



WORLD HEALTH ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

55075

WHO/PBL/93.32

Distr.: Limitée

Original : Anglais

E: 49637

Rapport de la deuxième réunion du Groupe de Coordination des Organisations non gouvernementales pour la Distribution de l'Ivermectine

Genève

1^{er} - 3 juin 1993

RESUME

Au cours de ses six premiers mois d'existence, le Groupe de Coordination des ONG pour la Distribution de l'Ivermectine a aidé le Nigeria et le Cameroun à élaborer des plans nationaux, sur le point d'être terminés, pour la lutte contre l'onchocercose. Il a organisé des distributions d'ivermectine à grande échelle au Cameroun, au Malawi, au Nigeria, en Ouganda, en République centrafricaine, en Tanzanie, au Tchad et au Zaïre. Il a également appuyé la distribution d'ivermectine dans quatre pays de l'aire du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP).

Afin de mobiliser les ressources nécessaires à la lutte mondiale contre l'onchocercose, le Groupe a préparé un manuel de procédure sur la distribution d'ivermectine à l'intention des Etats Membres et des organismes collaborateurs, notamment la Banque mondiale, qui envisage actuellement la création d'un fonds fiduciaire pour la lutte contre l'onchocercose dans des pays d'endémicité extérieurs à l'aire du Programme. Il a également invité d'autres ONG, en particulier celles qui exécutent des projets dans des pays d'endémicité, à participer aux opérations de distribution d'ivermectine. Enfin, il a entrepris d'élaborer un système commun d'information afin d'établir des rapports annuels uniformes sur les activités de ses membres.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

La deuxième réunion du Groupe de Coordination des ONG pour la Distribution de l'Ivermectine a eu lieu au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève, du 1^{er} au 3 juin 1993. Elle a été ouverte par le Dr B. Thylefors, Directeur du Programme de Prévention de la Cécité, qui a souhaité la bienvenue aux participants et a exprimé sa satisfaction de voir réunis tous les membres du Groupe. Le Dr J. Rochon, Directeur de la Division de la Protection et de la Promotion de la Santé de l'OMS, s'était excusé.

Le Dr P. de Raadt, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies tropicales de l'OMS, a prononcé l'allocution d'ouverture. Il a souhaité la bienvenue aux représentants des organisations non gouvernementales (ONG), ainsi qu'à ceux de Merck & Co. Inc. et du Mectizan® Donation Program. Il a exprimé sa satisfaction de la solidarité témoignée par le Groupe et comparé son action à celle des groupes d'ONG qui travaillent pour l'élimination de la dracunculose et de la lèpre. Il a ajouté attendre avec intérêt le rapport sur les questions techniques qui pourra servir de document de base pour le prochain Comité d'Experts de la Lutte contre l'Onchocercose à la fin de 1993. Il a demandé que l'on accorde une attention particulière au danger que présente l'existence du *Loa loa* dans certains pays où de l'ivermectine est distribuée contre l'onchocercose mais a souligné que cela ne devait en aucun cas empêcher la distribution d'ivermectine.

Le Dr B. O. L. Duke, toujours investi de son mandat de Président, a proposé que le Groupe adopte l'ordre du jour (annexe 1) auquel a été ajouté un point concernant la création, par la Banque mondiale, d'un **fonds fiduciaire pour la lutte contre l'onchocercose dans des pays d'endémicité extérieures à l'aire du Programme**.¹ Les points concernant la viabilité des programmes de distribution d'ivermectine et le développement de personnels ont été reportés à la réunion suivante en raison de contraintes de temps. La liste des participants figure à l'annexe 2.

1. Examen des activités de l'OMS en 1993

Au cours du premier semestre de l'année 1993, les activités du Coordonnateur, définies dans leurs grandes lignes lors de la première réunion du Groupe, ont consisté à : a) venir en aide aux pays d'endémicité que sont le Nigéria et le Cameroun; b) mettre en oeuvre les recommandations formulées lors de la première réunion pour l'exécution de recherches opérationnelles; et c) assurer la mobilisation de ressources.

a) Assistance à des pays d'endémicité. Elle a surtout concerné l'élaboration de plans nationaux de lutte. Le Nigéria met la dernière main à un programme quinquennal qui prévoit d'étendre les programmes de distribution en cours dans certains Etats à toutes les circonscriptions administratives où la maladie est endémique et de mettre en oeuvre des programmes dans les Etats d'endémicité où de telles opérations ne sont pas encore exécutées. D'après le plan, l'extension et la mise en oeuvre de ces programmes, qui demanderont des ressources considérables sous la forme d'une aide extérieure, devraient être terminées au bout des cinq premières années. Ensuite, débutera une phase d'entretien qui devra pouvoir être maintenue avec un minimum d'aide extérieure. Le Ministère de la Santé du Cameroun élabore actuellement un plan analogue. Des visites ont été faites à certains programmes de distribution en cours dans les deux pays.

b) Assistance pour des activités de recherche et développement. Le Cameroun a bénéficié d'une aide pour l'élaboration d'une proposition concernant la mise au point et à l'essai d'une méthode de cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose. Cette proposition a été soumise au Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR) et acceptée en vue d'un financement (voir la section 5.3.1).

¹ Dans ce document l'expression "fiduciaire pour la lutte contre l'onchocercose dans des pays d'endémicité extérieures à l'aire du Programme" sera désigner par le qualificatif "hors OCP".

c) Mobilisation de ressources. Une exposition sur les activités du Groupe de Coordination des ONG pour la Distribution de l'Ivermectine a été présentée à la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1993. Des dossiers ont été distribués aux représentants des ONG qui collaborent avec l'OMS dans le domaine des soins de santé primaires (SSP). Ils contenaient : a) une allocution invitant les ONG à participer aux activités de distribution; b) une brochure, en anglais et en français, sur la distribution d'ivermectine pour combattre l'onchocercose; c) le rapport de la première réunion du Groupe; et d) la brochure du Programme de Prévention de la Cécité sur les "Stratégies de distribution de l'ivermectine par les systèmes de soins de santé primaires". Ainsi que l'avait demandé le Groupe lors de sa première réunion, des contacts ont été pris avec "Interaction", par l'intermédiaire d'Africare et de l'International Eye Foundation (IEF), pour inciter davantage d'ONG à se joindre au Groupe afin de mobiliser des ressources. On espère que ces contacts préliminaires inciteront les ONG intéressées d'Interaction à assister à la troisième réunion du Groupe qui se tiendra du 14 au 16 décembre 1993 à Washington, D.C. L'exposition sera en principe présentée à la troisième réunion du Groupe aux Etats-Unis d'Amérique.

d) Autres :

i) Le Coordonnateur a assisté à des séances d'information au Bureau régional de l'Afrique (AFRO) et a assuré les intéressés de la coopération du Groupe pour la lutte contre l'onchocercose dans la Région. Des entretiens sur les activités du Groupe ont eu lieu à Genève avec les homologues de PBL au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) et au Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO).

ii) Avec une aide financière de l'Université de Stuttgart (Allemagne), le Coordonnateur a appuyé la formation d'un ophtalmologiste camerounais aux méthodes d'examen de l'onchocercose oculaire après un traitement à l'ivermectine. La recherche et la surveillance du programme national au Cameroun devraient s'en trouver renforcées.

iii) Le Coordonnateur a assisté aux réunions du Comité OMS sur l'Ivermectine et aux travaux préparatoires du Comité OMS d'Experts de la Lutte contre l'Onchocercose qui se réunira à la fin de 1993.

2. Examen des activités des ONG en 1993

2.1 Africare. Africare assure la distribution d'ivermectine dans cinq Etats du Nigéria et au Tchad. Des entretiens préliminaires et des activités de planification sont en cours en vue de la distribution d'ivermectine en Ethiopie.

