



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR **61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 6.1 de l'ordre du jour provisoire

CD49/28 (Fr.)

13 août 2009

ORIGINAL : ANGLAIS

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

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 des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il vise à contribuer à la coordination, 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 (JCB) est l'organe administratif le plus important du TDR. Il compte 34 membres, dont 12 représentants gouvernementaux choisis par les Comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement affectés par les maladies dont traite le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent une assistance technique ou scientifique au TDR (paragraphe 2.2.2 du protocole d'accord). Le 31 décembre 2009, selon le paragraphe 2.2.2, le mandat du Brésil arrivera à terme, ce qui laissera une vacance dans la Région des Amériques. Le Costa Rica demeurera membre jusqu'au 31 décembre 2010, également selon le paragraphe 2.2.2. Le JCB lui-même a désigné Cuba pour faire partie du JCB jusqu'au 31 décembre 2010, selon le paragraphe 2.2.3.

3. Selon le paragraphe 2.2.2 du protocole d'accord, le Conseil directeur, agissant en sa qualité 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 de coordination du TDR pour un mandat de quatre ans commençant le 1^{er} janvier 2010. Tout État Membre de la Région est habilité à être choisi conformément au même paragraphe.

4. Les représentants des États Membres choisis par le Comité régional aux termes du paragraphe 2.2.2 du Protocole d'accord représentent aussi bien la Région des Amériques que leurs pays respectifs 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, ce qui assurera une 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 qui est géré et coparrainé par l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale. Les maladies couvertes par le Programme spécial comprennent : 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 :

- a) Douze représentants gouvernementaux choisis par les contributeurs aux ressources du Programme spécial.
- b) Douze représentants gouvernementaux choisis par les Comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement affectés par les maladies dont traite le Programme spécial, ou parmi ceux qui fournissent une assistance technique ou scientifique au Programme.
- c) Six membres désignés par le JCB lui-même parmi le reste des parties coopérantes.
- d) Les quatre institutions qui font partie du Comité permanent.

7. Les membres du JCB sont choisis pour un mandat de quatre 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. 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 participer dans l'une ou l'autre langue. En outre, 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).
10. Ci-joint, aux annexes B, C, D et E, des résumés des fondements scientifiques et techniques du Programme spécial ainsi que ses fonctions, sa composition et le fonctionnement du Conseil conjoint de coordination.
11. Pour plus de renseignements, veuillez consulter le site Web portant sur la gouvernance du TDR :

<http://apps.who.int/tdr/svc/about/governance>

Annexes

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

**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
 - 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 justes 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.
 - À 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 (TDR) 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.

UNICEF/PNUD/BANQUE MONDIALE/OMS
PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE
ET DE FORMATION CONCERNANT LES
MALADIES TROPICALES

TDR/CP/78.5/Rév.2008
Original : anglais

**Protocole d'accord relatif à
la structure administrative et technique du
Programme spécial de recherche et de formation concernant
les maladies tropicales**

(1978; corrigé en 1988, 2003, 2006 et 2008)

Le Protocole d'accord énonce les fonctions, la composition et les modalités de fonctionnement du Conseil conjoint de Coordination, du Comité permanent et du Comité consultatif scientifique et technique du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (appelé ci-après le Programme spécial). Le Programme spécial est parrainé conjointement¹ par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (appelé ci-après UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (appelé ci-après PNUD), la Banque mondiale (appelée ci-après la Banque), et l'Organisation mondiale de la Santé (appelée ci-après OMS), et son exécution repose sur une vaste coopération intergouvernementale et inter-institutions.

Les gouvernements et les organisations réunis à Genève le 1er et le 2 février 1978 et dont les noms figurent à l'Annexe 1 du présent Protocole ont approuvé la Structure administrative et technique du Programme spécial telle qu'elle est décrite ci-après.

On trouvera en Annexe 2 un aperçu des bases scientifique et technique du Programme spécial.

1. DEFINITIONS

1.1 Le Programme spécial est un programme mondial de coopération technique internationale lancé par l'OMS et coparrainé par l'UNICEF, le PNUD et la Banque. Il vise deux objectifs interdépendants : mettre au point de meilleurs moyens d'action contre les maladies tropicales et renforcer la capacité de recherche des pays touchés par ces maladies.

