

COMITE CONJOINT DU PROGRAMME

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

Quinzième session, Yamoussoukro, Côte d'Ivoire29 novembre - 1 décembre 1994

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 1994	3
RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS	3
6. DEVOLUTION	10
7. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES	14
8. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1995	14
9. EVALUATION PROSPECTIVE A MI-PARCOURS (PHASE IV) DE L'OCP	15
10. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE	17
11. REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPLEMENT ET LE DEVELOPPEMENT DURABLES DANS L'AIRE DE L'OCP	18
12. QUESTIONS DIVERSES	19
13. DATE ET LIEU DE LA SEIZIEME SESSION	19
14. APPROBATION DU RAPPORT	20
15. CLOTURE DE LA QUINZIEME SESSION	20
CONCLUSIONS ET DECISIONS	21

ANNEXE I	-	ALLOCUTION D'OUVERTURE PAR LE DR R.H. HENDERSON, SOUS-DIRECTEUR GENERAL AU NOM DU DR HIROSHI NAKAJIMA, DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS	22
ANNEXE II	-	ORDRE DU JOUR	24
ANNEXE III	-	LISTE DES PARTICIPANTS	25
ANNEXE IV	-	ANNONCE DES CONTRIBUTIONS	33
ANNEXE V	-	OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES .	34
ANNEXE VI	-	HOMMAGE AU DR EBRAHIM M. SAMBA	38

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

1.1 A l'aimable invitation du Gouvernement de la Côte d'Ivoire, la quinzième session du Comité conjoint (CCP) du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) s'est tenue à la Fondation Félix Houphouët-Boigny pour la Recherche de la Paix à Yamoussoukro, du 29 novembre au 1er décembre 1994. La liste des participants est jointe en annexe III.

1.2 Mme M.A. Agbassi, représentant le Maire de Yamoussoukro, a souhaité la bienvenue dans sa ville aux participants ainsi qu'aux observateurs. Elle a fait mention des réalisations impressionnantes du CCP et a exprimé sa conviction que le Programme arrivera à éliminer le fléau de l'onchocercose de l'Afrique de l'ouest. Enfin, elle a remercié l'OCP et tous ses partenaires pour le travail accompli.

1.3 Dans son message au Comité 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 fait référence au vingtième anniversaire de l'OCP qui a été célébré à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai. Les représentants de tous les partenaires du Programme se sont déclarés entièrement satisfaits du progrès et des réalisations de celui-ci et ont exprimé leur souhait de poursuivre leurs efforts conjoints afin de mener à bien l'OCP.

1.4 Le Dr Nakajima a aussi fait mention de l'Évaluation prospective effectuée par le Comité consultatif d'Experts (CCE) qui sera un élément clé des travaux du CCP concernant l'avenir du Programme. Il a ensuite souligné l'importance de la Réunion ministérielle qui a abouti à une série de principes directeurs pour le peuplement durable, du point de vue social et économique, dans les zones libérées de l'onchocercose. Enfin, le Directeur général a réitéré son appel à la poursuite de l'appui au Programme. Le texte de son message est joint en annexe I.

1.5 Le Dr Barakamfitye, qui a parlé au nom du Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a mentionné les résultats de l'Évaluation prospective effectuée par le CCE et a souligné les raisons bien connues qui ont permis la réussite du Programme. Il a ensuite félicité l'équipe de l'OCP et son Directeur pour leur performance exemplaire.

1.6 En conclusion, le Dr Barakamfitye a déclaré que le Bureau régional s'engage totalement à appuyer le processus de la dévolution à travers le soutien aux Pays participants dans leurs efforts pour le renforcement de leurs systèmes de services de santé.

1.7 Le Directeur du Programme, le Dr Ebrahim M. Samba, a exprimé sa reconnaissance de la possibilité qui lui a été donnée de travailler pendant 14 ans à l'OCP. Lorsqu'il avait pris fonction comme Directeur en 1980, immédiatement après la session du CCP à Yamoussoukro, le Programme se heurtait à des problèmes graves tels que la résistance, la réinvasion, etc. Par conséquent, le moral du personnel et des donateurs était au plus bas. Il est heureux de pouvoir quitter l'OCP à un moment où ces problèmes sont résolus grâce à un travail assidu, à des recherches diversifiées et en relation directe avec l'utilité sur le terrain, à la transparence, et à l'intrépidité dans tous les aspects des opérations du Programme.

1.8 Le Dr Samba a remercié les Pays participants, la Communauté des donateurs de l'OCP, le Comité des Agences parrainantes (CAP) et le Comité consultatif d'Experts pour la confiance qu'ils ont placée en lui et pour la collaboration constructive qu'il a reçue durant tant d'années. Il a rendu hommage au personnel de l'OCP pour la bonne qualité de son travail et pour son dévouement au Programme.

1.9 Au nom du Président et du Gouvernement de la Côte d'Ivoire, M. Lambert Kouassi Konan, Ministre de l'Agriculture et des Ressources Animales, a souhaité la bienvenue dans son pays aux participants du CCP. Il a rendu hommage à tous les acteurs de l'OCP pour leurs réalisations ainsi qu'au Dr Samba pour son travail remarquable et pour sa récente nomination au poste de Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

1.10 Au nom des Pays participants, Mr Konan a exprimé sa reconnaissance aux donateurs et émis l'espoir que le processus de la dévolution facilitera le maintien des réalisations de l'OCP, en passant par le renforcement des systèmes globaux de surveillance épidémiologique dans les Pays participants.

1.11 La session a été ouverte, au nom de M. Gaston Stronck, Secrétaire de Légation 1er en rang et Président de la quatorzième session du CCP, par M. Jean-Claude Meyer, Secrétaire de Légation du Luxembourg.

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

2.1 M. Lambert K. Konan, Ministre de l'Agriculture et des Ressources Animales de la Côte d'Ivoire a été élu Président et M. Dennis Carroll, USAID, Vice-Président.

3. **ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR** : Point 3 de l'ordre du jour (document JPC15.1, révision 1)

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

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

4.1 Le Président du Comité des Agences parrainantes (CAP), M. Bruce Benton, a exprimé la satisfaction du Comité concernant le progrès réalisé durant l'année écoulée. Le réservoir du parasite est actuellement éliminé dans l'aire initiale du Programme. Plus de deux millions de personnes sont incluses dans le programme de distribution de l'ivermectine, et il y a une indication fiable qu'en associant le traitement par l'ivermectine et la lutte antivectorielle, la durée requise pour les traitements larvicides sera réduite de 14 à 12 ans.

4.2 Les coûts du Programme continueront désormais à diminuer jusqu'à la fin de l'OCP en l'an 2002, et les économies attendues du fait de la dévaluation du franc CFA s'élèveront à environ US \$15 millions.

4.3 En 1994, le vingtième anniversaire du Programme a été célébré lors de l'Assemblée mondiale de la santé et une réunion ministérielle réussie sur le peuplement et le développement dans la zone de l'OCP a eu lieu à Paris. En outre, une analyse des coûts-avantages des opérations de l'OCP faite par la Banque a démontré que le Programme est une opération de développement très productive.

4.4 Le Président du CAP a ensuite fait mention des progrès réalisés dans le domaine de la dévolution pour laquelle le rôle de l'OCP a consisté uniquement à améliorer la capacité des Pays participants à entreprendre la surveillance et la lutte contre l'onchocercose.

4.5 Il a été fait mention d'un nouveau programme de lutte contre l'onchocercose basé sur la distribution de l'ivermectine qui sera lancé dans 16 pays africains non inclus dans la zone OCP.

4.6 Enfin, M. Benton a, au nom du CAP, félicité le Dr Samba pour sa récente nomination au poste de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. En outre, M. Benton a rassuré le CCP que la nomination du successeur du Dr Samba par le Directeur général de l'OMS sera faite de façon transparente et nécessairement après consultation des parties intéressées.

4.7 Le texte des observations du Comité des Agences parrainantes est joint en annexe V.

5. **RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1994** : Point 5 de l'ordre du jour (document JPC15.2)

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS : Point 6 de l'ordre du jour (document JPC15.3)

Lutte antivectorielle

5.1 Durant la deuxième moitié de 1993 et le premier semestre de 1994, les traitements larvicides ont été effectués en utilisant les plans de rotation développés en vue de s'assurer d'une utilisation rentable, de réduire la probabilité d'une résistance et de minimiser l'effet sur les organismes non cibles. Un septième insecticide, l'étofenprox (Vectron) a été introduit récemment. La longueur des rivières traitées a varié entre 2200 km en saison sèche et 10 000 km en septembre 1993.

5.2 Des économies importantes en heures de vol et en quantités des larvicides utilisés ont été réalisées par rapport à la période correspondante de 1992/1993, par suite en partie de l'arrêt de la lutte antivectorielle dans plusieurs bassins fluviaux de l'aire initiale du Programme mais également de l'optimisation rigoureuse des opérations.

5.3 Les opérations de la compagnie aérienne ont été particulièrement satisfaisantes en raison du système d'épandage qui est très performant et qui est capable de larguer les sept larvicides en quantités et configurations précises; de l'utilisation d'un système informatisé de prévision des débits des cours d'eau; des stations hydrologiques équipées de balises Argos liées à des émetteurs par satellite; des communications instantanées sol-air; de la compétence des pilotes; et de l'entretien rigoureux des hélicoptères.

5.4 La réduction des opérations de lutte antivectorielle dans l'aire initiale de l'OCP a été accompagnée de la fermeture de certains secteurs et sous-secteurs (trois de ces derniers en 1993) ainsi que de la suppression de certains points de capture. En outre, sept bases opérationnelles ont été fermées dans le nord de la zone d'extension ouest où la distribution de l'ivermectine est le seul moyen de lutte.

5.5 Tous les techniciens des secteurs et sous-secteurs ont été formés à l'identification morphologique de *Simulium damnosum* s.l. Le potentiel annuel de transmission (PAT) est maintenant déterminé hebdomadairement et non plus mensuellement et est donc plus proche de la réalité. Les larves infectantes sont envoyées au laboratoire OCP de sondes à ADN à Bouaké pour l'identification des espèces ou des souches en vue d'obtenir un calcul précis du PAT.

5.6 Les résultats de la lutte antivectorielle (accompagnée partout de la distribution de l'ivermectine) sont très satisfaisants. Sur les 212 points de capture régulièrement suivis, trois ont eu un PAT supérieur à 100, le seuil cible indiquant que la transmission est maîtrisée. En 1993, la moyenne hebdomadaire des simulies infectées par *O. volvulus* était de l'ordre de six, contenant 14 larves infectantes d'*O. volvulus* humain.

