies sont endémiques et autres représentants régionaux peuvent concourir à la recherche sur les maladies tropicales et par conséquent, ils devraient participer activement aux sessions du JCB.
3. Les représentants régionaux devraient être informés de l'état d'avancement de la recherche sur les maladies tropicales avant d'arriver à leur première session du JCB afin de faciliter au possible leur participation. Un représentant régional devrait non seulement bien connaître la relation ou le rôle de son pays dans la recherche sur les maladies tropicales mais aussi les activités en la matière dans la région. Une bonne connaissance de ces activités permettra aux représentants de prendre part et de contribuer aux discussions lors du JCB et fera avancer la cause de la recherche sur les maladies tropicales.
4. Le Secrétariat du JCB et les Bureaux régionaux assisteront à cette séance d'information.

**Directives sur le rôle des représentants**

- Représentent aussi bien le pays que la région auprès du JCB, reconnaissant l'importance de communiquer les besoins du pays, de la région et des pays d'endémicité dans les délibérations du Conseil.
- Bonne connaissance des activités du Programme de recherche en maladies tropicales (TDR) et des questions régionales par le biais suivant :

- Lecture d'information générale donnée par le Programme national et/ou le Programme régional – site web de la recherche sur les maladies tropicales : [www.who.int/tdr](http://www.who.int/tdr)
  - Prise de contact avec les représentants actuels (ou en visite) et/ou passés qui ont assisté aux sessions du JCB
  - Prise de contact avec les principaux chercheurs du pays ou des pays voisins qui connaissent le TDR (détails seront donnés par le programme de recherche)
  - Prise de contact avec le Représentant du Bureau régional (ou en visite)
- Organiser une séance nationale d'information avant la session du JCB et faire un compte rendu au Gouvernement après la session du JCB.
  - Obtenir une vue d'ensemble du Bureau régional avant la session du JCB et faire un compte rendu au Bureau régional après la session du JCB, avec participation possible à la réunion du Comité régional, (si possible, avec prise en charge par le TDR).
  - Participer aux réunions suivantes juste avant le JCB :
    - Réunion d'information du JCB
    - Réunion des représentants régionaux, destinée essentiellement aux pays d'endémicité
  - Participer au réseau virtuel des représentants régionaux.
  - Garder les dates du JCB ouvertes pour permettre la participation durant le mandat entier si nommé par le Gouvernement pour la période entière – s'il n'est pas nommé pour la période complète ou en cas de changement, mettre au courant le successeur. Vérifier la disponibilité de remplaçants en cas d'absence et les informer suffisamment.
  - A la fin du mandat, se préparer à mettre au courant le prochain représentant régional.
5. On recommande que tous les représentants du JCB dispose des qualifications suivantes:
- Expertise dans le domaine d'une ou plusieurs maladies transmissibles dont traite la recherche sur les maladies tropicales, de préférence à partir du site de recherche ou bonne connaissance des questions de recherche.

- Expérience de préférence comme coordinateur de la recherche au sein du Ministère de la Santé ou du Ministère de la Science et de la Technologie, avec expérience en matière de coordination générale des activités nationales de recherche en santé et collaboration avec le Bureau régional et le TDR.
- Maîtrise de l'anglais et du français, les langues courantes de l'OMS en tant qu'organisme d'exécution du TDR.
- Connaissance du fonctionnement de l'OMS ou d'autres organismes spécialisés des Nations Unies et expérience au sein de leurs organes directeurs et/ou réunions scientifiques internationales.
- Connaissance des activités du TDR ou volonté à acquérir rapidement une telle connaissance.
- Les parties collaboratrices qui participent comme observateurs devraient également de préférence répondre à ces qualifications.

**PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES DE L'UNICEF/PNUD/BANQUE  
MONDIALE/OMS**

**Résumé scientifique et technique**

1. En dépit des remarquables progrès enregistrés dans le domaine de la science médicale au cours des décennies récentes, les maladies parasitiques continuent d'affecter ou de menacer plusieurs millions de personnes vivant dans des pays tropicaux, provoquant de lourdes pertes de vies humaines et entravant sérieusement le développement économique. En outre, en lieu d'un contrôle accru sur ces maladies, la prévalence et la gravité de celles-ci augmentent davantage.

