

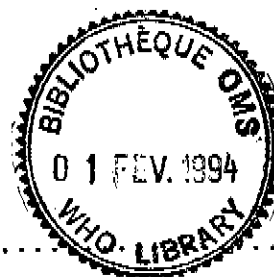
48412
JPC14 ✓

COMITE CONJOINT DU PROGRAMME
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Quatorzième session, Luxembourg
7-10 décembre 1993

RAPPORT

TABLE DES MATIERES



	Page
1. OUVERTURE DE LA SESSION	1
2. ELECTION DU BUREAU	2
3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR	2
4. OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES	2
5. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1993	2
RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS	2
6. DEVOLUTION	11
7. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES	14
8. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1994 ET SON APPROBATION	14
9. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE ..	15
- Rapport de la Banque mondiale	
- Annonce des contributions par les Donateurs	
10. ETUDE DES QUESTIONS SOULEVEES DANS LE DOCUMENT JPC13.12	16
(Appui à la surveillance et à la lutte élargies à plusieurs maladies)	
11. EVALUATION PROSPECTIVE A MI-PARCOURS (PHASE IV)	16
12. REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPEMENT DURABLE ET LE DEVELOPPEMENT DANS L'AIRE DE L'OCP	17
13. QUESTIONS DIVERSES	18
14. DATE ET LIEU DE LA QUINZIEME SESSION	18
15. APPROBATION DU RAPPORT	18
16. CLOTURE DE LA QUATORZIEME SESSION	18
CONCLUSIONS ET DECISIONS	19

ANNEXE I	-	DECLARATION D'OUVERTURE FAITE PAR LE DR R.H. HENDERSON, SOUS-DIRECTEUR GENERAL, AU NOM DU DR HIROSHI NAKAJIMA, DIRECTEUR GENERAL	. 20
ANNEXE II	-	ORDRE DU JOUR	22
ANNEXE III	-	LISTE DES PARTICIPANTS	23
ANNEXE IV	-	ANNONCE DES CONTRIBUTIONS	30
ANNEXE V	-	OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES ..	31

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

1.1 A l'aimable invitation du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, la quatorzième session du Comité conjoint (CCP) du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) s'est tenue au Centre de Conférence de Kirchberg, Luxembourg, du 7 au 10 décembre 1993. La liste des participants est jointe en annexe III.

1.2 En souhaitant la bienvenue à Luxembourg aux participants et aux observateurs, le Ministre de la Santé, M. Johny Lahure, a souligné les acquis considérables de l'OCP tant dans le domaine de la santé que dans l'ouverture des zones riveraines fertiles au développement socio-économique. Le Ministre a mis l'accent sur les tâches importantes du Comité conjoint du Programme à la présente session et a assuré le Programme de la poursuite de l'appui de son pays.

1.3 La session a été ouverte par le Dr Andri Bisaz, Chef de la Section ouest africaine et de la Coopération suisse pour le Développement, qui au nom de M. Henri Philippe Cart, Directeur adjoint de la même Coopération et Président de la treizième session du CCP, a exprimé sa gratitude au pays hôte pour les excellentes dispositions prises et pour l'accueil chaleureux réservé aux participants. Il était particulièrement impressionné par la collaboration fructueuse qui existe entre les différents partenaires de l'OCP et a félicité le Programme pour les résultats impressionnants obtenus grâce aux opérations de lutte scientifiquement menées et à l'appui des Donateurs et des Pays participants.

1.4 En outre, le Dr Bisaz a souligné l'importance du processus de la dévolution qui contribue au renforcement des services de santé publique des Pays participants et la nécessité de maintenir les acquis du Programme par une collaboration soutenue entre les onze pays de l'OCP. Tout en reconnaissant pleinement les contraintes et difficultés actuelles des Donateurs, il a insisté sur la nécessité de continuer à apporter au Programme le soutien nécessaire à son succès final.

1.5 Dans son message au Comité (annexe I) lu par le Dr Ralph H. Henderson, Sous-Directeur général, le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a souligné l'importance cruciale de la dévolution pour l'OCP dans la réalisation finale de son objectif. Il a salué l'initiative conjointe Banque mondiale/OCP de soutenir le processus dans les Pays participants et a exhorté la communauté des Donateurs à donner une aide financière chaque fois qu'elle est requise. Le Directeur général a noté avec satisfaction les efforts déployés par le Comité des Agences parrainantes (CAP) en matière de développement socio-économique, comme en témoigne la réunion ministérielle qui aura lieu en avril prochain sous l'égide du CAP. Enfin, le Dr Nakajima a souligné que le Programme s'achemine vers la réussite finale et qu'un dernier effort de toutes les parties concernées s'impose.

1.6 Au nom du Dr G.L. Monekosso, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Ayité M. d'Almeida, Directeur de la Gestion des Programmes, a mentionné les efforts déployés par son bureau pour renforcer les programmes nationaux de dévolution et aider à coordonner l'appui des agences bilatérales de développement et des organisations non gouvernementales. Le Bureau régional encourage la dévolution en tant qu'activité intégrée à la surveillance de plusieurs maladies au niveau district associant la surveillance épidémiologique, la distribution de l'ivermectine, la mobilisation sociale et l'évaluation en continu. Enfin, il a souligné l'intérêt d'AFRO pour la lutte contre l'onchocercose dans les pays de la région ne faisant pas partie de l'OCP.

1.7 Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur du Programme, a remercié les autorités du Grand-Duché de Luxembourg pour la façon efficace dont la réunion a été organisée. Il est heureux de rapporter que les opérations de l'OCP ont connu un succès particulier au cours de l'année écoulée. Tout est actuellement en place pour garantir le succès total du Programme pourvu qu'on puisse continuer à compter sur l'appui des Donateurs. Il se dit conscient des difficultés engendrées par la situation actuelle et la priorité accordée à l'appui à l'OCP durant le peu d'années qui lui reste sera d'autant plus appréciée.

Le Comité a appris avec une profonde consternation la mort de Son Excellence M. Félix Houphouët-Boigny, Président de la République de Côte d'Ivoire et a présenté ses condoléances à la délégation de la Côte d'Ivoire.

Le Comité a observé une minute de silence à la mémoire du Président Houphouët-Boigny.

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

2.1 Le Comité a élu M. Gaston Stronck, Secrétaire de Légation, Direction des Relations économiques internationales et de la Coopération, Ministère des Affaires étrangères, du Grand-Duché de Luxembourg comme Président et le Professeur Yao Guillaume Loukou, Directeur général de la Santé et de la Protection sociale de la République de Côte d'Ivoire comme Vice-Président.

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 3 de l'ordre du jour (document JPC14.1, rév. 2)

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

4. OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES : Point 4 de l'ordre du jour

4.1 En soulignant les acquis de l'OCP dans le domaine de la santé, M. Bruce Benton, Président du Comité des Agences parrainantes (CAP) a laissé entendre que le Programme sera mené à bonne fin plus tôt que prévu et selon toute probabilité d'ici l'an 2000 si ce n'est avant.

4.2 En ce qui concerne l'impact de l'OCP sur le plan du développement socio-économique, les résultats sont également impressionnants et le CAP attend avec plaisir la réunion ministérielle sur le peuplement et le développement à Paris en avril 1994 organisée par le Comité en vue de promouvoir un développement durable et coordonné des zones libérées de l'onchocercose.

4.3 La dévolution est bien amorcée et des efforts sont déployés afin de rechercher l'appui des Donateurs dans la conduite de la lutte contre la recrudescence dans le cadre de vastes systèmes de surveillance épidémiologique.

4.4 Pour conclure, le président du CAP a demandé l'appui des Donateurs afin de permettre à l'OCP de continuer durant les quelques dernières années d'opérations à mener pour s'assurer que le fléau de l'onchocercose sera une fois pour toutes éliminé des onze pays ouest africains.

4.5 Le texte des observations du Comité des Agences parrainantes est joint (annexe V).

5. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1993
Point 5 de l'ordre du jour (documents JPC14.2 et JPC14.10)

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS : Point 6 de l'ordre du jour (document JPC14.3)

5.1 Le Professeur Molyneux, président du Comité consultatif d'Experts (CCE), a adressé les félicitations du comité au Dr Samba pour les prestigieux prix Balzan et du Leadership africain (Projet contre la Faim) qu'il avait reçus.

5.2 Le président du CCE a alors informé le CCP de la nomination de nouveaux membres du comité dont l'expertise couvre les domaines de l'ophtalmologie, du développement des systèmes de santé, de l'entomologie, de la distribution de l'ivermectine et de la chimiothérapie.

5.3 Depuis la session de 1992 du CCE, les treize recommandations faites durant la session avaient été exécutées par le Programme. Le Professeur Molyneux a en outre fait un compte-rendu sur sa visite sur le terrain au début de 1993 au cours de laquelle il avait été impressionné par les nombreuses modifications et innovations des opérations sur le terrain introduites depuis sa dernière visite sur le terrain en 1989 et qui ont conduit à une amélioration appréciable de la performance de l'OCP.

Lutte antivectorielle

5.4 Pendant la période considérée, les opérations de lutte antivectorielle dans l'aire initiale du Programme ont été limitées aux zones situées essentiellement le long des frontières est et ouest où l'interruption de la transmission avait été entravée par la réinvasion de simulies infectieuses en provenance des sources situées dans les zones d'extension sud-est et ouest où le traitement larvicide systématique n'a commencé que vers la fin des années 80. La lutte antivectorielle dans l'aire initiale du Programme est actuellement limitée à moins de 20% du système fluvial traité.

5.5 Les traitements larvicides se sont poursuivis partout dans la zone d'extension sud et dans la partie sud de la zone d'extension ouest alors que la lutte au nord de cette zone a été basée uniquement sur la distribution communautaire de l'ivermectine 6 mg (Mectizan^R, Merck), car les simulies dans cette zone ne sont pas une menace pour l'aire initiale du Programme et qu'il y a une proportion élevée d'onchocercques animales chez le vecteur.

5.6 L'application stricte du système de rotation des larvicides a abouti à une amélioration de la sensibilité des simulies aux organophosphorés. Outre le téméphos, cinq produits appartenant à différents groupes chimiques sont actuellement disponibles et un nouveau produit prometteur pour la lutte antivectorielle est actuellement à l'essai au niveau opérationnel par l'unité de recherche de l'OCP sur les insecticides.

5.7 Les opérations aériennes ont été effectuées partout sans aucun problème durant la période considérée. L'introduction d'un système informatisé de prédiction des débits, basé sur des relevés par les stations hydrologiques équipées de balises Argos reliées à des satellites, permet le calcul instantané par les stations de réception des dosages des larvicides à appliquer aux différents points de traitement. De plus, un ajustement de dernière minute pourra être fait, chaque fois que de besoin, par contact radio avec les pilotes d'hélicoptère concernés.

5.8 Par suite de la réduction des activités de lutte antivectorielle dans l'aire initiale du Programme, ainsi que dans la partie nord de la zone d'extension ouest et dans le sud de la Sierra Leone, un certain nombre de sous-secteurs et points de capture de VCU ont été fermés successivement.

5.9 Les résultats de l'évaluation entomologique obtenus sont largement satisfaisants. Le Potentiel Annuel de Transmission (PAT)¹ dans les points de capture régulièrement suivis est inférieur à 100 pour tous les points en ce qui concerne les espèces savañicoles.