5.7 A la suite de la revue conjointe annuelle par les unités de lutte antivectorielle, d'évaluation épidémiologique et de la biostatistique de la situation entomo-épidémiologique des bassins fluviaux où les traitements larvicides ont été effectués pendant 14 ans ou plus, il a été décidé d'arrêter la lutte antivectorielle à partir de 1995 dans cinq bassins fluviaux supplémentaires de l'aire initiale du Programme alors que les résultats de l'un des bassins examinés exigent la poursuite des traitements larvicides et un réexamen ultérieur de la situation.

5.8 Suite à l'arrêt des traitements larvicides, des études entomologiques de post-traitement ont été effectuées pour permettre au Programme de s'assurer qu'il n'y a plus de transmission. Dans chacun des 11 points étudiés, un minimum de 15 000 simules pares ont été disséquées sur une période de deux ans et le seuil pour un risque potentiel de recrudescence a été établi à une femelle infectieuse pour 1000 pares examinées. En général, les résultats ont varié entre 0,00 et 0,88 femelle infectieuse pour 1000 pares examinées. Sur le Banifing IV toutes les larves étaient d'origine animale, de même que 62% dans un autre cas, des résultats qui illustrent l'importance des techniques d'identification moléculaire.

5.9 Comme les années précédentes, les équipes nationales d'hydrobiologie ont confirmé que les traitements larvicides effectués par l'OCP ne semblent avoir aucun impact nuisible significatif sur la faune non cible.

5.10 Le Groupe écologique (G.E.) a approuvé l'utilisation de l'étofenprox (OMS 3002 ou Vectron) par le Programme à condition que des informations sur son effet à moyen terme sur la faune non cible soient recueillies pour la session de 1995 du Groupe. Ce produit supplémentaire portant le nombre des larvicides opérationnels à sept, il a été suggéré d'arrêter la recherche de nouveaux insecticides chimiques (voir également la section 9). Les activités de l'Unité OCP de Recherche sur les insecticides (IRU) seront donc à l'avenir axées sur l'essai de lots de larvicides opérationnels et sur l'amélioration des formulations du *Bacillus thuringiensis*.

5.11 Etant donné que le présent contrat aérien prendra fin en décembre 1995, le Comité consultatif d'Experts a exprimé son souci de voir les opérations aériennes se poursuivre au-delà de cette date avec le même niveau élevé d'efficacité.

5.12 Le Président du CCE, le Professeur Molyneux, a félicité le Programme pour l'excellente performance des opérations de lutte antivectorielle. Elles ont actuellement atteint le stade optimal en ce qui concerne leur rapport coût-efficacité, grâce à la récente catégorisation des systèmes fluviaux, à la transmission des données hydrologiques par satellite, à l'amélioration des systèmes d'épandage assistés par un ordinateur de bord, et à l'amélioration des communications à partir des stations au sol vers les pilotes.

5.13 Le Professeur Molyneux a souligné l'intérêt de disposer de sept larvicides appartenant à cinq classes chimiques différentes dont l'utilisation en alternance aboutit à la régression de la résistance, ce qui représente une réalisation sans égale dans aucun autre programme de lutte antivectorielle. Le CCE et le Groupe écologique considèrent qu'il y a peu de probabilité qu'une quelconque résistance apparaisse à l'avenir et soit difficilement maîtrisable.

5.14 Le Professeur D. Calamari, Président du Groupe écologique, en évoquant la réduction des stations de surveillance, a souligné la nécessité d'une surveillance à long terme des larvicides à effet secondaire potentiel sur la faune non cible. Il a également souligné l'importance de rester dans les limites des consignes de traitement approuvées pour de tels larvicides.

5.15 Le Professeur Calamari a ensuite fait mention de la recommandation du Groupe Ecologique d'élargir ses termes de référence pour qu'ils couvrent des études sur l'impact sur les rivières de la dégradation de l'environnement résultant des modifications de l'occupation des terres, survenues

ces dernières années, à la suite du repeuplement dans les zones libérées de la menace de l'onchocercose. Dans le cas contraire, le Groupe ne pourra plus suivre séparément l'effet des traitements larvicides effectués par l'OCP sur la faune des rivières. Il a compris que cet élargissement du mandat, qui ne nécessite pas de fonds supplémentaires, pourrait être pris en compte dans l'actuel Protocole d'Accord joint à l'Accord relatif au fonds pour l'OCP (voir également les paragraphes 9.9 et 9.18).

Activités épidémiologiques et distribution d'ivermectine

5.16 L'Unité d'évaluation épidémiologique (EPI) a participé à la prise de décisions concernant l'arrêt des traitements larvicides dans l'aire initiale du Programme en fournissant des données épidémiologiques essentielles et des analyses de tendances pour les villages indicateurs situés dans les bassins fluviaux qui sont à l'étude en vue de l'arrêt de la lutte antivectorielle (voir également le paragraphe 5.7 ci-dessus).

5.17 Le retour des simulies, bien qu'elles soient non infectieuses, a posé dans plusieurs cas un problème de nuisance et quoique le mandat de l'OCP soit limité à la lutte contre l'onchocercose, le Programme est conscient du problème et donne aux autorités nationales des directives techniques pour le traitement larvicide au sol dans les zones où les simulies constituent un problème grave (voir également le paragraphe 6.5).

5.18 Dans les zones d'extension sous traitement larvicide associé au traitement à l'ivermectine, les équipes nationales, appuyées et guidées par EPI, ont poursuivi l'évaluation de l'effet des traitements larvicides. Puisque l'ivermectine masque le résultat de la biopsie cutanée, l'évaluation a utilisé comme indicateur l'incidence de la maladie chez des cohortes de personnes ayant eu précédemment une biopsie cutanée négative et exclues de la distribution de l'ivermectine (si ces personnes devenaient positives elles seraient mises sous traitement à l'ivermectine).

5.19 Au total 24 villages indicateurs situés dans les bassins fluviaux en Guinée et en Sierra Leone, ont été examinés. Etant donné l'apparition relativement peu fréquente de nouveaux cas dans les zones sous contrôle, toute reprise importante de l'incidence de la maladie ne sera détectée qu'après plusieurs examens.

5.20 Des questionnaires conçus pour évaluer l'impact épidémiologique de la migration ont été utilisés de façon systématique par les équipes d'évaluation. En outre, une étude spéciale a été entreprise dans la région de Bui au Ghana, où sur les 193 personnes trouvées positives, presque la moitié étaient des migrants venus du sud du pays, probablement infectés par la souche forestière du parasite.

5.21 Les critères pour la lutte par l'ivermectine restent inchangés, à savoir : priorité accordée à la distribution à grande échelle parmi les populations à haut risque de manifestations d'origine onchocerquienne, c'est-à-dire dans les zones sous traitement larvicide qui ont des charges microfilariennes communautaires (CMFC) de 10 mf/b (microfilaires par biopsie cutanée) ou plus (zone d'extension sud et le sud de la zone d'extension ouest); traitement dans les zones non soumises à la lutte antivectorielle et ayant des CMFC de 5 mf/b ou plus; et distribution, à l'intérieur de l'aire initiale du Programme, dans certaines zones limitées où la situation entomologique n'est pas encore entièrement satisfaisante.

5.22 Bien que la distribution à grande échelle de l'ivermectine par les équipes nationales, appuyées par l'OCP ou par des organisations non gouvernementales (ONG), représente toujours la majorité des traitements (70%), l'auto-traitement communautaire progresse dans plusieurs Pays participants. Il a atteint 24% d'un total de plus de deux millions de personnes traitées dans 7000 villages de l'aire du Programme, dont plus de 700 000 traitées par les ONG ou avec leur appui.

5.23 La couverture de la distribution (nombre de personnes traitées par rapport au nombre de personnes inscrites durant le recensement) a atteint 70% dans les programmes de distribution mobile à grande échelle, et 75% lorsqu'il s'agit de l'auto-traitement communautaire.

5.24 Dans une zone où on a effectué cinq ans de distribution semestrielle de l'ivermectine comme seul moyen de lutte (la partie nord de la zone d'extension ouest, le bassin de la Gambie au Sénégal), aucune infection onchocercienne n'a été détectée parmi les enfants âgés de cinq ans ou moins exclus du traitement à l'ivermectine.

5.25 L'impact de la combinaison des traitements larvicides avec le traitement par l'ivermectine sur les manifestations oculaires de la maladie a été évalué dans deux villages en Guinée où des données de base de prétraitement avaient été recueillies et où une enquête ophtalmologique avait été entreprise un an après le début des opérations de lutte. Actuellement, après cinq ans de traitement annuel, on n'observe plus de microfilaries dans la cornée; ce résultat n'aurait été obtenu qu'après dix ans de lutte antivectorielle effectuée seule. En ce qui concerne les lésions oculaires qui existaient avant les opérations, la kératite sclérosante de même que l'iridocyclite avancée et les lésions de la chambre postérieure se sont stabilisées alors que les lésions précoces de la chambre antérieure ont disparu. Ces résultats confirment ceux obtenus précédemment à Asubendé au Ghana.

5.26 Aucune tendance à une baisse de la sensibilité des microfilaries à l'ivermectine n'a été observée dans les villages sélectionnés au hasard pour le suivi de l'efficacité du médicament.

5.27 Environ 2000 prélèvements de sang sur papier-filtre chez des enfants âgés de cinq à quinze ans vivant dans des zones libérées de l'onchocercose au Burkina Faso, et 200 prélèvements chez des enfants des zones d'hyperendémie en Sierra Leone ont été soumis à un test avec le cocktail de trois antigènes, en utilisant le système de détection par ELISA afin d'évaluer le potentiel immunodiagnostique de ce "tri-cocktail". D'autres études avec TDR sont en cours, pour lesquelles les résultats seront disponibles en 1995.

5.28 Le Président du CCE est heureux de noter que la situation épidémiologique est satisfaisante dans toute l'aire du Programme à l'exception de la région de Bui qui constitue toujours un point focal potentiel pour la propagation des simules infectées en raison de ses vastes gîtes larvaires. Il a également noté que le Programme a confirmé que l'association des traitements larvicides et du traitement par l'ivermectine produit un impact plus rapide sur les manifestations oculaires que la lutte antivectorielle seule. En outre, il a mentionné l'impact évident de l'ivermectine sur la transmission dans le bassin fluvial de la Gambie au Sénégal où l'absence de l'infection chez les enfants âgés de moins de cinq ans est d'une importance particulière.

