



PNUD/BANQUE MONDIALE/OMS
PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES (TDR)

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION (JCB)

Siège de l'OMS, Genève, Suisse
23 juin et matin du 24 juin 1997

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	2
2. PROGRES ET PLANS SCIENTIFIQUES	2
3. TROISIEME EXAMEN EXTERIEUR DU TDR	5
4. COMPOSITION DU COMITE CONSULTATIF SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE ..	6
5. QUESTIONS FINANCIERES	6
5.1 Rapport financier pour 1996 et budget programme révisé pour l'exercice 1996-1997 : situation financière en 1996-1997	6
5.2 Plan d'action et budget programme proposé pour l'exercice 1998-1999	7
5.3 Perspectives financières pour l'exercice 1998-1999 et activités de collecte de fonds	8
6. PRESENTATIONS TECHNIQUES	10
7. DATE ET LIEU DE LA VINGT ET UNIEME SESSION DU JCB ET DISPOSITIONS RELATIVES AUX SESSIONS DU JCB	10
8. SELECTION D'UN MEMBRE DU JCB SELON LES DISPOSITIONS DU PARAGRAPHE 2.2.3 DU PROTOCOLE D'ACCORD DU TDR	11
9. CLOTURE DE LA SESSION	11
ANNEXE 1 Liste des participants [document TDR/JCB(20)/97.2 Rev.1]	12
ANNEXE 2 Ordre du jour [document TDR/JCB(20)/97.1]	20
ANNEXE 3 Résumé des exposés du Dr T. Godal, Directeur du TDR, et du Dr C. M. Morel, Président du STAC	22

	<u>Pages</u>
ANNEXE 4 Composition du Comité consultatif scientifique et technique (STAC) au 1 ^{er} janvier 1998	31
ANNEXE 5 Composition du Conseil conjoint de Coordination au 1 ^{er} janvier 1998	33

1. INTRODUCTION

Les représentants de 26 gouvernements - membres élus du Conseil conjoint de Coordination (JCB) - et des trois institutions parrainantes du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) se sont réunis en tant que JCB(20) au Siège de l'OMS à Genève, le 23 juin et le matin du 24 juin 1997. Les représentants de 13 gouvernements et de neuf organisations ont participé à cette session en qualité d'observateurs officiels. La liste des membres du JCB et des observateurs ayant participé à la session ainsi que les noms de leurs représentants figurent à l'annexe 1 [document TDR/JCB(20)/97.2 Rev.1].

La session a été ouverte par le Dr H. Nakajima, Directeur général de l'OMS, qui a évoqué les principaux acquis sanitaires de ces vingt dernières années. Malheureusement, ces acquis sont inégalement répartis et les populations défavorisées peinent encore sous le fardeau des maladies, en particulier des maladies tropicales. La lutte contre les maladies infectieuses reste une tâche prioritaire pour l'Organisation et le TDR joue à cet égard un rôle déterminant. Les activités du Programme sont importantes et doivent se poursuivre. Des progrès encourageants ont été accomplis et les perspectives sont très bonnes en ce qui concerne l'élimination de quatre des maladies visées par le TDR - la lèpre, la cécité des rivières, la maladie de Chagas et la filariose lymphatique. Cependant, l'expérience de la lutte contre les maladies a montré qu'il fallait absolument continuer de rechercher de nouvelles approches plus simples pour que les services de santé nationaux puissent parvenir à l'élimination des maladies et maintenir les acquis en santé. Le Dr Nakajima a remercié les membres et les observateurs du Conseil conjoint de Coordination, y compris les deux institutions parrainantes - le Programme des Nations Unies pour le Développement et la Banque mondiale - de l'appui sans faille qu'ils apportent au TDR depuis vingt ans. La volonté du Conseil d'aider le TDR à évaluer ses activités et à mobiliser des ressources financières est déterminante, et le Dr Nakajima a exprimé l'espoir que les membres du JCB et les observateurs continueraient à apporter leur précieux concours à l'avenir.

Le JCB(20) a élu le Dr P. J. Key, Conseiller principal de la Santé et de la Population, Division de l'Afrique, Département pour le Développement international, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Président du Conseil jusqu'à sa vingt-deuxième session en 1999. Il a élu le Professeur Li Shichuo, Directeur général du Département de la Coopération internationale, Ministère de la Santé, Beijing, Chine, Vice-Président, jusqu'à sa vingt et unième session en 1998.

Le JCB(20) a remercié le Dr E. S. Garcia, Président sortant du JCB, pour avoir dirigé les délibérations du Conseil au cours de ses deux dernières sessions.

L'ordre du jour du JCB(20), approuvé par le Conseil, est joint à l'annexe 2 [document TDR/JCB(20)/97.1]. Le rapport de la dix-neuvième session du Conseil conjoint de Coordination, approuvé par celui-ci, fait l'objet du document TDR/JCB(19)/96.3.

2. PROGRES ET PLANS SCIENTIFIQUES

Le JCB(20) a examiné les activités scientifiques et techniques du TDR telles qu'elles sont exposées dans le treizième rapport du Programme sur les progrès réalisés en 1995-1996. Le Dr T. Godal,

Directeur du TDR, a évoqué les réalisations du Programme entre 1994 et 1997, les principaux résultats obtenus ainsi que l'évolution future du TDR dans un environnement en pleine mutation. Un résumé de l'exposé du Dr Godal est reproduit à l'annexe 3.

Le JCB(20) a examiné le rapport de la dix-neuvième réunion du Comité consultatif scientifique et technique (STAC) (document TDR/STAC-19/97.3), qui a été présenté par le Dr C. M. Morel, Président du STAC. Un résumé de l'exposé du Dr Morel figure à l'annexe 3.

Le JCB(20) :

- i) S'est félicité des progrès accomplis par le Programme et de ses orientations.
- ii) A noté avec satisfaction que, d'après les premières indications, la réorganisation du Programme avait donné de bons résultats en conférant une plus grande souplesse et en élargissant les possibilités de partenariat.
- iii) A noté que les maladies tropicales étaient des maladies de la pauvreté et a demandé au Programme de renforcer les activités là où les besoins sont les plus grands, notamment en Afrique. A noté avec satisfaction que près de 50 % des membres des comités scientifiques du TDR sont originaires de pays en développement et a encouragé le Programme à faire en sorte que davantage de chercheurs et de décideurs de tous les pays d'endémie en développement participent aux activités du Programme. A instamment invité le TDR à intensifier ses efforts pour financer le plus de recherches possible dans les pays d'endémie en développement.
- iv) A approuvé le rang élevé de priorité accordé à la recherche sur le paludisme et attend avec intérêt de recevoir, lors du JCB(21) en 1998, des informations complémentaires sur les progrès réalisés dans la mise au point de vaccins antipaludiques.
- v) A approuvé les recommandations du STAC concernant l'apport essentiel du TDR dans le domaine de la trypanosomiase africaine et confirmé la nécessité de mettre au point de toute urgence de nouveaux médicaments vu l'aggravation des épidémies qui frappent les zones d'endémie.
- vi) A souligné l'importance de la recherche stratégique et approuvé la recommandation du STAC tendant à ce que l'on maintienne le financement de cette composante au moins aux niveaux actuels.
- vii) A approuvé la restructuration de la composante Recherche et développement des produits et attend avec intérêt de recevoir dans deux ans des informations sur l'examen de la nouvelle structure par le STAC.
- viii) A encouragé la poursuite des travaux de recherche opérationnelle sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que la surveillance de leur efficacité à long terme.
- ix) A pris note des résultats des études effectuées jusqu'ici pour déterminer l'impact de l'introduction du paiement des traitements par l'utilisateur et a demandé que le personnel du TDR travaillant sur la réforme du secteur de la santé et les maladies tropicales collabore avec les autres programmes de l'OMS actifs dans ce domaine.
- x) S'est félicité de la poursuite des travaux sur les aspects sexospécifiques des maladies tropicales et a demandé que ces aspects, affectant les femmes et les hommes, soient pris en considération dans toutes les composantes du Programme.

xi) A pris note de la tendance visant à encourager le traitement relevant de la communauté et a demandé à ce que l'on surveille de près ces activités pour éviter toute répercussion négative et surcharge de travail : les enseignements tirés seront utiles pour l'élaboration de lignes directrices futures.

xii) Vu l'interaction entre l'environnement et les maladies tropicales, a demandé au Programme de continuer à faciliter les activités de recherche dans ce domaine. Etant donné que les changements microclimatiques influencent la répartition des maladies tropicales, le TDR devrait collaborer avec les organisations qui étudient les effets des changements écologiques mondiaux aussi bien que microclimatiques, en vue de mettre au point des stratégies destinées à en réduire le plus possible l'impact sur les maladies tropicales.

xiii) A approuvé la recommandation du STAC tendant à ce que le TDR poursuive les activités de recherche de terrain entreprises à l'initiative de chercheurs et prenne des mesures pour solliciter et promouvoir de meilleures propositions de la part des chercheurs de pays en développement.

xiv) A réaffirmé l'importance des activités de renforcement du potentiel de recherche et a encouragé davantage d'appui aux pays les moins avancés qui sont les plus touchés par les maladies tropicales, y compris pour des activités concernant l'environnement et les maladies tropicales. A prié le TDR de quantifier ses investissements dans les pays les moins avancés et de faire rapport sur ce point au JCB(21) en 1998.

xv) S'est prononcé en faveur de la poursuite de l'intégration des activités de renforcement du potentiel de recherche dans les composantes du Programme : Recherche stratégique, Recherche et développement des produits, et Recherche appliquée de terrain et a prié le STAC de surveiller les progrès réalisés à cet égard.

xvi) A réaffirmé l'importance de l'engagement national pour le succès des activités de recherche dans les pays d'endémie en développement et a souligné une fois encore le rôle que les autorités nationales peuvent jouer pour faciliter la mise en oeuvre des travaux de recherche.

xvii) A réaffirmé la nécessité d'une collaboration étroite et efficace entre le TDR et d'autres programmes pertinents de l'OMS pour utiliser de façon optimale les ressources disponibles et éviter un chevauchement des efforts. S'est félicité des mesures prises jusqu'ici pour faciliter la collaboration, notamment avec la Division de la lutte contre les maladies tropicales (CTD), et a encouragé la poursuite des mesures visant à consolider la coopération. Attend avec intérêt de recevoir d'autres rapports sur cette collaboration, y compris des informations sur les liens établis avec des programmes autres que CTD.

