

COMITE CONJOINT DU PROGRAMME

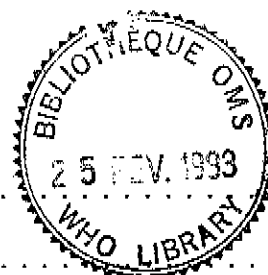
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Treizième session, Genève, Suisse8 - 11 décembre 1992

RAPPORT

TABLE DES MATIERES

	Page
1. OUVERTURE DE LA SESSION	1
2. ELECTION DU BUREAU	1
3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR	2
4. ADOPTION DU RAPPORT DE LA DOUZIEME SESSION DU COMITE CONJOINT DU PROGRAMME	2
5. OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES	2
6. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1992	2
RAPPORT D'ACTIVITE DU PROJET DE CHIMIOThERAPIE DE L'ONCHOCERCOSE/MACROFIL	
RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS	
7. DEVOLUTION - RAPPORTS DE L'OCP, DE L'OMS (SIEGE ET BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE) ET DES PAYS PARTICIPANTS	8
8. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES	11
9. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1993 ET SON APPROBATION	11
10. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE ..	12
11. DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE	12
12. QUESTIONS DIVERSES	13
13. DATE ET LIEU DE LA QUATORZIEME SESSION	13
14. CLOTURE DE LA TREIZIEME SESSION	13
CONCLUSIONS ET DECISIONS	14



ANNEXE I	-	DECLARATION D'OUVERTURE FAITE AU NOM DU DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS PAR LE DR R. H. HENDERSON, SOUS- DIRECTEUR GENERAL	15
ANNEXE II	-	ORDRE DU JOUR	18
ANNEXE III	-	LISTE DES PARTICIPANTS	19
ANNEXE IV	-	ANNONCE DE CONTRIBUTIONS POUR LA PHASE IV	27

1. OUVERTURE DE LA SESSION : Point 1 de l'ordre du jour

1.1 La treizième session du Comité conjoint (CCP) du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) s'est tenue au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à Genève (Suisse), du 8 au 11 décembre 1992. La liste des participants est jointe au présent rapport (annexe III).

1.2 La session a été ouverte par le Dr Ihsan A. Badr, Directeur médical Adjoint, King Khaled Eye Specialist Hospital, Riyad, Royaume de l'Arabie Saoudite, au nom du Président de la douzième session du CCP, qui a transmis les meilleurs voeux de son pays à cette session du Comité conjoint du Programme et s'est dit heureux que le Programme ait permis aux populations concernées de surmonter le fléau de la cécité. Par ailleurs, il a souligné l'importance d'une dévolution réussie comme le but final de l'OCP.

1.3 Dans le message qu'il a adressé au Comité par le truchement du Dr R. H. Henderson, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a souligné les aspects du Programme et des opérations qui avaient été, selon lui, déterminants dans le succès de l'OCP. Il a assuré le Programme de l'appui continu de l'OMS et exprimé sa gratitude aux divers membres de la famille OCP. Le texte de ce message est reproduit en annexe (annexe I).

1.4 Au nom du Dr G.L. Monekosso, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr D. Barakamfitye, Directeur du Programme de Lutte contre les maladies transmissibles, a dit qu'AFRO manifeste un vif intérêt au processus de la dévolution démontré par l'étroite collaboration établie avec les Pays participants et le personnel de l'OCP concerné. Les demandes du CCP d'intensifier une telle collaboration ont été entièrement satisfaites et AFRO tient maintenant à assurer que l'expérience gestionnaire et les ressources de l'OCP seront pleinement utilisées dans le développement de programmes de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies.

1.5 Le Directeur du Programme, le Dr Ebrahim M. Samba, était heureux d'informer le Comité que les douze derniers mois ont été la meilleure période de la vie de l'OCP. Il a souligné les résultats excellents obtenus par les efforts conjugués de la lutte antivectorielle et de la distribution de l'ivermectine et a exprimé sa satisfaction du fait que le processus de la dévolution est maintenant opérationnel dans l'aire initiale du Programme et qu'il a déjà débuté dans les zones d'extension. Enfin, le Dr Samba a remercié les Pays participants et les Donateurs de leur appui soutenu et d'avoir donné au personnel de l'OCP cette occasion de servir dans une si noble entreprise.

2. ELECTION DU BUREAU : Point 2 de l'ordre du jour

2.1 M. Henri-Philippe Cart, Vice-Directeur, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire (DDA), Ministère des Affaires étrangères, Suisse, et M. Gaston Stronck, Secrétaire de Légation, Ministère des Affaires étrangères, Grand Duché de Luxembourg, ont été élus respectivement Président et Vice-Président du Comité.

2.2 Le Président a exprimé sa gratitude d'avoir été élu et a rappelé que l'OCP doit son succès à sa justesse scientifique, au bien-fondé de sa technique et de sa gestion ainsi qu'à l'appui constant des Donateurs, à l'étroite collaboration avec les Pays participants, et surtout à la participation prompte des communautés concernées. Le président a énuméré trois questions principales d'une importance capitale pour l'avenir: la dévolution, un repeuplement sans risques sur le plan environnemental dans les zones libérées de l'onchocercose et le transfert de l'expérience opérationnelle et des ressources de l'OCP à des programmes de santé publique plus vastes. Il a insisté sur le fait qu'avec la collaboration de tous, le Programme réussira.

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 3 de l'ordre du jour (document JPC13.1, révision 1)

3.1 L'ordre du jour a été adopté. (annexe II).

4. ADOPTION DU RAPPORT DE LA DOUZIEME SESSION DU COMITE CONJOINT DU PROGRAMME : Point 4 de l'ordre du jour (document JPC12-B)

4.1 Le rapport a été adopté sans commentaire.

5. OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES : Point 5 de l'ordre du jour.

5.1 En passant en revue les opérations du Programme depuis la session de 1991 du CCP, le Président du Comité des Agences parrainantes (CAP), M. Bruce Benton de la Banque mondiale, a noté le progrès soutenu réalisé dans les domaines de la lutte antivectorielle et du traitement à l'ivermectine. Il a souligné qu'il est important que la direction de l'OCP observe strictement des principes gestionnaires rentables. A cet égard, il s'est référé à l'octroi au Directeur du Programme du Prix Balzan Suisse-Italien pour la médecine préventive et du Prix du Projet contre la Faim pour le leadership africain, tous deux en reconnaissance de sa remarquable compétence en leadership, en gestion et en science.

5.2 Le CAP a été particulièrement encouragé par les progrès réalisés dans le domaine de la dévolution et les efforts considérables déployés par l'OCP en vue de soutenir les Pays participants dans le renforcement de leurs services de santé publique pour faire face à la détection précoce et maîtriser les cas éventuels de recrudescence de l'onchocercose. Le Comité a souligné combien il est important de continuer à soutenir la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain comme moyen ultime de lutte contre la recrudescence. La Banque mondiale finance la mise en oeuvre du plan de la dévolution du Burkina Faso et s'est dite prête à considérer le financement d'autres plans de dévolution par le biais de projets de santé appuyés par la Banque.

5.3 Tout en reconnaissant les progrès considérables réalisés, et afin d'assurer le succès final du Programme, le Comité a mis en garde contre l'autosatisfaction et encouragé tous les partenaires de l'OCP à maintenir leur appui à tous les aspects des opérations du Programme.

5.4 Concernant l'appui au développement socio-économique dans les zones libérées de l'onchocercose, le CAP se prépare pour la conférence ministérielle sur la politique d'appui à l'occupation des terres qui aura lieu en 1993 et a soumis à cette session du CCP une proposition de projet pilote d'évaluation de l'impact environnemental dans l'aire de l'OCP.

5.5 Le Président du CAP a exprimé sa reconnaissance pour l'appui indéfectible au Programme matérialisé par la signature de l'Accord relatif au Fonds pour l'Onchocercose pour la quatrième Phase financière, assurant ainsi 90% du financement nécessaire aux opérations de l'OCP durant la période de 1992-1997.

6. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1992 : Point 6 de l'ordre du jour (document JPC13.2)

RAPPORT D'ACTIVITE DU PROJET DE CHIMIOETHERAPIE DE L'ONCHOCERCOSE/MACROFIL : Point 7 de l'ordre du jour (document JPC13.5)

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS : Point 8 de l'ordre du jour (document JPC13.3)

Lutte antivectorielle

6.1 Pendant la période considérée, l'épandage aérien des larvicides selon un système de rotation maintenant bien établi s'est montré efficace et il n'y a plus nulle part de problème de résistance dans les zones couvertes par la lutte antivectorielle. La réinvasion, elle aussi, a été maîtrisée depuis l'extension du traitement en Guinée et dans le nord de la Sierra Leone. La précision grandissante avec laquelle sont menées les opérations aériennes a permis de faire davantage d'économies.