5.29 Le Professeur Molyneux a souligné l'excellente couverture obtenue avec les programmes de distribution de l'ivermectine basés sur l'auto-traitement communautaire et exécutés actuellement à un rythme croissant sous l'impulsion des coordonnateurs nationaux. Il a également souligné l'importance des études entreprises par le Programme sur l'impact de la migration sur l'épidémiologie de l'onchocercose.

5.30 Enfin, le Président du CCE a mis en relief l'importance de l'évaluation par l'OCP et TDR d'une épreuve immunodiagnostique et a souligné l'impact opérationnel du laboratoire de Bouaké, notamment son rôle dans la séparation, par la méthode des sondes à ADN, de la souche forestière (non cécitante) de celle de savane (cécitante) d'*Onchocerca volvulus*, et aussi du parasite bovin (*O. ochengi*). Le laboratoire de Bouaké sera d'une importance cruciale pour les activités futures de l'OCP et pour l'appui au processus de la dévolution.

5.31 En réponse à la préoccupation exprimée concernant la perturbation des activités de l'OCP dans les zones d'insécurité en Sierra Leone, le Directeur du Programme a rassuré les délégués que l'OCP suit la situation de près et instituera des opérations de lutte dès que la situation le permettra.

5.32 A la question posée sur le niveau élevé de la transmission dans certaines parties du Bénin, il a été souligné que bien que le niveau dépasse le seuil de 100, les potentiels annuels de transmission y sont suffisamment bas pour qu'il soit possible, en recourant au traitement à l'ivermectine, de réduire le réservoir humain et de maintenir le risque d'infection à un niveau très bas. Dans les zones frontalières proches du Nigéria exposées à la transmission en provenance de ce pays, un traitement à l'ivermectine intensifié a été introduit. En outre, la prévalence actuelle est basse et aucune nouvelle infection n'a été enregistrée. A cet égard, le Comité a noté avec satisfaction qu'une délégation nigériane a participé à cette session du CCP comme observateur.

5.33 Pour ce qui est de l'origine des infections imputables à la migration, il a été expliqué que les migrants provoquant de telles infections proviennent de localités situées hors de la zone de l'OCP, essentiellement des zones forestières au sud de la zone sous contrôle.

5.34 Quant à un éventuel effet cumulatif négatif de l'association de l'ivermectine à d'autres médicaments y compris ceux utilisés contre le paludisme, le Directeur du Programme a informé le Comité que le fabricant de l'ivermectine reste persuadé qu'une telle interférence est très improbable.

5.35 La possibilité d'une résistance à l'ivermectine a été évoquée en se référant en particulier au nouveau programme panafricain de lutte basé essentiellement sur le traitement à l'ivermectine. Le Président du CCE a expliqué que son Comité est préoccupé par cette question et a demandé d'autres éclaircissements à l'OCP. Bien que la probabilité d'une résistance soit faible et que le phénomène mettra, de toute façon, plusieurs années pour se développer, il est important d'entreprendre des études approfondies sachant qu'une telle possibilité existe.

5.36 A ce propos, le Dr Hans Remme, TDR, a souligné qu'à l'OCP la stratégie vise la quasi-élimination du réservoir du parasite et que pour atteindre ce but le CCE a recommandé une stratégie associant les traitements larvicides et le traitement à l'ivermectine pendant une période de 12 ans. Une autre option que le CCE n'a pas retenue consiste à effectuer 10 ans de lutte antivectorielle suivis de 10 ans de traitement à l'ivermectine. Le risque d'une résistance à l'ivermectine serait négligeable dans les deux stratégies mais il faudra des études de simulations informatiques pour examiner davantage cette question. Hors de l'aire de l'OCP, la stratégie de lutte sera basée uniquement sur le traitement à grande échelle par l'ivermectine dans le but de maîtriser la morbidité onchocercienne grave. Il faudra maintenir un tel traitement à grande échelle pendant plusieurs décennies ; le risque d'une résistance à l'ivermectine est plus grand sous cette stratégie. Toutefois, d'après des simulations informatiques de cette stratégie utilisant des informations sur la résistance à l'ivermectine chez un nématode ayant un temps de génération très court, si une résistance devait se développer, elle se constituerait très lentement, et il faudrait plus de 30 ans avant qu'elle ne devienne un problème pour la lutte basée sur l'ivermectine. Quoi qu'il en soit, le risque de résistance existe sous cette stratégie. Ce qui justifie la poursuite de la mise au point d'une autre chimiothérapie qui pourrait plus tard remplacer l'ivermectine, le cas échéant.

Projet de Chimiothérapie Macrofil

5.37 La société Ciba-Geigy, le fabricant de l'Amocarzine (CGP 6140), ayant décidé d'abandonner les essais de ce produit sur le terrain, a transféré à l'OMS/Macrofil le stock des comprimés et des données précliniques et cliniques sur 2000 patients traités avec le médicament en Afrique et en Amérique latine. Des essais cliniques commenceront dès que possible au Centre de Recherche sur la Chimiothérapie de l'Onchocercose (OCRC) à Hohoe au Ghana.

5.38 Un benzimidazole (UMF 078) entrera dans la phase d'essais cliniques en 1996 dès que les résultats des études en cours sur la mutagénicité et la tératogénicité le justifieront.

5.39 L'essai du composé CGI 18041 chez l'homme a été arrêté suite à l'apparition d'une anémie irréversible lors des études sur la toxicité chez les animaux.

5.40 Des études menées à l'OCRC ayant démontré qu'une augmentation de la dose d'ivermectine jusqu'à 800 µg/kg ne provoque pas d'effets secondaires importants, le Centre entreprendra maintenant des études sur l'impact éventuel de doses élevées et de doses multiples d'ivermectine sur la fécondité du vers adulte.

5.41 Des études se poursuivent sur deux nématodes résistants à l'ivermectine, afin de développer des sondes moléculaires qui pourraient finalement être utilisées pour détecter une résistance au médicament chez *O. volvulus*.

5.42 Le Professeur Molyneux, Président du CCE, a noté qu'il est peu probable qu'un macrofilaricide utilisable à grande échelle sur le terrain soit disponible au cours des toutes prochaines années. En attendant, Macrofil devra se concentrer sur les études des deux composés qui offrent le plus de chances de produire un médicament ayant un effet macrofilaricide prouvé, qui, même s'il doit être administré sous supervision médicale, pourra jouer un rôle dans des situations comme la lutte limitée contre la recrudescence. Macrofil devra également poursuivre son étude sur l'effet macrofilaricide potentiel de traitements par l'ivermectine avec des doses élevées car c'est ce qui offre actuellement le meilleur espoir de disposer d'un médicament qui tue le vers adulte et qui ne nécessite pas des coûts élevés de développement.

5.43 A ce propos, le Président du CCE a souligné qu'il est peu probable qu'un macrofilaricide utilisable sur le terrain soit opérationnel avant l'arrêt des opérations de l'OCP et à temps pour réduire la durée de la lutte antivectorielle. Son comité a donc recommandé que l'OCP cesse le financement de Macrofil d'ici la fin de 1997. A cet égard, plusieurs délégations ont insisté sur l'importance de poursuivre la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain au-delà de 1997.

* * *

5.44 Le Dr Hans Remme, parlant au nom du Directeur de TDR et se référant à la recommandation du CCE pour que l'OCP cesse le financement de Macrofil d'ici la fin de 1997, a informé le Comité que le Directeur de TDR a l'intention de soutenir la poursuite de la recherche d'un macrofilaricide pour la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique. Des propositions seront faites à ce sujet au conseil d'administration de TDR dans le cadre d'un plan couvrant quatre ans (1996-1999).

5.45 Une étroite collaboration se poursuit entre l'OCP et TDR dans des domaines comme le développement d'une épreuve immunodiagnostique et de son application sur le terrain. Le Dr Remme a souligné l'importance d'appliquer l'expérience de l'OCP dans les études de TDR concernant la lutte contre l'onchocercose hors de l'aire de l'OCP, telles que la recherche sur l'auto-traitement communautaire par l'ivermectine et l'effet de l'ivermectine sur les manifestations dermiques.

Biostatistique et informatique

5.46 L'Unité Biostatistique et Informatique (BIS) a poursuivi le traitement et l'analyse de routine des données entomologiques et épidémiologiques, la formation du personnel de l'OCP et des coordonnateurs nationaux ainsi que la gestion des banques centrales de données de l'OCP et a

intensifié son appui au développement de systèmes d'information nationaux informatisés conçus pour l'utilisation dans les activités de dévolution.

5.47 Le Système d'Information Géographique (SIG) est actuellement opérationnel et permet ainsi la reproduction instantanée de cartes indiquant la localisation des composantes des opérations telles que les biefs sous traitement larvicide, les points de capture, les villages indicateurs épidémiologiques et, pour la surveillance post-traitement, les villages sentinelles.

5.48 Des analyses complémentaires sur la réduction de 30% observée dans la production microfilarienne après chaque traitement à l'ivermectine, appuyées par des simulations par ONCHOSIM, ont abouti à la conclusion que cette diminution reflète soit une réduction permanente de la productivité de tous les vers adultes soit une perte totale de fécondité de certains d'entre eux.

5.49 Des simulations par ONCHOSIM ont également été faites pour déterminer la durée des activités de lutte combinée requise pour réduire le risque de recrudescence à moins de 1%. La conclusion est qu'une combinaison ininterrompue des traitements larvicides avec la distribution de l'ivermectine durant 12 ans permettra d'atteindre cette cible.

5.50 Le Président du CCE a souligné l'importance de la modélisation pour l'avenir du Programme.

Administration et services de soutien

5.51 L'Unité d'administration et services de soutien qui est chargée de la gestion du budget, des finances, du personnel, des logistiques et des infrastructures du Programme a continué, conjointement avec le Bureau du Directeur, à veiller à ce que toutes les activités de l'OCP soient effectuées de la façon la plus rentable. Ainsi, l'utilisation du traitement informatisé des données a été renforcée et la formation dans ce domaine ainsi que dans d'autres domaines de gestion a été activement poursuivie.

5.52 La dévaluation de 50% du franc CFA au début de l'année 1994 a abouti à des économies considérables durant la même année, étant donné que le budget de l'OCP est basé sur le dollar américain alors que 40% des dépenses étaient effectuées en franc CFA. Des économies pourront être attendues dans les années à venir mais iront en décroissant puisque les salaires locaux et les prix des articles augmenteront.