5.10 Une fois les traitements larvicides arrêtés dans une zone donnée, les simulies y reviendront. Il est donc important de s'assurer qu'elles ne sont pas infectieuses et ne provoqueront donc pas une recrudescence. Par conséquent, des points de capture de simulies sont maintenus dans de telles zones pour deux années supplémentaires afin d'y effectuer des études entomologiques de post-traitement. Dans dix points de capture situés dans des anciens foyers d'hyperendémicité de l'aire initiale du Programme, les résultats sont satisfaisants (moins d'une similie infectieuse pour 1000 simulies paires) alors que dans deux cas le taux était de 3 à 4 pour 1000 nécessitant la reprise temporaire des traitements larvicides en attendant une enquête épidémiologique pour identifier les villages où la prévalence n'est pas suffisamment faible.

¹ Le nombre de larves infectantes qui seraient transmises à une personne assise au bord de la rivière, 11 heures par jour, 365 jours par an. Le niveau de tolérabilité : un PAT de 100.

5.11 En matière de surveillance écologique, les résultats des équipes nationales d'hydrobiologie coordonnées par le Groupe écologique de l'OCP, ont confirmé l'absence d'effets secondaires sur les poissons par suite des traitements larvicides de VCU, alors qu'une modification de la composition de la faune des insectes non cible et une réduction de leur densité restent dans des limites acceptables. Après l'arrêt des traitements larvicides, la recolonisation des rivières par la faune non cible est observée.

5.12 Le laboratoire de sondes à ADN de l'OCP à Bouaké est maintenant entièrement opérationnel. Ce laboratoire rend possible une distinction entre les onchocercques humaines et animales et entre les formes cécitante (savanicole) et moins cécitante (forestière) du parasite, permettant ainsi au Programme de mieux axer ses traitements larvicides sur les zones de transmission de la forme cécitante de la maladie. Une étude spéciale a démontré la capacité des sondes à ADN à détecter une larve infectante dans un broyat de 100 simulies, un résultat intéressant pour la surveillance de post-traitement.

5.13 Le président du CCE a souligné le progrès réel fait dans le domaine de la lutte antivectorielle, y compris la réduction drastique des PAT dans les zones d'extension et le fait que les traitements larvicides sont actuellement arrêtés dans les zones qui étaient précédemment des zones d'hyperendémicité. Il a souligné l'importance du laboratoire des sondes à ADN à Bouaké qui permet l'amélioration du ciblage des traitements larvicides en excluant l'épandage dans les zones d'onchocercose animale. La disponibilité de six larvicides (avec la possibilité d'un autre larvicide d'ici un an) utilisés en rotation empêchera à l'avenir tout cas de résistance, en particulier du fait que le nouveau produit candidat appartient à un groupe chimique différent et sera un alternatif aux organophosphorés entre 15-70 m³/s.

5.14 Le Professeur Molyneux a exprimé l'admiration du comité sur le très bon travail accompli par les pilotes d'hélicoptère sans lesquels l'OCP n'aurait pas réussi. Ils travaillent souvent dans des conditions difficiles avec une responsabilité considérable pour l'épandage des insecticides sur les différents biefs à des doses appropriées tout en ayant à effectuer des vols dans des conditions de terrain pénibles.

5.15 Le président du Groupe écologique, le Professeur Calamari, a confirmé que la rotation systématique des larvicides a également réduit les effets sur la faune aquatique. Un insecticide non organophosphoré, le Vectron, applicable à des débits allant de 15 à 70 m³/s a été autorisé pour des essais pilotes. Une évaluation des données des dix dernières années a montré que les fluctuations à long terme des populations des poissons sont en meilleure corrélation avec les variations des écoulements des rivières qu'avec les traitements larvicides effectués par l'OCP.

5.16 Le Groupe a souligné qu'en fait, le principe de la dévolution a été appliqué aux équipes d'hydrobiologie depuis le début des opérations de l'OCP et a recommandé que tout soit finalement mis en oeuvre pour garantir l'emploi de ce personnel dans le domaine général de la surveillance de l'environnement.

* * *

5.17 Les membres du Comité ont félicité le Programme pour ses opérations réussies de lutte antivectorielle et pour les résultats encourageants obtenus durant l'année considérée.

5.18 En réponse à une question concernant l'étendue de l'arrêt des traitements larvicides dans l'aire initiale du Programme, il a été expliqué que bien que la zone précédemment réenvahie soit toujours soumise à la lutte antivectorielle, les traitements larvicides cesseront bientôt partout dans la zone.

5.19 En ce qui concerne l'éventuel obstacle au repeuplement à cause du retour des simulies après l'arrêt de la lutte antivectorielle, il a été expliqué que des réunions d'information sont tenues avec les villageois durant lesquelles le personnel de l'OCP rassure les populations sur le fait que les simulies ne transmettent plus la maladie. Pour maîtriser la nuisance, le Programme soutient des traitements larvicides localisés au sol, en particulier dans les zones ayant d'importants projets de développement socio-économique. Un tel traitement peut être limité à quelques semaines par an.

5.20 Une question a été soulevée concernant le coût que représente pour le Programme l'utilisation d'une double dose du lot défectueux de B.t. H-14, nécessitant une augmentation des heures de vol. Bien que 225 000 litres de produit coûtant US \$ 1 million, étaient impliqués, l'OCP n'a subi aucune perte car le lot défectueux a été remplacé par la firme. En outre, le fabricant a accepté de fournir des formulations améliorées sans augmenter leur coût bien que de telles augmentations soient prévues par le contrat. Chaque lot de B.t. H-14 est maintenant testé, avant livraison, au laboratoire de l'OCP à Bouaké.

5.21 En réponse à une question concernant le risque d'une invasion de simuliés infectieuses en provenance du Nigéria dans la partie est de l'aire du Programme, le Directeur a rassuré le Comité du fait que ce pays mène déjà une lutte contre l'onchocercose par la distribution à grande échelle de l'ivermectine et que l'OCP maintient des contacts étroits avec le Nigéria par une participation à leurs différentes réunions et par la formation de techniciens du Nigéria par le Programme (voir également paragraphe 5.46 ci-dessous).

5.22 On s'est préoccupé de l'aspect juridique des droits d'auteur relatifs à l'amélioration des formulations de B.t. H-14 mises au point en collaboration avec l'Institut Pasteur de Paris. Le Comité a reçu l'assurance que les dispositions seront prises pour protéger les intérêts du Programme comme c'est habituellement le cas pour des contrats entre l'OMS et d'autres organisations.

5.23 Répondant à une question concernant l'utilisation de la perméthrine à Tienfala pour une durée dépassant le maximum de six cycles recommandés, il a été souligné qu'il arrive que ce maximum soit dépassé dans des situations exceptionnelles et que des études écologiques spéciales *ad hoc* sont en cours dans cette zone afin de s'assurer qu'il n'y a pas eu d'impact sérieux sur la faune aquatique.

Activités épidémiologiques et distribution d'ivermectine

5.24 La contribution de l'enquête épidémiologique à la prise de décisions sur l'arrêt des traitements larvicides dans l'aire initiale du Programme est actuellement une préoccupation majeure de l'Unité d'évaluation épidémiologique (EPI). Les décisions d'arrêt des traitements larvicides sont basées sur la prévalence de l'onchocercose, la charge microfilarienne communautaire (CMFC), l'incidence et le degré de conformité entre prévalence et prédictions informatiques.

5.25 Au total, 29 villages indicateurs de première ligne ont été examinés dans quatre bassins fluviaux. Les résultats sont généralement satisfaisants à tel point que les traitements larvicides pourront être arrêtés dans trois de ces quatre bassins, alors que les résultats épidémiologiques du quatrième nécessitent la poursuite des enquêtes jusqu'à ce que la situation puisse être revue à une date ultérieure.

5.26 Etant donné que le traitement à grande échelle à l'ivermectine exclut l'utilisation d'indicateurs épidémiologiques tels que l'évolution de la prévalence et de la CMFC dans le temps, l'évaluation de l'effet de la lutte antivectorielle dans les zones d'extension sous traitements larvicides combinés au traitement à l'ivermectine sera à l'avenir basée sur l'incidence de l'infection onchocerquienne parmi des cohortes de personnes à biopsie cutanée négative qui seront exclues de la distribution annuelle de l'ivermectine. Toutefois pour celles d'entre elles qui deviendront positives, le traitement à l'ivermectine reprendra.

5.27 Jusqu'ici, 48 villages situés en Guinée, au Togo, au Bénin et dans la zone mixte savane/forêt en Côte d'Ivoire ont été examinés et des cohortes établies dans les communautés. Les résultats de cette évaluation basée sur l'incidence ne pourront être connus que dans les quelques années à venir.

5.28 Des études spéciales ont été effectuées au Ghana, au Togo et en Côte d'Ivoire afin d'évaluer l'impact de la migration sur l'apparition de nouvelles infections onchocerquiennes dans l'aire initiale du Programme. Dans les 24 villages impliqués, la grande majorité des nouvelles infections ont été trouvées parmi des migrants venus du sud dans la plupart des cas.

5.29 A la demande du CCP à sa session de décembre 1992, le Directeur du Programme a, en consultation avec le Président du Comité consultatif d'Experts (CCE), mis sur pied un groupe

d'experts qui devait proposer un schéma d'évaluation épidémiologique. Le CCE a approuvé la proposition à sa session de juin 1993 et a recommandé son adoption par le CCP (document JPC14.10). Il a été noté, à cet égard, qu'un tri-cocktail d'antigènes est actuellement à l'essai sur le terrain dans l'aire de l'OCP. Cet essai vise en fin de compte à l'adoption éventuelle de l'immunodiagnostic comme outil de diagnostic applicable sur le terrain.

5.30 Plus de 1,7 million de personnes dans plus de 5000 villages sont actuellement sous traitement à l'ivermectine dans l'aire de l'OCP, essentiellement dans les zones d'extension mais également dans quelques zones circonscrites de l'aire initiale du Programme où le résultat des opérations de lutte ne répond pas entièrement aux normes. La distribution continue d'être assurée par les équipes nationales soutenues par l'OCP (70%), à travers des programmes soutenus par des Organisations non Gouvernementales (ONG) (14%), par le biais de l'autotraitement communautaire (10%) et dans les centres de santé (6%).

5.31 La couverture moyenne a été de 70% de la population cible, et atteint 77% dans les villages ayant opté pour l'autotraitement communautaire.

5.32 Après cinq années de lutte par l'ivermectine à Asubende où se déroule également le traitement larvicide, la prévalence onchocerquienne est passée de 85% au début du traitement à 63% et l'intensité de l'infection (CMFC) durant la même période a baissé de 90%. L'évaluation après cinq ans a montré également une réduction importante des lésions de la chambre antérieure de l'oeil, alors qu'avec la lutte antivectorielle seule, il aurait fallu au moins dix ans pour obtenir cette même réduction.

5.33 Le Professeur Molyneux a félicité l'OCP pour les résultats impressionnants obtenus dans l'aire initiale du Programme, soit une prévalence inférieure à 2% et des CMFC inférieures à 0,1%, permettant ainsi l'arrêt des traitements larvicides. En ce qui concerne la collaboration avec TDR, il a fait mention des études sur l'impact du traitement à l'ivermectine, la modélisation épidémiologique, la distribution de l'ivermectine, les relations entre le vecteur et le parasite, les sondes à ADN, l'immunodiagnostic et la mise au point de techniques morphométriques pour l'identification des simules adultes. Ces études sont d'une grande importance et ont un impact significatif sur le coût des opérations.