6.2 La lutte antivectorielle a cessé dans 80 % de l'aire initiale du Programme et le réseau de surveillance entomologique a été réduit en conséquence. Les enquêtes entomologiques poursuivies pendant deux ans après la fin du traitement larvicide, quel que soit l'endroit, ont confirmé que la reprise de la transmission était très improbable (0,33 à 0,73 femelles infectieuses seulement pour 1000 simulies pares, le seuil d'infectivité tolérable étant d'une mouche femelle infectieuse pour 1000 pares; avant les opérations de lutte antivectorielle, le taux était de 100 femelles infectieuses pour 1000 pares).

6.3 Les résultats des traitements aériens de larvicides ont été très satisfaisants. Seuls 5% des points de capture ont montré des potentiels annuels de transmission (PAT) supérieurs à 100 (seuil de tolérabilité), confirmant ainsi que la transmission résiduelle par les espèces sylvicoles de simulies est négligeable.

6.4 La récente mise en place par l'OCP d'un laboratoire de sondes à ADN à Bouaké a permis au Programme de séparer, chez les simulies, les parasites responsables de l'onchocercose humaine de ceux provoquant l'onchocercose animale. Ce nouveau développement a déjà permis, dans le cadre de la lutte antivectorielle, de se concentrer davantage sur les espèces cibles et de laisser de côté les régions où la transmission est limitée au parasite responsable de l'onchocercose animale.

6.5 La distribution à grande échelle de l'ivermectine effectuée en même temps que le traitement larvicide a abouti à une réduction plus rapide de la transmission que lorsque seule la lutte antivectorielle était entreprise, comme par le passé. Ainsi, dans la zone d'extension ouest, deux ans de traitement combiné se sont traduits par une réduction du potentiel annuel de transmission identique à celle obtenue dans l'aire initiale du Programme après huit ans de traitements larvicides uniquement.

6.6 L'analyse de la surveillance écologique des rivières soumises à un traitement larvicide pendant 15 ans, n'a montré aucun effet, si ce n'est insignifiant, sur les populations de poissons. Une réduction de densité a été observée parmi les populations d'invertébrés, mais ni la composition ni la structure de ces populations ne s'est fondamentalement modifiée.

6.7 Le Président du CCE, le Professeur D.H. Molyneux, a déclaré que le Comité approuve la stratégie et les opérations de lutte antivectorielle de l'OCP qui se sont poursuivies avec succès durant la période considérée. Il a souligné la nécessité de renforcer les recherches dans le domaine des larvicides surtout en vue de remplacer les organophosphorés en cas de développement éventuel d'une résistance à ceux actuellement disponibles. Concernant les résultats dans la zone d'extension ouest indiquant que la combinaison des traitements larvicides et du traitement à l'ivermectine durant une période de deux ans a abouti à des réductions des niveaux de l'infection identiques chez les mouches à celles obtenues par les traitements larvicides uniquement dans l'aire initiale du Programme en huit ans, le Président a demandé à ce qu'une évaluation à plus long terme de ces résultats dans d'autres zones de l'aire du Programme soit faite. Le Comité a également approuvé la stratégie de l'OCP dans le sud de la Sierra Leone où la distribution à grande échelle de l'ivermectine a été instaurée comme seul moyen de lutte.

6.8 Le Professeur D. Calamari, Président du Groupe écologique, a présenté son rapport en soulignant l'importance de l'application du schéma OCP de rotation des larvicides dans la lutte antivectorielle. Au cours de l'année il y a eu une utilisation accrue du pyraclofos et un emploi limité de la perméthrine et du carbosulfan. En analysant les données relatives à la surveillance, le Groupe écologique n'a trouvé aucune preuve d'un impact des traitements larvicides effectués par l'OCP sur la faune aquatique. Une évaluation plus poussée de données plus anciennes a abouti aux mêmes résultats. Le Professeur Calamari a loué la haute qualité des équipes d'hydrobiologie. Enfin, il a fait référence à la proposition d'un projet pilote sur l'impact environnemental du repeuplement des zones libérées de l'onchocercose.

6.9 Le Comité conjoint du Programme a exprimé sa satisfaction totale au sujet des opérations de lutte antivectorielle du Programme.

6.10 Lors des discussions qui ont suivi, il a été précisé que les affluents du Niger dans le nord du Bénin sont régulièrement traités aux larvicides en saison des pluies. En saison sèche les populations villageoises du bassin fluvial de la Sota sont traitées à l'ivermectine. Pour l'ensemble des bassins concernés la situation entomologique est actuellement satisfaisante.

Activités épidémiologiques et distribution d'ivermectine

6.11 Il a été procédé à des enquêtes épidémiologiques dans 120 villages à travers toute l'aire du Programme, afin de s'assurer de l'impact épidémiologique de la lutte antivectorielle et d'aider à la prise de décision en ce qui concerne la cessation des opérations larvicides. A quelques exceptions près, on a constaté que les traitements larvicides ont donné des résultats très satisfaisants (prévalence inférieure à 3 %, contre 80 % avant le début de la lutte antivectorielle, et une CMFC¹ (intensité de l'infection) inférieure à 0,1 microfilaire par biopsie cutanée contre 80 mf/biopsie avant le début des opérations de l'OCP).

6.12 Au total, 24 villages situés dans des bassins fluviaux qui ont été soumis au traitement larvicide pendant 14 ans ou plus, ont fait l'objet d'une étude afin de savoir si la cessation du traitement larvicide serait envisageable. Dans la plupart des villages, les tendances de la prévalence et la CMFC suivent de près les prévisions informatiques permettant l'arrêt de la lutte antivectorielle, tandis qu'en d'autres endroits, les résultats n'ont pas rempli les critères fixés pour la cessation du traitement larvicide.

6.13 Dans la région d'Asubende, où le traitement larvicide s'est poursuivi pendant cinq ans simultanément avec la distribution à grande échelle de l'ivermectine, la CMFC est passée de 66 mf/biopsie avant traitement à 2 mf/biopsie, tandis que la charge microfilarienne oculaire tombait à 0,2 % du niveau prétraitement. La combinaison de traitement larvicide/ivermectine pourrait probablement expliquer la très faible CMFC. A Asubende, on a également constatée une régression significative des lésions du segment antérieur de l'oeil, et la stabilisation de celles du segment postérieur, tant au stade précoce qu'à un stade plus tardif.

6.14 Une étude spéciale a conclu que le traitement à l'ivermectine appliqué à l'ensemble de la communauté est indiqué dans les villages où la prévalence de l'onchocercose dépasse 30 %, dans la mesure où les manifestations oculaires de la maladie, pour une prévalence comprise entre 30 et 60 %, même si elles sont faibles, ne peuvent pas pour autant être considérées comme négligeables.

¹ Charge microfilarienne de la communauté (degré d'infection: moyenne géométrique du nombre de microfaires par biopsie cutanée chez les sujets âgés de 20 ans et plus, y compris les biopsies dans lesquelles ce nombre est zéro).

6.15 Pendant la période comprise entre septembre 1991 et août 1992 plus de 700.000 personnes ont été touchées par le vaste programme de traitement à l'ivermectine, le taux moyen de couverture ayant été de 70 %, tandis que 200.000 autres personnes ont été traitées dans des centres de santé fixes. L'autotraitement communautaire à l'ivermectine a permis d'obtenir un taux de couverture plus élevé que par d'autres moyens de distribution, et cela à un prix beaucoup moins élevé. Une deuxième révision du Manuel de procédure pour la distribution de l'ivermectine et la surveillance des effets secondaires a été publiée dans le cours de l'année.

6.16 En faisant des observations sur les activités de l'Unité épidémiologique (EPI), le Président du CCE a noté l'hésitation croissante des populations à se soumettre aux biopsies cutanées et a appuyé la politique d'EPI de limiter la biopsie cutanée au minimum, conformément aux préoccupations prioritaires de l'unité. Il a souligné l'importance de la recherche d'autres outils diagnostiques, tels qu'une épreuve immunodiagnostique applicable sur le terrain et des méthodes d'évaluation rapides. Il a encouragé les recherches opérationnelles en cours dans des domaines tels que l'évaluation rapide, l'autotraitement communautaire à l'ivermectine, l'effet du traitement à l'ivermectine administrée deux ou trois fois par an, la perception par les communautés de la maladie et de son traitement à l'ivermectine, tous des activités qui ont été recommandées par le CCE. Le Président a exprimé sa satisfaction de la collaboration avec TDR dans le domaine de la recherche appliquée.