Depuis la première réunion du Groupe des ONG, Africare a procédé à l'évaluation de la première phase de son programme de distribution d'ivermectine dans l'Etat de Kwara au Nigéria et a entamé la deuxième phase avec des crédits de l'AID des Etats-Unis d'Amérique. Le programme a ainsi pu être étendu à neuf des onze circonscriptions administratives. Dans les Etats d'Adamawa/Taraba, le projet de distribution d'ivermectine (ATOP) financé par l'AID et la River Blindness Foundation (RBF) a été étendu à trois autres circonscriptions en plus des trois premières circonscriptions et 90 000 personnes de plus auront été traitées à la fin du premier semestre de 1993, sans compter les plus de 85 000 personnes traitées au début de l'année. Le projet entrepris dans l'Etat de Borno avec des crédits de la RBF et en étroite collaboration avec ATOP permettra de commencer à distribuer de l'ivermectine à quelque 50 000 personnes au cours des six premiers mois de l'année, une fois achevés les préparatifs nécessaires. Dans le cadre du projet exécuté dans l'Etat de Kogi avec une aide technique de Africare/Etat de Kwara, de l'ivermectine sera distribuée cette année à environ 30 000 personnes dans deux circonscriptions administratives. Africare, qui étudie la possibilité de bénéficier d'une aide de Sight Savers, reçoit des collectivités locales un soutien financier important qui garantit la pérennité de son action.

Financé par la RBF, le projet de distribution exécuté au Tchad à l'aide d'équipes mobiles permettra de traiter, d'ici le milieu de l'année, 80 000 personnes dans des communautés des districts de Logone Oriental, Logone Occidental, Mayo Kebi et Tanjile.

2.2 Christoffel Blindenmission (CBM). La CBM soutient des programmes de distribution d'ivermectine à grande échelle en Sierra Leone, au Zaïre et en République centrafricaine et des programmes plus modestes en Equateur. En Sierra Leone, où les distributions ont lieu dans les hôpitaux, deux équipes utilisant des véhicules tout terrain couvrent le bassin du fleuve Rockel et les régions au nord et au centre du pays.

Au Zaïre, les opérations sont entravées par des troubles intérieurs et il est prévu d'envoyer cette année un médecin qui dressera un bilan de la situation. Dans le cadre du projet de Lusambo exécuté en coopération avec le Ministère de la Santé, seules 28 000 personnes sur les 100 000 visées ont été traitées en 1992 contre 74 000 en 1991. Dans la région de Dimbelenge, environ 10 000 personnes de 50 villages ont été traitées au cours de la deuxième tournée de 1993. Le long du fleuve Uele, on compte traiter 10 000 personnes en 1993.

Un nouveau programme national, entrepris cette année en République centrafricaine avec une aide financière de la RBF, vise à traiter quelque 600 000 personnes dans des communautés de méso- et d'hyperendémicité. Sept équipes de deux personnes chacune se déplaçant en mobylette ont été formées dans le nord-ouest. Elles ont établi une carte de la situation épidémiologique de l'onchocercose dans la région et traité plus de 10 000 personnes.

En Equateur, les traitements sont poursuivis dans le principal foyer aux alentours de Zapallo Grande et il est prévu d'étendre les opérations à d'autres foyers. La CBM distribue l'ivermectine fournie par le Mectizan® Humanitarian Program à son réseau de projets associés en cours dans des zones d'endémicité. En 1992, un total estimatif de 200 000 comprimés a été utilisé.

2.3 Helen Keller International (HKI). HKI appuie le Burkina Faso et le Niger pour leurs activités de dévolution et son rôle a été défini dans des plans d'exécution détaillés récemment préparés en collaboration avec les Ministres de la Santé de ces pays et l'OCP. HKI fournira un soutien technique et financier pour des activités de formation, d'éducation pour la santé et de recherche opérationnelle.

Au Cameroun, HKI a formé des cliniciens et des agents de santé communautaires et élaboré une stratégie d'éducation sanitaire intensive pour favoriser la distribution d'ivermectine disponible dans les dispensaires aux populations des communautés d'endémicité proches du fleuve Sanaga. Les responsables du programme attendent la livraison d'ivermectine qui avait été retenue au port de Douala.

Au Mexique, HKI continue de travailler, avec les administrations sanitaires des Etats d'Oaxaca et de Chiapas, à la modernisation du système d'information sanitaire des programmes de lutte contre l'onchocercose.

2.4 International Eye Foundation. La fondation exécute des programmes de distribution d'ivermectine au Cameroun, au Malawi et au Guatemala. De plus, en mars 1993, a pris fin sa participation de trois ans au programme de distribution de l'Etat de Kwara au Nigéria qui est maintenant soutenu exclusivement par Africare.

Dans les districts de Dja et Lobo de la Province du Sud du Cameroun, quelque 25 000 personnes ont reçu de l'ivermectine depuis le début des distributions, en août 1992. Plus de 90 % d'entre elles ont été traitées dans des centres de santé. La prévalence de nodules et/ou de la "peau de léopard" ayant été retenue comme la meilleure méthode d'évaluation rapide dans cette zone de forêt tropicale, le personnel du projet a fini de dresser la carte épidémiologique de toute la zone du projet.

Dans les collines de Thyolo, au sud du Malawi, plus de 80 000 personnes ont reçu une dose d'ivermectine depuis le mois de novembre 1991. La distribution se fait au moyen d'équipes mobiles et de volontaires locaux dans des centres installés dans les plantations de thé ainsi que dans les centres de santé publics et privés. Le recours à des équipes mobiles s'est révélé comme la méthode la plus efficace dans cette région.

L'existence d'un foyer d'onchocercose a été confirmée dans le district de Mwanza, au sud du Malawi, où l'on soupçonnait que l'onchocercose était endémique. Un taux de prévalence de 40 % et plus a été observé dans plus de 30 % des 62 villages étudiés et la maladie n'était absente que dans 19 % de ces villages. Le district de Mwanza sera donc couvert par le programme en cours dans les collines de Thyolo. La population visée représente les 34 000 habitants de 67 villages.

Au Guatemala, la fondation a soutenu deux programmes dans les provinces de Chimaltenango et Suchitepequez où les populations à traiter étaient respectivement de 15 000 (Chimaltenango) et 90 000 habitants (Suchitepequez). En juin 1993, les deux programmes ont été intégrés au "Plan national pour l'Élimination de l'Onchocercose au Guatemala". Ce plan national fait partie du Programme d'élimination de l'onchocercose en Amérique latine et bénéficie d'un soutien de l'International Eye Foundation.

2.5 Mectizan® Donation Program (MDP). Ce programme a été mis sur pied pour stimuler et promouvoir l'utilisation d'ivermectine contre l'onchocercose. Il collabore étroitement avec l'OMS, dont l'OPS, et la RBF et est également associé à l'initiative latino-américaine pour l'élimination de l'onchocercose par la distribution d'ivermectine. Il a approuvé la distribution de 1,4 millions de comprimés d'ivermectine en 1990, de 2,8 millions de comprimés en 1991, de 5,3 millions de comprimés en 1992 et, en mai 1993, il avait déjà approuvé la distribution de 4,1 millions de comprimés. La société Merck continue également d'être associée au Humanitarian Donation Program. En 1992, 760 000 comprimés ont été distribués et une quantité analogue devrait être fournie cette année, le Program paraissant avoir atteint le maximum de ses possibilités.

Le MDP se heurte à des difficultés lorsqu'il s'agit d'expédier des comprimés dans certains pays qui prélèvent des droits de douane ou dans d'autres en proie à des troubles politiques sans parler de ceux où les comprimés d'ivermectine sont détournés de leur destination et vendus illégalement.

Le MDP a recommandé à la société Merck & Co. Inc. d'autoriser de remplacer le poids par la taille pour calculer les doses d'ivermectine à administrer et de produire des comprimés à 3 mg.

Le Groupe a noté que, bien que les dons et les distributions d'ivermectine augmentent, beaucoup reste encore à faire. Il a également pris acte avec satisfaction de l'intérêt manifesté par le Président Carter pour la lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine. Il a jugé nécessaire de donner le maximum de publicité à ces distributions afin d'obtenir l'engagement des pays d'endémicité en faveur de la lutte contre l'onchocercose et leur coopération pour la distribution d'ivermectine. Il a donc été décidé de contacter ces pays pour leur suggérer de soumettre une résolution sur la distribution d'ivermectine à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé.