5.34 Il a ensuite attiré l'attention du Comité sur le document JPC14.10 contenant le rapport d'un groupe d'experts mis en place en vue de soumettre des propositions sur l'évaluation épidémiologique dans l'aire du Programme. Ces propositions ont été étudiées par le Comité consultatif d'Experts qui a recommandé leur approbation par le CCP.

* * *

5.35 Le Comité a exprimé sa satisfaction sur le travail de l'OCP dans le domaine de l'évaluation épidémiologique et sur l'énorme progrès réalisé dans le programme de distribution de l'ivermectine.

5.36 En réponse à une question sur l'utilisation exclusive du traitement à l'ivermectine dans la partie nord de la zone d'extension ouest, il a été expliqué que l'épidémiologie dans cette zone est différente de celle de la partie sud dans la mesure où les parasites appartiennent en grande partie aux espèces animales, les populations sont éparpillées et le traitement par les épandages aériens aurait été très cher étant donné les longues distances. Le CCE et le CCP ont approuvé que cette zone soit soumise au traitement à l'ivermectine uniquement.

5.37 En ce qui concerne l'effet éventuel de la migration humaine sur la recrudescence, il a été expliqué que toutes les évaluations épidémiologiques menées par l'OCP comportent une étude sur la migration. Des études spéciales sont également effectuées en zone forestière au sud pour évaluer l'impact de la migration vers le nord.

5.38 Une question a été posée, de savoir si la combinaison de la lutte antivectorielle et du traitement à l'ivermectine diminuera ou pas la période des traitements larvicides requis pour ramener le réservoir humain du parasite à un niveau insignifiant sur le plan épidémiologique et quelles en seront les implications financières. Ce sont des questions qu'abordera l'Évaluation prospective à mi-parcours (Phase IV) qui en fera un rapport au CCP à une date ultérieure (voir également section 11 ci-dessous).

5.39 En répondant à une question sur les coûts respectifs de la lutte antivectorielle et de la distribution de l'ivermectine et les coûts des différents modes de distribution, référence a été faite à une étude menée par la Banque mondiale en 1990 qui a évalué le coût de la lutte antivectorielle à moins d'un demi dollar américain par personne protégée alors que de récentes estimations faites par l'OCP font état d'un coût de distribution de l'ivermectine allant de US \$ 1 à US \$ 2. En outre, il faut considérer le fait que la lutte antivectorielle effectuée durant la période requise aboutit à l'élimination du réservoir humain du parasite alors que la durée d'un traitement à l'ivermectine est sans limite. Le traitement combiné est probablement le plus rentable bien que la durée nécessaire de l'épandage larvicide dans cette combinaison ne puisse pas encore être prédite.

5.40 En ce qui concerne les coûts respectifs des différents modes de distribution de l'ivermectine, certaines estimations sont disponibles mais une étude approfondie sera effectuée par l'OCP et les résultats présentés au CCP à sa session de 1994 (voir également paragraphe 6.26 ci-dessous).

5.41 Quant à la possibilité d'interactions entre l'ivermectine et les médicaments utilisés dans le traitement du paludisme, de la schistosomiase, etc. l'OCP a demandé le point de vue du Comité d'Experts Mectizan qui déclare qu'aucune réaction de la sorte n'a été enregistrée.

5.42 La possibilité de la transmission de l'infection VIH à travers la biopsie cutanée a retenu l'attention et le Comité a reçu l'assurance que la biopsie cutanée est utilisée uniquement lorsqu'elle est absolument nécessaire et que, de toute façon, l'OCP respecte scrupuleusement les directives de l'OMS pour la stérilisation des équipements utilisés à cette fin. Toutefois, un effort sera fait pour en étudier le risque si cela s'avérait nécessaire.

5.43 A ce propos, il a été souligné qu'une épreuve immunodiagnostique, lorsqu'elle sera disponible, nécessitera le prélèvement de sang avec un éventuel risque identique à celui de la biopsie cutanée.

5.44 En répondant à la suggestion que le traitement à l'ivermectine des enfants pourrait augmenter leur croissance et améliorer leur niveau d'intelligence, il a été expliqué que l'ivermectine tue les parasites intestinaux qui souvent retardent la croissance. En ce qui concerne l'augmentation du niveau d'intelligence et de la capacité d'apprentissage, il n'existe aucune preuve et l'OCP n'a pas d'expertise dans ce domaine.

5.45 Il y a eu des discussions sur le rôle des organisations non gouvernementales dans la distribution de l'ivermectine et leurs relations avec les autorités gouvernementales. Il a été suggéré que l'OCP aide à coordonner le travail des ONG et prépare à cet effet des guides à leur attention. Selon le Directeur du Programme une telle collaboration sera mieux gérée par les autorités nationales. Par ailleurs, une brochure traitant de tous les aspects de la distribution de l'ivermectine a déjà été préparée par l'OCP. A ce propos, il a été suggéré également que l'ivermectine donné pour des raisons humanitaires soit fourni par l'intermédiaire de l'OCP au lieu d'être obtenu directement ou par le biais des ONG, sans passer par le Comité d'Experts Mectizan. La coordination entre les ONG concernées par la distribution de l'ivermectine est actuellement assurée à travers un Comité ayant son secrétariat au Siège de l'OMS.

5.46 La question de la possibilité d'une réinvasion de l'aire de l'OCP par des simules infectieuses venant du Nigéria ou la transmission de l'infection à partir de migrants en provenance de ce pays a été évoquée à maintes reprises durant les discussions. Il a été expliqué que les vents dominants du sud-ouest/nord-est militent contre une telle réinvasion, que la vallée fluviale commune est limitée à une centaine de kilomètres et que le Nigéria effectue actuellement une distribution à grande échelle de l'ivermectine le long de la frontière en question. De plus, il a été souligné qu'il existe un contact régulier entre l'OCP et les autorités du Nigéria au cours de visites réciproques et que l'OCP forme du personnel du Nigéria.

5.47 Le Comité a finalement demandé au Directeur du Programme de faire un compte-rendu à sa session de 1994 sur la collaboration OCP/Nigéria, y compris son évolution historique. Par ailleurs, le Comité a suggéré que le Nigéria soit invité en tant qu'observateur à sa session de 1994. Une autre possibilité sera d'inviter un ressortissant nigérian membre du CCE.

5.48 A une demande de clarification concernant la stratégie de la distribution de l'ivermectine et de son évaluation, il a été précisé que le Programme suit la stratégie présentée dans le Plan d'Opérations pour la quatrième Phase financière.

5.49 Le Comité a entendu une déclaration du Dr N.M. Hien, Secrétaire-général Adjoint de l'OCCGE², qui a souligné l'étroite collaboration qui a existé et existe toujours entre son organisation et l'OCP, y compris la participation mutuelle aux réunions. En mentionnant la nécessité de poursuivre la collaboration entre les Pays participants après la fin des opérations de l'OCP, il a suggéré que l'OCCGE pourrait en définitive jouer le rôle d'un organisme inter-pays ; c'est une des possibilités évoquées par le groupe de la Revue Externe de 1990.

Projet de Chimiothérapie Macrofil

5.50 Durant toute la période considérée, une étroite collaboration a été maintenue avec les autres unités du Programme spécial OMS/PNUD/Banque mondiale de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), l'industrie pharmaceutique et des institutions universitaires.

5.51 La firme Ciba-Geigy a continué ses essais cliniques sur le produit CGP 6140 (Amocarzine) en Amérique latine. D'autres essais seront entrepris par l'OCP en Afrique de l'Ouest dès qu'on aura des garanties sur l'innocuité et l'efficacité du médicament, et en particulier lorsqu'on aura l'assurance qu'une posologie de 5mg/kg en deux jours consécutifs est cliniquement acceptable et apparemment efficace jusqu'à deux années après le traitement.

5.52 Des essais toxicologiques sur le produit CGI 18041 de Ciba-Geigy ont révélé une anémie irréversible inattendue chez deux espèces animales et les essais cliniques sur l'homme sont donc exclus.

5.53 Le composé UMF 078, produit par l'Université de Michigan, est actuellement à sa phase préclinique. Une demande de brevets pour la production et l'utilisation du produit a été faite en collaboration avec l'Université. Avec l'aide de l'Unité de développement de produits de TDR, on est à la recherche de partenaires pour le développement conjoint du médicament.

5.54 S'agissant d'une éventuelle apparition de baisse de sensibilité d'*Onchocerca* à l'ivermectine, des recherches sont en cours pour mettre au point une "sonde moléculaire" capable d'identifier des gènes résistants. En outre, des biopsies cutanées répétées dans le temps dans des villages choisis permettront de suivre étroitement le niveau de la sensibilité des microfilaires à l'ivermectine.

5.55 Le président du CCE a été encouragé par les plus récents développements dans la recherche d'un macrofilaricide applicable sur le terrain et a suggéré plus spécifiquement qu'une fois que l'Amocarzine (CGP 6140) sera homologuée par les autorités suisses, des essais limités sur le terrain avec le médicament soient entrepris dans des situations épidémiologiques différentes sous supervision médicale stricte afin de le tester comme moyen de lutte à retenir dans l'avenir pour une campagne de masse.

* * *

5.56 Quelques préoccupations ont été exprimées concernant la réduction du budget de Macrofil/OCT et ses éventuelles conséquences sur la mise au point d'un macrofilaricide qui pourrait jouer un rôle important dans la lutte contre l'onchocercose, en particulier dans le contexte du processus de la dévolution. Le Comité a reçu l'assurance que la priorité sera toujours accordée au projet qui par ailleurs bénéficie du soutien des firmes pharmaceutiques. L'une des raisons motivant cette réduction est l'arrêt du projet CGI 18041 qui permet à l'Administrateur du projet de penser que le Projet est en mesure de mener ses activités dans les limites des budgets de 1993 et 1994.

² Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les grandes Endémies: Etats membres : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo.

5.57 En outre, il a été souligné que le Directeur du Programme a l'autorité d'opérer des transferts de fonds entre les différents programmes d'activités jusqu'à concurrence de 10% et qu'il s'agit là d'une facilité qui pourrait, en cas de besoin, être exploitée au profit du projet Macrofil/OCT.

5.58 En réponse à une proposition faite d'inviter des représentants de l'Industrie s'intéressant au domaine de la santé à assister aux sessions du Comité conjoint du Programme, il a été suggéré que TDR organise plutôt au niveau national des réunions avec les firmes pharmaceutiques concernées.

Biostatistique et informatique

5.59 Outre des activités de routine telles que le traitement des données entomologiques et épidémiologiques, l'assistance à l'Unité de lutte antivectorielle et à l'Unité d'évaluation épidémiologique et la formation du personnel de l'OCP dans l'utilisation de l'informatique, l'Unité biostatistique et informatique (BIS) a initié un programme d'appui aux activités nationales de dévolution concernant la mise en place de banques de données et l'introduction de l'utilisation de micro-ordinateurs sur le terrain.

5.60 La banque centrale de données entomologiques a été développée davantage afin de faciliter l'analyse des tendances des taux de piqûres et du potentiel de l'infection simuliidienne. En outre, BIS a introduit un système de cartographie informatisée, permettant ainsi une localisation géographique facile des différentes souches d'*Onchocerca volvulus*, telles qu'identifiées par des sondes à ADN, et des résultats de la lutte antivectorielle.

5.61 Les prédictions informatiques de l'Unité BIS contribuent dans une large mesure à la prise de décisions concernant l'arrêt de la lutte antivectorielle dans l'aire initiale du Programme.

5.62 En ce qui concerne l'impact des traitements larvicides combinés au traitement à l'ivermectine, la simulation informatique a prédit une réduction régulière de la production microfilarienne de l'ordre de 33% par rapport au niveau du traitement précédent.

