

COMITE CONJOINT DU PROGRAMME

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

Seizième session, Washington, D.C.
6-8 décembre 1995

RAPPORT

TABLE DES MATIERES

	Pages
1. OUVERTURE DE LA SESSION	1
2. ELECTION DU BUREAU	1
3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR	1
4. OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES	1
5. RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1995	2
RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS	2
6. DEVOLUTION	11
7. RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES	15
8. PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1996 ET PREVISIONS POUR 1997	15
9. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE	16
10. SUIVI DE LA REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPLEMENT ET LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LA ZONE DU PROGRAMME	16
11. PLAN D'OPERATIONS DE LA PERIODE DE RETRAIT PROGRESSIF	17
12. LE PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE (APOC)	18
13. DIVERS	18
14. DATE ET LIEU DE LA DIX-SEPTIEME SESSION	18
15. ADOPTION DU RAPPORT	18
16. CLOTURE DE LA SEIZIEME SESSION	18
CONCLUSIONS ET DECISIONS	19

ANNEXE I(a) -	ALLOCUTION DE M. JAMES WOLFENSOHN, PRESIDENT DE LA BANQUE MONDIALE	20
ANNEXE I(b) -	ALLOCUTION 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	32
ANNEXE V -	OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES.	33
ANNEXE VI -	RESOLUTIONS ADOPTEES PAR LES PAYS PARTICIPANTS . . .	36

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

1.1 A l'invitation conjointe du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique et de la Banque mondiale, la seizième session du Comité conjoint du Programme (CCP) de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) s'est tenue au Siège de la Banque mondiale à Washington, D.C. La liste des participants est jointe en annexe III.

1.2 Le Vice-Président de la Banque mondiale, M. E. Jaycox, a souhaité la bienvenue aux participants et, au nom de M. J. Wolfensohn, Président de la Banque, a donné lecture d'une déclaration d'appréciation des acquis du Programme et annoncé la poursuite du soutien de la Banque à l'OCP. Une copie de cette déclaration se trouve en annexe I(a).

1.3 Le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait mention des réalisations de l'OCP et a exprimé sa certitude que l'objectif du Programme sera pleinement atteint d'ici l'an 2002. Il a lancé un appel pour que l'appui de tous soit maintenu jusqu'à la fin des opérations et a remercié tous ceux qui sont impliqués dans le Programme, sans oublier le personnel. Le Dr Nakajima a terminé son discours en exprimant sa reconnaissance au Gouvernement des Etats-Unis et à la Banque mondiale d'abriter la session du CCP.

1.4 Dans son allocution de bienvenue à Washington adressée aux participants, M. J. Hicks, de l'Agence américaine pour le Développement international (USAID), s'est félicité que l'USAID ait été associée à l'OCP depuis ses débuts en 1974, voire pendant les phases préparatoires. Le Programme constitue un remarquable exemple de ce qui pourrait être réalisé lorsque les partenaires nationaux et internationaux travaillent ensemble de façon constructive. M. Hicks a souhaité plein succès à la réunion OCP.

1.5 La session a été ouverte par M. Maurice Kakou Guikahué, Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire.

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

2.1 Les Etats-Unis ont été élus à la Présidence et la République du Bénin à la Vice-Présidence.

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 3 de l'ordre du jour (document JPC16.1, 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 M. Bruce Benton, Président du Comité des Agences parrainantes (CAP), tout en exprimant la confiance de son comité en l'OCP pour atteindre son objectif à la fin des sept prochaines années, a souligné l'importance de maintenir le soutien au Programme de tous les partenaires - la communauté des Donateurs, les Pays participants et les agences parrainantes - jusqu'à l'achèvement des opérations OCP en l'an 2002.

4.2 Le processus de retrait a déjà commencé avec la réduction des activités de lutte antivectorielles qui va se poursuivre jusqu'en l'an 2002. Dans le même temps, le processus de dévolution est bien engagé, et les Pays participants procèdent au renforcement de leurs capacités pour la détection efficace et la maîtrise de la recrudescence de la maladie.

4.3 Le Comité des Agences parrainantes reconnaît que la cessation progressive d'une activité de terrain de longue durée peut avoir des conséquences pénibles pour le personnel et M. Benton a félicité le Programme pour la manière humaine avec laquelle la compression du personnel a été effectuée.