1.2 Les Parties coopérantes sont :

1.2.1 les gouvernements contribuant aux ressources du Programme spécial; les gouvernements fournissant un soutien technique et/ou scientifique au Programme spécial; et les gouvernements dont les pays sont directement touchés par les maladies faisant l'objet du Programme spécial;

1.2.2 les organisations intergouvernementales et autres organisations à but non lucratif contribuant aux ressources du Programme spécial ou fournissant un soutien technique et/ou scientifique au Programme spécial.

1.3 L'Organisation chargée de l'exécution est l'OMS.

¹ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès la vingt-sixième session du Conseil en 2003. [Voir le rapport du JCB(26), document TDR/JCB(26)/03.3].

- 1.4 Les ressources du Programme spécial sont les ressources financières mises à la disposition du Programme spécial par des gouvernements et des organisations, par le canal du Fonds pour la recherche sur les maladies tropicales (fonds international administré par la Banque), du Fonds bénévole de l'OMS pour la promotion de la santé et d'autres fonds.

2. LE CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION (JCB)

2.1 Fonctions

Pour coordonner les intérêts et responsabilités des parties coopérant au Programme spécial, le JCB est chargé des fonctions suivantes :

- 2.1.1 Suivre la planification et l'exécution du Programme spécial et prendre les décisions appropriées à ce sujet. A cette fin, il se tient au courant de l'évolution du Programme sous tous ses aspects et examine les rapports et recommandations que lui soumettent le Comité permanent, l'Organisation chargée de l'exécution et le Comité consultatif scientifique et technique (STAC).
- 2.1.2 Approuver le plan d'action et le budget proposés pour l'exercice financier à venir, préparés par l'Organisation chargée de l'exécution et revus par le Comité permanent.
- 2.1.3 Etudier les propositions du Comité permanent et approuver les dispositions prises pour le financement du Programme spécial au cours de cette période.
- 2.1.4 Examiner les plans d'action à plus long terme proposés et leurs incidences financières.
- 2.1.5 Examiner les états financiers annuels présentés par l'Organisation chargée de l'exécution, ainsi que le rapport y relatif soumis par le commissaire aux comptes de l'Organisation chargée de l'exécution.
- 2.1.6 Examiner les rapports périodiques évaluant la mesure dans laquelle le Programme spécial a progressé vers ses objectifs.
- 2.1.7 Approuver les propositions de l'Organisation chargée de l'exécution et du Comité permanent concernant la composition du STAC.
- 2.1.8 Examiner toute autre question relative au Programme spécial dont pourra le saisir toute Partie coopérante.

2.2 Composition

Le JCB comprend 34² membres choisis parmi les Parties coopérantes comme suit :

- 2.2.1³ Douze représentants des gouvernements contribuant aux ressources du Programme spécial, choisis par les contributeurs au Programme spécial. Chacun de ces représentants représentera son gouvernement, mais pourra aussi représenter un groupe de mandants constitué par les gouvernements entrant dans cette même catégorie de membres. Chaque groupe de mandants élaborera sa propre procédure pour désigner son représentant au Conseil. Si un gouvernement a l'intention de

² Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès la vingt-neuvième session du Conseil en 2006. [Voir le rapport du JCB(28), document TDR/JCB(28)/05.3].

³ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès 2008. [Voir le rapport du JCB(30), document TDR/JCB(30)/07.3].

siéger au Conseil en représentant également un groupe de mandants, il devra l'indiquer dans sa demande, étant entendu que chaque gouvernement participant à ce groupe de mandants aura le droit d'occuper le poste de représentant de ce groupe par roulement à toute session du JCB.

2.2.2 Douze représentants de gouvernements choisis par les comités régionaux de l'OMS parmi les pays directement touchés par les maladies faisant l'objet du Programme spécial ou les pays fournissant un appui technique ou scientifique au Programme spécial.

2.2.3² Six membres, désignés par le JCB lui-même, parmi les Parties coopérantes restantes.

2.2.4¹ Les quatre institutions qui constituent le Comité permanent.

Les membres du JCB sont nommés pour quatre³ ans et leur mandat est renouvelable.