Comité OMS d'Experts sur la lutte contre l'onchocercose

5.63 Le Dr Ramachandran, Secrétaire du Comité d'Experts, a livré les conclusions du comité qui s'est réuni durant la semaine précédant la présente session du CCP. Depuis la dernière réunion du Comité d'Experts en 1986, des progrès considérables ont été réalisés quant à la compréhension de la transmission et en matière de diagnostic et de lutte contre la maladie ; tout ceci, dans une large mesure, est dû au travail de l'OCP et il est important que l'élan pris dans la lutte contre l'onchocercose dans les pays non-OCP soit maintenu. Une mention spéciale de gratitude a été faite au sujet de la fourniture gratuite de l'ivermectine par le fabricant Merck & Co. De 1990 à 1993, les traitements annuels ont augmenté de 1,5 million à 9,2 millions sur le plan mondial.

5.64 Le comité a abordé des questions comme l'évaluation rapide, le rapport coût/efficacité de la distribution avec un accent sur la distribution par les systèmes de soins de santé primaires et les aspects socio-psychologiques de l'onchocercose. Un certain nombre de recommandations ont été faites à cet égard.

Administration et services de soutien

5.65 Le maintien d'un niveau élevé du rapport efficacité/productivité au moindre coût possible a continué d'être une préoccupation majeure de la direction de l'OCP, c'est-à-dire le Directeur du Programme et l'Unité d'administration et services de soutien. Des efforts particuliers ont été déployés dans l'élargissement du champ des applications informatiques alors que la capacité gestionnaire du personnel a été renforcée davantage en organisant des programmes d'étude sur des sujets donnés.

5.66 Bien que presque la moitié des dépenses de l'OCP soit effectuée en francs CFA, le taux de change défavorable entre cette monnaie et le dollar américain durant le premier semestre de l'année n'a pas abouti à des dépenses dépassant le montant total du budget, des économies ayant été faites partout où cela a été possible. Au contraire, en 1993, le Programme a su maintenir le coût des opérations en deçà du budget approuvé pour l'année.

5.67 Durant la période considérée, des progrès considérables ont été réalisés dans le processus de transfert du personnel de l'aire initiale du Programme et des zones d'extension sud du statut de l'OMS/OCP au statut national. Au total, 251 postes des services généraux ont ainsi été reconvertis. En outre, 13 postes des services généraux et deux postes professionnels ont été abolis durant la même période.

* * *

5.68 Une clarification a été demandée concernant l'augmentation du salaire du personnel des services généraux au Burkina Faso puisqu'il a été dit que ce personnel est actuellement rémunéré selon les grilles nationales. Il a été expliqué que cette augmentation ne s'applique qu'au personnel des services généraux employés par l'OMS/OCP travaillant au Burkina Faso et a été déterminé par le PNUD au nom du système des Nations Unies.

Composition du Comité consultatif d'Experts

5.69 Plusieurs questions ont été soulevées concernant la composition du CCE et il a été suggéré que l'expertise dans des domaines comme le marketing social, la santé publique et le développement social pourrait être représentée. Le Comité a été rassuré sur le fait que l'un des membres jouit d'une certaine expérience en marketing social dans le cadre du traitement à grande échelle à l'ivermectine dans son pays et que d'autres membres ont de l'expérience en santé publique et en matière de promotion des systèmes de santé. Le président du CAP a expliqué que son comité nomme les membres du CCE sous la signature du Directeur-général de l'OMS et que le CAP fait de son mieux pour avoir un groupe équilibré reflétant les besoins opérationnels de l'OCP. S'agissant de la nomination d'un expert en sociologie, ce qui représenterait un intérêt particulier pour l'autotraitement communautaire à l'ivermectine, le CAP a déjà considéré cette possibilité et continuera à oeuvrer dans ce sens. En outre, il a été suggéré que le CCE ait parmi ses membres un spécialiste de la santé au niveau "districts" pour donner des conseils sur la dévolution appliquée au sein de services de santé renforcés dans le cadre des soins de santé primaires.

Collaboration entre l'OCP et TDR

5.70 Le Dr Tore Godal, Directeur de TDR, a souligné la complémentarité de la collaboration entre l'OCP et TDR, le premier permettant des études sur le terrain et testant dans des conditions opérationnelles des projets de recherche conçus par le second. Outre la collaboration dans des domaines comme la recherche d'un macrofilaricide et l'application des sondes à ADN à des fins opérationnelles, TDR s'occupe actuellement de la recherche concernant les problèmes sociologiques liés aux manifestations de l'onchocercose.

5.71 TDR collabore également avec l'OCP pour des recherches sur des sujets qui revêtent un intérêt particulier pour des programmes de lutte dans les pays non-OCP. Ces sujets comprennent la durabilité des opérations, les méthodes d'évaluation rapide (pour lesquelles un manuel de TDR sur la cartographie épidémiologique est achevé) et l'auto-traitement communautaire par l'ivermectine.

5.72 Le Professeur Molyneux a exprimé la satisfaction de son comité au sujet de l'étroite collaboration entre l'OCP et TDR dans le Projet Macrofil/OCT et a noté l'accord conclu avec les Laboratoires Janssen en Belgique, appuyés par le gouvernement, qui permettra l'essai de 1000 composés à cribler annuellement. C'est un exemple d'engagement du secteur public et privé pour une collaboration en matière de recherche en santé publique. En outre, il a souligné l'importance de la recherche sur une éventuelle apparition de la résistance à l'ivermectine.

5.73 En résumant, le président du Comité consultatif d'Experts a souligné qu'il ne peut y avoir de compromis sur les questions techniques concernant les opérations de l'OCP telles qu'elles ont été présentées dans le rapport de la Revue Externe de 1990 approuvé par le CCP. Il est confiant quant à l'aboutissement heureux du Programme et a mis l'accent sur le fait que le Programme a besoin de l'appui continu de tous les partenaires dans cette importante tâche.

6. DEVOLUTION : Point 7 de l'ordre du jour (documents JPC14.5, JPC14.6, JPC14.7, JPC14.8, JPC14.9, JPC14.12, JPC14.13, JPC14/INF/DOC.2)

6.1 Le Programme continue d'assumer son rôle en matière de dévolution c'est-à-dire promouvoir et soutenir les efforts consentis par les nationaux pour s'assurer que des structures efficaces de dévolution soient mises en place lorsque l'OCP prendra fin. Les activités de l'Unité de Dévolution de l'OCP s'articulent autour de l'assistance à la formation, la sensibilisation, la surveillance épidémiologique et la distribution de l'ivermectine dans l'aire initiale du Programme (en collaboration avec l'Unité EPI), l'élaboration et l'actualisation des plans de dévolution, la mobilisation de ressources pour l'exécution des plans et la recherche opérationnelle.

6.2 Toutes les unités au siège de l'OCP et la plupart des infrastructures du Programme sur le terrain sont actuellement impliquées dans l'appui aux processus nationaux de dévolution, soit à plein temps soit à temps partiel. Par ailleurs, une collaboration a été maintenue avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), le Coordonnateur inter-pays de la dévolution (AFRO) basé à la Représentation de l'OMS à Ouagadougou et le siège de l'OMS.

6.3 A la demande du Comité conjoint du Programme à sa session de décembre 1992, l'Unité de Dévolution a soumis à la présente session du Comité un document traçant les grandes lignes et clarifiant le cadre institutionnel du processus de la dévolution et les rôles respectifs des partenaires (document JPC14.7).

6.4 Les Coordonnateurs nationaux de l'onchocercose jouent un rôle de plus en plus important dans le domaine de la dévolution. Pour assurer donc une approche coordonnée partout dans l'aire du Programme et bénéficier des échanges de points de vue concernant les activités sur le terrain, une réunion qui a regroupé les coordonnateurs des onze Pays participants a eu lieu au siège de l'OCP. La réunion a adopté une série de recommandations comprenant l'appui à la création de comités nationaux de dévolution, un appel pour une assistance par les Donateurs, le renforcement de l'implication de l'OMS/AFRO au niveau national, la coordination des différentes approches de la distribution de l'ivermectine et la formation des Coordonnateurs nationaux en épidémiologie (document JPC14.8).

6.5 Au total, 25 bourses ont été octroyées par l'OCP durant la période considérée, toutes dans des disciplines liées à la dévolution telles que la gestion des services de santé, l'épidémiologie, l'ophtalmologie et l'éducation pour la santé. Le nombre total des bourses accordées par l'OCP depuis 1974 est ainsi passé à 407.

6.6 Avec le soutien technique des unités BIS et EPI, un accent particulier a été mis sur la collaboration avec les partenaires de la dévolution tels que l'OMS/AFRO, l'OCCGE et le projet PASE³ dont les activités de formation visent à renforcer la capacité de surveillance épidémiologique des pays au niveau périphérique.

6.7 Une étude spéciale est en cours visant à déterminer jusqu'où une surveillance entomologique effectuée au niveau national pourrait éventuellement compléter la surveillance épidémiologique dans le cadre de la détection de la recrudescence (document JPC14.9).

³ PASE : Projet d'Appui à la surveillance épidémiologique financé par le Canada et implanté au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Mali et au Niger.

6.8 Six pays de l'aire initiale du Programme ont achevé la révision de leurs plans de dévolution. En zone d'extension ouest, la Guinée, la Guinée-Bissau et le Sénégal ont fini d'élaborer leurs plans de dévolution tandis que pour la Sierra Leone les dispositions sont prises pour la finalisation du plan avant le 31 décembre 1993. A ce propos, des informations ont été données sur une récente initiative conjointe Banque mondiale/OCP invitant les Pays participants à revoir leurs plans avec la Banque et l'OCP. Dans les cas où une assistance bilatérale ne serait pas assurée, la Banque mondiale serait prête à considérer le financement de tels plans dans le cadre de projets de santé en cours ou nouvellement élaborés (document JPC14/INF/DOC.2). Jusqu'ici, les activités de dévolution du Burkina Faso sont financées dans le cadre d'un projet de développement sanitaire soutenu par la Banque, alors que des demandes d'assistance ont été reçues du Bénin, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée-Bissau, du Mali, du Niger, du Sénégal et de la Sierra Leone.

6.9 Les Pays participants ont fait des compte-rendus sur les progrès réalisés et leurs activités dans le domaine de la dévolution. Ils ont tous préparé ou révisé des plans de dévolution dont la plupart ont été transmis aux Donateurs, particulièrement la Banque mondiale, pour un soutien financier.

6.10 Chaque plan de dévolution reflète plus ou moins le principe de l'intégration de la surveillance et de la lutte contre l'onchocercose à celles d'autres maladies dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires.

6.11 La constitution des Comités de Dévolution de l'Onchocercose est en cours avec une composition différente dans tous les pays concernés. La sensibilisation des communautés est un aspect important des plans tout comme la formation. Des activités régulières de surveillance ont débuté dans plusieurs pays.

6.12 Le représentant du Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique voit la dévolution comme un processus à deux étapes : la dévolution dans sa phase actuelle suivie par la prise en charge de certaines activités de l'OCP par les Pays participants. Les composantes principales de la dévolution sont : la surveillance épidémiologique, la distribution de l'ivermectine, la mobilisation sociale et l'évaluation.

6.13 Le Dr d'Almeida a mentionné l'appui du Bureau régional, à savoir la nomination d'un coordonnateur inter-pays de la dévolution, aidé par des épidémiologistes nationaux, membres des équipes pays de l'OMS ; ils assistent les Pays participants dans des domaines comme la formation, le renforcement des capacités, la recherche, la gestion et la logistique. En outre, AFRO donne des conseils techniques à ses Etats-membres.