6.17 Au cours des discussions, une question a été posée concernant le niveau de prévalence justifiant la distribution communautaire de l'ivermectine indiqué dans un cas à 30% alors qu'ailleurs un taux de cécité de 1% persistait à des prévalences inférieures à ce seuil. Il a été expliqué que le cas de communautés présentant une prévalence de 10%, et un taux de cécité de 1%, reflète une situation anormale où au moment de l'examen la sécheresse a provoqué une forte diminution de la prévalence d'infection, autrement plus élevée, et n'a pas affecté le taux de cécité. Il a été confirmé, à ce propos, que la distribution à grande échelle de l'ivermectine a été mise en place dans les communautés ayant une CMFC supérieure à 10. Dans le nord de la zone d'extension ouest, où il n'y a pas de traitement larvicide, la limite a été ramenée à une CMFC de 5.

6.18 Une autre question se rapporte à une conclusion d'une étude menée au Nigéria par TDR indiquant que le traitement à l'ivermectine confié aux chefs de famille est moins efficace que l'autotraitement communautaire ou la distribution à grande échelle. Il a été rapporté que les chefs de famille ont tendance à garder les comprimés et que les programmes de distribution soutenus par des agents de santé primaire qui ont reçu une formation appropriée donnent les meilleurs résultats. Il a aussi été proposé d'inclure le coût de la distribution de l'ivermectine dans les prestations de service de santé dans les pays où celles-ci sont légalement payantes. Toutefois, il a été signalé qu'en fournissant le médicament gratuitement, le fabricant s'est opposé à ce qu'il soit donné contre paiement, mais que la rémunération du service lui-même peut être envisagée.

6.19 Il a été précisé que la distribution à grande échelle de l'ivermectine a tendance à occulter la valeur diagnostique de la biopsie cutanée qui de toute façon est de moins en moins acceptée par les populations villageoises compte tenu également du risque de transmission du VIH. Par ailleurs, si l'on vient à disposer d'une épreuve immunodiagnostique, son utilisation nécessitera le prélèvement de sang et risque donc de se heurter à des problèmes similaires. L'examen oculaire est probablement la méthode d'évaluation la plus acceptable mais en même temps la plus chère. Compte tenu de ces problèmes et d'autres problèmes opérationnels, le Comité conjoint du Programme a décidé de demander au Directeur du Programme, en consultation avec le Président du Comité consultatif d'Experts, de mettre en place un groupe d'experts qui se penchera sur tous les aspects de l'évaluation épidémiologique pour faire des recommandations relatives au concept et à la stratégie de l'OCP dans ce domaine.

6.20 Concernant l'impact de la migration sur l'effet de la lutte par la distribution de l'ivermectine, il a été expliqué que le mouvement classique de populations du sud de la Côte d'Ivoire vers le nord ne pose pas de problème majeur puisque l'infection au sud est due essentiellement à la forme forestière non cécitante et que, de toute façon, le programme de distribution est maintenant étendu à certaines parties de cette zone. En outre, la migration de villages entiers n'a que peu d'importance épidémiologique car dans ce cas la distribution communautaire de l'ivermectine est facilement instaurée ou poursuivie. Toutefois, la migration saisonnière des pêcheurs pourrait créer des problèmes ponctuels et il faudra des efforts particuliers pour assurer la continuation de leur couverture par l'ivermectine.

6.21 En réponse à la question de savoir comment faire pour assurer l'acceptabilité du traitement à long terme par l'ivermectine, il a été souligné que les effets bénéfiques du médicament sont bien appréciés par les populations et que même après cinq ans de traitement le taux d'acceptabilité reste très satisfaisant. Le Programme suit étroitement l'évolution dans ce domaine.

6.22 L'objectif de la distribution de l'ivermectine au sein de l'OCP est de 2.1 millions de traitements par an et le Comité a été rassuré que le fabricant s'est engagé à mettre le médicament à disposition gratuitement tant que les personnes infectées auront besoin du traitement. Le Programme possède des fiches détaillées sur les traitements et collabore étroitement avec les ONG et services nationaux concernés dans ce domaine.

Services d'administration et d'appui

6.23 Le rapport d'activité de l'année 1992 se situe à la jonction des troisième et quatrième Phases financières (respectivement 1986-1991 et 1992-1997) et une brève rétrospective de la troisième Phase montre que certaines innovations réalisées durant cette phase sont toujours actuelles dans leurs effets. Ainsi, l'informatique qui occupe un espace toujours croissant dans la gestion a - parmi d'autres applications - considérablement aidé à maîtriser la situation financière difficile créée par le taux défavorable du dollar des Etats-Unis tout au long de l'année 1992.

6.24 En outre, les coûts croissants du personnel ont conduit à l'idée, dès la fin de la troisième Phase, de transformer le statut de 250 agents OMS/OCP en statut national, plus économique, sous forme de transfert de personnel aux gouvernements ou d'octroi de conditions nationales équivalentes. Une telle mesure va également dans le sens de la dévolution et de la nécessité d'unifier progressivement les conditions d'emploi du personnel à travers toute l'aire du Programme. Les mesures d'application débiteront le 1er janvier 1993.

6.25 Par ailleurs, des séminaires de gestion, lancés à l'occasion d'une crise financière, se poursuivent d'une phase à l'autre. L'accent est maintenant mis sur l'ensemble des notions de management appliquées aux problèmes spécifiques du Programme, particulièrement dans la zone d'extension ouest.

6.26 Enfin, il a été souligné qu'à deux reprises en 1992 l'accord préalable du Comité des Agences parrainantes a été obtenu pour des augmentations d'allocations supérieures à 10% en faveur de la dévolution et du projet de chimiothérapie de l'onchocercose. Ces allocations supplémentaires, rendues possibles par des transferts internes, n'ont pas entraîné d'augmentation du budget de 1992 tel qu'approuvé par le CCP.

6.27 Au sujet des fluctuations du taux de change du dollar des Etats-Unis et de la décision du CCP.12 de permettre des contributions à l'OCP en dollars des Etats-Unis et en francs français, il a été expliqué que deux Donateurs (la France et les Pays-Bas) ont choisi le franc français, ce qui a en effet aidé à compenser la baisse du taux de change du dollar des Etats-Unis. Ce compte sera transféré à l'OCP au début de l'an prochain.

6.28 En réponse à une question concernant le paiement par l'OCP d'indemnités forfaitaires au personnel national, le Comité a été informé que de tels paiements sont pratiqués depuis que les pays de l'extension ouest mettent du personnel à la disposition de l'OCP. Ces indemnités de motivation dont les montants dépendent de la nature du travail, du niveau de la responsabilité, etc. constituent 20-25% du barème national et seront appliquées également au personnel de l'aire initiale du Programme qui sera rémunéré selon le barème national.

6.29 A ce propos, la question d'uniformisation des indemnités forfaitaires accordées par les organisations et agences a été soulevée. Le Comité a été informé que de tels efforts ont été faits à travers les bureaux des Représentants résidents du PNUD mais sans beaucoup de succès jusqu'ici.

6.30 Une référence a été faite à la contradiction manifeste entre les démarches de l'OCP vers l'emploi national et le programme d'ajustement structurel encouragé par la Banque mondiale et la FMI. Le représentant de la Banque mondiale a expliqué que cet ajustement vise à combler, au niveau national, le fossé entre les dépenses et les ressources disponibles afin de pouvoir passer à la promotion d'une croissance véritable. Cependant, la Banque accorde une priorité à l'éducation et au développement sanitaire et prévoit le financement du personnel dans les plans de santé si cela est souhaité par les gouvernements.

Projet de chimiothérapie de l'onchocercose/Macrofil

6.31 Les données cliniques en provenance d'Afrique de l'Ouest et d'Amérique latine concernant l'amocarzine (CGP6140) sont actuellement analysées par le fabricant de ce produit. OCP procédera à des essais limités une fois le médicament agréé par les autorités de réglementation pharmaceutique de Suisse, sur la base de preuves documentées satisfaisantes de son innocuité et de son efficacité mises à la disposition du Programme. Le deuxième produit de Ciba-Geigy (CGP18041) a montré une bonne activité macrofilaricide lorsqu'il a été administré par voie intramusculaire, mais ne passera à la phase I des essais cliniques qu'à condition d'avoir donné des résultats précliniques satisfaisants. En ce qui concerne l'UMF 078, analogue de synthèse du benzimidazole mis au point à l'université de Michigan, l'OCT/Macrofil contactera une entreprise pharmaceutique afin de développer et fabriquer ce produit en collaboration, s'il satisfait aux tests précliniques et cliniques.