2. Ces maladies, un fardeau pour les tropiques, frappent les personnes mêmes qui sont les moins aptes à les contrôler, à savoir les populations des pays en développement. Le développement est non seulement entravé par la maladie, mais les projets de développement, tels que les lacs et les plans d'irrigation développés par l'homme pour améliorer les conditions, ont en fait altéré l'écologie et aggravé des problèmes majeurs de santé publique, comme le paludisme, la leishmaniose et la schistosomiase.

3. De surcroît, des problèmes techniques ont substantiellement réduit l'efficacité de certains programmes de contrôle des maladies. Prenons à titre d'exemple en particulier la résistance accrue des anophèles au contrôle chimique, le point fort de la plupart des programmes de contrôle du paludisme. Dans certaines régions, une telle résistance aux insecticides chez le vecteur est associée à des souches du parasite du paludisme résistantes à la chloroquine chez l'homme, ce qui accroît davantage la sévérité du problème.

4. La recherche en santé est considérée de plus en plus comme un domaine d'importance critique pour réduire la pauvreté et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), créé en 1975, pour soutenir la mise au point de nouveaux outils dans la lutte contre les maladies tropicales de la pauvreté et pour renforcer la capacité de recherche des pays en développement touchés par ces maladies, a permis de faire un grand pas en avant vers ce but.

5. Par ailleurs, le contexte de la recherche a nettement changé ces dix à vingt dernières : i) l'épidémiologie des maladies infectieuses est train de changer puisque certaines maladies sont sur le point d'être éliminées alors que d'autres apparaissent ou ré-apparaissent ; ii) il existe de nombreuses nouvelles initiatives et de nombreux nouveaux intervenants dans le domaine, accélérant certes la cadence mais compliquant également

l'environnement ; iii) les pays d'endémicité sont dotés d'une plus grande capacité de recherche mais sont souvent laissés de côté dans la planification et la fixation de priorités au niveau mondial ; iv) les besoins prioritaires en recherche ne sont pas couverts de manière égale puisque plusieurs domaines sont négligés malgré leur grande importance.

6. Cherchant à saisir ces occasions et à relever ces défis, le TDR, après consultations avec ses parties concernées, s'est donné une nouvelle vision et stratégie pour 2008-2013 tel qu'ébauché dans le Plan d'intervention du TDR.

7. Le Plan d'intervention TDR 2008-2013 peut être récapitulé de la manière suivante :

Trois grandes fonctions stratégiques pour le TDR et 11 axes d'interventions initiales :

*Fonctions stratégiques*

- a) **Encadrement** de la recherche sur les maladies infectieuses chez les populations pauvres: nouveau rôle important en tant que facilitateur et responsable des connaissances pour soutenir l'évaluation des besoins, la fixation des priorités, l'analyse des progrès et le plaidoyer et pour offrir une structure neutre dans le cadre de laquelle les partenaires peuvent discuter des activités et chercher à les harmoniser.
- b) **Habilitation** des chercheurs et des professionnels de la santé publique venant des pays d'endémicité allant au-delà de la formation traditionnelle en recherche, afin de mettre en place le leadership aux niveaux individuel, institutionnel et national pour que les pays prennent l'initiative de faire des recherches, se donnent une solide présence dans le domaine de la recherche internationale en santé et utilisent effectivement les résultats pour étayer la politique et pratique nationales/régionales.
- c) **Recherche sur les besoins prioritaires négligés** qui ne sont pas suffisamment traités par d'autres partenaires. Trois fonctions sont au premier plan :
  - i) Encourager l'innovation pour découvrir et mettre au point de nouveaux produits
  - ii) Encourager la recherche-développement et l'évaluation des interventions dans des contextes de la vie réelle
  - iii) Encourager la recherche portant sur l'accès aux interventions