6.14 Un ensemble cohérent d'activités intégrées de dévolution pour la lutte contre les maladies parasitaires et autres y compris l'onchocercose, a été conçu sur la base de l'approche du niveau de district et est à la disposition des Pays participants.

6.15 Le Comité a été informé par le Dr Pieter de Raadt, Directeur de la Division de la lutte contre les Maladies tropicales (OMS), d'une réunion technique informelle organisée par le siège de l'OMS et l'OCP qui aura lieu à Ouagadougou en mars 1994 conjointement avec la réunion annuelle des Coordonnateurs nationaux de l'onchocercose. Le but de la réunion informelle est de profiter de l'expérience de l'OCP pour mettre en place des programmes de surveillance et de lutte élargis à plusieurs maladies et identifier les institutions régionales et nationales qui appuieront ces programmes.

6.16 Le président du Comité consultatif d'Experts a fait mention des délibérations de son comité sur la dévolution. On estime qu'il y a eu une évolution positive encourageante dans ce domaine et la présence des Coordonnateurs nationaux durant la session a été bien accueillie. Les outils actuellement disponibles et la question de l'intégration a retenu l'attention et un modèle de système de santé a été présenté par l'un des membres du CCE. Le Professeur Molyneux s'est référé au rapport du groupe de la Revue externe de 1990 qui a souligné l'importance de la durabilité et du rapport coût/efficacité de l'intégration de la dévolution dans des programmes comme la planification familiale, le programme élargi de vaccination et les soins maternels et infantiles.

6.17 Le transfert aux communautés de la responsabilité de certains aspects de la dévolution comme l'identification des besoins et l'administration des médicaments sont des considérations importantes. En conclusion, le président du CCE a exprimé l'appui total de son comité aux efforts de l'OCP dans le domaine de la dévolution.

6.18 Des détails sur l'initiative commune de la Banque mondiale/OCP pour appuyer la dévolution ont été donnés par le personnel des deux organisations qui ont souligné le fait que la Banque est prête à étudier le financement des activités de la dévolution dans le cadre d'un développement global des systèmes de santé appuyé par la Banque mondiale chaque fois que d'autres aides ne seraient pas acquises.

6.19 A ce propos, tout en exprimant sa satisfaction au sujet de la collaboration entre la Banque africaine de Développement (BAD) et l'OCP, le représentant de la BAD a informé le Comité des différents projets sanitaires bénéficiant de l'appui de la BAD dans les Pays participants et a suggéré que les onze pays soumettent un "programme d'ensemble" sur la dévolution à la BAD pour financement. Le Directeur du Programme a donné l'assurance au Comité qu'il y aura un suivi de cette proposition dans un avenir très proche.

6.20 Le représentant de l'OCCGE a aussi donné au Comité l'assurance que son organisation est prête à appuyer le processus de la dévolution et a réitéré la disponibilité de l'OCCGE à s'impliquer dans le mécanisme post-OCP de coordination des activités des pays ouest africains concernés.

* * *

6.21 Bien que l'élimination de l'onchocercose comme problème de santé publique soit en vue, le soutien des Donateurs doit avoir comme priorité la continuation des opérations de lutte antivectorielle jusqu'en 1997 et éventuellement jusqu'en l'an 2000 au plus tard. Au même moment, il est essentiel pour le maintien des acquis du Programme, que l'OCP accorde de plus en plus d'importance à son soutien à la dévolution pour s'assurer que les Pays participants seront en mesure de détecter et de maîtriser efficacement toute forme de recrudescence qui pourrait voir le jour après la fin du Programme.

6.22 Le Comité a unanimement reconnu que les activités de dévolution doivent se mener de façon intégrée. Les éléments essentiels tels que la détection de la recrudescence de l'onchocercose et sa maîtrise devraient faire partie intégrante des systèmes de surveillance épidémiologique et de lutte en santé publique qui à leur tour doivent faire partie des systèmes nationaux de soins. On doit garder les structures de dévolution simples, éviter de multiplier les cadres institutionnels, et se fier plutôt aux structures déjà existantes. Les programmes verticaux devront être évités à tout prix. A ce propos, il a été suggéré que les programmes de développement sanitaire soutenus par les Donateurs tiennent compte en particulier de l'intégration des activités de dévolution.

6.23 Les arrangements post-OCP pour la continuation de la collaboration entre les Pays participants ont été l'objet de préoccupations et il a été demandé au Directeur du Programme d'y réfléchir et d'en faire un rapport à la session de 1994 du Comité conjoint du Programme (voir section 11 ci-dessous). A ce propos, il a été suggéré qu'au lieu de démanteler l'OCP lorsque ses opérations prendront fin, ses infrastructures soient maintenues au sein d'un organe inter-pays qui aurait été mis sur pied pour continuer à assurer la coordination et à appuyer la collaboration entre les Pays participants.

6.24 L'assurance a été donnée que la sélection des maladies associées à l'onchocercose dans les programmes de dévolution a été basée sur des critères bien établis.

6.25 En réponse à une question, il a été expliqué que le nombre relativement élevé du personnel énuméré dans l'Unité de Dévolution concerne en fait un personnel travaillant à temps partiel qui effectue d'autres tâches.

6.26 L'accent a été mis sur le fait qu'une attention particulière doit être accordée au problème de durabilité des opérations qui, dès le départ, sont couronnées de succès, comme c'est le cas de l'auto-traitement communautaire à l'ivermectine. L'OCP a été exhorté à entreprendre des calculs de coûts en ce qui concerne les différents modes de distribution de l'ivermectine.

6.27 Il a été retenu que l'OCP, en collaboration avec AFRO, révisera le document expliquant la structure de la dévolution (JPC14.7) en vue de sa simplification.

6.28 Le Comité a décidé que les Pays participants élaborent un rapport commun sur la dévolution et le Directeur du Programme s'est engagé à contacter les gouvernements concernés à cet effet. Le rapport commun d'activité sera alors soumis aux participants du CCP avant la session.

6.29 En outre, le Comité a convenu qu'à l'avenir les débats sur la dévolution s'articulent autour de deux axes principaux : la dévolution au sens strict (progrès dans la surveillance de l'onchocercose pour appuyer la détection et la maîtrise de la recrudescence) ; et le progrès dans la surveillance et la lutte contre les maladies endémiques comme soutien à la dévolution dans le cadre de systèmes nationaux intégrés de soins de santé.

6.30 Compte tenu de la nécessité de soutenir les efforts nationaux de renforcement des systèmes de soins de santé, il a été suggéré de renforcer l'unité de dévolution par l'apport d'un consultant expert dans le domaine des services de santé de district et plus particulièrement des soins de santé primaires.

6.31 En répondant à une question concernant l'effet de l'ajustement structurel effectué sous l'égide de la Banque mondiale/FMI, le Comité a été informé que des efforts sont faits pour éviter des réductions dans les domaines sanitaire et éducatif.

6.32 La satisfaction a été générale au sujet des progrès réalisés en matière de dévolution qui est maintenant entrée dans sa phase opérationnelle à travers tout le Programme.

7. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES : Point 8 de l'ordre du jour (document JPC14.11)

7.1 Le représentant du Commissaire aux Comptes a expliqué la procédure suivie dans la vérification des transactions financières du Programme et a remercié le personnel de l'OCP pour sa coopération constructive durant les visites d'audit effectuées auprès du Programme.

7.2 Le Directeur du Programme a exprimé sa gratitude au Commissaire aux Comptes et à ses propres collaborateurs pour leur gestion transparente et saine des fonds alloués.

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

8. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1994 ET SON APPROBATION: Point 9 de l'ordre du jour (document JPC14.4)

8.1 En 1994, un accent particulier sera mis sur l'appui du Programme au processus de la dévolution dans les Pays participants. Avec l'implication grandissante des équipes nationales dans les activités effectuées par l'OCP ou sous son égide, les opérations d'ensemble du Programme diminueront progressivement.

8.2 Il est prévu de continuer la lutte antivectorielle en Guinée et en Sierra Leone comme en 1993, pendant que dans d'autres parties de l'aire du Programme les traitements larvicides, bien que programmés sur la même échelle qu'en 1993, seront arrêtés dans certains bassins fluviaux où les résultats des enquêtes entomo-épidémiologiques le justifieraient.

8.3 Par ailleurs, étant donné les résultats encourageants de l'association lutte antivectorielle/traitement à l'ivermectine, les traitements larvicides seront suspendus pour de plus longues périodes qu'auparavant. De plus, dans l'aire initiale du Programme un secteur a été réduit à un sous-secteur et trois sous-secteurs supplémentaires seront fermés.

8.4 Les deux principales activités de l'évaluation épidémiologique seront poursuivies sans aucun changement, à savoir contribuer à la prise de décisions sur l'arrêt des traitements larvicides et évaluer l'effet de la lutte antivectorielle sur la transmission.

8.5 Une troisième activité principale sera la coordination et l'appui à la distribution à grande échelle de l'ivermectine effectuée par des équipes nationales et dans certains cas par des organisations non gouvernementales. L'autotraitement communautaire sera encouragé.

8.6 En cas de financement insuffisant, le Projet de Chimiothérapie Macrofil mettra l'accent sur ses structures d'essais précliniques et cliniques au détriment de la recherche fondamentale afin d'améliorer ses programmes d'identification d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain.

8.7 Le projet de budget pour 1994 se monte à US \$ 28 336 500, ce qui est inférieur de 5% à celui approuvé pour 1993, et inférieur de 6% à celui prévu pour 1994 dans le Plan d'Opérations de la quatrième Phase financière (1992-1997). Des économies seront recherchées partout où cela sera possible sans nuire au rapport coût/efficacité des opérations. Ceci concerne des rubriques de dépenses tels que les déplacements, les services de consultants, les larvicides, les contrats de recherche et les immobilisations. Les économies attendues de la réduction prévue du nombre de personnes sous contrat OMS/OCP seront neutralisées par une augmentation considérable du salaire net des membres du personnel des services généraux au Burkina Faso.

* * *

8.8 Suite à une question ayant trait à l'harmonisation, il a été expliqué que le personnel harmonisé est le personnel de l'aire initiale du Programme et de l'extension sud dont les conditions d'emploi sont passées du statut Nations Unies à celui de personnel local. C'est-à-dire du personnel dont les conditions sont semblables à celles des employés des Etats.

8.9 Techniquement ces personnes appartiennent à leurs divers gouvernements qui les mettent à la disposition du Programme. Les salaires de ces personnes continuent d'être payés par l'OCP et le seront jusqu'à la fin de la quatrième Phase, c'est-à-dire, à la fin de l'année 1997. Les salaires payés sont de mêmes niveaux que ceux des employés des gouvernements dans des postes similaires auxquels OCP ajoute un montant forfaitaire.

8.10 Le personnel des équipes nationales est le personnel de la zone ouest, attaché à leurs gouvernements respectifs, et qui sont détachés pour les travaux OCP. Dans ce cas, les salaires sont à la charge complète des différents pays ; OCP complète le niveau des salaires par des indemnités forfaitaires.

8.11 Le Comité a été assuré que les suppléments de salaires et les indemnités payés par le Programme sont discutés avec d'autres organisations qui soutiennent financièrement de la même manière les activités nationales.