2.6 Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC). L'OPC appuie des activités de distribution au Sénégal, en Guinée et au Mali. Au Sénégal, 4342 personnes ont continué de bénéficier d'un traitement actif dans les régions de Faleme (Saissentou) et Kedougou en janvier et février 1993. Dans ces régions, on compte assurer désormais le traitement au niveau de la communauté et porter de 25 000 à 45 000 le nombre des personnes à soigner d'ici la fin de 1993. De même, dans la région de Bissirah-Kedougou qui regroupe 15 000 habitants, des traitements seront assurés dans la communauté à partir de 1993. Des négociations sont en cours avec le Ministère de la Santé pour une étude faite dans le cadre d'un programme associant des distributions d'ivermectine, les vaccinations du PEV et l'administration de traitements contre la lèpre au sein d'une population de 17 000 habitants dans le Département de Kolda en Haute Casamance en 1994.

En Guinée, un plan a récemment été soumis pour le traitement dans la communauté de 25 000 personnes des régions de Fie, Sankarani, Baoulé et Milo. Le représentant de l'OPC en Afrique occidentale fera le nécessaire pour que les premiers traitements aient lieu en 1993.

Au Mali, où des traitements actifs ont été administrés pendant trois années consécutives à 11 800 personnes dans la région de Koudian et à 11 000 personnes dans celle de Damouou, il est prévu d'assurer désormais des traitements dans la communauté. De plus, 75 000 habitants de 146 villages de la

région de Bafoulabé et 80 000 habitants de 133 villages de la région de Lontou-Segala-Samé commenceront à bénéficier d'un traitement dans la communauté entre juin et décembre 1993.

2.7 River Blindness Foundation (RBF). La RBF finance la distribution d'ivermectine en Afrique occidentale, centrale et orientale et en Amérique latine.

Afrique occidentale : Au Nigéria, la RBF exécute des programmes de distribution dans cinq Etats et finance en partie cinq des 15 autres programmes de distribution d'ivermectine dans les Etats. Dans l'Etat du Plateau, les distributions concernent désormais 750 000 personnes et des mesures ont été prises pour la délégation progressive des responsabilités administratives et opérationnelles du programme aux autorités de l'Etat. Des programmes actuellement mis sur pied dans les Etats d'Edo, de Delta, d'Imo et d'Abia devraient assurer d'ici trois mois la distribution de trois millions de traitements annuels. La RBF s'associe aux efforts fournis par le Programme national de Lutte contre l'Onchocercose (NOCP) pour faciliter et coordonner l'action des ONG et de l'UNICEF et aide le NOCP à élaborer un plan national de lutte à long terme contre la maladie. Le Groupe a été informé que l'UNICEF appuyait la distribution d'ivermectine dans cinq Etats du Nigéria et avait proposé son aide dans trois autres Etats. Il paraît donc nécessaire d'établir des liens de coopération avec l'UNICEF pour la distribution d'ivermectine au Nigéria.

Afrique centrale : Au Cameroun, un programme de distribution intégré au nouveau système de soins de santé primaires a débuté dans la Province du Nord. D'ici la fin de la saison sèche, il est prévu de traiter 120 000 personnes dans le cadre d'un système de recouvrement des coûts pour lequel seraient perçus 75 frs. CFA par traitement. Au Congo, 30 000 personnes ont été traitées dans la région de Brazzaville. Au Tchad, la RBF finance le programme national de distribution d'ivermectine exécuté par Africare. En République centrafricaine, elle soutient financièrement des distributions effectuées par la CBM.

Afrique orientale : En Ouganda, 50 000 personnes ont été traitées dans le sud-ouest et les distributions sont maintenant faites plus au nord. En Tanzanie, l'ophtalmologiste du Gouvernement est chargé du traitement de 65 000 personnes dans le sud-ouest du pays. Un entomologiste sera affecté au projet l'année prochaine.

Amérique latine : La RBF collabore étroitement avec l'OPS et le Mectizan® Donation Program à l'appui du Programme latino-américain d'Elimination de l'Onchocercose. Parmi ses initiatives nouvelles, on citera la création d'un programme des affaires extérieures pour des actions internationales plus vastes et des activités de collecte de fonds.

2.8 Sight Savers. Cette organisation, qui est active dans six pays (Mali, Sierra Leone, Guinée, Ghana, Nigéria et Ouganda), travaille en association avec ou par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et d'équipes nationales; quelque 300 000 personnes avaient été traitées en mai 1993.

Au Mali, Sight Savers est à l'oeuvre dans quatre districts où 140 000 personnes ont été traitées. Des négociations sont en cours pour faire bénéficier un cinquième district des opérations et l'on compte que 400 000 personnes auront été traitées à la fin de 1993.

En Sierra Leone, 71 000 personnes ont été traitées et une extension du programme est prévue.

Aucun traitement n'a encore été assuré en Guinée par suite de problèmes administratifs continuels. Sight Savers participe cependant au processus de dévolution des responsabilités dans l'aire d'exécution de l'OCP.

Au Ghana, Sight Savers a fourni du matériel pour des traitements dans la région occidentale.

Au Nigéria, 45 000 personnes ont été traitées dans l'Etat de Kaduna et Sight Savers est également associée aux opérations en cours dans le territoire de la capitale fédérale.

En Ouganda, Sight Savers a assuré le traitement de 55 000 personnes dans les districts de Masindi-Hoima et des négociations sont en cours pour qu'un troisième district, celui de Kimbale, bénéficie des opérations.

Actuellement, Sight Savers élabore un plan décennal de distribution d'ivermectine.

3. Système commun d'information pour les distributions d'ivermectine faites avec l'appui des ONG

Le Groupe a examiné le système d'information sanitaire et gestionnaire mis au point par l'un de ses membres. A la section sur les bases de données communautaires, il contient, pour chaque communauté, des informations sur a) les biopsies cutanées, b) la palpation des nodules et c) la distribution d'ivermectine, ces données pouvant concerner un maximum de 10 traitements différents dans une communauté. Il existe une liste des programmes par nom et numéro d'identification des communautés.

Le formulaire de rapport annuel permet de donner des indications sur la population couverte du point de vue de l'endémicité ainsi que du rapport coût/efficacité des mesures de lutte. Rien n'est prévu pour faire état de populations de référence, de sorte qu'il est difficile de déterminer l'impact du traitement sur le niveau d'endémicité. Les discussions ont surtout porté sur les avantages qu'il y aurait à introduire ce paramètre et sur les difficultés que présenterait son estimation, surtout lorsque l'ivermectine est distribuée dans des dispensaires. Le Groupe a chargé un sous-groupe d'étudier la question et de formuler des recommandations sur les modifications à apporter aux formulaires. Les résultats des délibérations de ce sous-groupe sont présentés à l'annexe 3. Le Groupe a recommandé à ses membres de tester les formulaires sur le terrain et de rendre compte des résultats de ces essais à sa prochaine réunion en vue d'une décision finale. Le Groupe a également demandé à chaque ONG de communiquer ses observations sur la partie du rapport annuel qui traite du rapport coût/efficacité et de les adresser à l'OMS/PBL. Enfin, le Groupe a instamment prié les membres de lire sur la carte les indications de longitude et de latitude des communautés pour permettre l'établissement d'un système d'information géographique.

4. Mobilisation de ressources

4.1 Cette question a été longuement débattue. Elle a d'abord été présentée par M. R. Anderson, Directeur par intérim du Programme OMS de la Mobilisation des Ressources. Il a indiqué que l'OMS, soumise depuis 12 ans à un régime de croissance budgétaire zéro, compte sur les fonds extrabudgétaires de quelque 20 pays donateurs. L'aide de ces derniers est à la fois bilatérale et multilatérale et généralement gérée par leurs agences de développement en principe rattachées aux ministères des affaires étrangères. Après la FAO, l'OMS est l'organisation dont le financement extrabudgétaire est le plus important et certains de ses principaux programmes de coopération technique avec les pays dépendent presque uniquement de crédits extrabudgétaires.

4.2 Les participants ont également été informés des efforts fournis par le Bureau des Organes directeurs et du Protocole qui, depuis le début du mois de mai et à la demande de PBL, cherche à recueillir des renseignements sur les ONG qui s'occupent de questions de santé et pourraient être intéressées par le Groupe de Coordination des ONG et ses activités de distribution d'ivermectine. Plusieurs pays et organisations, par exemple la Communauté européenne, le service de Liaison de l'ONU avec les organisations non gouvernementales, l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) et le UK Overseas Development Administration (ODA) ont été contactés et ont répondu. Une longue liste d'ONG qui travaillent dans le domaine de la santé et/ou dans des pays d'endémicité de l'onchocercose a été établie. Le Groupe pourrait envisager d'écrire à certaines des ONG pour les informer de ses activités et leur demander de s'associer aux distributions d'ivermectine.