### *Axes d'intervention*

Aux fins de mettre en œuvre cette stratégie, le TDR pourra restructurer ses opérations le long d'un nombre limité d'axes, chacun soutenu par un solide plan d'intervention qui précise les objectifs, les délais, les jalons et les partenariats. L'aspect équité entre les genres sera intégré à ces plans. L'introduction de ces axes donnera la direction nécessaire pour atteindre les objectifs du TDR et lui conférer une responsabilisation. Le TDR propose d'introduire onze axes lors de l'exercice biennal 2008-2009 en fonction des consultations avec les parties concernées, les possibilités scientifiques dans le domaine et les occasions qui se présentent dans le portefeuille actuel du TDR. Deux axes correspondent aux fonctions stratégiques d'orientation (Axe 1) et habilitation (Axe 2) qui sont fondamentaux dans la stratégie du TDR. Les autres neuf axes correspondent à la fonction stratégique de recherche sur les besoins prioritaires négligés et peuvent changer dans le temps. Il s'agit de la Découverte de nouveaux médicaments (Axe 3), Innovation pour la mise au point de produits dans les pays en développement (Axe 4), Interventions novatrices de lutte contre le vecteur (Axe 5), Mise au point de médicaments et évaluations des maladies helminthiques et autres maladies négligées (Axe 6), du Diagnostic accessible et de bonne qualité (Axe 7), Données probantes pour le traitement factuel du VIH et co-infection par la tuberculose (Axe 8), Données probantes pour la politique antipaludique et l'accès connexe (Axe 9), Elimination de la leishmaniose viscérale (Axe 10) et Interventions intégrées à base communautaire (Axe 11). Si l'Axe 1 et l'Axe 2 s'étendent sur tous les domaines de recherche en amont et en aval, les autres neuf axes ont des divers niveaux de concentration en amont et en aval, insistant davantage d'ailleurs sur la recherche en aval. Certains axes sont plus spécifiques du point de vue fonctionnel et d'autres sont davantage concentrés sur des maladies particulières. Sous l'angle géographique, les pays en développement et surtout l'Afrique passeront en premier. La portée des axes sera revue chaque année par le Comité de consultation scientifique et technique du TDR à l'aide de critères bien définis pour vérifier une utilisation optimale des ressources et une pertinence continue de tous les Axes. Cet examen permettra également de mettre ou de sortir du portefeuille les différents Axes dans les 10 années à venir.

**EXTRAIT DU MÉMOIRE D'ACCORD SUR LA  
STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE DU  
PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES**  
(1978; modifié en 1988, 2003 et 2006)

**Conseil conjoint de coordination (JCB)**

**1. LE CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION (JCB)**

**Fonctions**

Aux fins de la coordination des intérêts et des responsabilités des parties qui coopèrent au Programme spécial, le JCB a pour attributions :

- D'examiner le Programme spécial et de statuer sur sa planification et sa mise en œuvre. À ces fins, il se tiendra informé de tous les aspects du déroulement du Programme spécial, examinera les rapports et recommandations qui lui sont acheminés par le Comité permanent, l'institution d'exécution et le Comité consultatif sur les questions scientifiques et techniques ;
- D'approuver le projet de plan d'action et de budget pour le prochain exercice, élaborée par l'Institution d'exécution et examiné par le Comité permanent ;
- D'examiner les propositions émanées du Comité permanent et d'approuver des mécanismes de financement du Programme spécial pour cet exercice ;
- D'examiner des projets de plans d'action à long terme ainsi que leurs incidences financières ;
- D'examiner les bilans annuels soumis par l'Institution d'exécution, ainsi que les rapports d'audit y afférents, soumis par l'auditeur externe de l'Institution d'exécution ;
- D'examiner les rapports périodiques qui comportent une évaluation des progrès réalisés par le Programme spécial vers l'atteinte de ses objectifs ;
- D'appuyer les propositions de l'Institution d'exécution et du Comité permanent pour l'admission de membre au Comité consultatif sur les questions scientifiques et techniques ;
- De se pencher sur toute autre question concernant le Programme spécial qui peut lui être confiée par une des Parties coopérantes.