6.32 Il y a de plus en plus de produits à tester et Macrofil dispose déjà de suffisamment de laboratoires qui permettent de tester, à divers stades, l'efficacité des produits contre l'onchocercose et la filariose lymphatique.

6.33 A sa session de 1991, le CCP a exprimé son souhait de voir augmenter le budget de recherche de l'OCT, dont la part, dans le budget annuel de l'OCP, n'atteignait pas 7%. Par la suite, le Comité d'orientation du projet OCT/Macrofil a revu le budget de ce projet pour la quatrième Phase financière (1992-1997), dont le total est passé de US \$14 millions à US \$22 millions. Des efforts ont été faits pour financer l'augmentation de 1992 et 1993 par des économies réalisées sur d'autres activités du Programme, ce qui a permis de maintenir le budget total de l'OCP en dessous du plafond fixé pour ces deux années dans le plan d'opérations approuvé, mais, même si cela était possible, des solutions analogues pourraient être plus difficiles pour les quatre années restantes.

6.34 Le Dr Tore Godal, Directeur TDR, a exprimé sa satisfaction pour l'étroite collaboration entre son programme et l'OCP, notamment en ce qui concerne le projet Macrofil. Cette collaboration présente un intérêt également pour les pays ne faisant pas partie de l'OCP et le Programme sert souvent de terrain d'essai pour de nouveaux moyens diagnostiques et de nouvelles approches opérationnelles. A ce propos il s'est référé à la méthodologie d'évaluation épidémiologique rapide et au développement de sondes à ADN pour différencier l'onchocercose de forêt et de savane.

6.35 Une question a été posée sur la probabilité de disposer d'un macrofilaricide applicable sur le terrain et sur le délai pour un tel événement. Le Comité a été informé que les trois produits potentiels donnent de bons espoirs mais qu'évidemment une ferme assurance ne peut être donnée à ce stade. Pour ce qui est du délai de la mise au point pour tout médicament il est généralement de l'ordre de 10 ans, mais les trois médicaments sont déjà en bonne voie. Quant à la mise au point éventuelle d'un vaccin antionchocercarien, il a été précisé que des recherches sont en cours dans certains laboratoires.

6.36 En réponse à une question sur le statut de l'UMF 078, il a été expliqué que ce produit est un benzimidazole possédant une activité macrofilaricide éprouvée chez les modèles animaux lorsqu'il est administré par voie parentérale. La toxicologie préclinique est sur le point d'être mise en route et une attention particulière sera accordée à une éventuelle mutagénicité. Si les études précliniques s'avèrent satisfaisantes, les essais cliniques de l'UMF 078 pourront commencer d'ici environ deux ans.

Remarques finales du Président du CCE

6.37 Avant de conclure sa présentation, le Professeur Molyneux a rappelé les déclarations contenues dans le rapport du CCE qui ne rentrent pas dans le cadre du mandat de son comité, telles les recommandations que le Directeur du Programme recherche un financement ferme pour une augmentation des dépenses prévues du Projet OCT/Macrofil et la référence à un groupe de travail sur l'environnement déjà établi par le Comité des Agences parrainantes.

6.38 En conclusion, le Président du CCE a félicité le Programme pour son excellent apport scientifique, l'application rapide des résultats des recherches aux opérations sur le terrain, l'étroite collaboration qu'il maintient avec les Pays participants, la communauté des Donateurs et TDR, et, bien entendu, pour son appui actif à la dévolution.

7. DEVOLUTION - RAPPORTS DE L'OCP, DE L'OMS (SIEGE ET BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE) ET DES PAYS PARTICIPANTS: Point 9 de l'ordre du jour (documents JPC13.7, JPC13.8, JPC13.9, JPC13.10, JPC13.12)

7.1 Le Chef de l'Unité de Dévolution a déclaré que le processus de dévolution est déjà bien amorcé. Les plans approuvés par le CCP pour les sept pays de l'aire initiale du Programme ont été révisés ou sont en voie de l'être, tandis que les plans de dévolution pour les pays de la zone d'extension ouest sont prêts ou en cours de préparation. Une assistance bilatérale a été obtenue dans le cas du Burkina Faso et donne lieu à des négociations dans d'autres pays. Une surveillance active de l'onchocercose a commencé au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Des comités nationaux pour la dévolution, dotés de responsabilités opérationnelles directes, sont en voie de constitution dans tous les Pays participants de l'aire initiale du Programme.

7.2 Pour permettre à l'unité de dévolution de s'acquitter de son rôle de conseiller, de soutien et de catalyseur, les opérations de cette unité ont été renforcées par la division de l'aire du Programme en trois zones d'animation (ouest, centre et est), chacune de ces zones étant placée sous la direction d'un animateur OCP. Le personnel de l'unité, y compris le personnel de la dévolution dans les zones d'animation, a été porté au nombre de 15 et le personnel de terrain de VCU et EPI appuient activement les activités orientées vers la dévolution, incluant la distribution d'ivermectine et la sensibilisation de la population. La collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique - directement et par l'intermédiaire du Coordonnateur Interpays pour la dévolution en Afrique - et avec le siège de l'OMS, reste un important élément de l'appui de l'OCP aux efforts des pays pour la dévolution.

7.3 Le Comité a été informé que 50 bourses d'études ont été accordées par l'OCP à des ressortissants des Pays participants (dont 18% de femmes), entre le 1^{er} août 1991 et le 30 novembre 1992. Toutes les bourses concernaient des disciplines axées sur la dévolution. Le nombre total des bourses accordées par l'OCP depuis 1974 est ainsi passé à 358.

7.4 Le Président du Comité consultatif d'Experts a exprimé la satisfaction du CCE des plus récents développements dans le domaine de la dévolution. Son Comité est particulièrement heureux de la ferme collaboration à présent confirmée et de l'appui de l'OMS/AFRO, et des efforts déployés dans les domaines de la formation et de la production de manuels. Il a noté également le progrès considérable réalisé dans l'élaboration et l'affinement des plans nationaux de dévolution intégrant la surveillance à la lutte contre les autres endémies.

7.5 Le Représentant du Directeur régional de l'OMS, le Dr D. Barakamfitye a rappelé au Comité la contribution à la dévolution et l'appui fourni par le Bureau régional qui a nommé un coordonnateur interpays pour la dévolution. Le Bureau régional a aussi créé un groupe de travail sur la dévolution et donné des instructions aux Représentants de l'OMS de suivre étroitement les efforts dans le domaine de la dévolution dans leurs pays d'affectation et de prévoir à cet effet, en accord avec les administrations nationales de santé, une ligne budgétaire dans leurs allocations pays.

7.6 Plusieurs délégués des Pays participants ont présenté des rapports d'activité sur l'exécution de leurs plans de dévolution. Tous les programmes de dévolution comportent la surveillance et la lutte contre d'autres endémies et des efforts sont déployés pour renforcer les systèmes de santé publique des pays concernés pour leur permettre de bien mener les opérations requises. Comme principe général, les plans de dévolution visent l'intégration de plusieurs programmes indépendants, et souvent verticaux, de lutte contre les maladies. Des efforts considérables ont été faits pour assurer la participation communautaire, et la formation de formateurs et de stagiaires est un élément essentiel de tous les plans, de même que l'information, l'éducation et la communication. Plusieurs intervenants ont reconnu l'appui de l'OCP et de l'OMS/AFRO au processus de dévolution.

7.7 Concernant les obstacles à l'exécution des plans de dévolution plusieurs délégués ont soulevé le problème de financement. Bien que tous les gouvernements concernés soient disposés à supporter une part substantielle des dépenses impliquées, la plupart d'entre eux cherchent activement des fonds auprès des Donateurs pour compléter le financement. Jusqu'ici leurs démarches n'ont eu qu'un succès limité excepté pour le Burkina Faso dont le plan est financé par la Banque mondiale. A ce propos, la Banque a rappelé qu'elle est disposée à considérer d'autres demandes dans le cadre de son financement au développement des systèmes de santé.

7.8 Le Dr R.H. Henderson, Sous-Directeur général, a exprimé sa conviction que le potentiel des activités de dévolution de l'OCP à contribuer au renforcement des services de santé publique dans l'aire de l'OCP est essentiel à la conservation des acquis du Programme. Il a lancé un appel pour un appui moral et financier au développement d'initiatives visant à la mise en place d'un programme de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies en utilisant les infrastructures de l'OCP. L'efficacité des opérations de l'OCP et la possibilité de s'en servir comme base d'activités de lutte contre d'autres maladies devraient constituer un important facteur de motivation.