xviii) A encouragé le TDR à resserrer les liens avec les Bureaux régionaux de l'OMS et les programmes nationaux de santé et à associer plus étroitement les centres collaborateurs de l'OMS à ses activités.

xix) A noté que le TDR poursuivait la collaboration avec d'autres organisations qui travaillent dans des domaines analogues ainsi qu'avec l'industrie pharmaceutique. A demandé un complément d'information sur les liens entre le TDR et d'autres importantes initiatives internationales dans le domaine des maladies tropicales telles que le Forum mondial sur la recherche en santé et l'initiative sur le paludisme en Afrique envisagée lors de la conférence internationale de Dakar en janvier 1997.

xx) A encouragé le TDR à faire valoir, tant oralement que par écrit, le rôle de ses collaborateurs dans les activités conjointes.

xxi) A approuvé la recommandation du STAC quant à la nécessité d'infléchir les programmes d'enseignement médical pour promouvoir la formation sur les maladies tropicales, en collaboration avec les gouvernements. A demandé que les publications du TDR soient largement diffusées aux étudiants en médecine et aux agents de santé à des fins éducatives, en particulier dans les pays d'endémie en développement.

xxii) A souligné qu'il fallait intensifier l'action de communication et de plaider concernant la nécessité de poursuivre la recherche sur les maladies tropicales et les priorités de la recherche auprès de divers publics, notamment la communauté scientifique du Sud comme du Nord, les écoles de médecine, les programmes de santé nationaux, les administrateurs et les décideurs, ainsi que la communauté des bailleurs de fonds. A souligné qu'il était important de diffuser plus largement dans ces instances l'information sur l'action et les progrès du TDR sous une forme et par des mécanismes appropriés, y compris Internet. L'information destinée aux décideurs doit être précise et faire apparaître sa rentabilité.

xxiii) A encouragé le STAC à formuler dans ses rapports des recommandations plus détaillées et des lignes directrices plus précises pour leur mise en oeuvre.

xxiv) A remercié le Dr T. Godal, Directeur du TDR, et le Dr C. M. Morel, Président du Comité consultatif scientifique et technique, pour les exposés qu'ils ont faits.

3. TROISIEME EXAMEN EXTERIEUR DU TDR

Le troisième examen extérieur du TDR a commencé au début de 1997. Le mandat et la composition du Comité examinateur extérieur, qui ont été approuvés par le Conseil conjoint de Coordination, figurent à l'annexe 4 du rapport de la dix-neuvième session du Conseil [document TDR/JCB(19)/96.3].

Le Professeur G. Castillo, membre du Comité examinateur extérieur, et Mme H. Boyer, secrétaire exécutive du Comité, ont assisté à la vingtième session du Conseil. Le Professeur Castillo a résumé les activités menées jusque-là par le Comité ainsi que les principales tâches d'évaluation qui l'attendaient. Le Comité s'est déjà réuni à deux reprises, en mars et en juin 1997.

Le Professeur Li Shichuo, Vice-Président du JCB(20), a précisé que les Gouvernements des Pays-Bas et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord avaient contribué financièrement aux coûts de l'examen, et il a encouragé d'autres participants au JCB à fournir un appui supplémentaire à cette fin.

Le JCB(20) :

i) A remercié le Professeur G. Castillo et Mme H. Boyer de leur exposé sur les activités du Comité.

ii) A pris note de certaines des questions qui seront examinées par le Comité, y compris l'éventail des maladies cibles du TDR; l'équilibrage des ressources allouées aux secteurs de la recherche stratégique, de la recherche et développement des produits, de la recherche appliquée de terrain et du renforcement du potentiel de recherche; les questions recoupant divers programmes

de l'OMS; les besoins en matière de plaidoyer, surtout auprès de la communauté des bailleurs de fonds et concernant le financement du TDR.

iii) A exprimé le souhait d'être saisi suffisamment à l'avance des conclusions et recommandations du Comité de manière à faciliter l'examen approfondi des questions soulevées à la vingt et unième session du Conseil en 1998.

4. COMPOSITION DU COMITE CONSULTATIF SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

Le Conseil a examiné les candidatures proposées par l'Organisation chargée de l'exécution et le Comité permanent en ce qui concerne la composition du STAC en 1998 et 1999.

Le JCB(20) :

i) A approuvé les nominations des membres du STAC en 1998 et 1999. La liste des membres, avec la durée de leur mandat, figure à l'annexe 4.

ii) A approuvé la prolongation du mandat du Dr C. M. Morel en tant que Président du STAC jusqu'au 31 décembre 2001.

5. QUESTIONS FINANCIERES

5.1 Rapport financier pour 1996 et budget programme révisé pour l'exercice 1996-1997 : situation financière en 1996-1997

Le JCB(20) a examiné la situation financière du Programme pour l'exercice 1996-1997 (Tableau 1), qui a été présentée par le Dr C. Vlassoff, Administrateur de programme du TDR. Le montant estimatif total des ressources disponibles pour le Programme en 1996-1997 (à l'exception des fonds prévus pour l'examen *ad hoc* sur la recherche et le développement de la santé et le suivi) s'élevait à US \$59,6 millions. Avec un budget révisé de US \$57,5 millions - soit une légère réduction par rapport aux US \$57,7 millions approuvés par le JCB - et compte tenu d'un report de US \$3 millions sur l'exercice suivant comme l'avait recommandé le JCB, le déficit prévu était tout juste inférieur à US \$850 000. Il faudra peut-être ajuster encore le montant du budget pour assurer un solde minimal de clôture de US \$3 millions. Les ajustements au budget sont apportés conformément aux procédures de révision budgétaire approuvées par le JCB.

Etant donné la réduction des fonds dont dispose le Programme, le budget/les engagements de dépenses ont diminué de 20 % depuis 1990-1991 pour passer à US \$57,5 millions en 1996-1997. En 1991, les engagements de dépenses se situaient à US \$37 millions alors qu'ils ne représentaient plus que US \$26,5 millions en 1996.

En ce qui concerne les Opérations (fonds destinés aux contrats de recherche et développement et de renforcement du potentiel de recherche), le pourcentage est tombé de 67,2 % du budget approuvé pour 1996-1997 à 65,6 % du budget révisé. Le pourcentage des Services de personnel est passé de 23,3 % du budget approuvé à 24,1 % du budget révisé. Le Programme s'efforce constamment de respecter sa politique, qui consiste à affecter plus de 70 % des ressources aux Opérations et moins de 20 % aux Services de personnel.

TABLEAU 1

SITUATION FINANCIERE DU TDR EN 1994-1995 ET
SITUATION FINANCIERE ESTIMATIVE DE L'EXERCICE 1996-1997
ET DE L'EXERCICE 1998-1999
(en milliers de US \$)

TDR	Effective 1994-1995	Estimative 1996-1997	Estimative 1998-1999
Solde d'ouverture au 1 ^{er} janvier	1 816	1 360	3 000
Recettes (y compris les contributions, intérêts et autres recettes)	60 202	58 242	53 100
Total des ressources	62 018	59 602	56 100
Budget/engagements de dépenses	60 585	57 450	57 700
Solde de clôture au 31 décembre	1 432	3 000	3 000
Déficit		848	4 600
 <i>Examen ad hoc et suivi</i>			
Solde d'ouverture au 1 ^{er} janvier		72	
Recettes		4 725	
Total des ressources		4 797	
Budget/engagements de dépenses		4 797	
Solde de clôture au 31 décembre		0	

Le JCB(20) :

i) **A approuvé le rapport financier pour 1996 et le budget programme révisé pour l'exercice 1996-1997 [document TDR/JCB(20)/97.6].**

ii) **A prié le TDR, dans un souci de transparence, de donner plus de détails sur les dépenses par pays et par maladie.**

5.2 Plan d'action et budget programme proposé pour l'exercice 1998-1999

Le JCB(20) a examiné le budget programme proposé pour l'exercice 1998-1999 (document TDR/PB/98-99), qui a été présenté par le Dr C. Vlassoff. Le budget ne rend pas vraiment compte de tous les besoins ni de toutes les possibilités du Programme mais il présente un modeste programme de

recherche de niveau réaliste - US \$57,7 millions, c'est-à-dire le même montant que celui qui avait été approuvé pour l'exercice 1996-1997. Aucun changement important n'est proposé dans la répartition des ressources entre les diverses composantes du Programme. Le budget tient compte de la nouvelle structure du Programme pour la composante Recherche et développement des produits à compter de janvier 1998.

Ce modeste budget accuse un déficit de US \$4,6 millions, compte tenu du report recommandé de US \$3 millions sur l'exercice 2000-2001 (Tableau 1). Un déficit analogue avait été prévu au début de l'exercice 1996-1997 mais, heureusement, il a pu être ramené à moins de US \$1 million.

Le Dr Vlassoff a fait ressortir quelques indicateurs positifs concernant les prévisions de coûts pour les Opérations et les Services de personnel. Le coût des Opérations va vraisemblablement passer de 65,6 % pour 1996-1997 à 67,7 % du budget en 1998-1999 et le coût des Services de personnel devrait diminuer, passant de 24,1 % en 1996-1997 à 22,5 % en 1998-1999 en raison du recul du franc suisse par rapport au dollar des Etats-Unis et d'une légère réduction du nombre de postes.

Le JCB(20) :

i) **A approuvé le montant de US \$57,7 millions pour le budget programme proposé de l'exercice 1998-1999, montant analogue à celui qui avait été approuvé en 1996-1997.**

ii) **A noté que des changements seraient apportés aux affectations prévues dans le budget, conformément aux vues exprimées par le Conseil, sur la base des recommandations du STAC. Attend avec intérêt de recevoir le budget approuvé, où auront été intégrées les observations du Conseil, après la session du JCB. [On trouvera dans le Tableau 2 une récapitulation du budget approuvé établie par le TDR à la suite de la session du JCB(20). La composante Recherche stratégique a augmenté de 0,1 %, avec une diminution correspondante pour les Activités générales - Recherche et développement.]**

5.3 Perspectives financières pour l'exercice 1998-1999 et activités de collecte de fonds

Le montant estimatif total des ressources dont devrait disposer le TDR pour l'exercice 1998-1999 s'élève à US \$56,1 millions, soit US \$3,5 millions de moins qu'en 1996-1997 et US \$1,6 million de moins que le budget approuvé de US \$57,7 millions (Tableau 1). Compte tenu de la recommandation visant à reporter US \$3 millions sur l'exercice 2000-2001, il faudra US \$4,6 millions de contributions supplémentaires. Le Programme va poursuivre activement ses efforts pour mobiliser les fonds nécessaires.