## **Composition**

Le JCB comprend 34<sup>1</sup> membres choisis comme suit parmi les parties coopérantes :

- Douze représentants choisis par les contributeurs aux ressources du Programme spécial.
- Douze représentants gouvernementaux choisis par les Comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement affectés par les maladies couvertes par le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent un soutien technique ou scientifique au Programme spécial.
- Six membres<sup>2</sup> désignés par le JCB lui-même parmi le reste des Parties coopérantes.
- Les quatre<sup>3</sup> institutions qui forment le Comité permanent.

Les membres du JCB sont investis d'un mandat de trois ans et peuvent être désignés à nouveau.

D'autres parties coopérantes peuvent, à leur demande, être représentés en qualité d'observateur moyennant l'approbation du JCB.

## **Fonctionnement**

- Le JCB se réunit en session annuelle et en session extraordinaire selon le besoin et avec l'accord de la majorité de ses membres.
- Le JCB<sup>4</sup> procède à l'élection d'un président et d'un vice-président parmi les représentants de ses membres.
  - Le président est élu pour deux ans;
  - Le vice-président est élu chaque année;
  - Les deux fonctionnaires exercent leur fonction jusqu'à l'élection de leur successeur.

Il incombe au président:

---

<sup>1</sup> Amendé par les institutions de coparrainage en accord avec le Conseil conjoint de coordination, avec prise d'effet à la Vingt-neuvième Session du Conseil tenu en 2006 (voir le rapport du JCB (28), document TDR/JCB (28)/05.3).

<sup>2</sup> Amendé par les institutions de coparrainage en accord avec le Conseil conjoint de coordination, avec prise d'effet à la Vingt-neuvième Session du Conseil tenu en 2006 (voir le rapport du JCB (28), document TDR/JCB(28)/05.3).

<sup>3</sup> Amendé par les institutions de coparrainage en accord avec le Conseil conjoint de coordination, avec prise d'effet à la Vingt-sixième Session du Conseil tenu en 2003 (voir le rapport du JCB (26), document TDR/JCB (26)/03.3).

<sup>4</sup> Amendé par les institutions de coparrainage en accord avec le Conseil conjoint de coordination, avec prise d'effet à la Douzième Session du Conseil tenu en 1989 (voir le rapport du JCB (1128), document TDR/JCB (11(88)/3).

- de convoquer et de présider les réunions du JCB ;
- d'exécuter toute tâche additionnelle qui peut lui être confiée par le JCB.

L'institution d'exécution assure le secrétariat et fournit les services de soutien et les installations selon les besoins du JCB.

Sous réserve d'autres mesures spéciales qui peuvent être arrêtées par le JCB, les membres du JCB prennent leurs propres dispositions pour couvrir les frais encourus lors de leur participation aux sessions du JCB. Les observateurs assistent aux réunions du JCB à leurs propres frais. D'autres frais du JCB sont imputés aux ressources du Programme spécial.

**Membres passés et présents du Conseil conjoint de coordination (JCB)  
pour la Région des Amériques**

Pays	Paragraphe 2.2.1*	Paragraphe 2.2.2**	Paragraphe 2.2.3***
Argentine		1983-1985 2001-2003	
Bolivie		1999-2001	
Brésil		1978-1980 1989-1991 1995-1997 1998-2000 2007-2009	1983-1988 1992-1994 2003-2005
Canada	1978-2010		
Colombie		1986-1988	
Cuba		1981-1982 1987-1989 1993-1995 2002-2004 2005-2007	2008-2010
États-Unis d'Amérique	1978-2005		2006-2008
Mexique	2005-2007	1981-1983 1996-1998	1985-1990
Nicaragua		1990-1992	
Panama		2004-2006	2008/2010
Venezuela		1978-1980 1984-1986 1992-1994	

- \* 2.2.1 Représentants gouvernementaux choisis parmi les contributeurs aux ressources du Programme spécial.
- \*\* 2.2.2 Représentants gouvernementaux choisis parmi le Comité régional de l'OMS pour les Amériques.
- \*\*\* 2.2.3 Membres désignés par le JCB lui-même.