7.9 Après consultation entre le siège de l'OMS, AFRO et OCP, une proposition visant à profiter de l'expérience gestionnaire et technique, ainsi que des structures de l'OCP pour établir un système et un mécanisme d'appui à la surveillance et à la lutte contre d'autres maladies a été élaborée. Cette initiative vise aussi à préparer dès maintenant un processus qui, après OCP, fournira aux Pays participants l'appui technique nécessaire non seulement au maintien des acquis du Programme OCP, mais aussi au renforcement des programmes nationaux intégrés de surveillance et de lutte contre d'autres maladies. Cette proposition est soumise au CCP pour obtenir ses observations et ses directives.

7.10 En se référant au document JPC13.12 présentant une proposition de programme de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies, le Dr Barakamfitye a souligné la nécessité d'utiliser pleinement l'expérience opérationnelle, la capacité gestionnaire et les ressources de l'OCP afin d'assurer le maintien des acquis du Programme dans le cadre de programmes nationaux plus vastes comprenant la surveillance et la lutte contre d'autres endémies. Il est conscient du vif intérêt que l'OMS/Siège porte à cette proposition et a promis l'appui total du Bureau régional de l'OMS.

7.11 Le Dr P. de Raadt, Directeur du Programme de lutte contre les maladies tropicales a appuyé la proposition d'un programme de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies pour lequel sa division est prête à aider dans des domaines tels que la planification, la programmation, la formation, détermination de critères opérationnels, etc. Se référant à la décision de créer un groupe d'experts qui se penchera sur tous les aspects de l'évaluation épidémiologique et donnera des conseils sur les concepts et les stratégies de l'OCP dans ce domaine (voir para. 6.19 plus haut), le Dr de Raadt a attiré l'attention du Comité sur la réunion d'un groupe d'experts sur la lutte contre l'onchocercose qui se tiendra vers la fin de l'année 1993. Les conclusions de ce groupe d'experts et les remarques du CCE à ce sujet constitueront une contribution précieuse pour le Comité d'Experts.

7.12 Les différentes présentations ont été suivies de discussions détaillées qui pourraient se résumer comme suit : Le Comité a reconfirmé que l'accomplissement de l'objectif du Programme dépend de l'exécution de programmes efficaces de dévolution. Il a été convenu que l'OCP, avec sa structure appropriée, jouera un rôle de catalyseur et de promoteur dans le processus national de dévolution. Le Comité a demandé au Directeur du Programme de revoir davantage la structure du mécanisme de dévolution de l'OCP/AFRO et de présenter un rapport sur ses résultats à la session de 1993 du Comité conjoint du Programme. A ce propos, le Comité souhaite recevoir en particulier une clarification sur le rôle de l'Unité de Dévolution de l'OCP par rapport à celui du Coordinateur d'AFRO pour la dévolution et du groupe spécial de travail ("Task force").

7.13 Le Comité a souligné l'importance de l'intégration, y compris sur le plan des programmes de travail, afin d'éviter que les communautés villageoises ne soient exposées à une série d'actions sanitaires spécialisées et individuelles échelonnées dans le temps.

7.14 Il a été convenu que toutes les questions concernant la dévolution soulevées à la présente session du CCP et pour lesquelles une conclusion finale n'est pas tirée, seront étudiées à nouveau à la prochaine session du Comité.

7.15 Le volet formation au sein de l'OCP est devenu la responsabilité de l'Unité de Dévolution. Pratiquement toutes les bourses d'études octroyées par le Programme concernent des disciplines directement liées aux activités de dévolution. Toutes les bourses d'études sont données maintenant uniquement pour des études dans des institutions africaines. Au cours des discussions, le problème d'une année obligatoire de stage dans un centre de formation en dehors du continent africain pour lequel l'OCP n'a jusqu'ici pu supporter le coût a été soulevé, et il a été décidé qu'à l'avenir, dans des cas exceptionnels, l'OCP sera autorisé à payer les dépenses impliquées.

7.16 Le président du CAP a exprimé des doutes sur l'acceptation de la proposition d'un programme de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies sous sa forme actuelle qui n'a pas reçu l'aval de son Comité. Il a suggéré que la proposition soit examinée en profondeur par le CAP qui fera rapport à la prochaine session du CCP. D'autres intervenants se sont prononcés dans le même sens.

7.17 A ce sujet, le Sous-Directeur général, le Dr R.H. Henderson, a soulevé le problème de la nécessité d'une future coordination, après la fin de l'OCP, dans un domaine plus vaste que celui de la dévolution pour laquelle, à son avis, l'expérience et l'infrastructure du Programme pourraient constituer une base opérationnelle. La proposition en question sera axée sur la lutte contre des

endémies spécifiques mais visera également à renforcer les systèmes nationaux de santé publique. Il a pensé que le plus tôt sera le mieux si des dispositions doivent être prises pour la période suivant la fin de l'OCP. Le Dr Henderson a soutenu pleinement la proposition que la question soit étudiée en détail par le Comité des Agences parrainantes.

7.18 En définitive, le Comité conjoint du Programme a décidé de ne pas approuver le document JPC13.12. Il a noté que les propositions de combiner les unités de dévolution actuellement gérées séparément par l'OMS/AFRO et l'OCP en une seule unité de dévolution chargée du développement de programmes de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies étaient contraires aux recommandations de la Revue externe de l'OCP en 1990 et au Plan d'Opérations pour la quatrième Phase approuvé par le CCP.12 à Riyad en 1991. Le CCP a décidé de demander au Comité des Agences parrainantes d'examiner les questions contenues dans le document JPC13.12 et de faire rapport à la quatorzième session du CCP.

8. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES : Point 10 de l'ordre du jour (document JPC13.6)

8.1 Le Commissaire aux Comptes ayant examiné l'état financier du Programme de lutte contre l'onchocercose et ses deux annexes, pour l'année venant à expiration le 31 décembre 1991, a constaté qu'il était en règle et n'a formulé aucune observation.

8.2 Le CCP a pris note du rapport du Commissaire aux Comptes.

9. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1993 ET SON APPROBATION: Point 11 de l'ordre du jour (document JPC13.4)

9.1 En 1993, le Programme continuera ses activités qu'il poursuit de longue date, en insistant tout particulièrement sur l'appui de l'OCP à la dévolution. La distribution d'ivermectine sera encore renforcée, qu'elle soit effectuée parallèlement au traitement larvicide ou isolément. La recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain sera intensifiée, tandis que l'on encouragera OCT/Macrofil à accélérer ses efforts pour la découverte et la mise au point de nouveaux médicaments.

9.2 De nouvelles réductions sont prévues dans le réseau de surveillance entomologique, après la cessation des opérations de lutte antivectorielle sur la majeure partie de l'aire initiale du Programme. L'évaluation épidémiologique continuera à jouer un rôle décisif dans la prise de décision concernant la cessation du traitement larvicide à l'échelle des zones.

9.3 L'année 1993 verra le transfert d'une partie du personnel de l'OCP au service des gouvernements des Pays participants, dans l'aire initiale du Programme, ou l'octroi à ce personnel, s'il continue à être employé à des opérations du Programme, d'un statut fondé sur les conditions du personnel national et non plus de celui de l'OMS/OCP. Par ailleurs, plutôt que d'employer du personnel permanent, le Programme engagerait des consultants et des professionnels à court terme des Pays participants, ce qui permettrait de familiariser un grand nombre de ressortissants de ces pays avec les activités de l'OCP et de promouvoir la collaboration et la compréhension entre les pays de la région. Ces mesures doivent être considérées dans le contexte de la dévolution.

9.4 Le projet de budget pour 1993 se monte à US \$29 739 000, soit en diminution de US \$2 714 000 (8 %) par rapport au budget approuvé pour 1992 (US \$32 453 000). Le projet de budget pour 1993 est aussi légèrement inférieur à celui approuvé dans le plan d'opérations pour la quatrième Phase financière (US \$30 085 000). On notera une diminution des coûts des déplacements, des opérations aériennes, des frais de fonctionnement et des larvicides, et une augmentation des frais de consultants,

de contrats de recherche, et des bourses d'études et de formation. Comme tous les ans, l'OCP fera tout son possible pour maintenir les dépenses dans les limites du budget présenté.

9.5 Pour clarifier le budget proposé, il a été confirmé que le coût de tout le personnel employé dans l'Unité de Dévolution figure sous cette unité uniquement, et expliqué que "l'indemnité forfaitaire" payée au personnel national, doit être considérée comme une stimulation/motivation ajustée selon la fonction. Concernant la prévision de quatre mois seulement de consultation en ophtalmologie après le départ du membre du personnel à plein temps spécialisé dans ce domaine, il a été précisé que le volume du travail diminue et que deux consultants potentiels ont été formés par l'ancien membre du personnel qui sera disponible pour des consultations à court terme dans le Programme. A la demande d'un participant, la liste des contrats de l'OCT/Macrofil justifiant l'augmentation du budget de 1993 de ce projet sera mise à sa disposition.