Les autres Parties coopérantes peuvent, sur leur demande et avec l'agrément du JCB, participer à ses sessions en qualité d'observateurs.

2.3 Modalités de fonctionnement

2.3.1 Le JCB se réunit en session annuelle, ainsi qu'en session extraordinaire, si nécessaire et avec l'accord de la majorité de ses membres.

2.3.2⁴ Le JCB élit un Président et un Vice-Président parmi les représentants de ses membres.

- le Président est élu tous les deux ans;
- le Vice-Président est élu chaque année;
- l'un comme l'autre restent en exercice jusqu'à l'élection de leurs successeurs.

Si la Partie coopérante représentée par le Président cesse d'être membre du JCB, ou bien si le Président cesse de représenter ce membre du JCB, il quittera la présidence avant la date d'expiration normale de son mandat. En cas de vacance de la présidence, le Vice-Président occupera le siège de Président jusqu'à ce qu'un nouveau Président ait été élu à la session suivante du Conseil.

Le Président et, en son absence, le Vice-Président, présidera les sessions du JCB. Entre les sessions, ils s'acquitteront de toutes les autres tâches qui pourront leur être confiées par le JCB.

2.3.3 L'Organisation chargée de l'exécution assure les services de secrétariat et met en place des services et moyens de soutien, selon les besoins du JCB.

² Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès la vingt-neuvième session du Conseil en 2006. [Voir le rapport du JCB(28), document TDR/JCB(28)/05.3].

¹ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès la vingt-sixième session du Conseil en 2003. [Voir le rapport du JCB(26), document TDR/JCB(26)/03.3].

³ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès 2008. [Voir le rapport du JCB(30), document TDR/JCB(30)/07.3].

⁴ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès la douzième session du Conseil en 1989. [Voir le rapport du JCB(11), document TDR/JCB(11)/88.3].

- 2.3.4 Sous réserve de tout autre arrangement spécial dont peut décider le JCB, les membres du JCB prennent eux-mêmes les dispositions nécessaires pour couvrir leurs frais de participation aux sessions du JCB. Les observateurs participent à leurs frais aux sessions du JCB. Les autres dépenses du JCB seront couvertes au moyen des ressources du Programme spécial.

3. LE COMITE PERMANENT

3.1 Composition et fonctions

Le Comité permanent se compose des institutions parrainantes, à savoir l'UNICEF, le PNUD, la Banque et l'OMS. Ses fonctions sont les suivantes :

- 3.1.1 Examiner le plan d'action et le budget préparés pour la période financière à venir par l'Organisation chargée de l'exécution, en temps voulu pour qu'ils puissent être présentés au JCB 45 jours au moins avant la session annuelle de celui-ci.
- 3.1.2 Faire des propositions au JCB pour le financement du Programme spécial pendant la période financière à venir.
- 3.1.3 Approuver les réaffectations de ressources entre zones de Programme et entre Groupes de travail scientifiques du Programme spécial au cours d'une période financière, sur la recommandation du STAC et de l'Organisation chargée de l'exécution, et faire rapport sur ces réaffectations au JCB.
- 3.1.4 Examiner les rapports soumis par le Comité consultatif scientifique et technique (STAC) à l'Organisation chargée de l'exécution ainsi que les commentaires de celle-ci; formuler à leur sujet toutes observations qu'il juge nécessaire et les transmettre au JCB avec les commentaires appropriés.
- 3.1.5 Examiner tels ou tels aspects particuliers du Programme spécial, notamment ceux qui pourront leur être signalés par le JCB, et présenter au JCB des rapports exposant ses conclusions et recommandations.
- 3.1.6 Informer le JCB, selon les besoins, sur tous les aspects du Programme spécial intéressant le JCB.

3.2 Modalités de fonctionnement

- 3.2.1 Le Comité permanent se réunit d'ordinaire au moins deux fois par an : au moment de la session du JCB et dans l'intervalle séparant deux sessions du JCB.
- 3.2.2 L'Organisation chargée de l'exécution fournit au Comité permanent les services et moyens de soutien nécessaires.
- 3.2.3 Les membres du Comité permanent prennent eux-mêmes les dispositions nécessaires pour couvrir leurs frais de participation aux réunions du Comité permanent.