4.4 S'agissant de la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain, le CAP a réitéré son soutien au Projet Macrofil et, en collaboration avec le Directeur de TDR¹, a entrepris de mobiliser des fonds en vue d'assurer la continuation du projet au-delà de 1997, date à laquelle la contribution d'OCP prendra fin.

4.5 Enfin, M. Benton a félicité le Dr Dadzie pour sa nomination au poste de Directeur du Programme, et lui a assuré le soutien total du CAP.

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

* * *

Le Dr Samba a fait part de sa fierté d'avoir été associé à l'OCP, comme Directeur pendant 14 ans. Les acquis du Programme sont vraiment impressionnants, et il est certain que le Programme sera mené à bonne fin, et que l'appui nécessaire des donateurs sera assuré jusqu'à la fin des activités OCP.

Sa conviction et son espoir reposent sur la confiance qu'il a à l'égard de son successeur, le Dr Yankum Dadzie et du personnel de l'OCP qui ont servi le Programme de façon efficace depuis longtemps. Il compte aussi sur la compétence du personnel africain, la disponibilité des outils pour les activités de dévolution, et l'assurance donnée par Merck et Co. de fournir gratuitement l'ivermectine (Mectizan[®]) aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

Le Dr Samba a souligné l'importance de la distinction faite par la réunion du CCP en 1994 entre la dévolution "stricto sensu" à laquelle l'appui serait assuré par l'OCP, et la dévolution "lato sensu" soutenue par l'OMS, la Banque mondiale et d'autres organisations qui participent activement au développement des systèmes de soins de santé.

Le Dr Samba a enfin assuré le Comité que l'OMS collabore étroitement avec les Pays participants et l'OCP afin que le Programme puisse être mené à bien.

* * *

5. **RAPPORT D'ACTIVITE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE POUR 1995: point 5 de l'ordre du jour (document JPC16.2)**

RAPPORT DU COMITE CONSULTATIF D'EXPERTS : Point 5 de l'ordre du jour (document JPC16.3)

5.1 En introduisant le rapport de l'OMS sur les progrès réalisés par l'OCP en 1995, le Dr Yankum Dadzie, Directeur du Programme, a exprimé sa gratitude au Directeur général de l'OMS pour sa nomination à la direction de l'OCP et a rendu hommage à son prédécesseur, le Dr Samba, pour son oeuvre exemplaire à la direction du Programme.

5.2 Le Dr Dadzie a ensuite fait un résumé des activités de l'OCP pour l'année 1995 et a laissé aux chefs d'Unité concernés le soin de fournir de plus amples détails. Il a brièvement évoqué le problème de l'infiltration de simules infectées en provenance de zones situées au-delà des limites de

¹ PNUD/Banque mondiale/Programme de l'OMS pour la recherche sur les maladies tropicales

l'OCP, pour lequel des actions correctives sont recherchées en collaboration avec les pays concernés. La situation en Sierra Leone où les activités de lutte ont été suspendues ne constitue pas, jusqu'ici, un risque de réinvasion de l'aire initiale du Programme.

5.3 Le Directeur du Programme a fait mention de la récente session de remue-méninges à laquelle ont participé des responsables OCP, des coordonnateurs nationaux, des représentants de l'OMS/AFRO et du Siège, et de la Banque mondiale, ainsi que des experts indépendants, et dont les recommandations peuvent être résumées ainsi : nécessité pour le Programme a) de laisser après lui le minimum d'infection possible et b) de renforcer le transfert des activités de dévolution aux Pays participants.

5.4 La session de remue-méninges a abouti à une série de recommandations pour lesquelles des plans d'exécution sont en cours de préparation. Suite à une proposition de réorganisation du siège de l'OCP celui-ci ne comportera dorénavant que deux structures techniques.

5.5 Dans sa conclusion, le Dr Dadzie a rappelé le rôle de leadership de l'OCP dans le processus de dévolution tout en engageant le Programme à entretenir une étroite collaboration avec l'OMS aux niveaux régional et mondial ainsi qu'avec d'autres organisations et les bailleurs de fonds qui participent activement au développement des soins de santé tels que la Banque mondiale. Enfin, il a remercié la communauté des Donateurs ainsi que les Pays participants pour leur soutien indéfectible au Programme et leur collaboration .