En 1996, le JCB(19) avait prié le Comité permanent ainsi que le Président et le Vice-Président du Conseil d'élaborer une stratégie pour mobiliser des ressources en faveur du TDR. Le Comité a donc soigneusement examiné toutes les activités passées et présentes en matière de mobilisation de fonds. Malgré les efforts déployés, les contributions des bailleurs de fonds traditionnels se stabilisent.

Dans le cadre de son mandat, le Comité chargé du troisième examen extérieur a été invité à examiner les orientations futures du TDR, ses besoins en ressources, ses possibilités et les incidences pour la recherche sur les maladies tropicales et à proposer de nouvelles dispositions financières pour les dix prochaines années. Le Comité permanent a donc décidé de réexaminer plus en détail l'ensemble de la question une fois que le Comité examinateur extérieur aurait soumis ses conclusions. Entre-temps, on continuera à rechercher de nouveaux donateurs et à encourager les contributeurs ponctuels à renouveler leur appui, tandis que les contributeurs actuels seront instamment invités à maintenir et même accroître leurs contributions.

TABLEAU 2
RECAPITULATION DU BUDGET PROGRAMME APPROUVE

COMPOSANTE DU PROGRAMME	1	2	3	4
	BUDGET APPROUVE 1996-1997	BUDGET REVISE 1996-1997	BUDGET APPROUVE 1998-1999	AUGMENT/ DIMIN. (Col 3-2)
-- en milliers de US \$ --				
CP I Organes techniques et administratifs	715	893	668	-225
-- Pourcentage du Total	1.2%	1.6%	1.2%	
CP II Activités générales - R & D				
Fonds d'incitation du Directeur	2'341	1'089	1'830	741
Lèpre	1'435	1'345	1'255	-90
Total partiel - Composante II	3'776	2'434	3'085	651
-- Pourcentage du Total	6.5%	4.2%	5.3%	
CP III Recherche stratégique				
Planification et examen technique	393	147	30	-117
Génome parasitaire	1'571	2'005	1'990	-15
Pathogenèse	3'287	2'688	2'685	-3
Entomologie moléculaire	1'585	1'869	1'875	6
Total partiel - Composante III	6'836	6'709	6'580	-129
-- Pourcentage du Total	11.8%	11.7%	11.4%	
CP IV Recherche et développement des produits				
Activités fondamentales	1'005	1'333	1'490	157
Recherche pour la découverte de médicaments	5'047	5'566	5'161	-405
Recherche pour la découverte de vaccins	3'318	3'360	3'210	-150
Développement des produits	4'550	5'181	5'518	337
Total partiel - Composante IV	13'920	15'440	15'378	-62
-- Pourcentage du Total	24.1%	26.9%	26.7%	
CP V Recherche appliquée de terrain				
Projets particuliers	1'422	893	1'505	612
Recherche opérationnelle sur les moustiquaires	1'052	1'410	1'650	240
Prise en charge du paludisme à domicile	2'151	1'709	1'600	-109
Réforme du secteur de la santé	655	1'140	1'455	315
Interventions sexospécifiques	1'253	1'319	1'430	111
Enfants d'âge scolaire et maladies tropicales	1'029	953	460	-493
Traitement relevant de la communauté	2'348	2'669	2'125	-544
Recherche appliquée sur les triatomés non domiciliaires	300	1'016	1'130	114
Recherche opérationnelle sur la trypanosomiase africaine	711	342	770	428
Environnement et maladies tropicales	655	633	0	-633
Total partiel - Composante V	12'074	12'084	12'125	41
-- Pourcentage du Total	20.9%	21.0%	21.0%	
CP VI Renforcement du potentiel de recherche	13'261	12'517	12'804	287
-- Pourcentage du Total	23.0%	21.8%	22.2%	
CP VII Gestion du Programme				
Personnel	3'722	3'943	3'670	-273
Soutien opérationnel	580	645	650	5
Soutien général	2'815	2'785	2'740	-45
Total partiel - Composante VII	7'117	7'373	7'060	-313
-- Pourcentage du Total	12.3%	12.8%	12.2%	
TOTAL	57'700	57'450	57'700	250
Examen ad hoc sur la recherche et le développement de la santé		4'797	0	-4'797
TOTAL GENERAL	57'700	62'247	57'700	-4'547

Le JCB(20) :

i) **A souligné à nouveau que tout devait être fait pour accroître le montant des ressources financières du TDR et a renouvelé son appel à tous les participants au JCB, y compris ceux des pays en développement avancés, pour qu'ils fassent le maximum afin d'aider à mobiliser les fonds nécessaires. Quinze participants au JCB ont fait savoir qu'ils continueraient à appuyer financièrement le Programme.**

ii) **A insisté une fois encore sur l'importance du maintien d'un niveau élevé de contributions au Programme par les trois institutions parrainantes afin de témoigner leur engagement et donner l'exemple à suivre à d'autres.**

iii) **A encouragé de nouveau les pays contributeurs qui sont des bénéficiaires nets des ressources du TDR à intensifier leurs efforts pour accroître le niveau de leurs contributions financières directes au Programme.**

iv) **A encouragé les participants au JCB qui sont associés aux nouvelles initiatives internationales concernant les maladies tropicales à faire preuve de vigilance pour que les fonds normalement destinés au TDR ne soient pas détournés vers ces nouvelles initiatives.**

v) **A approuvé la décision du Comité permanent d'accepter trois contributions spéciales à usage déterminé du Gouvernement australien, du Gouvernement irlandais et de la Fondation Rockefeller.**

6. PRESENTATIONS TECHNIQUES

Le JCB(19) ayant demandé en 1996 que quelques présentations techniques soient prévues lors des sessions du Conseil, trois exposés ont été faits devant le JCB(20).

Le Professeur F. C. Kafatos, Directeur général du Laboratoire européen de biologie moléculaire à Heidelberg, Allemagne, a évoqué les progrès des travaux visant à induire chez les moustiques une résistance au parasite du paludisme; le Dr M. Gomes, Administrateur du Groupe spécial TDR sur les suppositoires d'artésunate, qui relève du Comité d'orientation TDR sur les médicaments antipaludiques, a rendu compte des progrès réalisés dans la mise au point de suppositoires d'artésunate; enfin, le Dr K. Yeboah-Antwi, Directeur des Services de santé du district de Wenchi, Ghana, a rendu compte des travaux visant à améliorer la lutte contre le paludisme dans le contexte des réformes du secteur de la santé au Ghana, en montrant les avantages du conditionnement préalable des médicaments antipaludiques.

Le JCB(20) a remercié le Professeur F. C. Kafatos, le Dr M. Gomes et le Dr K. Yeboah-Antwi de leurs présentations techniques.

7. DATE ET LIEU DE LA VINGT ET UNIEME SESSION DU JCB ET DISPOSITIONS RELATIVES AUX SESSIONS DU JCB

Conformément à la recommandation formulée par le JCB(19) en 1996, la vingtième session du Conseil a été organisée en conjonction avec la réunion des collaborateurs de la Division OMS de la lutte contre les maladies tropicales. De même, les organes de direction de quelques autres programmes pertinents se sont réunis pendant les deux dernières semaines de juin 1997.

Le JCB(20) :

i) **A décidé que la vingt et unième session du Conseil conjoint de Coordination aurait lieu au Siège de l'OMS à Genève le lundi 22 et le mardi 23 juin 1998. Deux journées entières seraient nécessaires pour l'examen des conclusions et recommandations du Comité chargé des troisièmes examen et évaluation extérieurs du TDR.**

ii) **A recommandé que la session du JCB se tienne de nouveau conjointement avec la réunion des collaborateurs de la Division de la lutte contre les maladies tropicales.**

iii) **A remercié le Programme pour les efforts qu'il a déployés en vue d'accroître l'efficacité des sessions du JCB et d'harmoniser la présentation des rapports financiers et du programme en collaboration avec d'autres programmes de l'OMS.**

8. SELECTION D'UN MEMBRE DU JCB SELON LES DISPOSITIONS DU PARAGRAPHE 2.2.3 DU PROTOCOLE D'ACCORD DU TDR

Le Conseil a choisi le Gouvernement français pour faire partie du JCB pendant une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 1998.

La liste des membres du Conseil conjoint de Coordination au 1^{er} janvier 1998 fait l'objet de l'annexe 5.

9. CLOTURE DE LA SESSION

Le Dr P. J. Key, Président du JCB, a remercié les représentants des membres du JCB et des observateurs du remarquable concours qu'ils ont apporté aux délibérations et a exprimé sa reconnaissance aux auteurs des exposés, très instructifs. Elle a d'autre part remercié les interprètes ainsi que le personnel de l'OMS et du TDR pour l'excellent travail accompli en prévision de la session et pour les dispositions prises en cours de session.

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Siège de l'OMS, Genève, 23 juin et matin du 24 juin 1997
Salle du Conseil exécutif

LISTE DES PARTICIPANTS

ANGOLA

Madame le Professeur Teresa COHEN, Vice-Ministre de la Santé de la République d'Angola, Ministère de la Santé, Luanda

AUSTRALIA

Ms Barbara O'DWYER, Director, Health and Population Unit, United Nations and International Programs Section, Australian Agency for International Development, Department of Foreign Affairs and Trade, Canberra, ACT

Mr Angus MACDONALD, Counsellor (Development), Permanent Mission of Australia to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

BELGIUM

Monsieur le Docteur Johan VAN MULLEM, Médecin Chef de Service, Administration générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

Monsieur Koenraad VERVAEKE, Premier Secrétaire, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

BENIN

Monsieur le Docteur Antonin Jacques A. HASSAN, Directeur national de la Protection sanitaire, Ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine, Cotonou

BRAZIL

Mr Leonardo M. COELHO DE SOUZA, Third Secretary, Permanent Mission of Brazil to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

CANADA

Ms Danièle TESTELIN, Senior Program Manager, United Nations Programs, Multilateral Technical Cooperation Division, Canadian International Development Agency, Hull

Dr Jean LARIVIERE, Senior Medical Adviser, International Affairs Directorate, Department of Health, Ottawa

CHINA

Professor LI Shichuo, Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health,
Beijing

DENMARK

Mr Peter Hertel RASMUSSEN, Minister-Counsellor, Head of Section, Ministry of Foreign Affairs,
Copenhagen

Dr Pia ROCKHOLD, Technical Adviser, Health, Technical Advisory Services, Danish International
Development Agency, Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