4. LE COMITE CONSULTATIF SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE (STAC)

4.1 Fonctions

Les fonctions du STAC sont les suivantes :

- 4.1.1 Etudier d'un point de vue scientifique et technique le contenu, la portée et les dimensions du Programme spécial, y compris les maladies visées et les approches à adopter.
- 4.1.2 Formuler les recommandations touchant les priorités dans le cadre du Programme spécial, notamment quant à la création ou à la suppression de Groupes de travail scientifiques, ainsi qu'au sujet de toutes les activités scientifiques et techniques en rapport avec le Programme.
- 4.1.3 Fournir au JCB et à l'Organisation chargée de l'exécution une évaluation indépendante et continue de tous les aspects scientifiques et techniques du Programme spécial.

A ces fins le STAC peut proposer et soumettre pour examen les documents et recommandations techniques qu'il juge utile.

4.2 Composition

Le STAC se compose de 21³ spécialistes scientifiques ou techniciens siégeant à titre personnel et dont les domaines d'activités recouvrent la vaste gamme des disciplines biomédicales et autres requises aux fins du Programme spécial. Les membres du STAC, y compris le Président, sont choisis en fonction de leur compétence scientifique ou technique par l'Organisation chargée de l'exécution, de concert avec le Comité permanent et sous réserve de l'approbation du JCB.

- 4.2.1 Les membres du STAC, y compris le Président, sont nommés pour trois ans et leur mandat est renouvelable. Pour assurer une continuité dans la composition du Comité, les mandats initiaux prendront fin à des dates échelonnées.

4.3 Modalités de fonctionnement

- 4.3.1 Le STAC se réunit au moins une fois par an.
- 4.3.2 L'Organisation chargée de l'exécution assure le secrétariat du STAC et lui fournit un soutien scientifique, technique et administratif soutenu.
- 4.3.3 Les dépenses de fonctionnement du STAC sont couvertes par les ressources du Programme spécial.

³ Amendé par les institutions parrainantes en accord avec le Conseil conjoint de Coordination; en vigueur dès 2008. [Voir le rapport du JCB(30), document TDR/JCB(30)/07.3].

4.3.4 Le STAC établit un rapport annuel après examen approfondi de tous les aspects scientifiques et techniques du Programme spécial. Ce rapport, contenant ses conclusions et recommandations, est soumis à l'Organisation chargée de l'exécution et au Comité permanent. L'Organisation communique au Comité permanent ses commentaires sur le rapport. Le Comité permanent transmet ensuite le rapport, avec les commentaires de l'Organisation, et ses propres observations et recommandations, au JCB, 45 jours au moins avant l'ouverture de la session annuelle de celui-ci. Le Président du STAC, ou en son absence un membre du STAC chargé de le remplacer, assiste à toutes les sessions du JCB.

5. L'ORGANISATION CHARGÉE DE L'EXECUTION

Après les consultations qu'il pourra juger appropriées, le Directeur général de l'OMS nommera le Coordonnateur du Programme spécial et le Directeur du Programme spécial, et nommera ou affectera au Programme spécial tous les autres personnels prévus par les plans de travail. En faisant appel selon les besoins aux ressources administratives de l'OMS et en coopérant avec les institutions parrainant le Programme spécial, le Coordonnateur assurera la gestion d'ensemble du Programme spécial. Sous l'autorité du Coordonnateur du Programme spécial, et en utilisant au maximum les ressources scientifiques et techniques de l'OMS, le Directeur du Programme spécial sera responsable du développement et de l'exécution, sur les plans scientifique et technique, du Programme spécial dans son ensemble, y compris le plan d'action et le budget.

6. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les Parties coopérantes participant à la réunion préliminaire du Programme spécial avec les institutions parrainantes ont, à titre de mesure intérimaire, exercé les fonctions du JCB en attendant que celui-ci soit définitivement constitué en application des dispositions du paragraphe 2.2 du présent Protocole.