8.12 Le Plan d'Action proposé pour 1994 et le budget d'un montant de US \$28 336 500 ont été approuvés.

9. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE :

Rapport de la Banque mondiale

9.1 En présentant la situation financière de l'OCP, le représentant de la Banque mondiale a annoncé qu'aujourd'hui il y a un déficit de US \$22 millions pour la quatrième Phase financière (1992-1997) dont l'estimation actuelle des dépenses, qui tient compte des récentes économies et des projections du plan d'opérations au-delà de 1993, s'élève à US \$175 millions. Il a souligné que les dépenses avaient atteint un niveau maximum en 1992 et que dorénavant il y aura des baisses annuelles du budget jusqu'à la fin des opérations du Programme.

9.2 M. Benton a informé le Comité que deux Donateurs avaient annoncé qu'ils n'étaient pas en mesure d'honorer leur annonce de contribution telle qu'elle a été faite lors de l'Accord relatif à la Phase IV et qu'un Donateur qui avait donné son engagement verbal a quitté la communauté des Donateurs de l'OCP. A moins de voir les contributions des Donateurs en hausse en 1994, il faudrait s'attendre à un épuisement d'ici mi-1995 de la réserve d'urgence de l'ordre de US \$10 millions, ce qui rendrait le Programme incapable de continuer ses opérations faute d'argent.

9.3 Une action urgente est par conséquent requise pour sauvegarder les acquis remarquables de ce Programme en le conduisant à une fin heureuse. La Banque mondiale a donc recommandé que les Donateurs actuels revoient à la hausse le niveau de leurs contributions couvrant la Phase IV en particulier ceux qui ont réduit de façon substantielle leurs contributions par rapport à la Phase III ; que des discussions soient engagées avec chaque donateur sur une base bilatérale ; que tous les efforts nécessaires soient faits pour amener de nouveaux Donateurs dans le Programme et qu'une conférence des Donateurs soit tenue au Bureau de la Banque mondiale à Paris en octobre 1994 afin de discuter de l'action à prendre pour rétablir une situation financière viable au sein de l'OCP.

Annnonce des contributions par les Donateurs

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

10. **ETUDE DES QUESTIONS SOULEVEES DANS LE DOCUMENT JPC13.12** (Appui à la surveillance et à la lutte élargies à plusieurs maladies). Point 11 de l'ordre du jour (document JPC14.13)

10.1 En réponse à une demande faite par le CCP en décembre 1992, le Comité des Agences parrainantes (CAP) a présenté un papier (document JPC14.13) exposant ses observations sur la dévolution et sur la surveillance et la lutte élargies à plusieurs maladies.

10.2 Selon le CAP, des systèmes efficaces de surveillance et de lutte élargies à plusieurs maladies, y compris l'onchocercose en tant que maladie cible, assureront le succès de la dévolution dans les pays. En même temps, on peut profiter de l'expérience opérationnelle et gestionnaire de l'OCP lors de la mise en place ou du renforcement des systèmes de surveillance et de lutte élargies à plusieurs maladies. Il a été souligné que tout appui des Donateurs à de tels systèmes sera distinct des contributions à l'OCP et ne signifiera pas que les opérations du Programme vont se poursuivre au-delà de la date d'arrêt de ses activités de lutte.

* * *

10.3 Le Comité a approuvé les observations du Comité des Agences parrainantes faisant état des relations entre dévolution et surveillance et lutte élargies à plusieurs maladies.

11. **EVALUATION PROSPECTIVE A MI-PAROURS (PHASE IV)** : Point 12 de l'ordre du jour

11.1 Le Plan d'Opérations pour la quatrième Phase financière (1992-1997) a prévu une revue externe à entreprendre à mi-parcours durant cette période. Par conséquent, le Comité des Agences parrainantes a réfléchi sur la façon dont cette revue pourrait être structurée et sur ce qu'on pourrait espérer de cet exercice.

11.2 Le président du CAP, M. Bruce Benton, a expliqué que le comité a prévu que cette revue soit prospective et comporte quatre éléments, à savoir :

- a) faire une brève évaluation de la performance du Programme et des acquis à ce jour ;
- b) déterminer ce qui, en terme opérationnel, est essentiel pour conduire efficacement et dans les délais le Programme à sa fin dans un contexte de ressources limitées ;

- c) faire, au plan opérationnel, des prévisions pour les dernières années du Programme après la Phase IV et en estimer les ressources nécessaires ;
- d) étudier la possibilité de mécanismes régionaux permettant la continuation de la collaboration entre Pays participants après l'OCP dans le cadre de la dévolution.

11.3 Par ailleurs, le CAP a suggéré que le CCE entreprenne lors de sa session de juin 1994, les tâches ci-dessus mentionnées et qu'avant de faire rapport au CCP en décembre 1994, il présente le compte-rendu de ses résultats à la conférence des Donateurs qui se tiendra en automne 1994.

11.4 Le Comité conjoint du Programme dira alors si cette revue répond à ses attentes ou décidera de la nécessité de confier l'examen de la revue à un autre groupe externe. Les termes de référence de la revue seront élaborés par le CAP dans un proche avenir.

11.5 Le président du CCE a approuvé la proposition du CAP et s'est dit prêt à initier sans tarder les actions requises. Il a souligné la nécessité particulière d'une planification minutieuse de la période de fermeture progressive du Programme.

* * *

11.6 Il a été convenu que le CCE fasse appel à une expertise externe si cela s'avérait nécessaire.

11.7 En outre, il a été retenu qu'un projet de termes de référence sera envoyé aux Donateurs et aux Pays participants tout en les invitant à faire part de leurs commentaires dans un délai déterminé.

12. REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPEMENT DURABLE ET LE DEVELOPPEMENT DANS L'AIRE DE L'OCP : Point 13 de l'ordre du jour (documents JPC14.14 et JPC14.15)

12.1 Les membres du CAP ont souligné que la réunion ministérielle est organisée afin d'offrir une occasion pour des échanges d'expérience concernant les politiques de peuplement, l'interaction entre peuplement et environnement, la durabilité du développement ainsi que pour l'identification des possibilités d'un investissement externe.

12.2 La programmation de la réunion vient à point nommé, apparaissant comme un suivi d'Action 21 de la Conférence de Rio sur l'application d'un développement durable dans les zones les plus pauvres. En outre, la réunion devra être vue dans le contexte de la deuxième partie des objectifs de l'OCP, à savoir l'élimination de l'onchocercose en tant qu'obstacle au développement socio-économique.

12.3 Par ailleurs, il a été souligné que la réunion, prévue pour la coordination des politiques de développement et des stratégies, mettra en relief l'importance de la sécurité alimentaire.

12.4 Les préparatifs de la réunion ministérielle qui aura lieu à Paris du 12 au 14 avril 1994 sont en bonne voie et les fonds nécessaires sont actuellement disponibles bien qu'un financement supplémentaire soit encore requis. Le programme et l'ordre du jour provisoires ont été élaborés par le Comité des Agences parrainantes et une mission préparatoire financée par le CAP a visité certains pays ouest africains. Des invitations signées par un Vice-Président de la Banque mondiale au nom du CAP ont été expédiées aux Pays participants et aux Donateurs de l'OCP.

12.5 Il a été demandé aux participants de soumettre des documents de travail exposant des expériences nationales intéressant le peuplement des terres et certaines organisations membres du CAP présenteront leurs propres papiers. Fera également partie des documents de base de la réunion ministérielle, le rapport sur l'état d'avancement du projet pilote d'évaluation de l'impact des interventions sur l'environnement dans l'aire de l'OCP, projet financé par le CAP (document JPC14.15).

12.6 Le Comité a été informé du progrès réalisé par le projet pilote. Des vols pour prospections et photographies aériennes ont été effectués dans la vallée de la haute Léraba et des comparaisons ont été faites entre les cartes à grande échelle réalisées à partir de ces vols et celles des mêmes zones élaborées au sol en 1972 et 1983.

12.7 Ces comparaisons révèlent que dans les zones en question où l'OCP travaille depuis le début des années 70, il y a eu une extension considérable des peuplements et des fermes de petits exploitants ainsi qu'une extension importante des zones contenant des villages installés avoisinant des espaces où se pratique une culture intensive en particulier du coton.

12.8 En ce qui concerne les profils toxicologiques des insecticides appliqués pour la protection du coton, les résultats préliminaires montrent que les produits utilisés le plus communément semblent avoir un impact limité sur l'environnement aquatique. Toutefois, une évaluation plus affinée est en cours en vue de confirmer ces résultats et plus particulièrement évaluer l'impact du diméthoate, un produit qui peut atteindre la rivière avec un effet néfaste.

* * *

12.9 Plusieurs Donateurs ont annoncé des contributions pour l'organisation et la tenue de la réunion. A ce propos, le président du CAP leur a exprimé ses sincères remerciements ainsi que la gratitude de son comité aux Pays-Bas pour le financement du projet pilote sur l'évaluation de l'impact des interventions sur l'environnement.

12.10 Quant à la composition des délégations des Pays participants, il a été porté à la connaissance du Comité que quatre membres dont deux, on l'espère, seront des ministres, auront la prise en charge de leur participation assurée. En outre, trois Chefs d'Etat ont été invités et il est probable qu'ils y participent tous. Tous les Donateurs de l'OCP ont été invités à participer à cette réunion.

12.11 L'assurance a été donnée au Comité que l'on tiendra compte de la situation des femmes lors des préparatifs techniques de la réunion spécialement en ce qui concerne les régimes fonciers, le choix des emplacements et les systèmes d'exploitation agricole.

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

13.1 Le Comité a décidé de limiter à l'avenir ses sessions à trois jours.

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

14.1 Le Comité a accepté l'aimable invitation du Gouvernement de la Côte d'Ivoire à tenir sa quinzième session durant la semaine du 28 novembre 1994 et lui a exprimé sa gratitude.

14.2 Conformément à la procédure établie, on prévoit de tenir la session de 1995 dans un pays donateur et on espère qu'un Donateur informera le Directeur du Programme de son intention d'abriter la seizième session du Comité conjoint du Programme.

15. APPROBATION DU RAPPORT : Point 16 de l'ordre du jour

15.1 Un projet du rapport de la quatorzième session a été approuvé, étant entendu que les commentaires et suggestions faits par les membres du Comité seront pris en compte dans la version finale.

16. CLOTURE DE LA QUATORZIEME SESSION : Point 17 de l'ordre du jour

16.1 Après les échanges de formules d'usage, le Président du Comité a déclaré close la quatorzième session du Comité conjoint du Programme.