FRANCE

Monsieur le Docteur Christian C. MARCHAL, Directeur de Recherche à l'INSERM, Chef du Bureau
d'Appui aux Projets, Sous-Direction de la Santé et du Développement social, Secrétariat d'Etat à la
Coopération, Paris

GERMANY

Mr Uwe-Eitel FRIESE, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, Bonn

Dr Rolf KORTE, Head, Health, Population and Nutrition Division, German Agency for Technical
Cooperation, Eschborn

HUNGARY

Dr Sándor DOBI, Associate Professor, Szent László Hospital for Infectious and Tropical Diseases,
Budapest

Dr Agnes AXMANN, Head, Outpatient Clinic for Tropical Diseases, "Haynal Imre" University of Health
Sciences, and Director, TROP-MED Hungary Co. Ltd., Budapest

INDIA

Dr Gowdagere Vedanti SATYAVATI, Director-General, Indian Council of Medical Research, New Delhi

IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF)

Dr Mohammad Taghi CHERAGHCHI BASHI, Adviser to the Under Secretary for Health Affairs,
Ministry of Health and Medical Education, Tehran

Dr Mohammad Reza POURSHAFIE, Adviser to the Under Secretary of Research, Ministry of Health and
Medical Education, and Chair, Department of Bacteriology, Pasteur Institute, Tehran

Dr Yahya DOWLATI, Director, Center for Research and Training of Skin Diseases and Leprosy, Tehran

IRELAND

No representative able to attend

LUXEMBOURG

Monsieur Jacques REUTER, Ambassadeur, Représentant permanent du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Monsieur le Docteur Robert HEMMER, Chef du Service national des Maladies infectieuses, Centre hospitalier de Luxembourg

Monsieur Paul DUHR, Représentant permanent adjoint du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Monsieur Stanislas MYCK, Responsable de la Coopération au Développement, Section Multi-Bilatérale, Ministère des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et de la Coopération, Luxembourg

Monsieur Alain WEBER, Attaché, Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

MALAYSIA

Dato' Dr Manikavasagam JEGATHESAN, Deputy Director-General of Health (Research and Technical Support), Ministry of Health, Kuala Lumpur

MEXICO

Dr José Ignacio SANTOS, Coordinator of Epidemiological Surveillance, Secretariat of Health, Mexico DF

NETHERLANDS

Dr Maryke STEGEMAN, Health Adviser, Department of Social and Institutional Development, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mrs Renilde WEIFFENBACH, Senior Policy Officer, United Nations Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Willem VAN REENEN, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of the Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

NORWAY

Ms Marianne LOE, Adviser, United Nations Division, Department of Multilateral Development Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Oslo

Dr Elisabet HELSING, Adviser, Norwegian Board of Health, Oslo

Dr Berit AUSTVEG, Adviser, Norwegian Board of Health, Oslo

Dr Ottar T. CHRISTIANSEN, Adviser, Ministry of Health and Social Affairs, Oslo

PAPUA NEW GUINEA

Professor Isi H. KEVAU, Professor and Head of Medicine, Faculty of Medicine, University of Papua New Guinea, Boroko

SRI LANKA

Dr W. P. FERNANDO, Director, Anti Malaria Campaign, Ministry of Health, Colombo

SWEDEN

Dr Barbro CARLSSON, Associate Professor, Senior Research Officer, Department for Research Cooperation, SAREC, Swedish International Development Cooperation Agency, Sida, Stockholm

Dr Anders BJÖRKMAN, Consultant to Sida/SAREC: Associate Professor, Karolinska Institute, Senior Lecturer, Department of Infectious Diseases, Danderyd Hospital, Danderyd

SWITZERLAND

Monsieur le Docteur Matthias KERKER, Conseiller en Santé, Service technique des Ressources humaines, Secteur Santé, Direction du Développement et de la Coopération, Département fédéral des Affaires étrangères, Bern

Monsieur le Professeur Antoine DEGREMONT, Directeur de l'Institut tropical suisse, Bâle

THAILAND

Professor SORNCHAI LOOAREESUWAN, Dean, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok

TUNISIA

Monsieur le Professeur Riadh BEN-ISMAIL, Professeur de Parasitologie médicale, Faculté de Médecine, Université de Tunis et Chef de Service hospitalo-universitaire, Laboratoire d'Epidémiologie et d'Ecologie parasitaire, Institut Pasteur de Tunis

UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND

Dr Penelope J. KEY, Principal Health and Population Adviser, Africa Division, Department for International Development, London

Dr Wendy THORNE, Senior Medical Officer, Department of Health, London

Dr Sylvia R. MEEK, Head, Malaria Consortium, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

Mr Timothy SIMMONS, First Secretary, Permanent Mission of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

UNITED STATES OF AMERICA

Mr Robert CLAY, Deputy Director, Office of Health and Nutrition, Center for Population, Health and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agency for International Development, Washington, D.C.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)

Ms Mina MAUERSTEIN-BAIL, Senior Programme Coordinator, Bureau for Policy and Programme Support, UNDP, New York, N.Y., USA

THE WORLD BANK

Dr Bernhard H. LIESE, Director, Health Services Department, The World Bank, Washington, D.C., USA

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Regional Office for the Eastern Mediterranean

Dr Bijan SADRIZADEH, Director, Integrated Control of Diseases, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria, Egypt

Headquarters

Dr Hiroshi NAKAJIMA, Director-General

Dr F. S. ANTEZANA, Deputy Director-General ad interim

Dr Ralph H. HENDERSON, Assistant Director-General/Special Programme Coordinator

Dr Tore GODAL, Director, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Dr M. Kazem BEHBEHANI, Director, Division of Control of Tropical Diseases

Dr Carol VLASSOFF, TDR Programme Manager and Manager, Task Force on Gender and Tropical Diseases, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Ms Anne H. MAZUR, Legal Officer

Mr A. S. EGOROV, Budget Officer, Division of Budget and Finance

Mr Jean-Pierre LAFAILLE, Finance Officer, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Mrs Susan BLOCK TYRRELL, External Relations Officer, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

OTHER PARTICIPANTS

Chairperson, TDR Scientific and Technical Advisory Committee

Dr Carlos M. MOREL, Senior Researcher, Department of Biochemistry and Molecular Biology, and Former President, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

OTHER PARTICIPANTS (continued)

Chairperson, CTD Technical Advisory Group

Professor David H. MOLYNEUX, Director, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

TDR External Review Committee

Professor Gelia T. CASTILLO, Professor Emeritus, University of the Philippines at Los Baños and Part-time Consultant, International Rice Research Institute, Manila, Philippines (Member of the Committee)

Ms Hélène G. BOYER, Senior Evaluation and Planning Manager, Planning and Assessment, National Research Council of Canada, Ottawa, Canada (Executive Secretary to the Committee)

Presenters

Dr Melba GOMES, Manager of the Task Force on Artesunate Suppositories under the TDR Steering Committee on Drugs for Malaria, Geneva

Professor Fotis C. KAFATOS, Director-General, European Molecular Biology Laboratory, Heidelberg, Germany: Member of the Committee on Molecular Entomology under the TDR Steering Committee on Strategic Research

Dr Kojo YEBOAH-ANTWI, District Director of Health Services, Ministry of Health, Wenchi, Ghana

OBSERVERS

Council on Health Research for Development (COHRED)

Dr Yvo NUYENS, Coordinator, COHRED, Geneva

Egypt

Dr Yahia HASSANEIN, Executive Director, National Schistosomiasis Control Programme, Ministry of Health and Population, Cairo

European Commission (EC)

Dr Marc DE BRUYCKER, Directorate General for Science, Research and Development, Cooperation with Third Countries and International Organisations, Cooperation with Developing Countries, Sector Health, EC, Brussels, Belgium

Finland

Mrs Hanna RINKINEVA-HEIKKILÄ, Counsellor, Permanent Mission of Finland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Health and Development International (HDI)

Dr Jacquie Loo KAY, President, HDI, Cambridge, Massachusetts, USA

Indonesia

Dr Mohammad SUDOMO, Senior Researcher, Health Ecology Research Centre, National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Jakarta

International Development Research Centre (IDRC)

Dr Enis BARIS, Chief Scientist, Strategies and Policies for Healthy Societies, Programs Branch, IDRC, Ottawa, Canada

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)

Dr Odette MORIN CARPENTIER, Manager, Pharmaceutical and Biological Affairs, IFPMA, Geneva

International Organization for Chemical Sciences in Development (IOCD)

Professor Frederik OPPERDOES, Chairman, IOCD Tropical Diseases Programme: Research Unit for Tropical Diseases, International Institute of Cellular and Molecular Pathology, Brussels, Belgium

Italy

Dr Eduardo MISSONI, Health Adviser, Central Technical Unit, Directorate General for Development Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Rome

Japan

Dr Yasuhiro SUZUKI, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health and Welfare, Tokyo

Mr Toshiyasu IKENAGA, First Secretary, Permanent Mission of Japan to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Malta

Professor Herbert M. GILLES, Visiting Professor of Public Health, University of Malta Medical School, Gwardamangia, Malta; and Emeritus Professor of Tropical Medicine, University of Liverpool, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

New England Biolabs Foundation

Ms Martine D. KELLETT, Executive Director, New England Biolabs Foundation, Beverly, Massachusetts, USA

Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE)

Monsieur le Docteur Nanti Mathias HIEN, Secrétaire général adjoint, OCCGE, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Pakistan

Mrs Kehkeshan AZHAR, First Secretary, Permanent Mission of Pakistan to the United Nations Office and the Specialized Agencies at Geneva

Portugal

Madame le Professeur Wanda F. CANAS FERREIRA, Directrice, Institut d'Hygiène et de Médecine tropicale, Universidade Nova de Lisboa, Lisbonne

Russian Federation

Dr Anatoly PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission of the Russian Federation to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Saudi Arabia

Dr Abdul Rahim Mohammed AGEEL, Director General of Health Affairs, Jizan Region, Ministry of Health, Jizan

Slovakia

Madame le Docteur Katarina HOLEČKOVÁ, Chef adjoint de la Clinique des Maladies infectieuses et de la Médecine géographique, Hôpital et Polyclinique "Derer", Bratislava

South Africa

Dr Desmond K. JOHNS, Counsellor, Health Affairs, Permanent Mission of the Republic of South Africa to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Southeast Asian Ministers of Education Organization, Regional Tropical Medicine and Public Health Network (SEAMEO-TROPMED)