5.53 Durant la période considérée, cinq postes professionnels et 26 postes de la catégorie des services généraux ont été supprimés, neuf membres du personnel de cette dernière catégorie étant transférés à un statut national. A la fin de la période, le personnel employé sous statut OMS/OCP comportait 26 professionnels à plein temps, 14 professionnels à court terme et 160 membres du personnel des services généraux, soit au total 200 postes, alors qu'un total de 580 personnes étaient employées sous statut national. En comparaison, il y avait 524 postes sous statut OMS/OCP et 344 postes nationaux en 1992, la première année de la quatrième Phase financière.

5.54 303 véhicules de l'OCP étaient en fonctionnement en 1994 dont 98 ont été prêtés aux Pays participants de la zone d'extension ouest pour l'utilisation par les équipes nationales alors que sept véhicules ont été transférés aux pays, principalement ceux des zones d'extension pour l'utilisation dans leurs programmes de dévolution. Pour réduire au minimum l'achat de nouveaux véhicules, la vie de ceux déjà en fonctionnement a été prolongée.

6. DEVOLUTION: Point 7 de l'ordre du jour (document JPC15.2, JPC15.3, JPC15.5, JPC15.8, JPC15/INF/DOC.6)

6.1 En introduisant le point de l'ordre du jour sur la dévolution, le Directeur du Programme a fait mention des débats quelque peu non concluants à ce sujet qui ont eu lieu au CCP au cours des dernières années. Il a insisté sur les rôles des trois principaux acteurs dans le processus de la dévolution, à savoir : l'OCP donne des instructions techniques et apporte aux Pays participants un soutien en matière de formation; les pays exécutent eux-mêmes les activités de dévolution; et la communauté des donateurs ainsi que les organisations internationales et bilatérales sont, quant à elles, appelées à soutenir les gouvernements dans leurs efforts concernant la dévolution.

6.2 En se référant au document "sur le concept de la dévolution" (JPC15/INF/DOC.6), le Dr Samba a plaidé pour que les discussions du CCP en la matière se limitent à la dévolution "sensu stricto" qui cadre avec le rôle de l'OCP qui est de promouvoir la surveillance et la lutte contre l'onchocercose. La question du renforcement des services nationaux de santé pour y "intégrer" les activités de dévolution concernant l'onchocercose ne fait pas partie du mandat de l'OCP et devra être étudiée dans d'autres forums tels que le Comité régional de l'OMS. Le Dr Samba a rassuré le Comité qu'il apportera son soutien total aux activités liées à la dévolution *sensu lato* dans le cadre de ses nouvelles fonctions et en collaboration avec d'autres organisations intéressées.

6.3 Depuis sa création vers la fin de l'année 1991, l'Unité de Dévolution de l'OCP a appuyé les Pays participants dans des domaines en relation directe avec la dévolution tels que la formation, la sensibilisation des autorités nationales et des populations concernées, le renforcement de la surveillance épidémiologique et la capacité à lutter contre la recrudescence, l'élaboration des plans de dévolution et leur exécution, la mobilisation de ressources et la recherche opérationnelle.

6.4 En réponse à une demande faite par le CCP à sa session de 1993, la réunion des Coordonnateurs nationaux tenue en mars 1994 a présenté un schéma exposant les objectifs, les rôles et les activités des trois partenaires du processus de la dévolution, à savoir : les pays, l'OCP et l'OMS/AFRO. On s'attend, après cette clarification, à ce que la collaboration entre toutes les parties concernées ainsi que leur effort commun soient renforcés davantage.

6.5 Le programme de bourses d'études de l'OCP est maintenant orienté presque exclusivement vers l'appui aux activités nationales de dévolution en insistant sur l'épidémiologie et la gestion/administration de santé publique. Un total de 32 bourses d'études ont été octroyées par l'OCP durant la période considérée. Le nombre total de bourses d'études octroyées par l'OCP depuis 1974 s'élève à 430. En outre, les coordonnateurs nationaux de dévolution et le personnel de terrain sont en train d'être formés à la méthodologie d'analyse des données de l'OCP y compris l'utilisation des ordinateurs. Un effort particulier a été fait pour familiariser les villageois avec les techniques de traitement larvicide au sol pour son utilisation éventuelle dans la lutte contre la nuisance dans les zones où les concentrations simuliennes entravent le développement socio-économique.

6.6 Suite à la proposition faite à la session de 1993 du CCP par le représentant de la Banque Africaine de Développement (BAD) selon laquelle la Banque serait disposée à étudier des demandes de financement de projets inter-pays, une proposition d'un projet commun à tous les Pays participants pour appuyer la formation en épidémiologie a été soumise à la BAD. La formation sera basée sur la méthodologie du Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique (PASE) qui est déjà utilisée dans quelques-uns des pays et qui vise la création de Centres de Surveillance épidémiologique en harmonie avec les systèmes d'information sanitaire établis aux différents niveaux opérationnels.

6.7 Durant des sessions régulières d'information, le personnel de terrain de l'OCP incite les populations villageoises à collaborer avec le Programme dans les activités de surveillance épidémiologique et de distribution de l'ivermectine. Par ailleurs, les populations sont rassurées que le retour de la simule ne comporte aucun risque de reprise de l'infection onchocercienne.

6.8 Les Coordonnateurs nationaux de l'onchocercose continuent à jouer un rôle de plus en plus important dans le domaine de la dévolution. Par conséquent, afin d'assurer une approche coordonnée dans toute l'aire du Programme et de bénéficier des échanges de points de vue sur les activités sur le terrain, une réunion à laquelle les coordonnateurs des onze Pays participants ont pris part a eu lieu en mars au siège de l'OCP, tout comme en 1993. La réunion a examiné également le progrès réalisé depuis 1993 et a fourni des réponses aux questions posées par le CCP durant sa quatorzième session en décembre 1993, à Luxembourg, sur le processus de la dévolution.

6.9 Une autre réunion a eu lieu au siège de l'OCP en mars à laquelle ont pris part les responsables de la surveillance épidémiologique et les Coordonnateurs nationaux de l'onchocercose des onze Pays participants, le Président du CCE ainsi que des membres du personnel du siège de l'OMS, de l'OMS/AFRO et de l'OCP. A cette réunion, des questions ayant un rapport avec le renforcement de la surveillance épidémiologique et la lutte intégrée contre les maladies endémiques ont été étudiées sur la base de l'expérience de l'OCP.

6.10 Les participants ont convenu que les Pays participants devront élaborer une politique d'intégration ; l'intégration ne signifie pas un bouleversement total des systèmes existants ; certains programmes verticaux pourraient coexister avec l'intégration ; une réelle décentralisation des systèmes de santé est essentielle ; s'agissant du personnel, une attention appropriée devra être accordée à la qualité et à la quantité requises ; les attitudes des donateurs seront un facteur déterminant pour le succès de l'intégration ; et l'expérience et les infrastructures de l'OCP pourraient par la suite être importantes dans le contexte de la surveillance épidémiologique et d'une intégration efficace.

6.11 Pour pouvoir apprécier la capacité des Pays participants à assurer efficacement la détection et la maîtrise de la recrudescence de l'onchocercose, l'Unité de Dévolution a élaboré une série de critères permettant de comparer entre elles les situations prévalant au niveau des pays. En outre, une liste de conditions pour réussir la dévolution a été préparée concernant les Pays participants, l'OCP, l'OMS et la communauté internationale.

6.12 Le représentant du Directeur régional, le Dr Barakamfitye, a souligné que l'appui du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) a été essentiellement articulé autour de trois axes : 1) le renforcement de l'infrastructure sanitaire qui entre dans le cadre traditionnel de coopération entre l'OMS et ses Etats membres ; 2) la formation en épidémiologie illustrée par l'organisation d'ateliers pour la formation de formateurs dans six pays et ; 3) l'appui des Représentants de l'OMS ; de 1992 à 1994, les allocations OMS/pays au titre du budget ordinaire en faveur de la dévolution dans les onze pays ont évolué de US\$ 20 000 à US\$ 250 000.

6.13 Le coordonnateur inter-pays de la dévolution de l'OMS/AFRO, basé à Ouagadougou, a poursuivi ses visites aux pays pour évaluer les activités de surveillance et les programmes de formation. Deux ateliers inter-pays et six ateliers nationaux ont été organisés durant la période considérée en utilisant les modules de formation épidémiologique d'AFRO.

6.14 A Ouagadougou, siège de l'OCP et lieu d'affectation du coordonnateur inter-pays de la dévolution, l'équipe renforcée OMS/AFRO d'appui à la dévolution comporte actuellement le coordonnateur, deux médecins-épidémiologistes, un expert en santé publique/pédagogie et un ingénieur sanitaire. En outre, des allocations sont prévues dans les budgets OMS/pays pour

appuyer la dévolution dans les onze Pays participants, principalement dans le domaine de la formation (voir le paragraphe 6.12).

6.15 Le coordonnateur national Oncho de Côte d'Ivoire, le Dr Brika, en introduisant, au nom des onze Pays participants, le rapport commun sur les activités nationales de dévolution, a souligné que des comités nationaux de dévolution ont été créés dans tous les pays de l'OCP qui ont également finalisé leurs plans de dévolution. Jusqu'ici, seul le Burkina Faso a reçu un appui financier pour l'exécution de son plan de la part de la Banque mondiale auprès de laquelle huit autres pays ont adressé une demande d'aide.

6.16 Dans les sept pays de l'aire initiale du Programme, les activités nationales de dévolution comprennent l'information du public concernant l'onchocercose, sa transmission et les moyens de la combattre; l'assurance que le retour des simules ne signifie pas la reprise de la transmission; la formation des villageois aux techniques de traitement larvicide au sol visant à lutter contre la nuisance; et la surveillance épidémiologique.

6.17 Les populations de 135 villages sur les 230 villages sentinelles sélectionnés dans l'aire initiale du Programme pour la surveillance de la recrudescence tous les trois ans, ont été examinées par la biopsie cutanée durant la période considérée. Les résultats sont entièrement satisfaisants dans la mesure où aucun cas de recrudescence n'a été détecté. En outre, le contrôle de qualité mené par l'OCP au sein des équipes nationales a confirmé la fiabilité des résultats de leurs lectures microscopiques.