* * *

Lutte antivectorielle

5.6 Pendant la période considérée, les traitements larvicides ont cessé sur la Daka, la Kulpawn et la Mole, et sur une partie de la basse Volta Noire au Ghana ainsi que sur le Baoulé et la Bagoé au Mali, et sur la Sota et l'Alibori au Bénin. Les traitements larvicides au sol qui ont remplacé les traitements larvicides aériens dans le bassin de la Dienkoa au Burkina Faso sont depuis peu entièrement effectués par les nationaux, avec l'appui technique et financier de l'OCP.

5.7 Dans les zones d'extension ouest et sud, les traitements larvicides aériens associés au traitement par l'ivermectine sont restés inchangés par rapport à l'année précédente. La situation en Sierra Leone reste aussi inchangée. La lutte antivectorielle y est arrêtée en attendant qu'il soit permis aux hélicoptères d'accéder aux bassins fluviaux où les traitements larvicides sont essentiels.

5.8 Au total, 13 000 km de rivières ont été traités au plus fort des traitements larvicides et 3000 km durant la saison sèche. La rotation des larvicides a permis de poursuivre la lutte antivectorielle et d'interrompre la transmission au maximum. Le seul cas signalé de baisse de sensibilité, au pyraclafos, dans la région de Bamako était dû à des traitements répétés, par bateau, avec ce produit pour un trop grand nombre de cycles consécutifs.

5.9 Par rapport à l'année précédente, le nombre d'heures de vol a diminué de 12%, de 6700 heures à 5 900 heures. Toutefois, la consommation de larvicides est restée inchangée (environ 380 000 litres) avec pratiquement le même prix.

5.10 La réduction du réseau de surveillance entomologique s'est poursuivie avec la fermeture de deux sous-secteurs (Séguéla en Côte d'Ivoire et Bobo-Dioulasso au Burkina Faso) ramenant le réseau à sept secteurs, 12 sous-secteurs et 11 bases opérationnelles. Il reste actuellement dans toute l'aire du Programme 146 points de capture dont la moitié sont visités une fois par semaine, et l'autre moitié toutes les deux semaines.

5.11 Les résultats de la lutte antivectorielle sont toujours satisfaisants. La transmission résiduelle est due essentiellement aux simulies de forêt. Ainsi, en ne considérant que la transmission impliquant l'espèce de savane, vecteur spécifique de la souche cécitante du parasite, seulement trois des 146 points ont un Potentiel Annuel de Transmission (PAT) supérieur à 100² tandis que 62% des points ont un PAT égal zéro.

5.12 D'énormes progrès ont été réalisés au cours de l'année considérée dans le domaine de l'identification du parasite et de la similie vectrice. L'identification des parasites (par la méthode moléculaire de RPC³ et par les sondes d'ADN) au laboratoire de Bouaké a permis de faire la distinction non seulement entre les parasites de bovins (*Onchocerca ochengi*) et les parasites de l'homme (*Onchocerca volvulus*), mais aussi entre les souches cécitantes ("savanicoles") et les moins cécitantes ("forestières").

5.13 Alors que l'identification par la cytotaxonomie est limitée à l'identification des simulies au stade larvaire, une nouvelle méthodologie⁴ fondée sur l'ADN, l'hétéroduplex, permet d'identifier les simulies à tous les stades de leur développement et, par conséquent, de déterminer le rôle vectoriel en milieu naturel des différentes espèces de *Simulium damnosum*.

5.14 La combinaison de la technique d'ADN, appliquée uniquement aux simulies infectieuses, et de l'examen morphologique, notamment pour l'identification des espèces dans les zones forestières et de savane, permet désormais de faire les ajustements nécessaires dans le calcul des ATPs en éliminant notamment les onchocerques d'origine animale et en faisant mieux ressortir le potentiel de transmission de la forme cécitante de l'onchocercose.

5.15 L'arrêt des traitements larvicides dans l'aire initiale du Programme est justifié par les résultats des études entomologiques de post-traitement. Dans 18 points de capture où on avait enregistré avant le début des traitements larvicides 25 à 90 simulies infectieuses pour 1000 pares, le taux d'infectivité est actuellement inférieur à un pour 1000, niveau auquel le risque d'une reprise de l'infection cécitante est insignifiant.

5.16 Suite à un appel d'offre international, le Directeur général de l'OMS a signé un contrat avec le détenteur du contrat actuel, Evergreen Helicopters Inc., pour les opérations aériennes pendant la période 1996-1998.