Professor TAN CHONGSUPHAJAISIDDHI, Secretary General/Coordinator, SEAMEO-TROPMED Network, Bangkok, Thailand

Turkey

Dr Niyazi CAKMAK, Deputy Director General, Primary Health Care General Directorate, Ministry of Health, Ankara

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Siège de l'OMS, Genève, 23 juin et matin du 24 juin 1997
Salle du Conseil exécutif

ORDRE DU JOUR

Documents de référence

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | Ouverture de la session | |
| 2. | Election du Président et du Vice-Président | |
| 3. | Progrès et plans scientifiques | Treizième Rapport du Programme
TDR/JCB(20)/97.4* |
| 3.1 | Rapport du Directeur : comprenant | |
| | - Résultats des activités du TDR au cours de l'année passée | |
| | - Plans d'activités de recherche appliquée de terrain | |
| | - Partenariats avec les pays en développement avancés et les pays ayant une économie de transition | |
| | - Collaboration avec les programmes pertinents de l'OMS, les autres organisations travaillant dans des domaines connexes et collaboration avec l'industrie pharmaceutique | |
| 3.2 | Rapport du Président du Comité consultatif scientifique et technique : comprenant | TDR/STAC-19/97.3 |
| | - Priorités, raisons de leur choix et répartition des ressources pour les activités scientifiques et techniques pendant l'exercice 1998-1999 | |
| 4. | Troisième examen extérieur du TDR | TDR/JCB(19)/96.3
Annexe 4
TDR/JCB(20)/97.4*
Rapport publié du Comité <i>ad hoc</i> sur la recherche en santé portant sur les options d'interventions futures |

* Rapport du Comité permanent au JCB(20) - questions traitées lors de l'examen des points de l'ordre du jour les concernant.

Documents de référence

- | | | |
|-----|--|--|
| 5. | Composition du Comité consultatif scientifique et technique | TDR/JCB(20)/97.5 |
| 6. | Questions financières | |
| 6.1 | Rapport financier pour 1996 et budget programme révisé pour l'exercice 1996-1997 : situation financière en 1996-1997 | TDR/JCB(20)/97.6 |
| 6.2 | Plan d'action et budget programme pour l'exercice 1998-1999 | Budget programme proposé pour l'exercice 1998-1999
TDR/PB/98-99 |
| 6.3 | Perspectives financières pour l'exercice 1998-1999 | |
| 6.4 | Activités de collecte de fonds | TDR/JCB(20)/97.4* |
| 7. | Présentations techniques | |
| 8. | Date et lieu de la vingt et unième session du JCB | TDR/JCB(20)/97.4* |
| 9. | Sélection d'un membre du JCB selon les dispositions du paragraphe 2.2.3 du Protocole d'accord du TDR | TDR/JCB(20)/97.7
TDR/JCB(19)/96.3
Annexe 5
Protocole d'accord -
TDR/CP/78.5/Rev.88 |
| 10. | Questions diverses | |
| 11. | Clôture de la session | |

* Rapport du Comité permanent au JCB(20) - questions traitées lors de l'examen des points de l'ordre du jour les concernant.

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Genève, 23 juin et matin du 24 juin 1997

RESUME DES EXPOSES DU DR T. GODAL, DIRECTEUR DU TDR,
ET DU DR C. M. MOREL, PRESIDENT DU STAC

1. RESUME DE L'EXPOSE DU DR T. GODAL, DIRECTEUR DU TDR

Le Dr Godal a rendu compte au Conseil des progrès accomplis en complétant les informations données dans le treizième rapport du Programme pour l'exercice 1995-1996 et en privilégiant les perspectives d'avenir et les résultats. Le TDR doit être vu sous ses différents angles, comme une sculpture. Le Dr Godal a relié les grands domaines d'activité du TDR aux principaux **collaborateurs** - pays d'endémie en développement, universités, fondations, industrie, institutions et organisations, autres programmes de l'OMS et initiatives menées au Nord comme au Sud (Figure A.1).

En ce qui concerne les **réalisations** du Programme depuis sa réorganisation en 1994, sur 170 projets, 141 (83 %) ont progressé ou progressent de façon satisfaisante; sur 71 projets achevés, 60 l'ont été à temps; 11 autres ont cessé d'opérer (à cause du manque de ressources ou de problèmes techniques); et, sur les 88 projets en cours, 70 progressent comme prévu (y compris 16 nouveaux projets) et 18 connaissent quelques retards. A eux tous, ces chiffres représentent un taux de mise en oeuvre de plus de 80 %.

Principales réalisations

Le Dr Godal a insisté sur les principales réalisations par composante du Programme.

Renforcement du potentiel de recherche

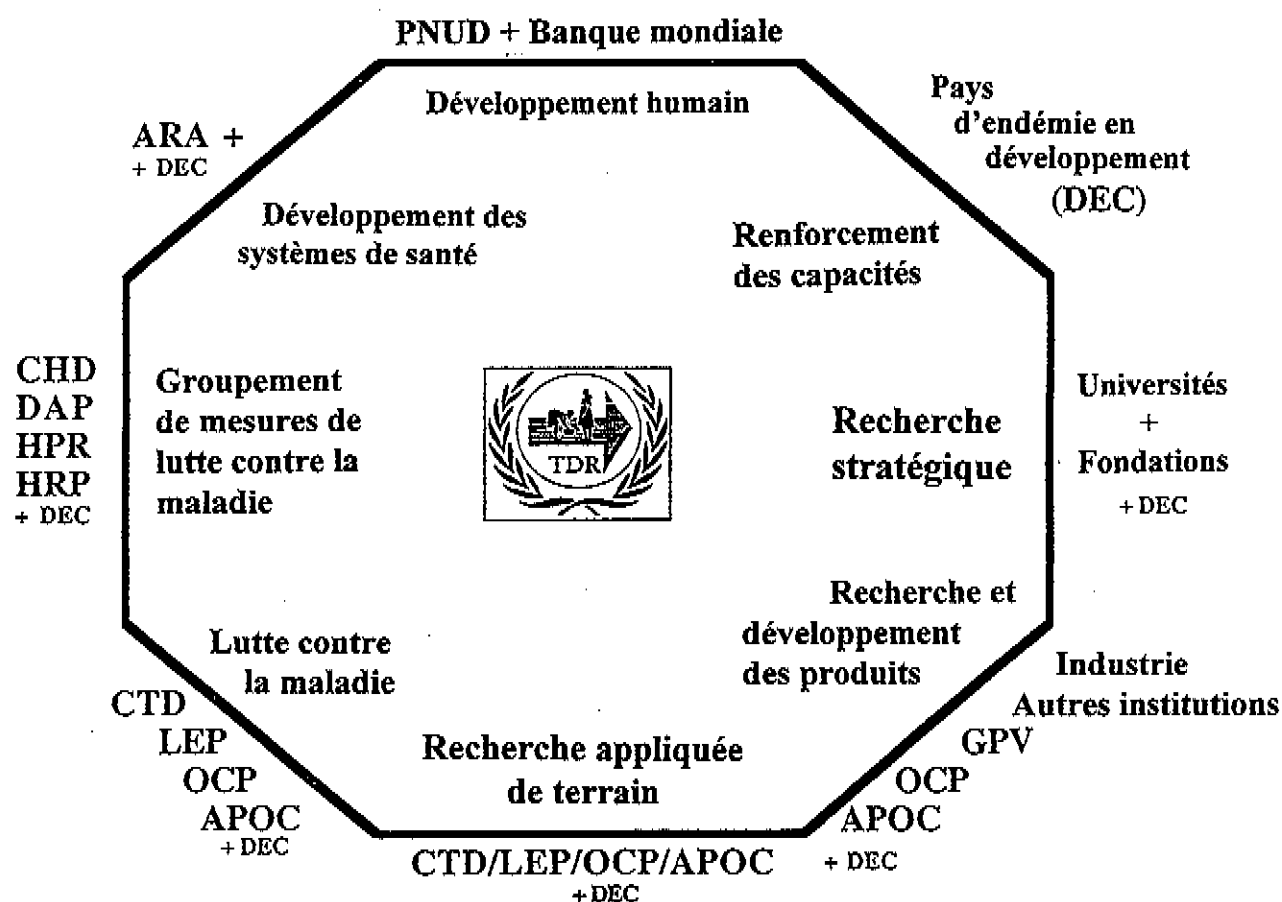
- En matière de formation, on est passé d'institutions internationales (souvent des institutions du Nord) à des institutions régionales (essentiellement au Sud) dans le cadre d'une initiative d'"utilisation des capacités", car les institutions du Sud peuvent désormais assurer une formation d'excellente qualité. Cela a permis de réaliser de très importantes économies et de mieux utiliser les ressources financières.
- Une nouvelle initiative a été lancée pour le renforcement des capacités dans le domaine de la recherche et du développement des produits dans les pays en développement avancés : dans un premier temps, elle se concentrera sur deux pays, mais on espère l'étendre à plusieurs autres en temps opportun; les coûts seront partagés entre le TDR et le pays concerné.

Recherche stratégique

- Les données sur le séquençage génomique s'accroissent à un rythme rapide.
- On a beaucoup progressé dans la connaissance des bases moléculaires de l'interaction entre le parasite et le vecteur et dans les travaux visant à induire chez les moustiques une résistance aux parasites (du paludisme).

FIGURE A.1

PNUD/Banque mondiale/OMS



Sigles :

- APOC - Programme africain de lutte contre l'onchocercose
- ARA - Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation
- CHD - Division de la santé et du développement de l'enfant
- CTD - Division de la lutte contre les maladies tropicales
- DAP - Programme d'action pour les médicaments essentiels
- GPV - Programme mondial des vaccins et vaccinations
- HPR - Division de la promotion de la santé, de l'éducation et de la communication pour la santé
- HRP - Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
- LEP - Programme d'action pour l'élimination de la lèpre
- OCP - Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest

Recherche et développement des produits

- L'artéméther est déjà homologué contre le paludisme dans 37 pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et d'Europe, et devrait l'être bientôt dans 21 autres.
- Des complexes lipidiques de l'amphotéricine B ont été homologués contre la leishmaniose en 1994.

- L'albendazole et le praziquantel (dirigés contre les helminthiases et la schistosomiase, respectivement) pourraient être administrés ensemble.
- On a obtenu des données qui serviront à étayer la demande d'homologation de l'aminosidine injectable contre la leishmaniose cutanéomuqueuse et viscérale.
- Des trousse pour le diagnostic de la trypanosomiase africaine, de la filariose, de la leishmaniose et de la maladie de Chagas ont été mises au point et évaluées sur le terrain.