2 February 1978

ANNEX 1
MEETING OF COOPERATING PARTIES
Geneva, 1-2 February 1978

List of Participants

ARGENTINA

- Dr Olindo MARTINO, Adviser in Epidemiology and Pathology, Secretariat of State Public Health Area Office, Buenos Aires

AUSTRALIA

- Dr R. CUMMING, Assistant Director-General, International Health Branch, Department of Health, Canberra
- Ms Helen FREEMAN, Second Secretary, Permanent Mission of Australia to the United Nations Office at Geneva

AUSTRIA

- Dr Othmar LAURENCIC, Director, Epidemiological Department, Federal Ministry of Health and Environmental Protection, Vienna

BELGIUM

- Madame S. VERVALCKE, Directeur d'Administration, Administration de la Coopération au Développement, Bruxelles

BENIN

- Capitaine I. BOURAIMA, Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, Cotonou
- Professeur B.-C. SADELER, Département des Etudes scientifiques et techniques, Section de Médecine, Université nationale du Bénin, Cotonou

BRAZIL

- Dr Paulo DE ALMEIDA MACHADO, Minister of State for Health, Ministry of Health, Brasilia

BURMA

- Dr AUNG THAN BATU, Director-General, Medical Research, Ministry of Health, Rangoon

CANADA

- Dr P. LADOUCEUR, Section Head, UN Programmes Division, Canadian International Development Agency (CIDA), Ottawa
- Dr W.G.B. CASSELMAN, Senior Medical Adviser, International Health Services, Department of National Health and Welfare, Ottawa
- Dr W.T. OLIVER, Research Coordinator, Laboratory Centre for Disease Control, Department of National Health and Welfare, Ottawa
- Mr C. SIROIS, First Secretary, Permanent Mission of Canada to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

DENMARK

- Dr Inge JESPERSEN, Deputy Commissioner of Health, Member of DANIDA's Board, Copenhagen
- Mr Niels J. LASSEN, Deputy Head of Division, Danish International Development Agency (DANIDA), Copenhagen

EGYPT

- Dr Elmotaz Billah MOBARAK, Under Secretary of Health, Ministry of Public Health, Cairo

FINLAND

- Miss Anna-Liisa KORHONEN, Secretary of Section, Department for International Development Cooperation, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki
- Mrs Helena ROOS, Secretary (Social Affairs), Permanent Mission of Finland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

FRANCE

- Dr R. GAVARINO, Médecin en Chef des Services du Ministère de la Coopération, Division de la Santé et de l'Action sociale, Paris
- Professeur P. PENE, Directeur de l'Unité d'Enseignement et de Recherche de Médecine et de Santé tropicales, Clinique exotique à l'Hôpital Michel Lévy, Marseille
- M. André NEMO, Conseiller, Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des Institutions spécialisées ayant leur Siège en Suisse

GERMANY, FEDERAL REPUBLIC OF

- Mr G.R. LIPTAU, Counsellor, Ministry for Economic Cooperation, Bonn
- Dr W.D. ERNERT, Ministerial Counsellor, Ministry for Economic Cooperation, Bonn
- Dr W. SCHUMACHER, Ministerial Counsellor, Federal Ministry for Youth, Family Affairs and Health, Bonn
- Mr G. WIRTH, Counsellor (Financial Affairs), Permanent Mission of the Federal Republic of Germany to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

INDIA

- Dr C. GOPALAN, Director-General, Indian Council of Medical Research, New Delhi

KENYA

- Dr J.M. GEKONYO, Senior Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

KUWAIT

- Dr Nouri ALKAZEMI, Director, Planning and Public Health Department, Ministry of Public Health, Kuwait

MALAYSIA

- Dr G.F. DE WITT, Director, Institute for Medical Research, Kuala Lumpur

MEXICO

- Dr Augusto Fujigaki LECHUGA, General Director of Epidemiology and Research on Public Health, Ministry of Public Health, Mexico

MOZAMBIQUE

- Dr J. CABRAL, National Deputy Director for Preventive Medicine, Ministry of Health, Maputo

NETHERLANDS

- Professor O.J.M. KRANENDONK, Director, Department of Tropical Hygiene, Royal Tropical Institute, Amsterdam
- Mr F.P.R. VAN NOUHUYS, First Secretary, Permanent Mission of the Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