6.18 Dans les zones d'extension, l'accent continue d'être mis sur les préparatifs en vue de la dévolution du point de vue de l'utilisation des équipes nationales pour effectuer la surveillance épidémiologique et la lutte par l'ivermectine avec, s'il y a lieu, une très faible participation du personnel de l'OCP.

6.19 En ce qui concerne l'intégration de la détection et de la lutte contre la recrudescence de l'onchocercose dans la surveillance et la lutte contre d'autres maladies endémiques, des progrès ont été enregistrés tels que l'association de la surveillance de l'onchocercose dans les villages indicateurs à celle de la schistosomiase et de la dracunculose. En outre, la distribution à grande échelle de l'ivermectine s'achemine vers l'intégration dans le système de santé publique par l'implication grandissante du personnel des centres de santé.

6.20 Comme exemples de dépenses engagées par les pays eux-mêmes pour les activités de la dévolution en 1994 on peut, à l'exclusion des infrastructures et des salaires, citer : US\$ 72 000¹ (Côte d'Ivoire), US\$ 16 000 (Niger), US\$ 4700 (Togo), US\$ 34 367 (Ghana) et US\$ 4 773 (Guinée-Bissau).

6.21 Le Président du CCE, le Professeur Molyneux, a déclaré que, bien qu'encouragé par les récents éclaircissements concernant le processus de la dévolution, le CCE a souligné la nécessité d'avoir d'autres délibérations sur le sujet. En attendant, l'Unité de Dévolution de l'OCP a rempli avec succès son mandat en ce qui concerne la dévolution sensu stricto, c'est-à-dire appuyer les Pays participants dans leurs efforts pour assumer la responsabilité de la surveillance épidémiologique et la maîtrise de la recrudescence de l'onchocercose.

6.22 Par ailleurs, le Professeur Molyneux a souligné que le mandat du Programme est limité à la lutte contre l'onchocercose et que la responsabilité de la dévolution sensu lato, c'est-à-dire l'appui à la surveillance et à la lutte élargies à plusieurs maladies dans les pays de l'OCP, ne fait

¹ Taux de change : 577 FCFA = US \$1

pas partie des termes de référence du Programme. Un examen plus poussé des différents aspects du processus de la dévolution est donc nécessaire, y compris l'attribution des responsabilités et les priorités des pays concernant la surveillance et la lutte élargies à plusieurs maladies, en tenant compte du nouvel environnement du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique.

* * *

6.23 Durant le débat, une série de commentaires et de questions ont été soulevés, dont : la nécessité de dispenser la formation en épidémiologie dans des langues autres que le français; la coordination par l'OCP des cours de formation en épidémiologie organisés par plusieurs institutions en Afrique de l'Ouest; les critères pour réussir l'exécution des plans nationaux de dévolution; le financement de tels plans; la nécessité d'impliquer les populations cibles dans les activités de dévolution; et la demande d'un plan d'opérations pour les activités de dévolution de l'OCP assorti d'un calendrier d'exécution.

6.24 Plusieurs intervenants ont exprimé leur souci de voir les activités de dévolution de l'onchocercose intégrées dans les services globaux de santé existants plutôt qu'instaurées en un programme vertical nouveau.

6.25 En réponse aux interventions des délégués, le Directeur du Programme a de nouveau souligné que le mandat de l'OCP en matière de dévolution est limité au transfert aux Pays participants de la capacité d'entreprendre la surveillance épidémiologique et la maîtrise de la recrudescence de l'onchocercose.

6.26 Les questions concernant le renforcement des services de santé pour qu'ils soient capables d'intégrer la dévolution de façon efficace devront être considérées dans des forums inter-gouvernementaux. A ce propos, le Dr Samba a proposé que les futures assises du CCP pourraient être organisées en deux sections. Une section au cours de laquelle les experts de la lutte contre l'onchocercose discuteront de la dévolution "sensu stricto", et une autre au cours de laquelle les experts en santé publique examineront des questions telles que l'intégration, le renforcement des systèmes de santé ainsi que la surveillance et la lutte élargies à plusieurs maladies. L'OCP élaborera la documentation requise pour les discussions dans les deux groupes.

6.27 Par ailleurs, le Directeur du Programme a rassuré les délégués que l'OCP s'occupe activement de la coordination des cours d'épidémiologie et que des arrangements sont en cours pour la formation en anglais et en portugais. Le délégué de la Fondation Gulbenkian a confirmé la formation en portugais.

6.28 Pour ce qui est des conditions pour réussir la mise en oeuvre des activités de dévolution, il reste entendu que la liste présentée doit être perçue comme une ligne directrice pour les autorités nationales.

6.29 En ce qui concerne le financement des plans dévolution, la situation semble s'améliorer dans la mesure où la Banque mondiale a répondu récemment de façon prometteuse aux demandes de trois des pays de l'OCP (Côte d'Ivoire, Guinée et Sénégal), en plus du financement en cours du plan du Burkina Faso. En outre, des organismes bilatéraux ont manifesté leur intérêt au financement des plans de dévolution. A cet égard, plusieurs délégués des Pays participants ont exprimé leur détermination de poursuivre la mise en oeuvre de leurs plans de dévolution.

6.30 Quant à la demande d'un calendrier pour les activités de dévolution de l'OCP, le Président a attiré l'attention du Comité sur la recommandation contenue dans le rapport de l'Evaluation prospective du CCE selon laquelle tout appui financier de l'OCP à la distribution de l'ivermectine

et à la surveillance épidémiologique au niveau national devra cesser d'ici la fin de 1997, dans l'aire de l'OCP.

7. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES : Point 8 de l'ordre du jour (document JPC15.6)

7.1 Le rapport a été introduit par le Directeur du Programme qui a expliqué qu'après des visites au Programme, l'équipe du Commissaire aux comptes a constaté que les comptes et les autres activités vérifiés étaient en ordre. Le Commissaire aux comptes n'a donc pas jugé nécessaire de participer à la session.

7.2 Le Comité a pris note du rapport du Commissaire aux comptes.

8. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1995 : Point 9 de l'ordre du jour (document JPC15.4)

8.1 Ce qui restera des traitements larvicides aériens dans l'aire initiale du Programme prendra fin en 1995, sauf dans quelques zones frontalières où les opérations représenteront moins de 2% de ce qu'était la lutte antivectorielle à son maximum dans cette aire. En outre, les deux derniers sous-secteurs de l'aire initiale du Programme seront fermés à la fin de l'année 1995.

8.2 L'unité d'évaluation épidémiologique poursuivra ses enquêtes dans les villages indicateurs à titre de contribution à la prise de décisions concernant l'arrêt de la lutte antivectorielle dans l'aire initiale du Programme. Des évaluations ophtalmologiques seront également entreprises afin d'apprécier l'impact du traitement à l'ivermectine sur les manifestations oculaires de l'onchocercose.

8.3 L'OCP continuera à fournir son appui aux équipes nationales qui effectuent la distribution à grande échelle de l'ivermectine tout en encourageant d'autres modes de distribution du médicament tels que l'auto-traitement communautaire.

8.4 Dans le domaine de la biostatistique, l'accent sera mis sur le traitement et l'analyse des données recueillies par les équipes nationales dont les membres recevront la formation nécessaire de la part de l'unité de l'OCP concernée. L'évaluation de l'impact des traitements larvicides/traitements à l'ivermectine sur la transmission de l'onchocercose sera poursuivie en utilisant le modèle ONCHOSIM.

8.5 L'appui de l'OCP à la dévolution visera à ramener la maladie à un niveau insignifiant sur le plan épidémiologique dans les Pays participants; à promouvoir la participation des communautés active; et à veiller à la disponibilité au niveau national d'outils diagnostiques, de l'ivermectine et de moyens pour sa distribution.

8.6 Dans la recherche d'un macrofilaricide, le Projet Macrofil de l'OCP/TDR se concentrera sur les essais cliniques de l'Amocarzine (CGP 6140), sur les études précliniques de l'UMF 078 et sur l'effet macrofilaricide éventuel de doses élevées d'ivermectine. En outre, la recherche d'une épreuve capable de détecter une baisse de sensibilité à l'ivermectine dans le traitement contre l'onchocercose sera poursuivie.

8.7 L'Unité d'Administration et services de soutien, conjointement avec le Bureau du Directeur, intensifiera davantage ses efforts pour améliorer le rapport coût/efficacité des opérations du Programme tout en assumant le rôle qui lui est assigné, à savoir apporter un appui administratif

et logistique aux unités de l'OCP. Par suite de la dévaluation du franc CFA, il faudra appliquer une plus grande rigueur financière et un contrôle encore plus strict.

8.8 Le projet de budget pour 1995 se monte à US\$ 24 689 000, indiquant une diminution de 13% par rapport à celui approuvé pour 1994. En comparaison des prévisions budgétaires pour 1995 dans le Plan d'Opérations pour la quatrième Phase financière, le projet de budget reflète une économie de l'ordre de US \$ 3 615 000 ou 12,8%.

* * *

8.9 Des questions concernant l'impact de la dévaluation du franc CFA ont été posées par des délégués durant le débat qui a suivi la présentation du Plan d'Action et Budget pour 1995; certains se sont inquiétés de ce qui semble être une augmentation des salaires du personnel professionnel, alors que d'autres ont formulé des réserves sur l'augmentation de budget pour les équipes nationales, compte tenu de la mise en oeuvre de la dévolution. Il a été expliqué que seulement une partie du salaire du personnel international est versée en FCFA et cette portion est assujettie à un facteur multiplicateur qui a subi une baisse au moment de la dévaluation. Quant aux équipes nationales, leur implication accrue dans le Programme implique une augmentation des coûts supérieure aux gains perçus de la dévaluation du FCFA.

8.10 La réduction du budget couvrant les bourses d'études et la formation a amené un participant à s'interroger sur le bien-fondé de cette mesure. La fin imminente du Programme devrait plutôt favoriser une augmentation à ce niveau. Il a été expliqué que ce budget se compare favorablement à celui de 1994 car les chiffres indiqués dans ce dernier incluent un facteur de correction pour des bourses d'études qui n'avaient pas été prises en compte l'année précédente.

8.11 Il a été convenu que le Plan d'Action et Budget pour 1996 comportera des prévisions pour 1997 et établira un rapport entre les opérations et les prévisions budgétaires prévues pour 1996 et celles prévues pour la même année dans le Plan d'Opérations.