Recherche appliquée de terrain

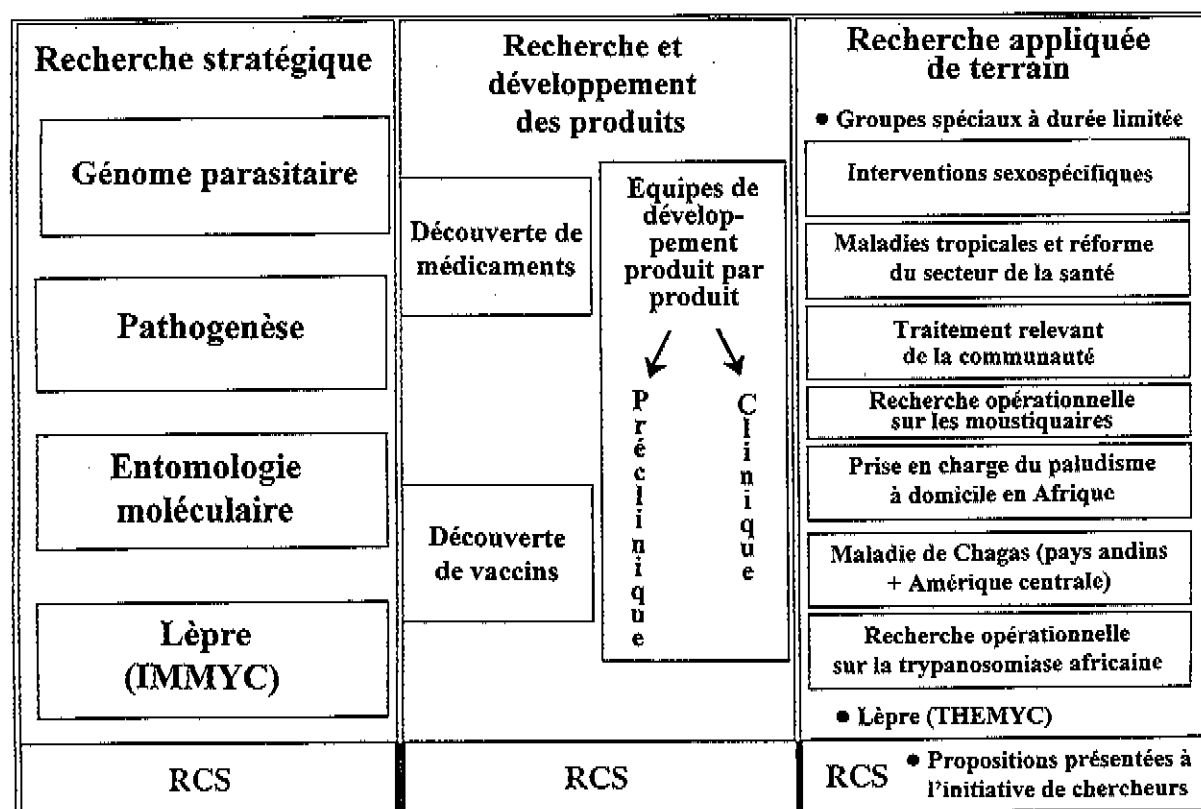
- Une nouvelle approche de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte prévoit de remplacer la prophylaxie hebdomadaire tout au long de la grossesse par l'administration de deux doses d'antipaludiques (sauf en cas de positivité à l'égard du VIH, où des doses mensuelles semblent nécessaires).
- Des recherches opérationnelles sur la simplicité et la commodité d'emploi des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont fait suite aux essais ayant démontré leur efficacité. Les travaux se poursuivent pour déterminer si les moustiquaires contribuent à réduire le nombre d'enfants atteints de paludisme grave dans tous les contextes épidémiologiques.
- De nouveaux schémas thérapeutiques pour le traitement de la filariose lymphatique constituent la base d'une stratégie d'élimination de la maladie en tant que problème de santé publique (résolution WHA50.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé). Il s'agit de la quatrième maladie cible du TDR qui parvient à ce stade (les autres sont la lèpre, la maladie de Chagas et l'onchocercose).
- Des progrès considérables ont été réalisés dans le traitement de la lèpre. Quinze années après la mise en oeuvre de la polychimiothérapie (PCT) par le programme de lutte contre la lèpre, le nombre total de cas de guérisons a atteint neuf millions et le nombre de cas enregistrés est tombé en-dessous d'un million (évolution spectaculaire qui contraste avec la stagnation de la pauvreté dans le monde). Malgré l'introduction de la PCT et le très net recul du taux de prévalence, on continue à déceler de nombreux cas nouveaux. La participation de la communauté et une approche des programmes de lutte fondée sur la spécificité hommes/femmes, où l'on tient particulièrement compte de l'éventuelle sous-notification parmi les femmes appartenant à certains groupes d'âge, pourraient contribuer à l'élimination de la lèpre. D'ores et déjà, de nouvelles données sur la lèpre permettent de simplifier le traitement de la lèpre précoce - administration d'une dose unique de trois médicaments en association (rifampicine, ofloxacine et minocycline) et réduction de la durée du traitement de la lèpre multibacillaire, ramenée de 24 à 12 mois.
- Modalités nouvelles de distribution des médicaments - traitement relevant de la communauté après cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose. Les communautés ont montré qu'elles avaient à la fois la capacité et la volonté de concevoir et de mettre en oeuvre elles-mêmes la distribution du traitement par l'ivermectine. Le TDR collabore avec le Programme d'action OMS pour les médicaments essentiels en ce qui concerne la distribution de l'ivermectine du port d'entrée à la périphérie.
- L'expérience acquise dans les domaines de la lèpre et de l'onchocercose a montré qu'il fallait innover sans cesse dans la simplification des approches de la lutte contre la maladie et que les efforts les meilleurs pour éliminer la maladie pouvaient être compromis par l'introduction du paiement par l'utilisateur.

- On a mis au point plusieurs trains de mesures pour faciliter une approche globale ("Guide de bonne santé des femmes", initiative pour la prise en charge de l'enfant malade, initiative pour les écoliers en bonne santé). L'évaluation d'un manuel intitulé "Health Workers for Change" a montré qu'après une formation, la plupart des aspects de la relation agent de santé/patient s'améliorait et que le temps passé au dispensaire diminuait de 25 %, d'où une meilleure qualité pour un coût moindre.

Le Dr Godal a rendu hommage aux **membres du personnel** qui étaient sur le point de quitter le Programme : le Dr J. Cattani, Administrateur du Groupe spécial pour la recherche opérationnelle sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le Dr C. Ginger, Administrateur du Comité d'orientation pour les macrofilaricides et le Dr C. Vlassoff, Administrateur du Groupe spécial sur les femmes et les maladies tropicales et Administrateur de programme du TDR.

FIGURE A.2

Structure du TDR 1998-1999



Sigles :

IMMYC - Immunologie des maladies mycobactériennes

RCS - Renforcement du potentiel de recherche

THEMYC - Chimiothérapie des maladies mycobactériennes

Evolution du TDR

Le Dr Godal a rendu compte de l'évolution du Programme depuis sa réorganisation en 1994, année où le TDR a cessé de travailler maladie par maladie pour passer à une nouvelle structure globale comprenant recherche stratégique, recherche et développement des produits, recherche appliquée de terrain et renforcement du potentiel de recherche. D'autres changements sont prévus pour 1998-1999 (Figure A.2).

- La composante Recherche et développement des produits comprendrait deux comités d'orientation, l'un pour la découverte de médicaments et l'autre pour la découverte de vaccins, ainsi que de petites équipes de développement des produits qui s'occuperaient chacune d'un projet de développement.
- Comme discuté au JCB(19) en 1996, il y aura une réduction du nombre de groupes spéciaux pour la recherche appliquée de terrain (qui passera de 11 à 7).
- Il faudra renforcer la liaison entre le développement des capacités et la recherche stratégique, de même qu'entre la recherche stratégique et la recherche et le développement des produits; en ce qui concerne le programme de travail de l'"après-génome", le TDR se propose d'exploiter l'information sur le génome pour la découverte de médicaments et de vaccins.
- Il faudra également renforcer la liaison entre la recherche et le développement des produits et la recherche appliquée de terrain; la généralisation de l'emploi d'associations d'antipaludiques dans le système de santé et le conditionnement des médicaments au niveau périphérique offriront de nouvelles possibilités de chimiothérapie antipaludique associée tout en freinant le développement de la pharmacorésistance.

Evolution de l'environnement

Finalement, le Dr Godal a évoqué l'évolution de l'environnement général et son impact sur le TDR. Beaucoup de choses ont changé depuis la création du TDR il y a une vingtaine d'années. Le Dr Godal a tout d'abord parlé de l'avenir des systèmes de soins de santé et du passage éventuel des soins tertiaires coûteux de l'ère industrielle aux réseaux peu coûteux d'auto-prise en charge et d'auto-assistance de l'ère nouvelle de l'information, ce que facilitera l'amélioration des systèmes de communication, notamment Internet. Les systèmes de soins de santé du Sud ont dans une large mesure continué à privilégier l'auto-prise en charge par les structures familiales et les réseaux d'auto-assistance et c'est un système qu'il faut préserver et renforcer.

Le Dr Godal a ensuite évoqué l'intérêt suscité récemment pour les maladies tropicales, notamment le paludisme - ce qui ne s'était jamais vu depuis les débuts du Programme en 1976. Plusieurs faits y ont contribué, notamment l'audit du Wellcome Trust sur les activités internationales de recherche sur le paludisme, le rapport du Comité *Ad hoc* sur la recherche en santé portant sur les options d'interventions futures, l'initiative sur le paludisme en Afrique examinée lors de la conférence internationale de Dakar, en janvier 1997 et à laquelle sont associés les National Institutes of Health, l'initiative de l'OMS et de la Banque mondiale en faveur de l'Afrique, l'éventuelle initiative du secteur privé pour la découverte et le développement d'antipaludiques et, bien sûr, l'évolution technologique.

Tout cela survient au moment même où le Comité examinateur extérieur entame les troisièmes examens et évaluations extérieurs du TDR. De l'avis du Dr Godal, le rapport du Comité devrait susciter en 1998 au JCB un débat fondamental et crucial sur la conception future du TDR dans un environnement en pleine mutation, pour assurer que ses activités travaillent de façon optimale en faveur des victimes de maladies tropicales.