9.6 Le Plan d'Action proposé pour 1993 et le budget s'élevant à US \$ 29 739 000 ont été approuvés.

10. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE: Point 12 de l'ordre du jour

10.1 En présentant ce point de l'ordre du jour, le représentant de la Banque mondiale a informé le Comité qu'à la clôture des comptes de la troisième Phase financière (1986-1991), le Fonds a réussi à reporter un surplus de US \$ 8 millions au Fonds de la quatrième Phase. Ensuite, il a rappelé au Comité que les prévisions budgétaires pour la quatrième Phase financière (1992-1997) s'élèvent à US \$ 175 millions, un montant légèrement inférieur à celui des dépenses de la troisième Phase et en termes actuels inférieur de 22%. Il n'est pas prévu que les dépenses pour la quatrième Phase dépasseront le niveau approuvé de US \$ 175 millions.

10.2 Concernant l'évaluation du financement disponible pour la quatrième Phase financière, le représentant de la Banque mondiale prévoit que les contributions totales des Donateurs s'élèveront à US \$ 154 millions. En y ajoutant les US \$ 8 millions reportés de la troisième Phase financière et US \$ 3 millions d'intérêts escomptés, le total atteint US \$ 165 millions ; ce qui laisse un déficit de US \$ 10 millions. Pour combler ce déficit, il est proposé d'encourager des augmentations supplémentaires par des Donateurs choisis et de chercher de nouveaux Donateurs pour le Programme.

10.3 Les montants des contributions annoncées figurent à l'annexe IV.

11. DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE : Point 13 de l'ordre du jour (documents JPC13.11 et JPC13.13)

Conférence ministérielle sur les politiques visant à appuyer un peuplement durable

11.1 Les préparatifs de la Conférence qui a été approuvée par le CCP à sa session de décembre 1991, sont déjà fort avancés. Des discussions préliminaires ont eu lieu avec des personnalités des Pays participants intéressés et des organisations donatrices. Les Agences parrainantes ont toutes souligné que la conférence vise à aider les Pays participants à développer de façon durable les zones libérées de l'onchocercose. La Conférence sera un forum pour discuter de l'expérience considérable que les pays et les donateurs ont des activités de repeuplement. Elle permettra également la discussion d'une série de directives pour appuyer le peuplement durable conçu à partir des deux études régionales financées précédemment par le CAP.

11.2 Le Coût de la conférence a été évalué à US \$ 400 000 et les Agences parrainantes s'engagent à mettre à disposition US \$ 100 000. Elles ont demandé aux donateurs intéressés de signifier leur appui à la conférence dans un proche avenir pour que les préparatifs puissent se poursuivre.

Projet d'étude pilote concernant l'évaluation de l'impact sur l'environnement dans l'aire du Programme

11.3 L'étude projetée traitera des effets des peuplements humains sur le milieu aquatique de deux zones pilotes situées dans l'aire OCP. Les données rassemblées au fil des ans par le personnel du Programme et par les équipes nationales d'hydrobiologie seront pleinement mises à profit.

11.4 Cette étude pilote aidera à élaborer et à affiner des méthodologies à utiliser à plus vaste échelle et fournira aux planificateurs des outils afin d'optimiser les stratégies de développement ayant pour but de protéger l'environnement. Le coût estimatif de cette étude, qui devra être achevée à temps pour permettre la présentation d'un rapport sur ses conclusions à la Conférence ministérielle, est de l'ordre de US \$100 000.

11.5 Bien que certaines délégations aient émis des réserves sur le lieu proposé pour la Conférence et le mode de financement, le CCP a confirmé que les coûts de la conférence et du projet pilote devront être financés par des contributions spéciales et non pas par des fonds de l'OCP.

12. QUESTIONS DIVERSES : Point 14 de l'ordre du jour

12.1 Le Directeur du Programme a sollicité la compréhension du Comité à propos des difficultés qui surgissent de temps à autre relatives au volume d'informations détaillées à fournir. Il a souligné que toute information demandée sera fournie rapidement mais en même temps a avancé que ce Comité ne souhaiterait peut-être pas être surchargé de détails que, de toute façon, le CCE aurait déjà minutieusement compilé avant de présenter les rapports au CCP.

12.2 En réponse à une question spécifique, le Comité a été informé que le Comité consultatif d'Experts est maintenant composé de dix membres (y compris une femme) dont six ont été nommés récemment. Cinq des membres sont africains. La composition du Comité est déterminée par les besoins en conseils d'expert dans les différents domaines opérationnels du Programme qui ont au cours de ces dernières années mené à une augmentation de l'expertise requise pour la dévolution. Les candidatures pour le Comité sont choisies par les Agences parrainantes et les membres sont nommés par le Directeur général de l'OMS pour une période de deux ans renouvelable.

12.3 Le Comité a été informé que quatre membres du personnel ont quitté le Programme ou sont sur le point de partir : le Dr P. Guillet, le Dr Y. Dadzie, M. G. Koulischer et le Dr D. Baldry. Le Comité leur a exprimé sa sincère gratitude pour leur dévouement au Programme et leur a souhaité plein succès pour leur avenir.

13. DATE ET LIEU DE LA QUATORZIEME SESSION : Point 15 de l'ordre du jour

13.1 Le Comité a accepté, avec gratitude, l'aimable offre du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg qui l'a invité à tenir sa quatorzième session à Luxembourg du 7 au 10 décembre 1993.

14. CLOTURE DE LA TREIZIEME SESSION : Point 16 de l'ordre du jour

14.1 A la clôture de la session, le Président a rappelé certains points majeurs des discussions. Il a insisté sur l'importance d'accorder la prééminence à l'impact des activités de développement sur l'environnement et a apprécié l'action entreprise par le CAP dans ce sens. Il a aussi souligné la nécessité de mener des programmes de lutte d'une manière intégrée avec un but clair et une politique et une stratégie déterminées par le besoin d'une décentralisation et la participation de la communauté. A cet effet, le Président a mis l'accent sur la nécessité croissante aussi bien pour les pays bénéficiaires que pour les donateurs, de planifier et de réaliser les programmes de développement comme des activités globales et élargies.

CONCLUSIONS ET DECISIONS

1. Le Directeur du Programme, en consultation avec le Président du CCE, mettra en place un groupe d'experts qui examinera l'évaluation épidémiologique de l'OCP (para. 6.19).
2. Le Directeur du Programme passera en revue les cadres institutionnels de la dévolution de l'OCP et présentera un rapport au CCP.14 (para. 7.12).
3. L'OCP a été autorisé à prendre en charge dans des cas exceptionnels le coût d'une année de stage obligatoire de fin de cycle en dehors de l'Afrique des boursiers (para. 7.15).
4. Le CAP étudiera les questions contenues dans le document JPC13.12 et fera rapport au CCP.14 (para. 7.18).
5. Le Plan d'Action et Budget pour 1993 a été approuvé (para. 9.6).
6. Les coûts de la Conférence Ministérielle et du Projet pilote devront être financés par des contributions spéciales et non pas par des fonds de l'OCP (para 11.5).

DECLARATION D'OUVERTURE FAITE AU NOM DU DIRECTEUR GENERAL
PAR LE DR R. H. HENDERSON

Merci Monsieur le Président,

Le Dr Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, aurait été très heureux d'assister à l'ouverture de cette session du Comité conjoint du Programme et regrette sincèrement de ne pouvoir être parmi vous aujourd'hui. Il m'a donc chargé pour vous d'un message que je vais vous lire.

"Excellences, Mesdames et Messieurs,

C'est avec beaucoup de plaisir, une fois encore, que je prends la parole devant l'organe directeur de l'une des opérations les plus vastes et les plus réussies jamais entreprises par l'Organisation mondiale de la Santé sur le terrain.

Dans ma déclaration à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, il y a six mois, j'ai souligné certains aspects des programmes de développement appuyés par l'OMS sans lesquels nos efforts ne sauraient être couronnés de succès. Permettez-moi donc de m'attarder quelque peu sur trois principes, les plus importants à mon sens, et de tenter de voir dans quelle mesure ils s'appliquent au Programme de lutte contre l'onchocercose.