NIGERIA

- Dr O.J. EKANEM, Consultant Malariologist, Federal Ministry of Health, Lagos

NORWAY

- Dr T. GODAL, Radiumhospitalet, Oslo
- Mr H. HØSTMARK, First Secretary, Permanent Mission of Norway to the United Nations Office and to other International Organizations at Geneva

PHILIPPINES

- Dr Paulo CAMPOS, Chairman, Division of Medicine, National Research Council of the Philippines, Manila

SUDAN

- Dr Es Sayed Daoud Hassan DAOUD, Director-General, Laboratories and Medical Research, Khartoum

SWEDEN

- Mr Erik CORNELL, Minister, Permanent Mission of Sweden to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva
- Mr Bo STENSON, Head of Section, Population and Health Division, Swedish International Development Authority (SIDA), Stockholm
- Professor Göran STERKY, Swedish Agency for Research Cooperation (SAREC), Stockholm

SWITZERLAND

- Dr C. FLEURY, Service fédéral de l'Hygiène publique, Berne
- M. M. JEANRENAUD, Mission permanente de la Suisse près les Organisations internationales à Genève
- Dr J. STREULI, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Berne
- Dr A. DEGREMONT, Institut tropical, Bâle

THAILAND

- Professor Yongyoot SUJJAVANICH, Minister of Public Health, Ministry of Public Health, Bangkok

TURKEY

- Dr Necati DEDEOGLU, Department of Epidemiology, School of Public Health, Ankara

USSR

- Dr D.A. ORLOV, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Soviet Socialist Republics to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

UNITED KINGDOM

- Dr J.L. KILGOUR, Chief Medical Adviser, Ministry of Overseas Development, London
- Miss J.M. DIMOND, Principal, Science, Technology and Medical Department, Ministry of Overseas Development, London
- Dr Sheila M. HOWARTH, Principal Medical Officer, Medical Research Council, London

UNITED STATES OF AMERICA

- Ms Marjorie S. BELCHER, Deputy Assistant Administrator for Development Support, Agency for International Development, Washington
- Mr James F. THOMSON, Office of Health, Development Support Bureau, Agency for International Development, Washington
- Mr G.J. KLEIN, Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva
- Mr James E. HILL, Attaché for Development Assistance, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva
- Dr Robert FORTUINE, International Health Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

ZAMBIA

- Dr S.H. SIWALE, Assistant Director of Medical Services, Planning and Development, Ministry of Health, Lusaka

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE

- Dr J. GILL, Director, Health Sciences Division, International Development Research Centre, Ottawa

JAPAN SHIPBUILDING INDUSTRY FOUNDATION

- Professor K. KIIKUNI, Managing Director, Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo

THE WELLCOME TRUST

- Dr P.O. WILLIAMS, Director, The Wellcome Trust, London

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME

- Mr William T. MASHLER, Senior Director, Division for Global and Interregional Projects, UNDP, New York
- Mr W.A.C. MATHIESON, Special Consultant to UNDP, London

WORLD BANK

- Dr James A. LEE, Director, Office of Environmental and Health Affairs, World Bank, Washington
- Mr George DELAUME, Legal Policy Adviser, World Bank, Washington

WORLD HEALTH ORGANIZATION

- Dr S. FLACHE, Special Programme Coordinator, Assistant Director-General
- Dr A.O. LUCAS, Director, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

ANNEXE 2

Aperçu scientifique et technique destiné au Protocole d'accord relatif à la structure administrative et technique du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

1. Malgré les progrès remarquables accomplis par la médecine au cours des dernières décennies, les maladies parasitaires frappent ou menacent encore plus d'un milliard d'individus dans les pays tropicaux, percevant un lourd tribut de vies humaines et entravant sérieusement le développement économique. En outre, dans de nombreuses régions, certaines de ces maladies, loin de régresser, ne font que gagner en prévalence et en gravité.

2. Ces maladies qui sévissent sous les tropiques frappent précisément les populations qui sont le moins à même de les combattre, à savoir les populations des pays en développement. Non seulement la maladie entrave le développement mais certains projets de mise en valeur, tels que les lacs artificiels et les réseaux d'irrigations créés pour améliorer la situation, ont en fait modifié l'écologie et aggravé d'importants problèmes de santé publique, comme ceux du paludisme et de la schistosomiase.