2. RESUME DE L'EXPOSE DU DR C. M. MOREL, PRESIDENT DU STAC

Le Dr Morel a jugé extrêmement productive la dix-neuvième réunion du Comité consultatif scientifique et technique (STAC), tenue en mars 1997. En tant que Président du STAC, il a assisté à la réunion du Groupe consultatif technique (TAG) de la Division OMS de la lutte contre les maladies tropicales qui a eu lieu immédiatement avant la réunion du STAC, tandis que le Président du TAG a assisté à la dix-neuvième session du STAC.

Le Dr Morel a résumé les principales recommandations formulées par le STAC à la suite de l'examen des composantes du Programme.

Recherche stratégique

- Il faudrait maintenir les financements au moins aux niveaux actuels.
- Aucune modification ne devrait être apportée à la répartition des appuis, aux priorités ou aux orientations des sous-composantes Génome parasitaire, Pathogenèse et Entomologie moléculaire.
- Il faudrait donner la priorité aux projets comportant un élément de réelle collaboration Nord-Sud.
- Il faudrait diffuser plus largement l'information sur les activités du Programme, particulièrement en Afrique francophone et au Moyen-Orient.
- L'appui du renforcement du potentiel de recherche à la recherche stratégique devrait être maintenu et, si possible, renforcé.
- Il faudrait mettre en place des mécanismes pour relier les résultats de la recherche stratégique à la recherche et au développement des produits

Recherche et développement des produits

- Il faudrait maintenir et même, si possible, accroître les financements car il est absolument nécessaire de trouver de nouveaux médicaments et vaccins contre les maladies tropicales auxquelles l'industrie s'intéresse peu : le TDR est un acteur essentiel dans ce domaine.
- Il faudrait maintenir l'apport nécessaire à la recherche en vue de la découverte de nouveaux composés pour amener ceux-ci dans la filière.
- Il ne faut pas modifier les priorités actuelles : le paludisme doit rester au tout premier rang mais il ne faut pas pour autant négliger le développement de produits contre d'autres maladies, comme la trypanosomiase africaine, où l'apport du TDR est indispensable et qui risqueraient sinon de se transformer en maladies orphelines.
- Dans le domaine de la trypanosomiase africaine, il faut poursuivre la mise au point de médicaments, vu la recrudescence des épidémies, et poursuivre les recherches pour faire baisser le prix de l'éflornithine.
- Les mécanismes de mise en oeuvre des activités de recherche et de développement des produits sont satisfaisants mais il faudrait développer davantage les interactions avec le secteur privé, utiliser de façon optimale les compétences existantes et renforcer le transfert de technologie vers les pays d'endémie en développement.

- Il faudrait mettre en place d'ici la fin de l'exercice 1998-1999 un mécanisme pour annoncer publiquement la nécessité de trouver des centres de recherche en vue de la découverte de produits pour :
 - améliorer les capacités existantes et accélérer le processus de découverte;
 - encourager l'intégration des centres de criblage pour plusieurs maladies;
 - inclure des institutions du Sud dans les activités de criblage
- Le TDR devrait tirer le meilleur parti possible de son avantage comparé dans la conduite des essais cliniques.
- S'agissant de la **réorganisation** de cette composante :
 - l'intégration de la recherche en vue de la découverte de médicaments pour des parasites proches s'est avérée rentable et a encouragé l'intégration des moyens de criblage mais il faudrait rationaliser les structures au lieu de les superposer;
 - la réorganisation des comités d'orientation, qui ne seront plus que deux (découverte de médicaments et découverte de vaccins), entraînera des réductions de coût mais il faut s'efforcer de trouver les compétences voulues dans les domaines concernés;
 - la réduction proposée du nombre de produits étudiés à un moment donné, qui devraient passer à une quinzaine, ne devrait se faire que lorsque des critères précis auront été soumis pour examen au STAC;
 - il faut maintenir un équilibre approprié entre les crédits alloués aux médicaments et ceux qui le sont aux vaccins;
 - les deux comités d'orientation devraient faire appel à d'autres experts si nécessaire;
 - malgré les risques de conflit d'intérêt, il faudrait intégrer le secteur privé suffisamment tôt dans la filière pour être sûr qu'il y ait un fabricant au cas où un produit serait homologué.

Recherche appliquée de terrain

- Les principales réalisations concernent les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la recherche opérationnelle sur l'onchocercose ainsi que les femmes et les maladies tropicales.
- Le principe de groupes spéciaux à durée limitée s'est avéré excellent.
- Les résultats des travaux des groupes spéciaux doivent se traduire en politiques et pratiques axées sur la lutte contre la maladie : pour ce faire, les plans doivent être formulés très tôt, les partenaires de la mise en oeuvre doivent être recensés au début du processus et les résultats doivent être diffusés aux organismes bailleurs de fonds, aux décideurs, à la communauté des chercheurs et aux partenaires de l'OMS, particulièrement ceux qui travaillent à la lutte contre les maladies.
- Le Comité d'orientation sur la recherche appliquée de terrain doit s'attaquer à des questions interdisciplinaires et prioritaires telles que les projets randomisés à large échelle de faisabilité et de démonstration, le renforcement du potentiel de recherche, les problèmes environnementaux et les problèmes sexospécifiques.
- Les projets de recherche entrepris à l'initiative de chercheurs doivent se poursuivre et le TDR doit mettre en place de nouveaux mécanismes pour solliciter et promouvoir de meilleures propositions de la part des chercheurs de pays en développement.

Renforcement du potentiel de recherche (cible à long terme)

- Les trois grandes réalisations des deux dernières années sont les suivantes :
 - l'utilisation de plus de ressources du Sud - davantage de formation régionale, renforcement de la collaboration Sud-Sud et accroissement du nombre d'institutions de pays d'endémie sélectionnées;
 - l'élaboration de nouvelles stratégies pour faciliter l'intégration des activités de renforcement du potentiel de recherche et de recherche et développement;
 - le partage du coût des activités avec certains pays en développement avancés.
- Les principaux problèmes ou contraintes rencontrés ont été le manque de ressources humaines dans les régions d'endémie, notamment dans les pays les moins avancés, et les difficultés à repérer les meilleurs chercheurs.
- Les principales priorités pour le prochain exercice biennal devaient être liées à la charge de morbidité, privilégier les pays les moins avancés et intégrer le renforcement du potentiel de recherche dans les autres secteurs du TDR - recherche stratégique, recherche et développement des produits et recherche appliquée de terrain.
- L'aspect renforcement du potentiel de recherche de chaque projet de recherche et de développement doit servir d'instrument permettant de mesurer les résultats dans tous les secteurs du Programme.
- Les activités de recherche appliquée de terrain offrent d'excellentes occasions de renforcer le potentiel de recherche, particulièrement dans les pays les moins avancés.
- Les composantes Recherche stratégique et Recherche et développement des produits devraient recenser les besoins et les lacunes auxquels devra s'attaquer le Renforcement du potentiel de recherche.
- L'action, l'impact et l'apport financier du renforcement du potentiel de recherche devraient être plus visibles dans les différents secteurs du TDR.
- L'appui au renforcement institutionnel devrait se maintenir au niveau actuel (30 % du budget du renforcement du potentiel de recherche) et il faut accorder l'importance voulue aux liaisons Sud-Sud, sans pour autant exclure les institutions du Nord.
- Il faudrait encourager les entreprises privées des pays d'endémie en développement à participer plus activement à la recherche et au développement des produits et à procurer des ressources.
- Il faudrait associer plus étroitement les centres collaborateurs OMS aux activités du TDR (résolution WHA50.2 de l'Assemblée mondiale de la Santé).
- Il faudrait utiliser les budgets de pays de l'OMS pour appuyer la formation de chercheurs.
- Le TDR devrait commencer à envisager la possibilité d'infléchir les programmes d'enseignement médical dans les pays en développement pour encourager le renforcement du potentiel de recherche et l'enseignement fondé sur la solution des problèmes.

Observations générales et recommandations

- Le rôle catalytique et l'effet multiplicateur des fonds du TDR se font sentir dans tous les secteurs du Programme.
- Il semble que le TDR coiffe un ensemble de compétences scientifiques, de fixation des priorités solides et d'affectation de ressources aux domaines et projets financés, ce qui attire des fonds supplémentaires en faveur des institutions et des chercheurs principaux.
- Les ressources humaines et l'infrastructure mises en place dans les pays d'endémie en développement à la suite des 21 années d'activité du TDR se sont avérées essentielles au succès d'initiatives complexes telles que les projets randomisés à grande échelle de faisabilité et de démonstration, impensables il y a quelques années : le Directeur du TDR est donc encouragé à rechercher un financement à usage déterminé (par exemple, auprès de sources bilatérales) pour ces projets.
- Alors même que l'expérience, les réalisations et la crédibilité internationale du TDR se renforcent, il n'y a pas de corrélation dans l'amélioration parallèle de sa situation financière : il y a en fait un décalage entre ce qu'a accompli le Programme et son image dans le monde compte tenu de ses antécédents d'appui à la recherche et à la formation concernant les maladies tropicales.
- Pour mieux faire valoir son action, l'unité Communication du TDR doit jouer un rôle plus diversifié et plus dynamique.
- Toute autre réduction du budget du TDR ne saurait être compensée par des mesures d'économies à court terme, et certains programmes et activités devront cesser.

Considérations finales

A sa dix-neuvième session, le STAC a rendu hommage au TDR pour ses réalisations incontestables, notamment la mise en place de ressources humaines et d'une infrastructure dans les pays d'endémie en développement, le caractère exceptionnel et l'avantage comparé de ses activités de recherche et développement et son rôle catalytique indéniable dans le développement de nouveaux secteurs et la multiplication des investissements dans la recherche; enfin, il a approuvé la nouvelle structure d'organisation souple du TDR. Le Programme est désormais prêt à aborder le XXI^e siècle; il y aura certes des défis à relever, mais aussi de nombreuses chances exceptionnelles, compte tenu notamment de l'amélioration des systèmes de communication pour le transfert de l'information, notamment vers le monde en développement. Le TDR, avec sa nouvelle structure et sa répartition équilibrée des activités de recherche et développement et des activités de renforcement du potentiel de recherche, est prêt à mettre pleinement son potentiel, encore largement inexploité, au service de l'amélioration de la santé des pauvres.