CONCLUSIONS ET DECISIONS

1. Le Programme fera des recherches pour déterminer l'effet possible de l'association des traitements larvicides et de la distribution à grande échelle de l'ivermectine sur la durée requise de la lutte antivectorielle, et, le cas échéant, les incidences financières de cet effet dans la préparation de l'Evaluation prospective à mi-parcours (Phase IV).
2. Le Programme effectuera une étude des coûts des différents modes de distribution de l'ivermectine.
3. Le Directeur du Programme fera un compte-rendu sur la collaboration OCP/Nigeria, à la session du CCP de 1994.
4. Le Nigeria sera invité en tant qu'observateur à la session du CCP de 1994.
5. Le CAP étudiera la possibilité de nommer comme membres du CCE des personnes possédant une grande expérience en sociologie et des systèmes de santé de district.
6. Le Programme encouragera et aidera les Pays participants à élaborer un plan commun sur la dévolution qui sera soumis à la Banque africaine de Développement pour financement.
7. Le Programme et l'OMS/AFRO réviseront le document JPC 14.7 (cadre institutionnel de la dévolution).
8. Le Directeur du Programme contactera les Pays participants en vue de l'élaboration d'un rapport conjoint sur la dévolution qui sera transmis aux participants du CCP avant chaque session.
9. Les débats du Comité sur la dévolution seront à l'avenir axés d'une part, sur la surveillance et la lutte contre l'onchocercose et d'autre part, sur l'appui que pourraient apporter à ces activités liées à l'onchocercose, la surveillance et la lutte contre plusieurs maladies dans le contexte des systèmes nationaux de soins de santé.
10. L'unité de Dévolution devra faire appel aux services d'un consultant dans le domaine des soins de santé primaires dans les services de santé de district.
11. Le Comité a pris note du rapport du Commissaire aux comptes.
12. Le Comité a approuvé le Plan d'action pour 1994 et le budget correspondant (US\$ 28.336.500).
13. Le Comité a approuvé les observations du CAP concernant l'OCP et la surveillance et la lutte contre plusieurs maladies.
14. Le projet de termes de référence de l'Evaluation prospective à mi-parcours (Phase IV) sera envoyé aux donateurs et aux Pays participants pour commentaires. Le document inclura les arrangements post-OCP pour la collaboration entre les Pays participants.
15. Les sessions du CCP seront à l'avenir limitées à trois jours.
16. La quinzième session du CCP se tiendra en Côte d'Ivoire pendant la semaine commençant le 28 novembre 1994.

**DECLARATION D'OUVERTURE FAITE AU NOM DU DIRECTEUR GENERAL DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, LE DR HIROSHI NAKAJIMA,
PAR LE DR R. H. HENDERSON, SOUS-DIRECTEUR GENERAL**

Le Directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima, m'a prié de le représenter à la présente session du Comité conjoint du Programme et de vous donner lecture du message suivant qu'il a rédigé à votre intention :

"Excellences, Mesdames, Messieurs,

Le Comité conjoint du Programme de lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest apporte une démonstration convaincante de l'action en faveur d'un but commun que peuvent mener tous les partenaires associés à une grande opération de santé publique en veillant à ce que le Programme reçoive le soutien nécessaire pour aboutir à une conclusion satisfaisante. Vos délibérations, qu'elles aient porté sur des questions techniques, opérationnelles, administratives ou financières, n'ont jamais manqué de rapprocher l'OCP de la réalisation de son objectif final.

C'est donc avec le plus grand plaisir que je saisis cette occasion de réaffirmer que l'OMS s'identifie complètement à l'OCP et que j'exprime notre satisfaction d'être intimement liés à l'exécution du Programme.

Monsieur le Président, mes contacts réguliers avec le Directeur du Programme m'ont permis de constater que l'OCP continue d'obtenir de bons résultats et que l'onchocercose dans les 11 Pays participants est en bonne voie d'être éliminée comme maladie importante pour la santé publique, ainsi que l'envisage l'objectif du Programme.

Mais ce n'est pas là la seule préoccupation de l'OCP : il faut aussi veiller à préserver les acquis lorsque le Programme prendra fin. Je suis donc particulièrement encouragé par les progrès considérables accomplis par les Pays participants dans le domaine de la dévolution, même ceux où la lutte dans le cadre du Programme n'a été engagée que récemment.

Pour que l'onchocercose ne joue plus qu'un rôle épidémiologique insignifiant il faut que les activités de lutte contre la recrudescence s'inscrivent dans le cadre d'un système de surveillance épidémiologique plus large, et c'est justement l'approche qu'ont adoptée tous les Pays participants dans leur Programme de dévolution.

Monsieur le Président, le processus de dévolution suppose aussi un appui financier extérieur. L'OCP joue un rôle de conseiller et de catalyseur et les Donateurs sont encouragés à lui apporter leur concours financier. Je salue donc l'Initiative Banque mondiale/OCP tendant à examiner les plans de dévolution que la Banque pourrait envisager d'appuyer en tant que partie intégrante des projets santé financés par elle s'il paraît impossible d'obtenir d'autres formes de soutien. Il pourrait très bien s'agir là d'un pas important en vue du renforcement de systèmes nationaux de surveillance et de lutte élargies à plusieurs maladies auquel j'ai fait allusion dans ma déclaration au Comité l'an dernier. J'ajouterais que l'OMS continuera d'appuyer le processus de dévolution également dans le contexte plus général du renforcement des services nationaux de santé publique.

Il y a encore un troisième aspect de l'objectif de l'OCP sur lequel je tiens à revenir brièvement. A l'origine, le Programme a été créé non seulement pour des motifs de santé publique, mais aussi pour réduire la pauvreté ; l'objectif confère donc la même importance à la santé qu'à la suppression d'un obstacle au développement socio-économique. Si l'aide en faveur d'un tel développement reste en dehors du strict mandat de l'OCP, cet aspect a été abordé par le Comité des Agences parrainantes et je suis heureux de constater que celui-ci a pris l'initiative d'organiser une réunion ministérielle sur les questions liées à la colonisation rurale durable et d'entreprendre un projet pilote d'évaluation de l'impact sur l'environnement dans l'aire OCP.

Monsieur le Président, nous nous trouvons aujourd'hui en plein dans la quatrième Phase financière du Programme. Les prévisions opérationnelles et budgétaires du Plan d'Opérations correspondant ont été respectées et même dépassées. Après la quatrième Phase, il faudra quelques années pour terminer les activités de l'OCP, et déjà nous entrevoyons très nettement la fin du Programme. J'espère et je suis convaincu qu'il nous sera donné à tous d'assister ensemble à l'aboutissement de nos efforts conjoints.

Avant de conclure, je tiens à remercier très sincèrement tous les partenaires de cette entreprise commune. Si elle a été couronnée de succès c'est grâce aux efforts constants consentis par chacun de vous, qu'il s'agisse de la collaboration avec les Pays participants, de l'appui des Donateurs, des recommandations du Comité consultatif d'Experts, des conseils du Comité des Agences parrainantes, ou encore bien sûr du travail quotidien de tous les membres du personnel.

Excellences, Mesdames, Messieurs,

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

Merci Monsieur le Président."

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

Monsieur le Président, je vous remercie.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Bureau
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Observations du Comité des Agences parrainantes
5. Rapport d'activité de l'Organisation mondiale de la Santé pour 1993
6. Rapport du Comité consultatif d'Experts
7. Dévolution
8. Rapport du Commissaire aux comptes
9. Plan d'Action et Budget du Programme pour 1994 et son approbation
10. Financement du Programme de lutte contre l'Onchocercose
 - rapport de la Banque mondiale
 - annonce des contributions par les Donateurs
11. Etudes des questions soulevées dans le document JPC13.12 (appui à la surveillance et à la lutte élargies à plusieurs maladies)
12. Evaluation prospective à mi-parcours (Phase IV)
13. Préparatifs de la réunion ministérielle sur le peuplement durable et le développement dans l'aire de l'OCP
14. Questions diverses
15. Date et lieu de la quinzième session
16. Approbation du rapport
17. Clôture de la quatorzième 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, 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

Professeur Yao Guillaume LOUKOU
Directeur général de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Abidjan

M. Gbayoro Pierre BRIKA
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Bouaké

Ghana

His Excellency Commodore Stephen G. OBIMPEH
Minister for Health

Dr Nii Ayikuma ADAMAFIO
Director of Medical Services, 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, Chargé de la Coopération, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Conakry

JPC14

page 24

Annexe III

Dr Yaya KASSE

Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Kankan

Mali

Professeur Abdoulaye AG RHALY

Conseiller technique en santé publique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées,
Bamako

Dr Mamadou Oumar TRAORE

Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Bamako

Niger

Son Excellence Monsieur Mahamane KOULLOU
Ministre de la Santé publique

Dr Goumbi KADADE

Coordonnateur de la Dévolution OCP/Niger

Sénégal

Monsieur Mamadou SOW

Ministre Conseiller, Ambassade du Sénégal, Bruxelles

Dr Mame Cor NDOUR

Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Thiès

Sierra Leone

His Excellency Lt-Cl. Dr Akim A. GIBRIL
Secretary of State for Health

Dr Abdul Rahman WURIE

National ONCHO Coordinator, Makeni

Mr Solomon K. GERBER

Deputy Secretary - Liaison Officer, Ministry for Health, Freetown

Togo

Son Excellence Monsieur Michel A. K. KUDZU
Ministre de la Santé et de la Population

Dr Komla Etienne SIAMEVI

Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé et de la Population, Lomé

PARTIES CONTRIBUANTES

Allemagne

Mr Erwin STARNITZKY
Counsellor, Deputy Chief of Mission, German Embassy, Luxembourg

Mr Hubertus VON ROEMER
First Secretary (Cultural Affairs), German Embassy, Luxembourg

Arabie Saoudite

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

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

Banque Africaine de Développement

Dr Richard WANJI NGAH
Principal Health Expert, Department of Agriculture and Rural Development (North Region), Abidjan

Belgique

Mme S. KEPPENS
Secrétaire d'Administration, Service "Nations Unies et Organismes assimilés", Administration générale
de la Coopération au Développement (ACGD), Bruxelles

Commission des Communautés européennes

Dr Carlos YANEZ-BARNUEVO
Public Health Advisor at Directorate General for Development, DG VIII, Brussels

Corée (République de)

Mr Kyung-Keun KIM
Counsellor, Embassy of the Republic of Korea, Brussels

Etats-Unis d'Amérique

Ms Vicky DREYER
Programme Manager for the Onchocerciasis Control Programme, Bureau for Africa, AID/Washington.

France

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

Gulbenkian (Fondation C.)

Dr Victor de SA MACHADO
Trustee, Lisbon

Mr. Joao F. VIEIRA
Assistant to Director, Lisbon

Italie

Dr Vincenzo RACALBUTO
Expert of the Central Technical Unit, Department for Development Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Rome

Japon

M. Tomoji KAWAI
Conseiller et Chargé d'Affaires a.i, Ambassade du Japon, Luxembourg

Koweït

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

Luxembourg

M. Gaston STRONCK, Secrétaire de Légation 1er en rang, Ministère des Affaires étrangères, DII, Direction des Relations économiques internationales et de la Coopération, Luxembourg

M. Jean-Claude MEYER, Attaché de Légation, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

M. Pierre FRANCK, Rédacteur, Ministère des Affaires étrangères, Luxembourg

M. Armand MUNO, Expéditionnaire, Ministère des Affaires Etrangères, Luxembourg

Pays-Bas

Mrs Christina M. DUIJVESTIJN
Deputy Head, West Africa Division, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mrs Aagje PAPINEAU SALM
Health Advisor, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Portugal

Mme Esmeralda F. M. AMARAL
Directeur de Services, Direction générale de la Coopération, Ministère des Affaires étrangères,
Lisbonne

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr Anne BAMISAIYE
Health and Population Field Manager, Overseas Development Administration, London

Suisse

Dr Andri BISAZ
Chef du Service Europe et Méditerranée, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide
humanitaire, Berne

Professeur (Dr) André ROUGEMONT
Conseiller technique, Institut de Médecine sociale et préventive, Centre médical Universitaire, Genève

AGENCES PARRAINANTES
SPONSORING AGENCIES

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

Mr Benjamin GURMAN
Senior Programme Manager, Regional Programme and Policy Analysis Division, Africa Bureau, New
York

Banque mondiale

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

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

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

Dr Yves GENEVIER
Public Health Specialist, Washington D.C.

Ms Laura COOLEY
Research Analyst, Population and Human Resources Division, Washington D.C.