4.3 Proposition soumise à la Banque mondiale pour la création d'un fonds "hors OCP". Le Groupe a été informé de la demande adressée à la Banque mondiale de créer un fonds fiduciaire pour la lutte contre l'onchocercose dans des pays d'endémicité extérieurs à l'aire du Programme ("hors OCP") dont bénéficieraient 15 pays d'Afrique et le Yémen pour la distribution d'ivermectine aux fins de la lutte contre l'onchocercose. Le plan qui a été soumis doit être d'un bon rapport coût/efficacité et viable; il devrait renforcer les systèmes de SSP des pays concernés et avoir un impact et des résultats tangibles. Pour venir en aide aux 16 pays extérieurs à l'aire de l'OCP, il est prévu de réunir un montant de US \$130 millions qui seraient dépensés sur dix ans. La contribution de la Banque serait de un million de dollars par an dont US \$300 000 de dépenses administratives liées à la gestion du fonds fiduciaire, à la présidence du Comité des Agences parrainantes (CAP) et à la mobilisation des ressources d'autres donateurs.

La structure administrative du programme "hors OCP" sera composée du CAP et du Comité d'Examen du Programme (CEP) qui examinera les 16 plans nationaux. Une fois approuvés, ces derniers seront soumis à l'examen et à l'approbation définitive du CAP qui libérera les ressources nécessaires. Plusieurs questions, d'ordre général, technique et administratif, ont été posées par les représentants de la Banque. Celle-ci a l'intention de charger un consultant indépendant de tester l'intérêt des pays concernés et de réunir un groupe de travail pour examiner certaines des questions qui demandent à être éclaircies. Le Groupe a longuement débattu des réponses à donner aux questions posées par la Banque mondiale sur la possibilité de créer un fonds "hors OCP". Une copie des réponses données à ces questions figure à l'annexe 4.

Le Groupe a enfin chargé certains de ses membres de contribuer à la préparation d'un manuel de procédure sur les programmes de distribution d'ivermectine qui puisse être utilisé par les ministères de la santé, la Banque mondiale ou les ONG à des fins de collecte de fonds. Ce manuel devrait être terminé d'ici la fin du mois d'août.

5. Recherches opérationnelles

5.1 Projets antérieurs : Les participants ont fait le point des progrès accomplis dans l'exécution des projets de recherche opérationnelle présentés à sa première réunion. Ils ont pris acte des progrès réalisés dans les domaines suivants.

5.1.1 Mesure de la taille à la place du poids pour évaluer la dose d'ivermectine à administrer : Le Groupe a noté que le Comité d'Experts du Mectizan® avait proposé à la société Merck & Co. Inc. d'accepter que la taille soit utilisée à la place du poids pour évaluer la dose d'ivermectine à administrer.

5.1.2 Potentiel macrofilaricide de l'ivermectine : Les participants ont été informés que l'équipe de recherche de l'Institut Pasteur de Yaoundé (Cameroun) était prête à conduire l'étude et que la moitié des crédits nécessaires avait été réunie. Une proposition a été adressée à l'OMS/Macrofil cependant que l'autorisation a été donnée d'administrer l'ivermectine à raison de 400 mcg/kg de poids corporel pour l'étude. Les participants ont également été informés de l'étude prévue par le centre de recherches sur la chimiothérapie de l'onchocercose de Hohoe au Ghana. Cette étude, soutenue par l'OMS/Macrofil, consistera à tester l'innocuité de l'ivermectine à fortes doses et sera suivie par l'étude de l'action macrofilaricide de l'ivermectine sur *Onchocerca volvulus*. Ce projet, qui a reçu l'approbation de l'OMS/SCRIHS, doit encore être soumis à la société Merck & Co. Inc.

5.1.3 Effets bénéfiques à long terme du traitement annuel par l'ivermectine : Des fonds ont été réunis pour l'examen d'études ophtalmologiques exécutées à Kaduna (Nigéria). Les crédits nécessaires à la distribution annuelle d'ivermectine dans la zone d'étude de l'Institut français de Recherche scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM) au Cameroun jusqu'en 1995 ont également été réunis. Le TDR sera ensuite invité à financer des évaluations ophtalmologiques.

5.2 Autres études opérationnelles proposées

5.2.1 Effets du traitement de routine par l'ivermectine sur la transmission de *O. volvulus* : On sait que l'ivermectine a sur la transmission un impact considérable qui peut être mesuré par des méthodes entomologiques basées sur une évaluation du potentiel annuel de transmission et/ou du nombre de larves infectantes de *O. volvulus* pour 1000 mouches. On sait également que les biopsies cutanées prélevées chez des enfants de cinq ans traités chaque année par l'ivermectine révèlent une diminution des taux de prévalence elle-même consécutive à une baisse de l'incidence due à la réduction de la transmission. Il est donc recommandé de prélever chaque année, dans le plus grand nombre d'endroits possibles, des biopsies cutanées sur les enfants de cinq ans traités pour la première fois par l'ivermectine afin de suivre l'évolution de la prévalence dans ce groupe d'âge et, indirectement, celle de l'incidence dans la population à la suite de l'impact du traitement sur la transmission. Les participants ont recommandé que le prélèvement de biopsies cutanées chez les enfants de cinq ans soit envisagé pour les programmes de distribution en cours au Malawi et au Tchad.

Il a été signalé que d'après les résultats obtenus au Ghana (Asubende), au bout de cinq années de distribution d'ivermectine, la charge microfilarienne avait davantage diminué que pouvait ne le laisser escompter l'impact habituel du traitement sur la transmission, tel qu'il a été établi lors des premières années de distribution d'ivermectine. L'OCP conduit des études sur la transmission dans trois régions : a) le bassin du fleuve Coruba en Guinée-Bissau, où des distributions d'ivermectine ont lieu trois fois par an dans une zone d'hypo- à mésoendémicité; b) dans le foyer de Mako au Sénégal, où des distributions ont lieu deux fois par an; puis c) dans une autre partie du bassin du fleuve Bakoye au Mali, où les distributions sont annuelles. L'évaluation de l'impact de l'ivermectine sur la transmission reposera sur des données épidémiologiques (incidence des cas nouveaux) et entomologiques (modification des niveaux d'infection chez le vecteur).

5.2.2 Efficacité de programmes de traitement dans les dispensaires pour la distribution de l'ivermectine : Les participants ont insisté sur la nécessité de consacrer une étude aux facteurs qui encouragent les malades ou inversement à se présenter spontanément dans les dispensaires pour y obtenir gratuitement de l'ivermectine. Il a été souligné que le programme de distribution de la fondation HKI dans la région du Sanaga au Cameroun était parfait pour l'étude de ces facteurs.

5.3 Coopération avec le TDR : Le Groupe a pris connaissance des informations fournies par le TDR au sujet des recherches opérationnelles qu'il exécute sur l'onchocercose.

5.3.1 Cartographie épidémiologique rapide : Le TDR a organisé au Cameroun un petit atelier pour élaborer un protocole permettant de délimiter les régions où risque de sévir l'onchocercose pour faciliter le choix des zones à traiter en priorité. Le Cameroun a d'abord été divisé en 19 sections sur la base de critères topographiques, hydrologiques et démographiques. Six de ces sections ont été retenues pour tester les critères choisis. La méthode consiste à sélectionner, en faisant appel à trois experts indépendants d'un groupe, six à huit villages où la situation de l'onchocercose est la pire dans la section retenue pour une évaluation rapide de la maladie. En cas de résultats positifs, six villages supplémentaires à dix kilomètres du premier groupe de villages sont ensuite sélectionnés. On ne passe pas à cette deuxième phase si le nombre des cas dépistés paraît insignifiant à l'issue de l'étude du premier groupe de villages lorsque la région n'est pas considérée comme une région d'endémicité. Cette méthode a permis d'établir la présence de l'onchocercose là où on l'attendait ainsi que le contraire. Il pourrait être nécessaire de continuer à la tester dans des régions dont l'écologie peut être très différente de celle du Cameroun, par exemple l'Afrique orientale. Un atelier sera en principe organisé à Genève au début du mois de juillet pour faire le point des résultats et élaborer des principes directeurs pour la cartographie épidémiologique de l'onchocercose d'après les résultats de l'étude.