8.12 Le Plan d'Action proposé pour 1995 et le budget d'un montant de US\$ 24 689 000 ont été approuvés.

9. EVALUATION PROSPECTIVE A MI-PARCOURS (PHASE IV) DE L'OCP : Point 11 de l'ordre du jour (document JPC15.7)

9.1 Le Professeur Molyneux, Président du Comité consultatif d'Experts, a fait mention des termes de référence de l'Evaluation prospective par le CCE approuvés par le Comité conjoint du Programme et a exposé l'historique et le processus même de l'évaluation. Une série de questions concernant les opérations actuelles et futures de l'OCP, la durée du Programme et l'implication d'un arrêt prématuré des traitements larvicides par l'OCP ont été envoyées au personnel de l'OCP et à chacun des membres du CCE qui ont reçu également une documentation de base avant la session. Une bonne partie des travaux du Comité durant sa session d'une semaine ont été effectués sous forme de groupes de travail.

9.2 Le Président du CCE a souligné que l'Evaluation prospective a considéré sienne la responsabilité de s'assurer que le Programme sera mené à bonne fin dans le contexte de son objectif.

9.3 Depuis son début, l'OCP a été soumis à des évaluations externes, la dernière étant la Revue externe de 1990 qui a constitué un point de départ pour l'Evaluation prospective actuelle. Celle-ci a abordé une revue de la performance passée du Programme; les opérations et prévisions

budgétaires pour le reste (1995-1997) de la quatrième Phase financière; et les activités requises pour mener l'OCP à une fin réussie, y compris les estimations correspondantes des coûts.

9.4 Le CCE avait approuvé entièrement les résultats de l'équipe de la Revue externe de 1990, y compris la reconnaissance des impressionnantes réalisations accomplies et la nécessité de poursuivre les traitements larvicides aériens aussi longtemps qu'il le faudra pour épuiser le réservoir humain du parasite.

9.5 Le Professeur Molyneux a aussi souligné les réalisations importantes du Programme depuis 1990 qui ont contribué à augmenter l'efficacité des opérations.

9.6 On peut brièvement résumer les réalisations depuis 1974, ainsi : plus de 30 millions de personnes protégées ; 10 millions d'enfants épargnés du risque de la cécité onchocercienne et 250 000 personnes sauvées de la cécité ; 1,5 million de personnes guéries de l'infection; 430 bourses d'études octroyées ; et 25 millions d'hectares de terres riveraines cultivables récupérées, suffisantes pour nourrir 17 millions de personnes.

9.7 En ce qui concerne les résultats de l'Evaluation prospective effectuée par le CCE, le Professeur Molyneux a souligné que l'Evaluation a approuvé la stratégie globale du Programme ainsi que les opérations de lutte correspondantes, visant à combiner la lutte antivectorielle et le traitement à l'ivermectine.

9.8 Quant aux opérations de l'OCP durant les années restantes (1995-1997) de la quatrième Phase financière, le CCE est d'accord sur les activités exposées dans le Plan d'Opérations pour ces trois dernières années. Etant donné qu'il existe désormais sept larvicides opérationnels, le Comité a recommandé que les recherches pour des insecticides supplémentaires soient suspendues.

9.9 Le Président du CCE a fait mention également de la recommandation qui propose que les activités du Groupe écologique soient élargies à la surveillance de l'effet sur l'environnement aquatique d'une pression démographique accrue attribuable au peuplement dans les zones libérées de l'onchocercose. En effet, la distinction entre l'impact sur les rivières des traitements larvicides effectués par l'OCP et celui causé par les populations humaines à la suite de changements de pratiques d'utilisation des sols pose des problèmes au Groupe écologique.

9.10 Comme déjà mentionné, l'évaluation par le CCE a également recommandé que le financement de Macrofil par l'OCP cesse d'ici la fin de l'année 1997, le projet se concentrant maintenant sur un nombre très limité de produits.

9.11 Le Professeur Molyneux a ensuite abordé les résultats de l'Evaluation prospective par le CCE concernant les opérations de l'OCP durant la phase de fermeture progressive qui commence en 1998. Le Comité a recommandé que le Programme prenne fin d'ici l'an 2002. Ce qui permettra la quasi-élimination du réservoir humain du parasite dans toute l'aire de l'OCP. Les opérations, limitées aux zones d'extension, seront réduites progressivement.

9.12 Par ailleurs, le Comité a présenté des prévisions budgétaires annuelles pour la période de fermeture progressive qui s'élèvent à US\$ 67 millions, passant de US\$ 16 millions en 1998 à US\$ 11 millions en l'an 2002.

* * *

9.13 Les membres du CCP ont exprimé leur satisfaction pour le travail accompli par le CCE, ainsi que pour le rapport. Un certain nombre de questions et de demandes de clarification ont été émises durant les débats.

9.14 En réponse à une demande de clarification concernant les opérations de l'OCP après 1997, il a été expliqué que, comme les phases financières précédentes, la période de fermeture progressive sera couverte par un Plan d'Opérations qui sera élaboré en 1996 pour l'approbation du CCP en 1997, avant la signature d'un nouvel Accord relatif au Fonds au début de 1998, après consultation avec les Donateurs. Toutefois, en réponse à une proposition d'avancer d'une année le cycle d'élaboration, et de commencer la préparation du Plan d'Opérations en 1995, le Programme s'est engagé à étudier cette possibilité.

9.15 Plusieurs participants ont évoqué la question de la collaboration après la fin de l'OCP et ont lancé un appel pour l'utilisation des institutions régionales existantes plutôt que de créer un nouveau mécanisme sous forme d'un "Organisme inter-pays". Le Président a rassuré le Comité que cela n'était pas l'intention du CCE, et que le changement à la tête de l'OMS/AFRO permettra à AFRO et à l'OCP, en consultation avec d'autres organisations concernées, d'étudier les voies et moyens de s'assurer de la collaboration inter-pays requise. Le Représentant de l'OMS/AFRO a confirmé que les objectifs d'une telle collaboration correspondent au mandat de l'OMS et a appuyé la proposition pour d'autres consultations entre AFRO et l'OCP.

9.16 La recommandation selon laquelle l'OCP doit cesser le financement de Macrofil d'ici la fin de 1997 a également provoqué des inquiétudes étant donné qu'un macrofilaricide utilisable sur le terrain sera d'une importance capitale pour la lutte contre l'onchocercose hors de l'aire de l'OCP, ainsi que pour la lutte contre la recrudescence. Il a été expliqué que si aucun des deux composés candidats ni les doses élevées de l'ivermectine ne répondent à l'attente d'ici la fin de 1997, tout nouveau médicament trouvé après cette date sera disponible trop tard pour avoir un quelconque impact sur la réalisation par l'OCP de son objectif.

9.17 Toutefois, la recherche d'un macrofilaricide pour la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique sera poursuivie, comme expliqué précédemment, avec le financement par TDR.

9.18 En ce qui concerne la recommandation d'élargir le mandat du Groupe écologique, il a été souligné que cet élargissement est nécessaire pour protéger le Programme contre d'éventuelles accusations imputant à la lutte antivectorielle effectuée par l'OCP les dommages subis par la faune des rivières, dommages qui pourraient, en fait, être l'effet d'une pollution environnementale due à la pression démographique et à d'autres facteurs.

9.19 L'observateur du Comité Mectizan a attiré l'attention du Comité sur le fait que lorsque l'OCP arrêtera l'appui financier et autre à la distribution de l'ivermectine d'ici la fin de 1997 (voir le paragraphe 6.30 ci-dessus), le Programme ne sera peut-être plus en mesure de suivre, de stocker et de contrôler l'utilisation des comprimés, et donc de commander des stocks chez le fabricant au nom des Pays participants. Par conséquent, il faudra étudier durant l'année qui vient le futur rôle de l'OCP dans ce domaine.

9.20 Le Comité a approuvé les recommandations contenues dans le rapport de l'Evaluation prospective du CCE, étant entendu que TDR poursuivra la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain après 1997, et que l'OMS/AFRO et l'OCP étudieront les possibilités de dispositifs institutionnels pour la collaboration inter-pays post-OCP et en feront rapport au CCP16.

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

Coûts-avantages de l'OCP (document JPC15/INF/DOC.4)

10.1 Avant d'exposer la situation financière du Programme, M. Bruce Benton a fait mention d'une analyse coûts-avantages des opérations du Programme élaborée par la Banque mondiale.

10.2 Cette analyse est basée sur le coût total des opérations de l'OCP, par rapport aux avantages liés à la main-d'oeuvre et à l'utilisation des sols découlant de la lutte menée par l'OCP. Le taux du bénéfice économique rapporté par l'investissement dans le Programme est évalué à 20%, un rapport qui soutient favorablement la comparaison avec les projets dans n'importe quel secteur de n'importe quelle région des pays en voie de développement.

Situation financière

10.3 En abordant la situation financière du Programme, M. Bruce Benton a été heureux d'informer le Comité que le déficit budgétaire prédit pour la quatrième Phase financière, qui était de l'ordre de US\$ 22 millions l'an passé, est actuellement réduit à US\$ 8 millions. Cependant si ce déficit n'est pas comblé par des contributions supplémentaires, il faudra puiser dans la réserve d'urgence de l'OCP.

10.4 Les prévisions budgétaires pour toute la Phase IV s'élèvent actuellement à US\$ 160 millions alors qu'un montant de US\$ 175 millions est prévu dans le Plan d'Opérations de 1991 approuvé par le CCP. La réduction est due en grande partie à la dévaluation du franc CFA. A partir de 1992, il y a eu une diminution constante des dépenses annuelles qui se poursuivra.

10.5 En ce qui concerne le financement disponible pour la Phase IV, M. Benton a évalué les engagements actuels des donateurs à US\$ 140 millions. Les intérêts jusqu'en 1997 sont évalués à US\$ 3,5 millions, et un surplus de US\$ 8,5 millions dans la réserve d'urgence sera reporté de la Phase III. Ce qui portera à US\$ 152 millions le montant total disponible pour le financement de la Phase IV. Un montant de US\$ 10 millions sera maintenu dans la réserve d'urgence pendant la durée de la phase actuelle et sera ensuite reporté à la période de fermeture progressive (1998-2002).

10.6 Pour combler le déficit de US\$ 8 millions, la Banque mondiale a proposé que les donateurs reconsidèrent le niveau de leur appui, en particulier les donateurs qui ont réduit de façon substantielle leurs contributions par rapport aux niveaux de la Phase III; que les donateurs qui ont indiqué leur incapacité de remplir leurs engagements financiers pour la Phase IV réexaminent leur position; et que les donateurs qui n'ont pas encore payé leurs contributions pour les années précédentes en effectuent le paiement dès que possible. En attendant, la Banque intensifiera sa recherche de nouveaux donateurs.