Dr David BALDRY
Consultant, Onchocerciasis Unit

Mr Warren FURTH
Consultant, Onchocerciasis Unit

Mrs Suzanne VERVALCKE
Consultant, Onchocerciasis Unit

Organisation mondiale de la Santé

Dr Ralph 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 Thomas S.R. TOPPING
Senior Legal Officer, WHO/HQ, Geneva

Secrétariat OMS

Dr Boakye A. BOATIN
Chief, Epidemiological Evaluation Unit, Onchocerciasis Control Programme, Ouagadougou

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

Dr Ayite M. ALMEIDA
Director, Programme Management, Brazzaville

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

Dr Colin 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

Dr Daniel QUILLVERE
Chief, Vector Control Unit, Onchocerciasis Control Programme, Ouagadougou

Dr C.P. RAMACHANDRAN
Chief Filariasis Control, Division of Control of Tropical Diseases, WHO/HQ

Mr Clas SANDSTROM
Chief Budget, Division of Budget and Finance, WHO/HQ

Dr Azodoga SEKETELI
Chief, Devolution Unit, Onchocerciasis Control Programme, Ouagadougou

Mr Jean M. TRUDEL
Chief, Administration and Management, Onchocerciasis Control Programme, Ouagadougou

PARTICIPANTS DE DROIT

Commissaire aux Comptes

Mr David WOODWARD
Director, National Audit Office, London

Comité consultatif d'Experts

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

Groupe écologique

Professor Davide CALAMARI
Chairman of Ecological Group, Institute of Agricultural Entomology, University of Milan

OBSERVATEURS

Comité d'Experts Mectizan

Dr H. Bruce DULL
Executive Secretary, Atlanta

Dr Michael B. HEISLER
Programme Director, Atlanta

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

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

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

Dr Bernard PHILIPPON
Directeur délégué du Département Santé, Paris

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

Dr Nanti Mathias HIEN
Secrétaire général Adjoint, Bobo-Dioulasso

ANNONCE DES CONTRIBUTIONS

Donateur	Pour 1994	Pour la Phase IV entière
Banque africaine de Développement	UA 0,28 million	UA 1,68 million
Belgique	BF 16 millions	
Fondation Calouste Gulbenkian	US \$ 50,000	US \$ 300,000
Commission des Communautés européennes		ECU 7 millions
France	FF 7,5 millions	FF 45 millions
Allemagne	DM 500,000	DM 4 millions (sujet à modification)
Italie	(non déterminé)	
Corée (République de)	(non déterminé)	
Koweït	US \$ 250 000	US \$ 1,5 million
Luxembourg (Grand-Duché de)	FL 8,5 millions	FL 51 millions
Pays-Bas	NLG 4,5 millions	NLG 27 millions
Portugal	US \$ 50 000	
Arabie Saoudite	US \$ 2,33 millions	US \$ 14 millions
Suisse	CHF 3 millions	CHF 18 millions
PNUD		US \$ 5,62 millions
Royaume-Uni	£ 900 000 ¹	
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

¹ Une légère diminution est possible

OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES (CAP)
par M. Bruce Benton
Président du CAP

Merci Monsieur le Président,

Excellences, Mesdames, Messieurs,

C'est un privilège et un honneur pour moi de vous faire part des observations du Comité des Agences parrainantes (ou CAP). Cependant, je voudrais auparavant remercier nos hôtes du Luxembourg de la chaleureuse hospitalité qui nous est accordée, et de l'efficacité qui a caractérisé cette réunion minutieusement préparée. Je me rappelle avec émotion lorsque je suis venu dans cette belle ville en 1989 pour vous rencontrer, Monsieur le Président, en vue de recruter le Luxembourg comme nouveau donateur de l'OCP. J'étais loin de penser alors que ce petit pays deviendrait l'un des donateurs les plus généreux et les plus fidèles du Programme.

Nous avons maintenant bien entamé la quatrième et dernière Phase du Programme. Il est par conséquent important de faire le point sur nos réalisations et sur ce qui reste à faire pour éliminer l'onchocercose de cette sous-région d'Afrique et d'utiliser pleinement les bénéfices d'une lutte victorieuse sur une base durable.

Cette année, le progrès réalisé par le Programme dans la lutte contre l'onchocercose a été plus évident que jamais. La transmission de la forme cécitante d'onchocercose est maintenant pratiquement inexistante dans les 11 pays du Programme et le retour de la transmission dans un proche avenir est peu probable. Plus d'un million et demi de personnes ont été traitées à l'ivermectine l'an passé, soit deux fois plus que précédemment et le taux de participation a été très élevé, en moyenne 70% de la population ciblée. Les données disponibles suggèrent fortement que l'association des traitements larvicides et du traitement à l'ivermectine a un effet synergique qui se traduit par l'accélération du déclin de la maladie. En conséquence, il est possible que le Programme puisse à présent réussir à éliminer l'onchocercose beaucoup plus tôt que prévu, selon toute vraisemblance avant l'an 2000. En résumé, la réalisation de notre objectif ne dépend plus que d'une question de temps et de ressources, avec la perspective que nous atteindrons cet objectif plus rapidement et à un coût inférieur à ce qui a été prévu il y a deux ans.

Je suis également heureux de vous rendre compte aujourd'hui des importants avantages socio-économiques qui résultent du succès du Programme. En ce qui concerne la capacité de production des populations, le Rapport sur le Développement mondial publié cette année par la Banque mondiale évalue à 500.000 le nombre de cas de cécité qui auront été évités d'ici la fin du siècle grâce à l'OCP. Ainsi le Programme aura d'ici l'an 2000 permis d'avoir 10 millions de travailleurs supplémentaires, en bonne santé et productifs, disponibles pour l'économie des Pays de la zone OCP. De plus, 25 millions d'hectares de terres arables sont en cours d'assainissement pour le repeuplement et la culture. La mise à disposition accrue de ces terres ouvre d'énormes possibilités à la production agricole qui permettrait en théorie de nourrir 17 millions de personnes supplémentaires par an dans toute la sous-région. Cependant, le repeuplement et l'accroissement de la production agricole pourraient présenter des dangers pour l'environnement. L'importance d'utiliser au maximum ce potentiel de développement socio-économique sur une base acceptable pour l'environnement et de façon coordonnée a inspiré la décision du CCP de tenir une réunion ministérielle sur le peuplement et le développement à Paris, en avril prochain.

La réunion sera axée sur les procédés de peuplement et sur des questions plus générales qui touchent le développement rural durable sans danger pour l'environnement, telles que les politiques agricoles, le régime foncier et la gestion des ressources naturelles. Nous croyons que cette réunion sera d'une extrême importance pour le développement effectif des zones libérées de l'onchocercose. Ce sera pour les gouvernements une occasion de mieux planifier et de coordonner leurs stratégies pour un développement durable sans danger pour l'environnement aussi bien au niveau national qu'au niveau régional. On s'attend, et on espère vivement, que tous les pays et agences internationales représentés à cette réunion y participent activement car, après tout, cette réunion constitue dans un certain sens un sommet sur ce que nous, membres de la communauté internationale, nous efforçons d'atteindre par le biais de l'OCP.

A ce propos, je voudrais, au nom du CAP, remercier les Donateurs qui apportent leur soutien financier à l'OCP et à la réunion ministérielle sur le peuplement durable des terres. En ce temps de récession mondiale et où les budgets d'aide sont sollicités par des demandes de plus en plus nombreuses, l'appui sans réserve des Donateurs aux activités pour une santé améliorée ayant des perspectives socio-économiques à travers ce Programme est un hommage aux vues à long terme de l'assistance au développement, à la collaboration internationale et à l'approche du développement fondée sur les ressources humaines.

Cette année la mise en oeuvre de la dévolution a bien avancé. Tous les Pays participants ont maintenant rédigé, avec l'aide de l'OCP, des plans de dévolution, et des discussions pour le financement d'un certain nombre de ces plans ont été entamées entre les Pays participants et la Banque mondiale ou d'autres donateurs. De plus, des plans sont en cours d'élaboration pour mettre en place des systèmes de surveillance épidémiologique qui aideront à identifier, à dépister et à traiter non seulement l'onchocercose mais aussi d'autres maladies endémiques telles que la schistosomiase, la trypanosomiase et le ver de Guinée. L'aptitude à dépister la présence et à évaluer la prévalence des virus à VIH et du Sida, endémie menaçante dans toute la sous-région, dépendra dans une large mesure des capacités et de l'efficacité de ces nouveaux systèmes de surveillance épidémiologique. Le CAP félicite tous les Pays participants d'avoir pris des mesures concrètes, pour beaucoup en avance sur le programme prévu, en vue d'assumer l'entière responsabilité de la lutte contre un certain nombre de grandes endémies dans le cadre de la dévolution.

Comme nous approchons de notre "but" dans l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique, nous n'insisterons jamais trop sur l'importance de tenir jusqu'au bout l'engagement à long-terme pris vis-à-vis d'OCP. La mise en garde que le CAP avait émise l'an passé contre le danger d'un trop grand optimisme s'est malheureusement plus que justifiée. Les engagements des donateurs au financement de la quatrième Phase ont diminué de plus de 10 millions de dollars des Etats-Unis au cours de l'année passée, en raison de contraintes budgétaires, de demandes d'aide provenant d'ailleurs et de la récession mondiale.

La large place faite à la dévolution pendant la Phase IV est normale étant donné qu'il est important de maintenir le contrôle de l'onchocercose pendant une longue période. Cependant nous devons nous garder de mettre la charrue avant les boeufs. Mener à bonne fin les opérations OCP dans toute la zone du Programme - ce qui nous prendra jusqu'à l'an 2000 - devra demeurer notre priorité numéro un car une dévolution réussie est impossible si l'OCP n'est pas mené à bonne fin. A moins que nous ne réduisions l'onchocercose à son niveau le plus bas en éliminant le réservoir humain du parasite, il ne peut y avoir d'acquis que la dévolution puisse pérenniser.

Aussi ne tombons pas dans le piège en pensant que toute les responsabilités de l'OCP peuvent être transférées hâtivement aux Pays participants. Un transfert prématuré serait le moyen le plus sûr de laisser apparaître la recrudescence et finalement de revenir à la situation désastreuse du milieu des années 1970 à laquelle il serait très coûteux à toute la communauté OCP de remédier. Il n'y a pas de raccourci meilleur marché pour éliminer cette maladie dévastatrice et capable de s'étendre. Le financement continu, sous forme de contributions régulières et adéquates des donateurs pour parachever les opérations d'OCP est décisif pour la sauvegarde de l'énorme investissement mis dans ce Programme et celle de ses acquis à ce jour. Seul un tel engagement sans défaillance nous permettra de mener définitivement OCP à bonne fin.

Permettez-moi, Monsieur le Président, de terminer en insistant à nouveau sur le fait que l'élimination de l'onchocercose, la réussite de la dévolution et la mise en oeuvre d'un développement socio-économique durable sans danger pour l'environnement ne sont possibles que si l'OCP est mené à bonne fin. Ceci nécessitera l'engagement et la collaboration soutenus des Donateurs et des Pays participants qui ont jusqu'ici été la marque de reconnaissance du succès du Programme et qui nous ont permis dans le passé de lever un certain nombre de défis apparemment insurmontables tels que la résurgence de la maladie, la résistance aux insecticides, la dévaluation persistante du dollar. Il est crucial que nous poursuivions le Programme jusqu'à la fin, si nous voulons maximaliser l'utilisation du potentiel de développement rural de cette sous-région de l'Afrique de l'Ouest, et réussir ce qui maintenant apparaît comme l'unique grande réalisation au plan santé dans le tiers monde depuis l'éradication de la variole.

Je vous remercie.