5.3.2 Recherche opérationnelle sur l'onchocercose au Nigéria : Le Groupe a été informé du début imminent de la deuxième série d'études pour lesquelles ont notamment été proposées de petites subventions au Nigéria et dont le but est de déterminer l'importance des maladies cutanées dues à l'onchocercose du point de vue de la santé publique. Quatre groupes de recherche pluridisciplinaire du Nigéria et quatre autres groupes tiendront un atelier à Calabar du

14 au 19 juin. Il s'agira d'établir le protocole des études et d'examiner les effets socio-économiques des symptômes cutanés de l'onchocercose ainsi que du traitement de ces symptômes et du prurit. Les troisième et dernière série d'études prévue dans le cadre du projet de recherche opérationnelle sur l'onchocercose au Nigéria est annoncée et sera axée sur la mise au point de méthodes simples et rapides d'évaluation, sur l'efficacité de la mobilisation des communautés et sur la surveillance du RAS.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Après avoir examiné les recommandations formulées à l'issue de sa première réunion et pris acte des progrès accomplis dans leur mise en oeuvre, le Groupe a fermement réitéré sa résolution d'encourager une participation financière et opérationnelle d'ONG supplémentaires, notamment de celles qui sont déjà actives dans des pays où l'onchocercose est endémique. Il a en outre formulé les recommandations suivantes :

1) Plans nationaux pour d'autres pays d'endémicité

Le Groupe a reconnu la nécessité d'encourager l'élaboration et la mise en oeuvre de plans nationaux dans tous les pays africains où l'onchocercose est endémique. Il est convenu d'offrir son aide et sa collaboration au sein des comités ou groupes de travail nationaux chargés d'élaborer de tels programmes.

2) Plans nationaux - Nigéria et Cameroun

Le Groupe a pris acte des progrès considérables réalisés dans l'élaboration d'un plan quinquennal d'action pour la lutte contre l'onchocercose au Nigéria. Il a également noté que le plan national de lutte du Cameroun était en préparation. Il a prié le Secrétaire, en consultation avec les membres du Groupe, de prendre les mesures voulues pour soutenir les efforts fournis dans ces deux pays afin d'accélérer l'élaboration et la mise en oeuvre de plans nationaux viables. L'introduction, dans chacun de ces plans, de mécanismes administratifs de contrôle de la qualité et de responsabilité budgétaire facilitera les activités de collecte de crédits auprès de donateurs extérieurs.

3) Fonds fiduciaires "hors OCP" de la Banque mondiale

Etant donné les bons résultats du programme OCP en Afrique occidentale et le rôle décisif joué par la Banque mondiale dans la mobilisation des ressources nécessaires, le Groupe **recommande** vivement que la Banque soit encouragée à créer un fonds fiduciaire qui permettrait de financer la lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine dans les pays d'Afrique et de la Méditerranée orientale extérieurs à l'aire de l'OCP. Le Dr M. Heisler, Directeur du Mectizan® Donation Program, assurera la liaison à ce sujet entre le Groupe de Coordination des ONG et la Banque mondiale.

4) Manuel de procédure

Le Groupe a reconnu qu'il était utile de décrire les approches adoptées pour la planification et l'exécution des programmes de distribution d'ivermectine. En conséquence, il a décidé de préparer un manuel susceptible de servir de document de référence pour les ministères de la santé, les ONG associées au programme de distribution d'ivermectine, la Banque mondiale, d'autres donateurs et les organismes de collecte de fonds. Ce document pourrait être imprimé par l'OMS en attendant que soient disponibles les crédits nécessaires.

5) Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé

Il faudrait mieux faire connaître les possibilités qu'offre la distribution d'ivermectine aux fins de la lutte contre l'onchocercose, et la priorité à donner à cette action. En conséquence, le Groupe **recommande** fermement que les pays intéressés soient contactés afin que soit éventuellement présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé de 1994 une résolution sur la distribution d'ivermectine.

6) Coopération avec l'UNICEF

Notant l'initiative du Comité USA/UNICEF et l'intérêt accru de l'UNICEF pour les programmes de lutte contre la cécité des rivières, le Groupe **recommande** que le Secrétariat de l'OMS inscrive la question de la distribution d'ivermectine à l'ordre du jour des prochaines consultations prévues avec l'UNICEF. Le Groupe aura également des entretiens avec les responsables des bureaux de l'UNICEF à New York, Lagos et, éventuellement, Yaoundé, afin d'encourager des échanges plus actifs d'information et une meilleure coordination des activités de lutte contre l'onchocercose.

7) Base de données

Compte tenu de la recommandation formulée à l'issue de la première réunion du Groupe, il a été noté avec satisfaction qu'un projet de formulaire pour un compte rendu annuel des activités de distribution assorti d'estimations de coûts avait été préparé. Il a été **recommandé** et convenu que ce projet de formulaire, mis au point sous sa forme définitive au cours de la présente réunion (annexe 3), serait soumis aux administrateurs des programmes de distribution d'ivermectine pour qu'ils fassent part de leurs observations. Les informations ainsi recueillies à la base devraient permettre l'établissement d'une version définitive qui sera soumise à l'approbation du Groupe à sa troisième réunion.

8) Recherche opérationnelle

Le Groupe a noté que la mise en oeuvre des recommandations formulées à sa première réunion dans le domaine de la recherche opérationnelle avait débuté. Il a enregistré en particulier avec satisfaction la réponse fournie par le TDR à sa demande d'établissement d'un manuel de cartographie épidémiologique, entre autres initiatives de recherche opérationnelle, et il a **recommandé** en conséquence que soit maintenue la collaboration avec le TDR et le projet de chimiothérapie de l'onchocercose pour la poursuite de recherches opérationnelles visant à optimiser la distribution d'ivermectine aux fins de la lutte contre l'onchocercose.

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la réunion

Adoption de l'ordre du jour

Annonces administratives

1. Examen des activités en 1993 :
 - a) OMS
 - b) ONG
2. Examen des systèmes communs d'information pour les programmes de distribution d'ivermectine soutenus par les ONG
3. Analyse du rapport coût-efficacité de la distribution d'ivermectine
4. Mobilisation des ressources
5. Proposition pour la création d'un fonds fiduciaire "hors OCP" de la Banque mondiale
6. Recherche opérationnelle : projets en cours et prévus

Conclusions et recommandations

Date et lieu de la prochaine réunion

Clôture de la réunion

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr Marcel Chovet, Directeur exécutif pour l'étranger, Organisation pour la Prévention de la Cécité, 58 avenue Bosquet, 75007 Paris, France

M. Gabriel Daniel, Health Programs Manager, Africare, 440 R. Street N. W., Washington, D.C. 20001, Etats-Unis d'Amérique

Dr B. O. L. Duke, Medical Director, River Blindness Foundation, N° 2 Hillside, Lancaster LA1 1YH, Royaume-Uni (*Président*)

Ambassador Donald Easum, Vice-President, River Blindness Foundation, 801 West End Avenue, # 3A, New York, N.Y. 10025, Etats-Unis d'Amérique

Dr Allen Foster, Medical Consultant, Christoffel Blindenmission, c/o International Centre for Eye Health, Department of Preventive Ophthalmology, Institute of Ophthalmology, Bath Street, Londres EC1V 9EL, Royaume-Uni

Dr P. Gaxotte, MSD-Chibret, 3 avenue Hoche, 75008 Paris, France

M. Axel Hardenberg, Deputy Overseas Director, Christoffel Blindenmission, Nibelungenstrasse 124, D-64625 Bensheim, Allemagne

Dr Michael B. Heisler, Director, The Mectizan® Donation Program, One Copenhill, Atlanta, Georgia 30307, Etats-Unis d'Amérique

Dr Michel Pacqué, River Blindness Control Programme Consultant, Sight Savers, P. O. Box 191, Haywards Heath, West Sussex RH16 4YF, Royaume-Uni (ou : c/o IOTA, B.P. 248, Bamako, Mali)