L'Organisation mondiale de la Santé est de plus en plus soucieuse d'arriver à répondre à la demande croissante d'équité et de justice sociale, sans lesquelles la "santé pour tous" perd sa signification véritable. Aussi est-il gratifiant de noter que les opérations du Programme de lutte contre l'onchocercose visent toutes à maîtriser un problème de santé qui frappe tout particulièrement les populations les plus défavorisées.

L'autre principe du développement sanitaire réside dans la participation active de la communauté à la prise de décisions et à la mise en oeuvre de programmes conçus pour maîtriser la maladie et améliorer la santé des peuples. Là aussi, j'ai le plaisir de constater que s'accroît, depuis ces dernières années la participation des populations villageoises au processus de dévolution de l'OCP et, plus spécialement, à la distribution d'ivermectine à l'échelle communautaire.

Le troisième point que j'ai évoqué devant l'Assemblée de la Santé concerne la nécessité de planifier nos activités et de les mettre en exécution en les considérant comme faisant partie intégrante du développement socio-économique. L'amélioration de la santé contribue à faire disparaître les obstacles sur la voie du progrès économique et social, et il vaut la peine de rappeler que le Programme a spécifiquement pour objectif d'éliminer l'onchocercose en tant qu'obstacle au développement socio-économique, résultat maintenant atteint sur la totalité de l'aire du Programme.

En somme, le Programme de lutte contre l'onchocercose est un bon exemple d'opération de vaste envergure appliquant avec succès la politique et les principes qui guident les opérations appuyées par l'OMS dans le domaine de la santé et du développement socio-économique. Je rappellerai donc, une fois de plus, devant vous, le ferme engagement pris par l'OMS qui est absolument déterminée à aider le Programme à parvenir à une bonne conclusion.

En ce qui concerne les progrès du Programme au cours de l'année passée, je voudrais insister seulement sur un ou deux points.

La lutte antivectorielle a progressée comme prévu. Il est encourageant, et de bon augure pour l'avenir, de constater que, sur le plan opérationnel, les problèmes posés de longue date par la réinvasion des vecteurs et la résistance aux produits larvicides sont maintenant, d'un côté comme de l'autre, pleinement maîtrisés.

Pour ce qui est de la dévolution, maintenant solidement implantée et pleinement opérationnelle dans plusieurs pays du Programme, deux faits nouveaux me semblent particulièrement encourageants. J'ai déjà insisté sur l'importance de la participation des communautés et voudrais, à ce propos, souligner l'expérience récemment acquise dans l'aire du Programme en matière d'autotraitement communautaire à l'ivermectine. De nouvelles perspectives s'ouvrent ainsi à de vastes programmes d'automédication moins coûteux qui pourraient s'avérer intéressants dans d'autres contextes que celui du Programme.

Le deuxième point est l'initiative récente prise par l'OCP, avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'Afrique, de considérer le processus de dévolution comme une occasion de renforcer les services de santé publique des Pays participants. Je suis sûr que la proposition d'élargissement des plans de dévolution en programmes de surveillance et de lutte contre plusieurs maladies appuyés par l'OMS et la communauté des Donateurs et avec l'infrastructure du Programme, rencontrera l'approbation de votre Comité.

Monsieur le Président, il est de coutume qu'en ma qualité de chef de l'Agence d'exécution, j'exprime ma gratitude à ceux qui participent à ce Programme de lutte contre l'onchocercose. Je le fais d'autant plus volontiers que je suis convaincu que le Programme, grâce à nos efforts conjoints, est en bonne voie d'atteindre le but qu'il s'était assigné.

Je voudrais tout d'abord remercier les Donateurs, qui ont une fois de plus montré leur foi dans le Programme en signant l'Accord relatif au Fonds de l'Onchocercose pour la quatrième Phase financière. Que les contributions annoncées pour 1992-1997 couvrent déjà jusqu'à 85 % de la totalité des dépenses anticipées est, en soi, un remarquable tour de force.

La part croissante prise par les Pays participants aux opérations du Programme par le biais du processus de dévolution et le fait qu'ils se montrent prêts à prendre en charge le personnel dirigé par l'OCP sont des marques significatives de confiance à l'égard du Programme. Je leur suis extrêmement reconnaissant de ce soutien indispensable apporté, j'en suis pleinement conscient, en dépit de leurs difficultés économiques et financières.

Mes remerciements vont également aux membres du Comité consultatif d'experts et au Groupe écologique qui ont si généreusement fait profiter l'OCP de leur savoir. Leurs avis scientifiques et techniques continueront à tenir une place déterminante dans la conduite des opérations du Programme.

Le Comité des agences parrainantes a maintenu son étroite collaboration avec l'administration du Programme, à qui il n'a cessé d'apporter son appui. Je lui suis reconnaissant de ce soutien constant et, en particulier, du rôle important qu'il joue maintenant en ce qui concerne le repeuplement compatible avec la sauvegarde de l'environnement et le développement socio-économique.

Je tiens également à saisir cette occasion d'exprimer ma gratitude à la société Merck, Sharp & Dohme, le fabricant de l'ivermectine, qui a si généreusement mis ce médicament, gratuitement, à la disposition des gouvernements et des organisations qui luttent contre l'onchocercose.

Enfin, mes remerciements les plus sincères vont au personnel de l'OCP à tous les niveaux et en tous lieux. C'est sa contribution qui fait avancer le Programme et assure son succès. C'est une grande chance pour l'OCP que d'avoir un personnel aussi compétent et aussi dévoué.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Je vous souhaite tout le succès possible dans vos délibérations, pendant cette treizième session du Comité conjoint du Programme.

Merci Monsieur le Président."

Ainsi s'achève, Monsieur le Président, le message du Directeur général de l'OMS.

Je vous remercie.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Bureau
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Adoption du rapport de la douzième session du Comité conjoint du Programme
5. Observations du Comité des Agences parrainantes
6. Rapport d'activité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour 1992
7. Rapport d'activité du Projet de Chimiothérapie de l'onchocercose/Macrofil
8. Rapport du Comité consultatif d'Experts
9. Dévolution - Rapports de l'OCP, OMS (Siège et Bureau régional pour l'Afrique) et des Pays participants
10. Rapport du Commissaire aux Comptes
11. Plan d'Action et Budget du Programme pour 1993 et son approbation
12. Financement du Programme de lutte contre l'Onchocercose
13. Développement socio-économique
14. Questions diverses
15. Date et lieu de la quatorzième session
16. Clôture de la treizième session

LISTE DES PARTICIPANTS

GOUVERNEMENTS PARTICIPANTS

Bénin

Son Excellence Madame Véronique LAWSON
Ministre de la Santé publique

M. Thaddée BOKO
Secrétaire Administratif CNLO, Ministère de la Santé publique, Cotonou

Burkina Faso

Son Excellence Monsieur Christophe DABIRE
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille

Dr Sié Roger KAMBIRE
Coordonnateur national du Programme de Dévolution, Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille, DMP, Ouagadougou

M. Emmanuel NIKIEMA
Directeur général de l'Office national de l'Aménagement des Terroirs (ONAT), Ouagadougou

Côte d'Ivoire

Dr Bouffard Augustin BELLA
Conseiller Technique, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Abidjan

Dr Gbayoro Pierre BRIKA
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'Onchocercose, Bouaké

M. Seydou TRAORE
Sous-Directeur du Budget spécial d'Investissement et d'Équipement, Ministère de l'Économie et des Finances, Abidjan

Ghana

Dr N.A. ADAMAFIO
Director (TCRD), Ministry of Health, Accra

Mr James K. FOSU
Executive Director, National Onchocerciasis Secretariat, Ministry of Finance and Economic Planning, Accra

Guinée

Dr Mohamed SYLLA
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Conakry

Dr Yaya KASSE
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'Onchocercose, Kankan

Mali

Dr Mamadou TRAORE
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'Onchocercose, Bamako

Niger

Son Excellence Monsieur Souleymane SAIDOU
Ministre de la Santé publique

Dr Goumbi KADADE
Coordonnateur national de la Dévolution OCP/Niger

Sénégal

Dr Mame Cor NDOUR
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'Onchocercose, Thiès

PARTIES CONTRIBUANTES

Allemagne

Pr Jorg GRUNEWALD, Technical Adviser
Institute of Tropical Medicine, Tübingen

Arabie Saoudite

Dr Ihsan A. BADR
Director, King Khaled Eye Specialist Hospital, a WHO Collaborating Centre on Prevention of
Blindness, Riyadh

Mr Sami AL-YOUSEF
Economic Specialist, Ministry of Finance and National Economy, Riyadh

Banque africaine de Développement

Dr Alice HAMER
Chef de Division, Division de la Santé et de l'Education, Région Nord, Abidjan