5.17 La diminution des prises de poissons dans les stations d'échantillonnage traitées et non traitées, constatée par les équipes nationales d'hydrobiologistes travaillant sous contrat de service avec le Programme, est probablement due aux conditions climatiques et à la pression grandissante de la pêche.

5.18 S'agissant des invertébrés, les modifications de la structure et des densités de quelques taxons restent dans des limites acceptables et, de toute façon, ne sont pas mises sur le compte de la lutte antivectorielle menée par l'OCP.

5.19 Durant la période considérée, les hydrobiologistes ont cessé l'échantillonnage systématique de la dérive et ont institué le contrôle ponctuel des cours d'eau où les activités de l'OCP ont pris fin pour suivre l'évolution du peuplement.

² Limite supérieure tolérable pour la recolonisation humaine des vallées en zone de savane.

³ Réaction de Polymérisation en chaîne

⁴ Mise au point en collaboration avec le Dr Unnasch de l'Université d'Alabama, USA

5.20 Le Groupe écologique s'est réjoui de l'approbation par le CCP de la recommandation du CCE d'élargir le mandat du Groupe pour inclure des études et le suivi de l'impact sur l'environnement du repeuplement des zones libérées de l'onchocercose. La méthodologie employée dans l'étude pilote⁵ sur la Léraba pourrait être utilisée dans d'autres zones pour identifier les sources potentielles des changements et évaluer le risque qu'elles constituent pour les écosystèmes aquatiques.

5.21 Le Président du Comité consultatif d'Experts (CCE), le Professeur David Molyneux, a félicité le Programme pour la façon de plus en plus rentable dont la lutte antivectorielle a été menée. La rotation des larvicides est toujours appliquée très efficacement et tient compte du coût, de l'efficacité selon le débit du cours d'eau, et des effets possibles sur l'environnement des sept insecticides dont dispose l'OCP. Il a aussi félicité les pilotes d'hélicoptère pour l'excellent travail qu'ils ont accompli, souvent dans des conditions très difficiles.

5.22 Il s'est félicité des progrès réalisés dans l'identification des espèces simuliennes et des différentes souches du parasite par des techniques basées sur l'ADN. Ceci a permis pour la première fois au Programme de déterminer le rôle vectoriel exact de chacune des espèces de *S. damnosum*.

5.23 Le Professeur Molyneux a ensuite fait mention de zones spécifiques qui, de l'avis du CCE, requièrent une attention particulière, à savoir : la Sierra Leone, la Kulpawn, la Molé et la basse Volta Noire (la région de Bui) au Ghana (cette dernière zone exposée à l'invasion de simulies infectieuses en provenance de sources potentielles situées au sud des limites de l'OCP a été depuis peu mise sous traitement ivermectine par les équipes nationales), la frontière du Bénin, la Dienkoa et le foyer de Zoulou au Burkina Faso. Chacune de ces zones reçoit toute l'attention des différentes unités techniques d'OCP.

5.24 Le président du CCE a aussi invoqué le projet de construction du barrage de Bui et ses conséquences quant à la formation de gîtes de reproduction des simulies en amont et en aval. On a encouragé le Programme à contacter à ce sujet les autorités concernées pour leur donner des conseils et un appui à la lutte antivectorielle dans la région concernée, et d'aborder avec elles la question de la lutte contre la nuisance qui vraisemblablement s'avèrera nécessaire pendant la construction du barrage.

5.25 Le Professeur Davide Calamari, Président du Groupe écologique, a souligné le fait que toutes les modifications de la faune des cours d'eau qui pourraient être attribuées à la lutte antivectorielle menée par l'OCP restent dans des limites acceptables. Néanmoins, on a observé une diminution des prises de poissons et de la population des invertébrés dans les zones d'échantillonnage traitées et non traitées. L'impact du peuplement et d'autres facteurs extérieurs sur la qualité de l'environnement aquatique semble être à la base de certaines préoccupations.

5.26 En ce qui concerne l'étude sur l'impact à moyen terme de l'étofenprox (Vectron) sur la faune non cible, il a recommandé de la répéter dans de nouveaux sites de surveillance de cours d'eau choisis par l'OCP. Le Comité consultatif d'Experts a entériné la recommandation du groupe de ne pas mener d'autres recherches sur de nouveaux insecticides.