Dr R. Pond (Représentant de Helen Keller International), Mailstop F-13, Parasitic Diseases Branch, Centers for Disease Control, 4770 Buford Highway N.E., Atlanta, GA 30341-3724, Etats-Unis d'Amérique

M. William E. Walch, Vice-President, External Affairs, River Blindness Foundation, 62 Commercial Wharf, Boston, MA 02110, Etats-Unis d'Amérique

Dr Christine Witte, Onchocerciasis Program Coordinator, International Eye Foundation, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, Maryland 20814, Etats-Unis d'Amérique

Secrétariat

M. R. J. Anderson, Programme de la Mobilisation des Ressources, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr K. Y. Dadzie, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (*Secrétaire*)

Dr P. de Raadt, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr David Evans, Spécialiste d'économie sanitaire, Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr C. D. Ginger, Administrateur, Projet de Chimiothérapie de l'Onchocercose, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Mme J. S. C. Matsumoto, Bureau des Organes directeurs et du Protocole, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr C. P. Ramachandran, Chef de l'Unité de Lutte contre la Filariose, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr J. H. F. Remme, Epidémiologie et Recherche de Terrain, Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr B. Thylefors, Directeur, Programme de Prévention de la Cécité, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Dr F. Wurapa, Lutte contre les Maladies transmissibles, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo

ANNEXE 3

RAPPORT ANNUEL SUR LE PROGRAMME DE DISTRIBUTION D'IVERMECTINE

1. Nom du projet :
2. Organismes chargés de l'exécution :
3. Donateurs :
4. Période de financement (pour laquelle a été obtenu un financement extérieur) :
5. Recouvrement des coûts (une somme est-elle perçue en échange de l'ivermectine ?) :
6. Zones cibles (nommer la ou les régions administratives où de l'ivermectine sera distribuée dans toutes les communautés remplissant les conditions requises) :
7. Date du début des activités sur le terrain :
8. Date de la première distribution d'ivermectine :
9. Ce rapport donne des informations sur la période de 12 mois commençant le :
10. Population estimative totale de la zone cible :
11. Selon quels critères détermine-t-on si une communauté peut bénéficier d'un traitement à l'ivermectine ?
12. Nombre estimatif des communautés remplissant ces conditions dans la zone cible :
13. Population estimative des communautés remplissant les conditions requises dans la zone cible :
14. Nombre total de personnes traitées pendant la période considérée :
15. Nombre total de communautés traitées pendant la période considérée :
16. Population totale des communautés traitées :
17. Pourcentage moyen de la population totale traitée dans ces communautés :
18. Stratégies de distribution

Pendant la période considérée, combien de personnes ont-elles été traitées par :

- a) des centres fixes (les distributions ont été faites dans les centres de santé, dispensaires, hôpitaux, etc. existants) :
- b) des équipes mobiles (distributions faites par des professionnels de la santé dans les communautés remplissant les conditions requises) :

c) des membres de la communauté (distributions confiées à une personne habitant dans la communauté considérée ou une communauté voisine) :

d) d'autres méthodes (préciser) :

19. Niveau d'endémicité des communautés traitées :

Aux fins du présent rapport, le niveau d'endémicité d'une communauté ou d'un groupe de communautés est défini comme suit :

Hyperendémique : prévalence des biopsies cutanées positives chez les adultes ≥ 80 % ou
prévalence des nodules chez les adultes ≥ 40 %

Mésoendémique : prévalence des biopsies cutanées positives chez les adultes de 40 % à 79 % ou
prévalence des nodules chez les adultes de 20 à 39 %

Hypoendémique : prévalence des biopsies cutanées positives chez les adultes ≤ 40 % ou
prévalence des nodules chez les adultes ≤ 20 %

Non déterminé : pas d'évaluation épidémiologique dans cette communauté ou dans toute autre communauté située à plus de 10 km.

| | HYPER | MESO | HYPO | NON DETERMINE | TOTAL |
|--|-------|------|------|------------------|-------|
| Nombre de communautés traitées | | | | | |
| Population totale des communautés traitées | | | | | |
| Nombre de personnes traitées | | | | | |

Note : a) Lorsqu'aucune donnée sur les biopsies cutanées ou la présence de nodules n'a été recueillie dans la communauté considérée, celle-ci sera classée en fonction de la prévalence moyenne des biopsies cutanées positives ou des nodules dans des communautés situées à moins de 10 km de distance.

b) En l'absence de données sur des communautés individuelles, prière de fournir des données sur des groupes de communautés.

Annexe 3

20. Méthode utilisée pour obtenir une estimation de la population de chaque communauté :

21. Estimation du coût récurrent de la distribution d'ivermectine

Evaluer combien a coûté la distribution d'ivermectine pendant la période considérée. Inclure le coût de la publicité, de la formation et de la supervision, ainsi que celui de la distribution.

a) Ne pas inclure les dépenses suivantes :

- i) Coût des biopsies cutanées ou des évaluations rapides.
- ii) Autres dépenses non renouvelables encourues pour la mise en route des opérations.

b) Inclure les dépenses encourues pendant la période considérée au titre des postes suivants :²

- i) Dépenses renouvelables concernant les opérations sur le terrain et couvertes par le donateur :

| | US \$ |
|---|-------|
| INCITATIONS AUX OPERATIONS SUR LE TERRAIN/FORMATION | |
| TRAITEMENTS/ALLOCATIONS VERSES AUX AGENTS EMPLOYES PAR LE PROGRAMME | |
| CARBURANT | |
| LOCATION DE VEHICULES ET DE MOTOCYCLETTES | |
| LOCATION ET AMENAGEMENT DES BUREAUX | |
| IMPRESSION/PHOTOCOPIES DE FICHES, DE RELEVES ET DE MANUELS DE FORMATION (y compris papeterie) | |
| MEDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES | |
| AUTRES (prière de préciser) | |
| TOTAL | |

² Certaines dépenses risquent de ne pouvoir être attribuées à 100 % au coût de la publicité ou de la distribution. Si tel est le cas, donner une estimation des pourcentages attribuables à ces opérations.

- ii) Coût des équipements dont la durée de vie est limitée (base d'un total de 1000 jours d'utilisation, compte tenu des frais d'entretien/réparations estimés à 50 % du prix d'achat)

Véhicule N° 1 :

Prix d'achat x 0.0015 x jours d'utilisation = US \$

Motocyclette N° 1 :

Prix d'achat x 0.0015 x jours d'utilisation = US \$

Machine à photocopier :

Prix d'achat x 0.0015 x jours d'utilisation = US \$

Télécopieur :

Prix d'achat x 0.0015 x jours d'utilisation = US \$

Ordinateur + imprimante :

Prix d'achat x 0.0015 x jours d'utilisation = US \$

Autres (prière de préciser)

- iii) Postes de dépenses financés par le gouvernement ou un autre organisme local :

| | US \$ |
|---|-------|
| TRAITEMENTS/ALLOCATIONS DU PERSONNEL ³ | |
| INCITATIONS AUX OPERATIONS SUR LE TERRAIN | |
| AUTRES ⁴ | |
| TOTAL | |

³ Pour les personnels du gouvernement qui ne travaillent qu'à temps partiel pour le programme, veuillez déterminer la fraction de leur temps et donc de leurs traitements et allocations qui doit être attribuée au programme.

⁴ Inclure toutes les autres contributions en nature que doivent financer le gouvernement ou d'autres organismes locaux.

ANNEXE 4

**QUESTIONS A RESOUDRE AVANT D'ETABLIR LA VERSION DEFINITIVE
DE LA PROPOSITION SOUMISE A LA BANQUE MONDIALE POUR LA CREATION
D'UN FONDS FIDUCIAIRE POUR LA LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE
DANS DES PAYS D'ENDEMICITE EXTERIEURS A L'AIRE DU PROGRAMME
1^{ER} JUILLET 1993**

1. **La structure administrative du programme "hors OCP" de lutte contre l'onchocercose comprendrait le Comité des Agences parrainantes (CAP) et le Comité d'Examen du Programme (CEP). Les seize plans nationaux seraient soumis à l'examen du CEP. Une fois approuvés, ils seraient soumis à l'approbation définitive du CAP qui en autoriserait le financement.**

i) Quelles organisations seraient représentées au CAP ?