Belgique

M. Raoul VAN LANDUYT
Conseiller - Chef de Service, Administration générale de la Coopération au Développement (AGCD),
Bruxelles

Dr Simon VAN NIEUWENHOVE
Conseiller médical, Administration générale de la Coopération au Développement (AGCD), Bruxelles

Canada

Mr John M. AUSMAN
Counsellor, Permanent Mission of Canada, Geneva

Commission des Communautés européennes

Dr Carlos YANEZ-BARNUEVO
Conseiller en Santé publique, Direction générale du Développement, Bruxelles

Corée (République de)

Mr Gun-Tae LEE
First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Korea, Geneva

Mr Jae-Yun CHANG
Deputy Chief, Development Assistance Division, Korea International Cooperation Agency, Séoul

Etats-Unis d'Amérique

Ms Vicky DREYER
Project Manager for OCP, Bureau for Africa, AID/Washington

Fondation C. Gulbenkian

Dr Joao FORJAZ VIEIRA
Assistant to Director, Lisbon

JPC13
page 22
Annexe III

France

Dr Jean-Louis BOPPE
Chef du Bureau de l'Afrique de l'Ouest et des Caraïbes, Sous-Direction de la Santé, Ministère de la
Coopération et du Développement, Paris

Japon

Mr Susumu MATSUDA
First Secretary, Permanent Mission of Japan to the International Organizations, Geneva

Koweït

Dr Abdul Ridha BAHMAN
Agricultural Advisor, Kuwait Fund for Arab Economic Development, Kuwait

Luxembourg (Grand Duché de)

M. Gaston STRONCK
Secrétaire de Légation, Ministère des Affaires étrangères, DII, Direction des Relations économiques
internationales et de la Coopération, Luxembourg

Pays-Bas

Mr Robert ZELDENRUST
Chief, West Africa Division, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mrs Christina Maria DUIJVESTIJN
Senior Programme Officer, West Africa Division, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Portugal

Mme Esmeralda FERNANDES MIGUEL AMARAL
Directeur de Services, Direction Générale de la Coopération, Ministère des Affaires étrangères, Lisbon

Dr José Gil FORTE
Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisbon

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et Irlande du Nord

Mr John MOYE
Head, Health Policy Section, Health and Population Division, Overseas Development Administration,
London

Mr John Vincent STUPPEL
Assistant Desk Officer, Health Policy Section, Overseas Development Administration, London

Suisse

M. Henri-Philippe CART
Vice-Directeur, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Berne

Dr Andri BISAZ
Chef de la Section Afrique occidentale, Direction de la Coopération et de l'Aide humanitaire, Berne

Professeur (Dr) André ROUGEMONT
Conseiller technique, Acting Director, Institute of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Geneva, 1211 Geneva 4

AGENCES PARRAINANTES

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO)

Mr Cyril G. GROOM
Assistant to Assistant Director-General, Agriculture Department, Rome

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Mr Benjamin A. GURMAN
Senior Regional Programme Officer, Regional Bureau for Africa, New York

Banque mondiale

Mr Birger FREDRIKSEN
Chief, Population and Human Resources Division, Sahelian Department, Africa Region, Washington D.C.

Mr Bruce BENTON
Onchocerciasis Coordinator, Population and Human Resources Division, Sahelian Department, Africa Region, Washington D.C.

Dr John ELDER
Economist, Onchocerciasis Unit, Population and Human Resources Division, Sahelian Department, Africa Region, Washington D.C.

Mr Yves M. GENEVIER
Public Health Specialist, Population and Human Resources Division, Washington D.C.

Dr Bernhard H. LIESE
Director, Health Services Department, Washington D.C.

Mrs Suzanne VERVALCKE
Consultant, Onchocerciasis Unit, Population and Human Resources Division

Organisation mondiale de la Santé

Dr R.H. HENDERSON
Assistant Director-General, representing the Director-General, WHO/HQ, Geneva

Dr Ebrahim M. SAMBA
Director, Onchocerciasis Control Programme in West Africa, Ouagadougou

Mr T.S.R. TOPPING
Senior Legal Officer, representing the Legal Counsel, WHO/HQ

Secrétariat OMS

Dr D.A.T. BALDRY
Chief, OCP Liaison Office, Onchocerciasis Control Programme, WHO/HQ

Dr D. BARAKAMFITIYE
Director, Disease Control Programme, WHO/AFRO, Brazzaville

Dr P. BEALES
Chief Training, Division of Control of Tropical Diseases, WHO/HQ

Dr B. BOATIN
Chief, Epidemiological Evaluation Unit, Onchocerciasis Control Programme

Mr Robert BOS
Community Water Supply and Sanitation, Division of Environmental Health, WHO/HQ

Mr P. CATTAND
Trypanosomiasis and leishmaniases Control, Division of Control of Tropical Diseases, WHO/HQ

Dr O.W. CHRISTENSEN
Consultant, Onchocerciasis Control Programme, WHO/HQ

Dr Y. DADZIE
Programme for the Prevention of Blindness, WHO/HQ

Dr P. de RAADT
Director, Division of Control of Tropical Diseases, WHO/HQ

Dr C.D. GINGER
Manager, Macrofil Chemotherapy Project, Onchocerciasis Control Programme, WHO/HQ

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

Mr G. KOULISCHER
Chief, Administration and Management, Onchocerciasis Control Programme

Dr A. MONCAYO
Chief Trypanosomiasis and Leishmaniasis Control, Division of Control of Tropical Diseases,
WHO/HQ

Dr D. QUILLEVERE
Chief, Vector Control Unit, Onchocerciasis Control Programme

Dr C.P. RAMACHANDRAN
Secretary, TDR Filariasis Steering Committee and Acting Chief, Filariasis Control, Division of Control
of Tropical Diseases, WHO/HQ

Miss L. RAVELONANOSY
Programme Officer, Onchocerciasis Control Programme

Dr A. SEKETELI
Chief, Devolution Unit, Onchocerciasis Control Programme

Mr Edward E. UHDE
Director, Division of Budget and Finance, WHO/HQ

Dr Dennis B. WARNER
Manager, Community Water Supply and Sanitation, Division of Environmental Health, WHO/HQ

PARTICIPANTS EX OFFICIO

Comité consultatif d'Experts

Professor David H. MOLYNEUX
Director, School of Tropical Medicine, Liverpool

Groupe écologique (EG)

Professor Davide CALAMARI
Institute of Agricultural Entomology, University of Milan

OBSERVATEURS

Comité d'Experts Mectizan

Dr H. Bruce DULL
Executive Secretary, Atlanta

JPC13
page 26
Annexe III

Fondation Cécité des Rivières

Dr Brian O.L. DUKE
Vice-President and Medical Director, Lancaster (UK)

Mr William C. WALCH
Vice-President for External Affairs, Charleston (USA)

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

Dr Nanti Mathias HIEN
Secrétaire général Adjoint, Bobo-Dioulasso

Institut Français de Recherche scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM)

Dr Bernard PHILIPPON
Directeur du Département Santé, Paris

Comité américain pour le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Mr Charles ADAMS
Manager, Corporate and Foundation Giving, New York

Mr William GARRETT
Director of Development, New York

ANNONCE DE CONTRIBUTIONS POUR LA PHASE IV

Donateur	Pour 1993	Pour la Phase IV entière
Banque africaine de Développement		environ US \$ 2 millions
Belgique	BF 16 millions	
Fondation Calouste Gulbenkian	US \$ 50 000	
France	FF 7,5 millions	FF 45 millions
Allemagne	DM 2 millions (1992)	
République de Corée	US \$ 100 000 (1992)	
Koweït		US \$ 1,5 million
Luxembourg (Grand-Duché de)	US \$ 250 000	FL 51 millions
Pays-Bas	NLG 4,5 millions	NLG 27 millions
Portugal	US \$ 50 000	
Arabie Saoudite		US \$ 14 millions
Suisse	CHF 3 millions	CHF 18 millions
Programme des Nations Unies pour le Développement		US \$ 7,5 millions
Royaume-Uni	£ 950 000*	
Etats-Unis d'Amérique	US \$ 3,5 millions	US \$ 21 millions
Organisation mondiale de la Santé	US \$ 250 000	US \$ 1,5 million
Banque mondiale	US \$ 2,63 millions	US \$ 15,8 millions

* Contribution de 1992. Espère contribuer pour un montant du même ordre, ou légèrement inférieur, pour 1993.

Note: On s'attend à ce que d'autres donateurs annoncent par la suite leurs contributions pour 1993 pour des montants similaires à ceux de 1992, en particulier le Canada (1992: CN \$ 1,5 million) et le Japon (1992 : US \$ 2 millions).