3. En outre, des difficultés techniques ont sensiblement réduit l'efficacité de certains programmes de lutte contre la maladie. Un exemple notable est l'augmentation de la résistance des anophèles aux agents chimiques utilisés dans la majorité des campagnes de lutte antipaludique. Dans certaines régions, cette résistance du vecteur à l'insecticide se conjugue avec l'existence de souches du parasite humain qui résistent à la chloroquine, ce qui accroît encore la gravité du problème.

Dans le cas des affections filariennes, et notamment de l'onchocercose couramment appelée "cécité des rivières", il n'existe encore aucun médicament efficace et sans danger auquel on puisse se fier pour détruire les vers adultes chez l'homme. On ne possède pas de vaccin contre les infections parasitaires, et aucun médicament nouveau à la fois efficace, sans danger et peu onéreux qui puisse se prêter à un traitement de masse n'a été mis au point au cours des trente dernières années.

4. Pour stimuler et coordonner des recherches finalisées devant aboutir à la mise au point et à l'utilisation de techniques nouvelles et améliorées de lutte contre ces maladies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec l'aide et le copatronnage du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et de la Banque mondiale (la Banque) a planifié et lancé le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (le Programme spécial).

Les deux objectifs principaux de ce Programme peuvent se résumer ainsi :

- rechercher et mettre au point de meilleurs moyens d'action contre les maladies tropicales, et
- former du personnel et renforcer les institutions afin d'accroître la capacité de recherche des pays tropicaux.

5. Parmi les critères de choix des maladies - paludisme, schistosomiase, filariose, trypanosomiase (maladie du sommeil en Afrique, maladie de Chagas dans les Amériques), leishmaniose et lèpre - on a notamment retenu :

- l'importance de la maladie sur le plan de la santé publique;
- l'absence de méthodes satisfaisantes de lutte contre la maladie dans les conditions régnant dans les pays tropicaux;

- l'existence de moyens de recherche susceptibles d'aboutir à la mise au point de meilleures techniques de lutte.

Etant donné que plusieurs grands problèmes nécessitant des recherches sont communs à la plupart voire à la totalité de ces six maladies, le Programme spécial comprend des éléments d'épidémiologie et de recherche opérationnelle, de lutte antivectorielle, de recherche biomédicale et de recherche socio-économique.

6. Chaque élément du Programme spécial est élaboré sous la direction et avec la participation de groupes pluridisciplinaires de spécialistes scientifiques, organisés en un certain nombre de Groupes de travail scientifiques ayant chacun des objectifs de recherche bien déterminés.

7. Tout aussi importants et intimement liés à cette recherche de nouveaux moyens d'action sont les deux éléments solidaires que constituent le développement de personnels et le renforcement des établissements de recherche dans les pays d'endémicité situés sous les tropiques.

8. Aussi les activités de renforcement des institutions sont-elles axées sur la création d'un réseau de centres collaborateurs situés dans les pays tropicaux. Ces centres deviendront des points focaux pour le renforcement des capacités de recherche des pays touchés et assureront également des activités de formation.

9. Le Programme spécial se préoccupe de faire en sorte que, dans toutes les disciplines, techniciens et scientifiques reçoivent une formation leur permettant de procéder aux recherches nécessaires en fonction des décisions et des besoins des pays intéressés. C'est pourquoi, tout en visant tout particulièrement à former des directeurs de recherche, le Programme spécial ne négligera pas pour autant la formation des personnels d'appui travaillant en laboratoire, dans les dispensaires et sur le terrain.

10. Le Programme spécial doit être envisagé comme un effort à long terme qui devra durer vingt ans ou davantage. Il y a toutefois lieu d'espérer que dans les cinq ans qui viennent certains des nouveaux moyens d'action qui seront mis au point pourront faire l'objet d'essais de grande envergure dans les services de santé des pays où le besoin de tels moyens se fait sentir.