Annonces des contributions par les Donateurs

10.7 La liste des montants des contributions annoncées qui sera envoyée par fax à tous les donateurs figure à l'annexe IV.

11. REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPEMENT ET LE DEVELOPPEMENT DURABLES DANS LA ZONE DE L'OCP : Point 12 de l'ordre du jour (documents JPC15/INF/DOC.1, JPC/INF/DOC.2², JPC15/INF/DOC.3)

11.1 Le Président du CCP15 qui a présidé également la réunion ministérielle tenue à Paris en avril 1994, a informé le Comité des résultats de la réunion.

11.2 Il a fait mention des principes directeurs adoptés par la réunion et des recommandations qui se rapportent à la promotion de l'intégration sociale et économique ; au processus de consultation et de coordination ; à l'encouragement du "peuplement spontané assisté"; à la

² Anglais uniquement

responsabilité des ministères hiérarchiques; à la mise à disposition de services sociaux et sanitaires; à la gestion des ressources naturelles ; aux systèmes de production ; à la recherche agricole; à la commercialisation des produits ; aux systèmes fonciers; aux droits des femmes ; et à l'appui des donateurs.

* * *

11.3 Le représentant de la FAO a souligné l'importance du suivi des conclusions de la réunion par les pays concernés et par les donateurs, avec l'aide d'un organisme technique qui pourrait bien être son Organisation.

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

Programme panafricain de lutte contre l'onchocercose (document JPC15/INF/DOC.5)

12.1 Le Comité a été informé des progrès réalisés dans la mise en place du nouveau programme panafricain de lutte contre l'onchocercose hors de l'aire de l'OCP. Le programme sera basé essentiellement sur la distribution de l'ivermectine, par l'auto-traitement communautaire, et nécessitera le traitement à l'ivermectine durant plusieurs décennies.

12.2 Le Programme, appuyé par l'OMS, TDR et un consortium d'ONG, durera dix ans, le temps d'améliorer le développement des capacités nationales pour la distribution de l'ivermectine. TDR entreprendra des recherches sur le terrain dans des domaines tels que la cartographie épidémiologique, l'interprétation des manifestations dermatiques et les méthodes de distribution de l'ivermectine.

12.3 La Banque mondiale a contribué pour US \$ 1,2 million à un fonds en dépôt géré par la Banque, et espère que des financements supplémentaires viendront d'autres donateurs.

Déclaration de la délégation nigériane

12.4 L'observateur du Nigéria a remercié l'OCP pour l'aide reçue du Programme concernant des sessions de travail avec le Directeur, des visites dans l'aire de l'OCP et le développement des ressources humaines.

12.5 Il a informé le Comité que le Programme de lutte contre l'onchocercose au Nigéria est prioritaire. Il a présenté un organigramme du programme ainsi qu'un résumé des activités. 2,8 millions de personnes sont actuellement sous traitement à l'ivermectine dans 18 des 30 états, dans la plupart des cas avec l'appui des ONG.

Réunion des Pays participants

12.6 En réponse à une proposition suggérant que les Ministres de la Santé des Pays participants tiennent une réunion à part pour discuter entre eux des questions concernant l'OCP, le Directeur du Programme s'est engagé à étudier les modalités d'une telle rencontre et à transmettre ses suggestions aux Gouvernements concernés.

13. **DATE ET LIEU DE LA SEIZIEME SESSION** : Point 14 de l'ordre du jour

13.1 Le Comité a accepté l'invitation conjointe du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique et de la Banque mondiale à tenir sa seizième session en 1995 à Washington D.C. La date sera fixée ultérieurement.

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

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

15. **CLOTURE DE LA QUINZIEME SESSION** : Point 16 de l'ordre du jour

15.1 Le Comité a adopté une déclaration qui rend hommage au Directeur du Programme pour son oeuvre exemplaire à la direction de l'OCP, pendant 14 ans (voir l'annexe VI ci-jointe). Les participants à la quinzième session du Comité conjoint du Programme se sont levés ensuite pour lui faire une ovation.

15.2 Après les échanges de formules de politesse habituelles, le Préfet de la région a, au nom du Président, déclaré close la quinzième session du Comité conjoint du Programme.

CONCLUSIONS ET DECISIONS

1. Le Comité a approuvé l'élargissement du mandat du Groupe écologique (paragraphe 5.15).
2. Il a été proposé que les discussions sur la dévolution durant les sessions futures du CCP soient effectuées en deux parties, l'une traitant de la dévolution "sensu stricto" avec la participation d'experts sur l'onchocercose, et l'autre s'occupant des questions comme l'intégration, le renforcement des services de santé, et la surveillance et lutte élargies à plusieurs maladies avec la participation d'experts en santé publique. L'OCP élaborera une documentation appropriée (paragraphe 6.26).
3. Le Comité a pris note du rapport du Commissaire aux comptes (paragraphe 7.2).
4. Il a été décidé que le Plan d'Action et Budget pour 1996 comportera également des prévisions pour 1997 et qu'un rapport sera établi entre les prévisions de 1996 et celles présentées dans le Plan d'Opérations pour la même année (paragraphe 8.11).
5. Le Comité a approuvé le Plan d'Action et Budget proposé pour 1995 (paragraphe 8.12).
6. L'OCP étudiera la possibilité de commencer le processus des préparatifs de la période de fermeture progressive (1998-2002) en 1995 (paragraphe 9.14).
7. L'OCP étudiera les dispositions à prendre pour les commandes d'ivermectine après 1997 et fera rapport au CCP16 (paragraphe 9.18).
8. Le Comité a approuvé les recommandations contenues dans le rapport du CCE15, et dans celui de l'Evaluation prospective du CCE, étant entendu que TDR poursuivra la recherche Macrofil au-delà de 1997 (paragraphe 5.44) ; que l'OMS-AFRO/OCP étudieront les possibilités de dispositifs institutionnels pour la collaboration inter-pays post OCP et présenteront un rapport au CCP16 (paragraphe 9.15 et 9.20).
9. L'OCP étudiera les modalités pour la tenue d'éventuelles réunions des Ministres de la Santé des Pays participants pour discuter de questions concernant l'OCP (paragraphe 12.6).
10. Le Comité a accepté l'invitation conjointe du Gouvernement des Etats-Unis et de la Banque mondiale de tenir sa seizième session à Washington (paragraphe 13.1).

ALLOCUTION D'OUVERTURE PRONONCEE PAR LE DOCTEUR R.H. HENDERSON
SOUS-DIRECTEUR GENERAL
AU NOM DU
DOCTEUR HIROSHI NAKAJIMA
DIRECTEUR GENERAL, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Hiroshi Nakajima, m'a prié de le représenter à cette quinzième session du Comité conjoint du Programme et de vous donner lecture en son nom du message suivant:

"La présente session du Comité conjoint du Programme se tient alors que le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) célèbre son vingtième anniversaire, et se trouve à mi-parcours de sa quatrième Phase financière. Ce sont là deux jalons importants dans la vie du Programme et je voudrais insister quelques minutes sur leur importance respective.

Vingt années d'opérations ininterrompues d'un programme interpays qui bénéficie d'un soutien international sont un fait rare, voire inégalé, dans le système des Nations Unies. La confiance et le soutien de tous ses partenaires, dont jouit depuis si longtemps l'OCP, témoignent de sa réussite et de l'ampleur de ses réalisations.

L'Assemblée de la Santé a donc bien fait de célébrer cet anniversaire en séance plénière lors de sa session de 1994, donnant l'occasion aux représentants des différents groupes et organisations directement concernés par le Programme de prendre la parole. J'ai été frappé par l'unanimité des orateurs qui ont dit leur satisfaction devant les progrès accomplis et les résultats obtenus, mais qui ont aussi exprimé le souhait de voir se poursuivre les efforts conjoints pendant quelques années encore, pour assurer la réussite finale du Programme.

Monsieur le Président, j'ai dit en commençant que l'OCP en était à la mi-parcours de sa quatrième Phase financière, qui couvre les opérations du Programme de 1992 à 1997. Votre Comité a décidé l'année dernière de confier au Comité consultatif d'Experts (CCE) le soin de procéder à une évaluation prospective à mi-parcours.

Vous avez sous les yeux le rapport d'évaluation du CCE dans lequel, outre l'évaluation des réalisations passées, le Comité formule des recommandations concernant les activités futures du Programme et évoque même la nécessité d'une collaboration interpays pour la période post-OCP. Vous ne manquerez pas, j'en suis sûr, d'examiner ce rapport en détail et je remercie pour ma part le CCE qui a effectué cette analyse approfondie et élaboré des prévisions constructives en très peu de temps.

Le Comité des Agences parrainantes de l'OCP a par ailleurs beaucoup contribué au développement socio-économique en organisant au mois d'avril dernier la Réunion ministérielle sur le peuplement et le développement durables de la zone OCP. Cette réunion a été l'occasion d'échanges de données d'expériences nationales sur le développement socio-économique et elle a permis l'adoption d'un ensemble de principes directeurs pour le maintien des peuplements. Je salue l'initiative du comité qui a organisé cette réunion fructueuse.

Enfin, pour ce qui est des opérations mêmes de l'OCP, je me félicite de la bonne continuation et de l'efficacité des activités de terrain, dont le Directeur du Programme me tient

régulièrement informé, qui sont mises en oeuvre dans les meilleures conditions de coût. Aussi, comme l'échéance du Programme approche, l'accent est mis de plus en plus sur le soutien au processus de dévolution pour assurer le maintien futur des réalisations de l'OCP.

J'en appelle à vous tous aujourd'hui pour que nous poursuivions ensemble notre effort commun afin d'assurer la réussite finale de ce Programme. Je pense à ce propos que le CCE a rendu un grand service à votre Comité en formulant des recommandations au sujet du nombre d'années restantes et en évaluant les ressources nécessaires pour permettre au Programme d'atteindre son but ultime. Nous avons maintenant une idée claire de l'étendue des besoins.

Monsieur le Président, votre Comité peut compter sur l'appui indéfectible de l'OMS, en tant que bailleur de fonds mais aussi comme Organisation chargée de l'exécution de l'un des programmes inter pays les plus vastes et les mieux réussis jamais entrepris par l'Organisation. Je vous remercie tous du soutien que vous n'avez cessé d'apporter au Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest.