La composition exacte du Comité reste à déterminer. En principe, les organismes ayant contribué pour une part importante au financement du programme extérieur à l'aire de l'OCP seraient représentés. La Banque mondiale et l'OMS (sur une base semblable à celle existant pour l'OCP) siègeraient certainement au sein du Comité, de même que des organisations comme le PNUD, l'UNICEF et d'autres, si elles devaient accepter de soutenir cette initiative en qualité de donateurs. Le Mectizan® Donation Program du Carter Center d'Atlanta pourrait également être représenté au Comité des Agences parrainantes bien qu'il ne fasse pas officiellement fonction de donateur. L'idéal serait que les représentants de ces organisations aient l'ancienneté et l'autorité nécessaires pour représenter directement leurs organisations respectives.

ii) Quelles organisations/personnes siègeraient au CEP ?

Les organisations ne devraient pas siéger au CEP car elles seront représentées, comme on le verra plus loin, au Comité conjoint du Programme (CCP). Sept personnes seraient nommées au CEP sur la base de leurs compétences reconnues, au niveau international, dans des domaines techniques ou opérationnels se rapportant à l'onchocercose, aux programmes de distribution d'ivermectine ou à des opérations en Afrique analogues au Mectizan® Donation Program, par exemple, aux fins de la lutte contre la dracunculose.

iii) Par qui seraient faites les nominations au CEP ?

Par le Comité des Agences parrainantes.

iv) Comment serait renouvelée la composition du CEP ?

Les mandats, initialement de deux ans, seraient échelonnés afin de garantir la continuité de la composition du Comité. Les membres nommés pourront être invités à remplir un mandat supplémentaire de deux ans, au gré du CAP.

v) Quelle serait la périodicité des réunions du CEP ?

Deux fois par an et plus selon les besoins.

Annexe 4

2. **Le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP) a un Comité conjoint du Programme (CCP) qui se réunit chaque année. Devrait-il y avoir un "CCP" pour le programme "hors OCP" ?**

Oui. Il devrait y avoir un Comité conjoint du Programme, qui regrouperait des représentants des ministères de la santé des 16 pays d'endémicité desservis par le programme "hors OCP", des organisations non gouvernementales participant à des activités de distribution d'ivermectine, de la totalité des donateurs, y compris le CAP, et des partenaires invités. Le CCP devrait se réunir une fois par an. Les allocations de crédits pour ses réunions devraient couvrir les frais de participation d'un représentant de chaque ministère de la santé. Tous les autres membres du CCP seraient priés de prendre leurs frais de participation à leur charge. L'organisation chargée de l'exécution et le personnel administratif responsable à la Banque mondiale seraient chargés de coordonner et de recruter les personnels nécessaires aux réunions du CCP.

3. **Plusieurs questions d'ordre administratif concernant l'exécution et l'approbation du programme demandent à être résolues :**

- i) **Qui élaborerait les plans nationaux ? Le ministère fédéral de la santé ? un groupe d'ONG avec l'approbation du ministère de la santé ? d'autres instances ?**

Par définition, un plan national doit émaner du ministère national de la santé. Cela étant, comme le préciseront les demandes de propositions soumises aux ministères par la Banque, les plans nationaux devront témoigner de l'intégration et du soutien du système de soins de santé primaires, faire état d'une coordination des activités aux frontières dans les régions où l'onchocercose sévit de part et d'autre et montrer clairement que les organisations non gouvernementales actives dans le pays ou souhaitant participer à un plan national élargi ont un rôle bien précis à jouer, aussi bien dans l'élaboration du plan que dans l'exécution du programme.

- ii) **Qui devrait être chargé de gérer et de comptabiliser les fonds du programme national ?**

Au besoin, les budgets seront établis de manière à préciser les sommes allouées à des régions bien déterminées du pays et à des organisations non gouvernementales travaillant en association avec les ministères et/ou les commissaires locaux à la santé. Les crédits affectés aux ONG et aux collectivités locales seront libérés dans le cadre du financement approuvé par la Banque pour ce plan national précis, par l'intermédiaire de l'OMS et sur la base d'accords de services contractuels.

- iii) **Quelle devrait être la périodicité des examens internes/extérieurs du programme ? Par qui devraient être faits ces examens ?**

La phase initiale du programme "hors OCP" de lutte contre l'onchocercose sera financée sur un cycle de trois ans. Le deuxième cycle sera de quatre ans et le dernier de trois ans. Au cours du premier cycle, il faudrait que chaque programme national fasse l'objet d'un examen interne distinct tous les 18 mois et d'un examen extérieur entre le 30^e et le 32^e mois, afin que puisse être envisagé un deuxième cycle de financement au bout de 36 mois. Les ministères et organisations non gouvernementales intéressés pourront bien sûr conduire leurs propres examens à des intervalles plus rapprochés.

4. Quelles autres instances faudrait-il associer à l'examen et à la mise au point définitive de la proposition concernant un programme "hors OCP" ?

Outre le Groupe de Coordination de l'OMS et des ONG, les ministères de la santé des 16 pays seront invités à procéder à un examen général de la prochaine version de la proposition de programme "hors OCP". La Banque mondiale s'occupe de recruter un consultant qui se rendra dans plusieurs pays pour s'assurer de leur intérêt éventuel pour un programme "hors OCP". Il serait bon que la présentation, l'examen et l'étude de la proposition de programme "hors OCP" aient lieu à ce moment-là.

5. Plusieurs questions d'ordre opérationnel et technique demandent à être clarifiées avant qu'une proposition définitive ne soit soumise au comité d'examen des programmes spéciaux de la Banque.

i) Quels critères retenir pour s'assurer que les programmes sont bien intégrés aux soins de santé primaires et les renforcent ?

Si l'Organisation mondiale de la Santé est chargée d'exécuter le programme, les grands principes directeurs découlant de l'engagement pris par l'OMS de renforcer les soins de santé primaires devront être respectés. Plus précisément, là où existent des systèmes de soins de santé primaires, les distributions d'ivermectine seront intégrées à ces systèmes des points de vue administratif et opérationnel. On étudiera l'inscription de l'ivermectine à la liste de médicaments essentiels, l'intégration, le cas échéant, des opérations à l'initiative de Bamako et l'établissement de relations particulières entre la distribution d'ivermectine et d'autres programmes. L'essentiel sera la viabilité des opérations. Là où n'existent pas de systèmes de soins de santé primaires, le programme de distribution d'ivermectine pourrait servir de point d'entrée aux soins de santé primaires. Les agents de santé affectés à ce programme devront aussi être formés à assurer des prestations de base, par exemple des activités d'éducation sanitaire, des consultations pour nourrissons bien portants, la distribution de médicaments de base, la réhydratation orale, des prestations fondamentales de santé maternelle et infantile, etc. Les efforts fournis dans le cadre du programme de lutte contre l'onchocercose pour mettre au point des plans de dévolution efficaces, complets, intégrés et horizontaux pourraient également fournir un modèle pour la mise au point d'initiatives de soins de santé primaires liées à la distribution d'ivermectine.

ii) Faudrait-il prévoir un processus uniforme de budgétisation et d'examen du budget ?

Oui. Le même document budgétaire devrait être incorporé dans les 16 propositions de programmes pour une gestion financière plus rationnelle. L'examen du budget serait assuré par le Comité d'Examen du Programme, puis sanctionné par le Comité des Agences parrainantes. Le CEP devrait fixer une série de critères pour faciliter l'évaluation du budget soumis dans le cadre des propositions nationales.

Annexe 4**iii) Les plans nationaux devraient-ils prévoir des systèmes de "recouvrement des dépenses" ?**

Le recouvrement des dépenses devrait en principe être appuyé par le fonds fiduciaire du programme "hors OCP". Bien que la société Merck & Co Inc. n'autorise en aucun cas la vente de l'ivermectine donnée sous le nom de Mectizan®, il est possible de percevoir un montant approprié en échange du produit. Le Cameroun travaille actuellement à la mise au point et à l'essai d'une méthode de recouvrement des dépenses sur ces bases. Le recouvrement des dépenses devrait en général être encouragé, même s'il n'est pas indispensable, et certainement pas interdit.

iv) Chacun des plans nationaux devrait-il incorporer des composantes épidémiologiques et entomologiques de base ? Quelles sont ces composantes ?