**Membres passés et présents du Conseil conjoint de coordination (JCB)
de 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 Costa Rica		1986-1988 2008-2010	
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	

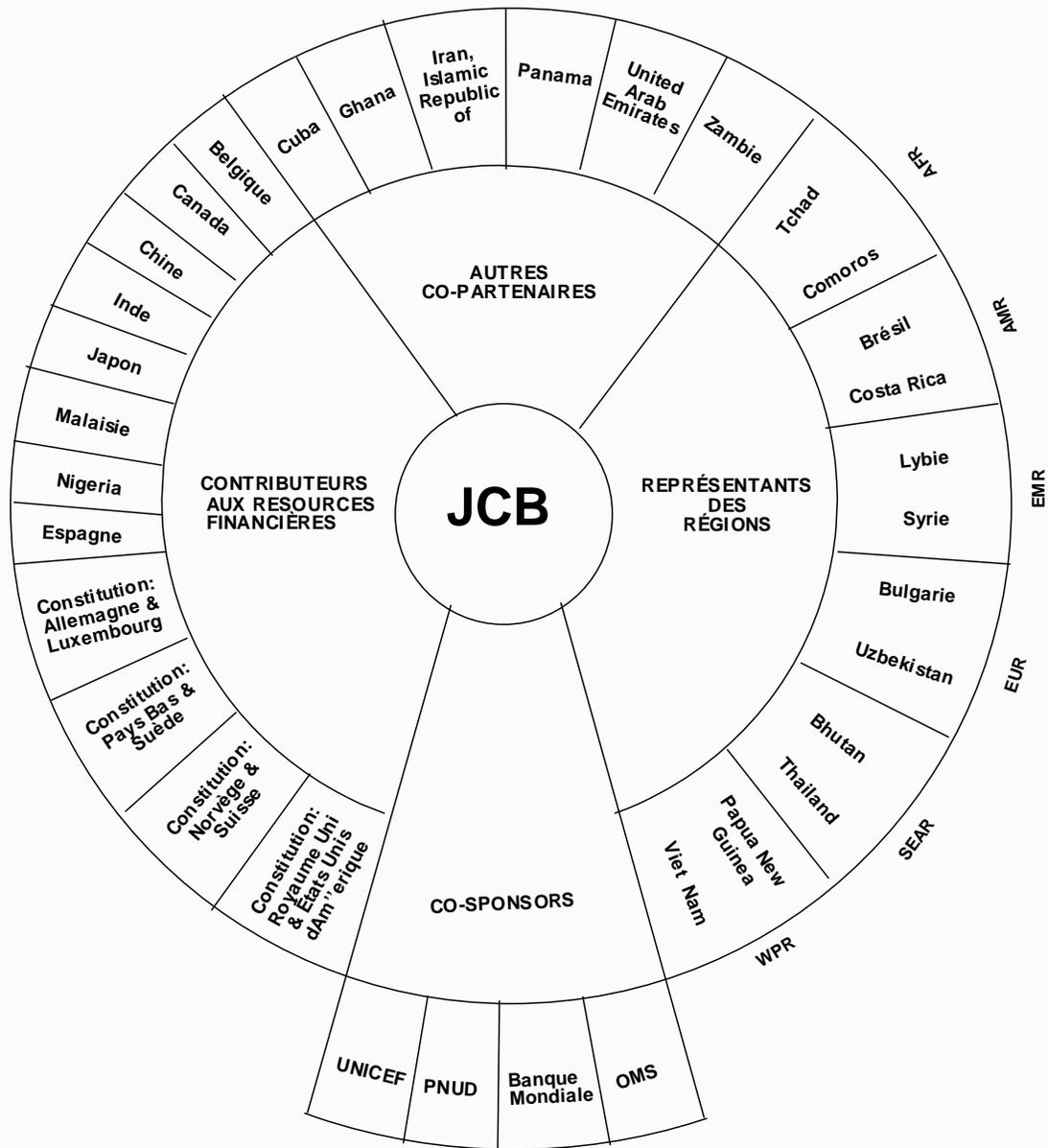
* 2.2.1 Représentants gouvernementaux choisis parmi les contributeurs aux ressources du Programme spécial.

** 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.

UNICEF / PNUD / BANQUE MONDIALE / oms
PROGRAMME SPÉCIALE POUR LA RECHERCHE ET FORMATION EN MALADIES TROPICALES

Composition du Comité de coordination (JCB)
(au 1er janvier 2009)



STANDING COMMITTEE