Enfin, Monsieur le Président, je voudrais dire ma profonde gratitude au Dr Samba qui, depuis 1980, mène si efficacement le Programme à sa réussite finale qui est maintenant prochaine. Son départ à la fin de l'année sera une perte pour le Programme mais, en tant que Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, il pourra continuer à soutenir le Programme, et en particulier les activités étroitement liées au processus de la dévolution.

Je souhaite tout le succès possible à cette quinzième session du Comité conjoint du Programme".

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

Merci Monsieur le Président.

ORDRE DU JOUR PROVISOIRE (Rév.1)

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 1994
6. Rapport du Comité consultatif d'Experts
7. Dévolution
8. Rapport du Commissaire aux comptes
9. Plan d'Action et Budget du Programme pour 1995
10. Evaluation prospective à mi-parcours (Phase IV) de l'OCP
11. Financement du Programme de lutte contre l'Onchocercose
 - rapport de la Banque mondiale
 - annonce des contributions par les Donateurs
12. Suivi des conclusions de la réunion ministérielle sur le peuplement et le développement durables dans la zone du Programme
13. Questions diverses
14. Date et lieu de la seizième session
15. Approbation du rapport
16. Côture de la quinzième session

LISTE DES PARTICIPANTS

GOUVERNEMENTS PARTICIPANTS

Bénin

Son Excellence Madame Véronique LAWSON
Ministre de la Santé publique

M. Thaddée BOKO
Secrétaire administratif du Comité national de lutte contre l'Onchocercose, Ministère de la Santé publique, Cotonou

Burkina Faso

Son Excellence M. Christophe Joseph DABIRE
Ministre de la Santé

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

Dr W. Joseph CABORE
Coordonnateur national de la Dévolution, Direction de la Médecine préventive, Ministère de la Santé, Ouagadougou

Côte d'Ivoire

Son Excellence M. Lambert Kouassi KONAN
Ministre de l'Agriculture et des Ressources animales, Abidjan

Professeur Yao Guillaume LOUKOU
Directeur général des Services sanitaires et sociaux, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Abidjan

M. Jules Serge GNIGOU
Chef de Cabinet, Ministère de l'Agriculture et des Ressources animales, Abidjan

Dr Yelibi SIBILI
Sous-Directeur, Hygiène et Surveillance épidémiologique, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Abidjan

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

Dr Ebrain MESSOU
Chef du Service de la Coopération régionale et internationale, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Abidjan

Dr Mathieu SAKI ZADI
Inspecteur de la Santé, Abidjan

Ghana

Dr Kofi AHMED
Director, Public Health, Public Health Division, Ministry of Health, Accra

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

Guinée

Dr Kandjoura DRAME
Ministre de la Santé

Dr Cyrille LOUWA
Conseiller chargé de la politique sanitaire, Ministère de la Santé, Conakry

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

Guinée Bissau

M. Antonio Paolo GOMES
Directeur du Centre des Projets et de la Coopération, Ministère de la Santé publique, Bissau

Dr Antonio TAMBA NHAQUE
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Ministère de la Santé publique, Bissau

Mali

Son Excellence M. Modibo SIDIBE
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, Koulouba - Bamako

Professeur Abdoulaye AG-RHALY, Conseiller technique chargé de la Santé publique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, Koulouba - Bamako

Dr Mamadou Oumar TRAORE, Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Division de l'Epidémiologie, Bamako

Niger

Son Excellence M. Issaka LABO
Ministre de la Santé publique

Dr Goumbi KADADE
Coordonnateur national de la Dévolution, Ministère de la Santé publique, Niamey

Sénégal

Dr Mame COR N'DOUR
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Thiès

Sierra Leone

Dr Sheku KAMARA
Chief Medical Officer, Department of Health, Ministry of Health and Social Services, Freetown

Mr Sanah J. MARA
Deputy Secretary ONCHO - National Liaison Officer, Department of Health, Ministry of Health and Social Services, Freetown

Dr Brima KARGBO
National ONCHO Coordinator, Department of Health, Makeni

Togo

Mme Atia E. T. KPONTON-AKPABIE
Directeur de Cabinet, Ministère de la Santé, de la Population et de la Solidarité nationale, Lomé

Dr Assimawè PANA
Directeur régional de la Santé, Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Kara

PARTIES CONTRIBUANTES

Arabie Saoudite

Dr Ihsan A. BADR
Medical Director, King Khaled Eye Specialist Hospital, Ministry of Health, Riyadh

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

Banque Africaine de Développement

Mr Sheridan D. CHIRWA
Division Chief, Agricultural and Rural Development Dept., North Region, Abidjan

Dr Richard WANJI NGAH
Principal Health Expert, Abidjan

Belgique

Dr J. Van Mullem
Médecin de l'Administration générale de la coopération au Développement (AGCD), Bruxelles

Commission des Communautés européennes

M. A. PORTUGAL
Conseiller économique, Commission européenne, Abidjan

JPC15

Page 28

Annexe III

Etats-Unis d'Amérique

Mr Dennis CARROLL

Acting Deputy Division Chief, Environmental Health Division, Office of Health and Nutrition Center for Population, Health, and Nutrition Bureau for Global Programmes, Field Support and Research U.S. Agency for International Development, Washington

Dr Andrew Arata

Deputy Director, Environmental Health Project, Arlington, VA

France

Dr Jean-Marie LAURE

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

Dr Jean DUFRICHE

Conseiller multi-missions Santé, Mission de Coopération et d'Action culturelle, Ambassade de France, Bamako

Dr Bruno FLOURY

Conseiller multi-missions Santé, Mission de Coopération et d'Action culturelle, Ambassade de France, Abidjan

Gulbenkian (Fondation C.)

Dr Joao F. VIEIRA

Consultant, Lisbon

Koweït

Dr Abdul-Rida BAHMAN

Agricultural Advisor, Kuwait Fund for Arab Economic Development, Safat

Luxembourg

M. Jean-Claude MEYER

Secrétaire de Légation, Ministère des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et de la Coopération, Luxembourg

Pays-Bas

Mr Han-Maurits SCHAAPVELD

Deputy Head, West Africa Division, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Johannes VAN DER HORST

First Secretary and Health Advisor, Netherlands Embassy, Ouagadougou

Portugal

M. Rui BRANCO

Conseiller pour la Coopération, Mission de Coopération, Abidjan

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

Mr Brian THORPE

Head of International Health Section, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

Suisse

M. François RODUIT

Chef adjoint, Section Afrique occidentale, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Berne

Professeur (Dr) André ROUGEMONT

Conseiller technique, Directeur a.i., Institut de Médecine sociale et préventive, Centre médical universitaire, Genève

AGENCES PARRAINANTES

Banque mondiale

M. Bruce BENTON

Chef, Unité de l'Onchocercose, Division de la Population et des Ressources humaines, Département Afrique de l'Ouest, Région de l'Afrique, Washington, D.C.

Dr Bernhard H. LIESE

Directeur, Département des services de Santé, Washington, D.C.

Dr Yves GENEVIER

Spécialiste en Santé publique, Unité de l'Onchocercose, Région de l'Afrique de l'Ouest, Washington, D.C.

Mlle Laura COOLEY

Sociologue, Unité de l'Onchocercose, Région de l'Afrique de l'Ouest, Washington, D.C.

Mme Suzanne VERVALCKE

Consultante, Unité de l'onchocercose

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

M. Gérard CIPARISSE

Secrétaire pour la réforme agraire et l'installation des paysans, Secrétaire technique permanent de la FAO pour l'OCP, Rome

M. Marcel MESSIER

Représentant de la FAO, Abidjan

Programme des Nations Unies pour le Développement

Mlle Aïssatou CISSE

Chargée de Programme, PNUD, Abidjan

Organisation mondiale de la Santé

Dr R.H. HENDERSON
Sous-Directeur général, Genève

Dr Ebrahim M. SAMBA
Directeur, Programme de lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest, Ouagadougou

M. Thomas S.R. TOPPING
Juriste, Représentant du Conseiller juridique, Genève

Secrétariat OMS

Dr C. BACK
Coordonnateur de la Recherche, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Bouaké

Dr D. BARAKAMFITIYE
Directeur, Prévention et Lutte contre les maladies, OMS/AFRO, Brazzaville

Dr B. BOATIN
Chef, Unité de l'Evaluation épidémiologique, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Ouagadougou

M. R. BOS
Hygiène du Milieu rural, Division du Soutien opérationnel à l'Hygiène du Milieu, Genève

Dr D. BURIOT
Représentant de l'OMS, Abidjan

Dr O.W. CHRISTENSEN
Consultant, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Genève

Dr C. GINGER
Administrateur, Projet Macrofil de Chimiothérapie, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Genève

Dr J.M. HOUGARD
Chef, Unité de lutte antivectorielle par intérim, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

M. T.H. MIRZA
Chef, Trésorerie, Genève

M. P. PANGALET
Chef, Opérations aériennes, Unité de lutte antivectorielle, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Odienné

Dr Hans REMME
Coordonnateur, Recherche appliquée de Terrain, Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, Genève

M. M. SARR

Chef de Secteur, Unité de lutte antivectorielle, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Bouaké

Dr Mohamed SYLLA

Consultant, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Ouagadougou

Dr A. SEKETELI

Chef, Unité de Dévolution, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Ouagadougou

Dr A. TIEMTORE

Coordonnateur interpays de la dévolution OMS/AFRO, Ouagadougou

Mr Jean M. TRUDEL

Chef, Administration et Gestion, Programme de lutte contre l'Onchocercose, Ouagadougou

PARTICIPANTS DE DROIT

Comité consultatif d'Experts

Professor David H. MOLYNEUX

Director, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool

Groupe écologique

Professor Davide CALAMARI

Institute of Agricultural Entomology, University of Milan, Milan

OBSERVATEURS

Dr Frederick K. WURAPA, Accra

Comité d'Experts Mectizan

Dr Stefanie MEREDITH

Associate Director, Mectizan Donation Programme, Atlanta

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

Dr Bernard PHILIPPON

Directeur délégué du Département Santé, Paris

Nigeria

Dr Jonathan JIYA

National Coordinator, NOCP, Federal Ministry of Health, Ikoyi - Lagos

Dr L. SADIQ, Consultant, WHO, Ikoyi - Lagos

Professor Luke D. EDUNGBOLA

Chairman, National Steering Committee of Oncho, University of Ilorin