Certaines composantes épidémiologiques de base devraient effectivement être incorporées à chaque plan national. Elles devraient être définies et exposées dans la demande de proposition afin que les ministères nationaux soient informés des souhaits du Comité d'Examen du Programme. Ces composantes seraient notamment les suivantes :

- a) Distribution et gravité de l'infection. Un plan doit être mis au point pour une cartographie épidémiologique rapide sur la base de la palpation des nodules. (Là où des études n'ont pas été faites pour mettre en évidence la relation entre la prévalence des microfilières et celle des nodules, cette relation devra être confirmée à l'issue d'une petite étude.)
- b) Recensement et enquêtes de prévalence avant le début de la première tournée de traitements.
- c) Etablissement de cartes exactes des zones d'endémicité d'après des données géographiques, hydrologiques et de surveillance appropriées.
- d) Surveillance des effets des programmes par la collecte de données sur les réservoirs de microfilières chez les adultes dans des communautés sentinelles et/ou sélectionnées au hasard.
- e) Evaluation de la réduction de la transmission d'après l'évolution de la prévalence et de l'intensité de l'infection chez les enfants de cinq ans admis chaque année à bénéficier du programme de distribution de Mectizan®.
- f) Des éléments d'appréciation entomologique, ophtalmologique et dermatologique pourront être inclus dans l'évaluation lorsqu'ils pourront être mesurés de façon suffisamment fiable.

v) Comment l'impact du programme devrait-il être mesuré, surveillé et évalué ?

En supposant que l'on dispose de données exactes sur la population et la prévalence, les effets du programme pourront être surveillés et évalués en fonction du pourcentage de la population exposée bénéficiant effectivement de programmes de traitement par l'ivermectine. Le processus de surveillance et d'évaluation déterminera également si les activités d'éducation sanitaire parviennent à faire du traitement une tradition et à susciter une demande pour celui-ci; l'efficacité de l'intégration au système de soins de santé primaires et la mise en place de stratégies acceptables de recouvrement des dépenses; l'atténuation des manifestations oculaires,

dermatologiques et générales et la réduction de la transmission; le cas échéant, l'impact de la distribution d'ivermectine sur la morbidité et les incapacités; son impact sur le développement socio-économique; et le degré de satisfaction générale des bénéficiaires.

6. Quels sont les facteurs épidémiologiques, entomologiques et opérationnels qui justifient la création d'un programme "hors OCP" "régional" (reposant sur des stratégies nationales coordonnées et appliquées simultanément) ?

Plusieurs facteurs justifient la création d'un programme "régional". Ce sont les suivants :

- i) Le traitement de l'onchocercose par l'ivermectine s'est révélé une stratégie d'intervention bien définie apportant des avantages incontestables à la population exposée; cette approche diffère des interventions actuellement mises en place contre d'autres maladies dans le monde en développement, même si ces dernières sont jugées plus importantes du point de vue de la santé publique. Cette constatation, les succès importants que l'on compte enregistrer (compte tenu de l'expérience de l'OCP) et la distribution gratuite, sans précédent, du médicament pour combattre la maladie sont autant de raisons de créer un programme spécial et de réunir des crédits pour encourager la mise en oeuvre coordonnée, globale et simultanée de plans nationaux.
- ii) Afin d'éviter la réintroduction de l'infection par l'arrivée, dans une zone sous contrôle, de mouches provenant d'une zone encore infectée, il est nécessaire que les opérations de lutte contre l'onchocercose soient simultanées dans toute la région considérée. Un programme "régional" empêcherait aussi l'arrivée de populations infectées provenant de zones de forte endémicité dans des zones déjà sous contrôle puisque tous les habitants de la région auraient été traités. Ce programme régional protégera non seulement le flanc sud-est de l'aire d'exécution de l'OCP, mais garantira aussi la poursuite des activités de lutte dans des pays, en Afrique centrale par exemple, où la maladie sévit au travers des frontières.
- iii) Les programmes de distribution de Mectizan® offrent un point d'entrée pour le renforcement des soins de santé primaires. Un programme "régional" sera donc nécessaire pour bien coordonner les activités de formation, d'éducation sanitaire et de recherche opérationnelle qui sont des facteurs essentiels de la lutte contre la maladie en général ainsi que des soins de santé primaires.
- iv) La communauté des organisations non gouvernementales, celles qui s'occupent de cécité et d'autres, a déjà fait part de son engagement en faveur de programmes de distribution d'ivermectine. Un programme "hors OCP" offrira à la Banque l'occasion de renforcer et de développer les ONG internationales et nationales.
- v) On peut envisager la mise en oeuvre de vastes programmes de recherche opérationnelle et fondamentale encouragés par le TDR et axés sur des questions intéressant non seulement la distribution d'ivermectine, mais aussi d'autres activités, par exemple les stratégies de recouvrement des coûts, l'établissement de liens avec les systèmes de soins de santé primaires, les méthodes d'évaluation rapide, etc. La mise en oeuvre simultanée d'activités dans la région considérée sera l'occasion de mettre au point des initiatives de recherche opérationnelle intéressant des cohortes suffisamment vastes pour avoir un impact pratique non négligeable.

Annexe 4

7. **Y a-t-il des activités de recherche opérationnelle qui devraient être intégrées à chaque plan national ? Par exemple l'analyse des coûts, les stratégies de distribution, etc. ?**

Oui. Plusieurs problèmes de recherche opérationnelle devraient faire l'objet d'un programme "hors OCP" et régional de lutte contre l'onchocercose. Ce dernier devrait comporter dès le départ une composante recherche, comme cela a été fait et jugé par la suite essentiel dans le cas de l'OCP. Aucun des protocoles individuels de recherche opérationnelle ne devrait forcément être intégré à chaque "plan national". Toutefois, chaque fois que possible, il conviendra d'étudier les questions suivantes en collaboration avec l'organisation chargée de l'exécution. La liste ci-après n'est pas exhaustive :

- i) Potentiel macrofilaricide de l'ivermectine.
- ii) Impact du traitement annuel à long terme par l'ivermectine sur la transmission d'*Onchocerca volvulus*.
- iii) Nécessité de confirmer : a) l'existence d'une relation entre la prévalence de nodules et de microfilaries dans la peau, là où cette relation n'a pas encore été établie; b) la possibilité d'appliquer la méthode de cartographie épidémiologique rapide dans des régions dont le système écologique est sensiblement différent de celui de l'Afrique occidentale.
- iv) Avantages et effets à long terme du traitement par l'ivermectine avec la posologie annuelle actuelle.
- v) Efficacité des programmes de traitement en dispensaire (ou programmes "passifs") pour la distribution de l'ivermectine.
- vi) Intégration des distributions d'ivermectine aux soins de santé primaires ou à d'autres programmes de prestations sanitaires afin d'accroître les chances d'autoresponsabilité nationale.
- vii) Méthodes d'application du système de recouvrement des dépenses à la distribution d'ivermectine, conformément à l'initiative de Bamako.
- viii) Définition des paramètres à utiliser pour l'évaluation des programmes de distribution d'ivermectine.
- ix) Appréciation des risques liés au traitement par l'ivermectine dans les régions où sévissent des infections à *Loa loa*.
- x) Méthodes d'éducation sanitaire appliquées pour la distribution d'ivermectine.

On pourra également étudier l'utilisation de l'ivermectine chez les moins de cinq ans, comparer la rentabilité de différentes méthodes de distribution (automédication dans les collectivités, distribution par des équipes mobiles, distribution à la périphérie, distribution dans les centres de santé, etc.), la fréquence optimale des prises d'ivermectine pour combattre les lésions cutanées de l'onchocercose et le prurit, l'impact de l'administration annuelle d'ivermectine sur les lésions cutanées et/ou le prurit, la relation entre l'onchocercose et le traitement par l'ivermectine dans des populations où sont observés des cas d'épilepsie, de goitre ou de nanisme et l'impact social des protocoles d'utilisation.

8. Chaque plan national devrait-il comporter un système pour l'établissement de rapports uniformes et/ou un système d'information sur ordinateur ?

Un système pour l'établissement de rapports uniformes devrait être inclus dans chacun des plans nationaux. Ce système serait défini et inclus dans la demande soumise par la Banque avant l'établissement des plans nationaux. Cela étant, il n'est pas nécessaire que les plans nationaux comportent un système d'information sur ordinateur.

* * *