Pour conclure, le Dr Morel a cité un extrait de la préface du *Rapport mondial sur la Science 1996* de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, où le Directeur général, M. Federico Mayor, déclare en substance : "Pourtant, et c'est paradoxal, alors même que l'idée de la science en tant que moteur du progrès économique et social fait la quasi-unanimité dans le monde, force est de constater, malheureusement, que le partage des connaissances demeure extrêmement inégal et que la volonté politique de promouvoir la science continue de faire défaut dans bien des régions". Le Dr Morel a invité le TDR à réfléchir et à agir pour concrétiser dans le monde entier la volonté politique de promouvoir la science.

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

ANNEXE 4

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Genève, 23 juin et matin du 24 juin 1997

COMPOSITION DU COMITE CONSULTATIF SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE (STAC)
(au 1er janvier 1998)

<u>Nom et titre</u>	<u>Durée du mandat</u>
RECHERCHE STRATEGIQUE	
MARCHAL, Dr C., Directeur de Recherche à l'INSERM, Chef du Bureau d'Appui aux Projets, Sous-Direction de la Santé et du Développement social, Secrétariat d'Etat à la Coopération, Paris, <u>FRANCE</u>	1996-2001
MENDIS, Professeur Kamini N., Professeur de Parasitologie, Faculté de Médecine, Université de Colombo, <u>SRI LANKA</u>	1996-2000
MOREL, Dr C. M., Chercheur principal, Département de Biochimie et de Biologie moléculaire, et Ancien Président, Fondation Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, <u>BRESIL</u>	1992-2001
PUIJALON, Dr Odile S. M., Chef, Immunologie moléculaire des Parasites, Institut Pasteur, Paris, <u>FRANCE</u>	1996-2001
TAKAKU, Professeur F., Président, Ecole de Médecine Jichi, Minami-Kawachi-Machi, Kawachi-Gun, Tochigi, <u>JAPON</u>	1998-2000
WEATHERALL, Professeur Sir David J., Professeur titulaire de la Chaire <i>Regius</i> de Médecine, Institut de Médecine moléculaire de l'Université d'Oxford, Hôpital John Radcliffe, <u>ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD</u>	1996-1998
RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT DES PRODUITS	
HANSEN, Professeur Ebba H., Professeur du Département de Pharmacie sociale, Ecole royale danoise de Pharmacie, Copenhague, <u>DANEMARK</u>	1996-2001
JEGATHESAN, Dato' Dr M., Directeur général adjoint de la Santé (Recherche et Appui technique), Ministère de la Santé, Kuala Lumpur, <u>MALAISIE</u>	1996-2001
MITCHELL, Professeur G. F., Directeur, FOURSIGHT Associates Pty Ltd., Melbourne, <u>AUSTRALIE</u>	1998-2000

COMPOSITION DU STAC AU 1ER JANVIER 1998 (suite)

<u>Nom et titre</u>	<u>Durée du mandat</u>
RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT DES PRODUITS (suite)	
MONCADA, Professeur S., Directeur, The Cruciform Project for Strategic Medical Research, University College London, <u>ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD</u>	1998-2000
PETO, Professeur R., Professeur (Imperial Cancer Research Fund - ICRF) de Statistiques médicales et d'Epidémiologie, Service des Essais cliniques et Service des Etudes ICRF en Cancérologie, Radcliffe Infirmary, Nuffield Department of Clinical Medicine, Université d'Oxford, <u>ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD</u>	1996-2001
RECHERCHE APPLIQUEE DE TERRAIN	
ABIOSE, Professeur Adenike O., Directeur médical, Centre national d'Ophtalmologie, Institut national d'Ophtalmologie, Kaduna, <u>NIGERIA</u>	1994-1999
ASAMOA-BAAH, Dr A., Directeur de la Division des Politiques, de la Planification, de la Surveillance et de l'Evaluation, Ministère de la Santé, Accra, <u>GHANA</u>	1994-1999
DIESFELD, Professeur H. J., Ancien Professeur et Directeur médical, Département d'Hygiène tropicale et de Santé publique, Hôpital universitaire, Université d'Heidelberg, <u>ALLEMAGNE</u>	1996-2000
EIDE, Professeur Ingrid, Conseiller spécial, Ministère des Affaires culturelles (relations avec l'UNESCO), Oslo, et Conseiller, Département des Relations internationales, Université d'Oslo, <u>NORVEGE</u>	1995-2000
KENGEYA-KAYONDO, Dr Jane-Frances, Spécialiste scientifique internationale, Conseil de la Recherche médicale, Programme de Recherche sur le SIDA en Ouganda, Entebbe, <u>OUGANDA</u>	1998-2000
LAW, Dr Maureen, Ancienne Directrice générale, Division des Sciences de la Santé, Centre de Recherches pour le Développement international, Ottawa, <u>CANADA</u>	1996-1998
SINGER, Professeur B. H., Professeur de Démographie et d'Affaires publiques, Bureau de Recherches démographiques, Université de Princeton, Princeton, New Jersey, <u>ETATS-UNIS D'AMERIQUE</u>	1996-1998
TANGCHAROENSATHIEN, Dr Viroj, Chercheur, Institut de Recherche sur les Systèmes de Santé, Ministère de la Santé publique, Nonthaburi, <u>THAÏLANDE</u>	1998-2000

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

ANNEXE 5

VINGTIEME SESSION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Genève, 23 juin et matin du 24 juin 1997

COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION
(au 1er janvier 1998)

Liste des mandats

Allemagne	au 31 décembre 1998
Australie	au 31 décembre 1999
Bélarus	au 31 décembre 2000
Bénin	au 31 décembre 1998
Botswana	au 31 décembre 2000
Brésil	au 31 décembre 2000
Canada	au 31 décembre 1998
Chine	au 31 décembre 1998
Danemark	au 31 décembre 1998
Emirats arabes unis	au 31 décembre 2000
Etats-Unis d'Amérique	au 31 décembre 1999
France	au 31 décembre 2000
Hongrie	au 31 décembre 1998
Inde	au 31 décembre 2000
Iran (République islamique d')	au 31 décembre 1998
Japon	au 31 décembre 2000
Luxembourg	au 31 décembre 2000
Malaisie	au 31 décembre 1998
Mexique	au 31 décembre 1998
Norvège	au 31 décembre 2000
Pays-Bas	au 31 décembre 1999
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	au 31 décembre 2000
Singapour	au 31 décembre 2000
Sri Lanka	au 31 décembre 1998
Suède	au 31 décembre 1998
Suisse	au 31 décembre 1999
Thaïlande	au 31 décembre 1999

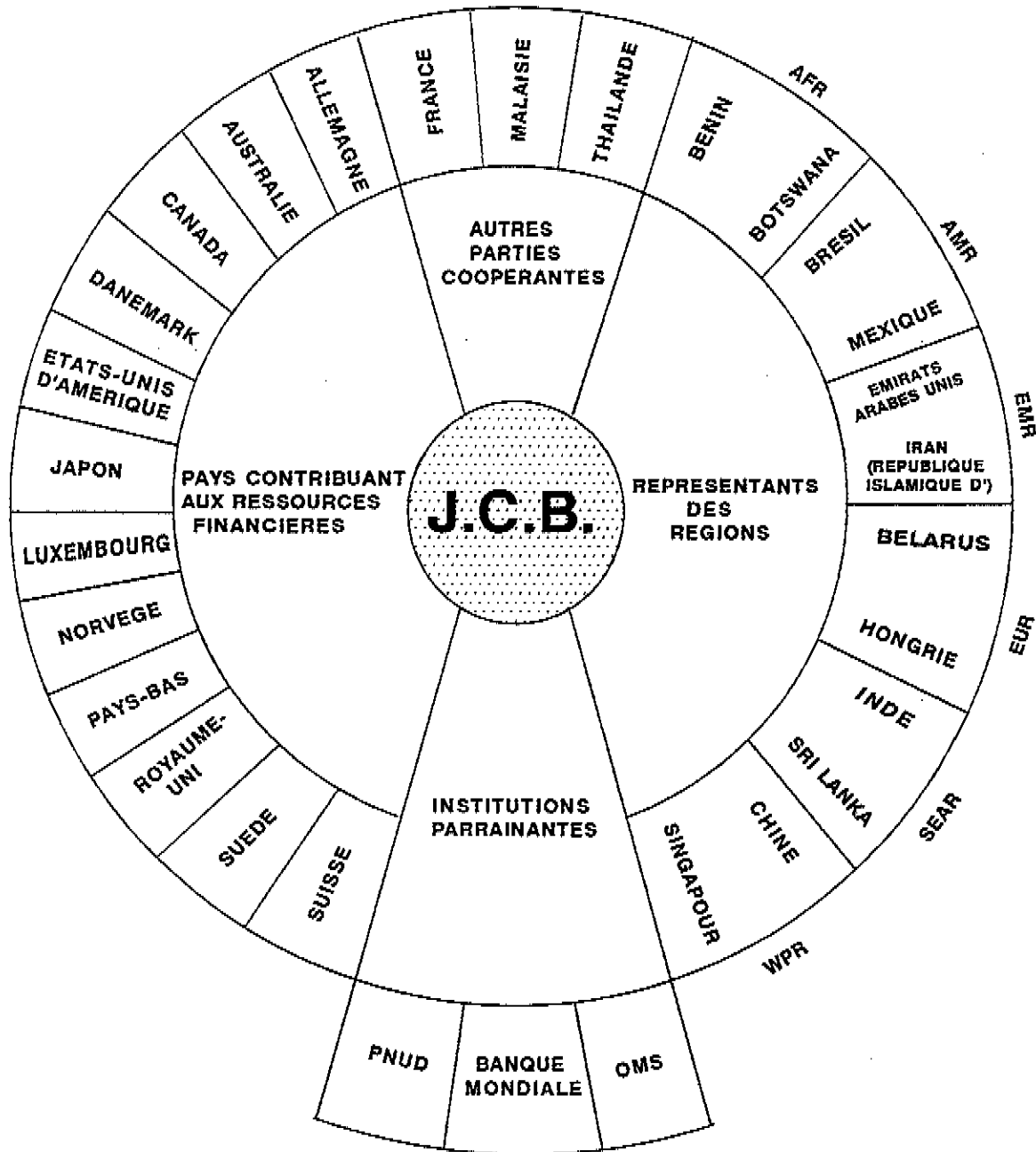
Banque mondiale

Organisation mondiale de la Santé

Programme des Nations Unies pour le Développement

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

**Composition du Conseil conjoint de Coordination (JCB)
(au 1er janvier 1998)**



COMITE PERMANENT

= = =