5.27 A la lumière de ces faits et du nouveau mandat du groupe écologique quatre études ont été menées afin de déterminer l'impact possible sur l'environnement du peuplement et du développement dans la zone OCP, où le repeuplement a déjà commencé ou bien débutera bientôt.

* * *

⁵ Rapport d'activité du Projet pilote sur l'Évaluation de l'Impact environnemental dans l'aire du Programme (document JPC14.15)

5.28 A la question de savoir à quel moment la lutte antivectorielle de l'OCP va reprendre dans le nord de la Sierra Leone, le Conseiller juridique a expliqué que, tant que le problème de sécurité se situe au niveau 3 de la classification des Nations Unies qui implique l'évacuation du personnel non indispensable, les vols des hélicoptères sous contrat avec le Programme sont exclus. Toutefois, le Comité peut être assuré que l'OCP reprendra les activités de lutte plus intensives dès que possible, et incorporera à nouveau la Sierra Leone dans l'ensemble de ses opérations.

Activités épidémiologiques et distribution de l'ivermectine

5.29 L'Unité d'évaluation épidémiologique (EPI) a contribué à la prise de décisions concernant l'arrêt des traitements larvicides dans l'aire initiale du Programme (voir paragraphe 5.6). Au total, 35 villages indicateurs ont été examinés par les équipes nationales. Dans la moitié de ces villages les résultats satisfaisants - faible prévalence et CMFC⁶ négligeable - permettent la cessation des traitements larvicides alors que dans l'autre moitié les résultats nécessitent la poursuite de la lutte. Dans la plupart des villages, seulement la moitié de la population qui devait être examinée a pris part à ces activités.

5.30 Les études sur l'incidence dans 13 villages de Guinée, sous traitement larvicide/traitement ivermectine combinés, n'ont relevé aucun nouveau cas dans un tiers des villages ; dans le reste, l'incidence est inférieure à 1% alors qu'elle aurait dépassé 27% s'il n'y avait pas eu de traitement.

5.31 Dans la moitié nord de la zone d'extension ouest au Mali et au Sénégal, où l'unique moyen de lutte utilisé est la distribution de l'ivermectine une ou deux fois par an, aucune infection n'a été observée chez plus de 500 enfants âgés de cinq ans qui n'ont pas reçu le traitement à l'ivermectine.

5.32 L'examen ophtalmologique dans trois villages de suivi au Ghana, sous traitement larvicide associé à la lutte par l'ivermectine depuis sept ans, montre l'élimination presque totale des microfilaries des yeux des populations auparavant très infectées et l'amélioration sensible de l'iridocyclite et de la kératite sclérosante récentes et avancées. Des évaluations effectuées en Guinée et au Mali ont donné les mêmes résultats.

5.33 La recherche de nouveaux outils diagnostiques qui remplaceront le test de biopsie cutanée de plus en plus impopulaire se poursuit. Les tests avec l'antigène tri-cocktail et le mono-antigène C27 ont bien distingué les prélèvements de sang en provenance des zones avec ou sans transmission, ou des populations traitées à l'ivermectine.

5.34 Les tests de pansement à 10% de DEC⁷ incorporé à la crème Nivéa ont montré une spécificité élevée mais une faible sensibilité, sauf lorsque la lecture est faite après 48 heures ; les tests d'ADN sur grattage de peau semblent prometteurs.

5.35 Le traitement par l'ivermectine s'est poursuivi en complément des traitements larvicides dans les zones d'extension ainsi que dans quelques foyers circonscrits de l'aire initiale du Programme où la lutte antivectorielle n'a pas encore cessé. Dans la moitié nord de l'extension ouest, au Mali et au Sénégal, la lutte contre l'onchocercose repose uniquement sur le traitement à l'ivermectine.

5.36 L'ivermectine est distribuée une fois par an dans la plupart des zones, et deux fois par an dans quelques cas, surtout là où la réduction de la prévalence onchocercienne n'est pas satisfaisante.

5.37 Au total, 2,2 millions de personnes vivant dans 11 000 villages sont sous traitement à l'ivermectine dans l'aire du Programme. La distribution est toujours effectuée par les équipes

⁶ Charge microfilarienne communautaire

⁷ Diethylcarbamazine

nationales, avec l'appui financier et logistique de l'OCP, mais l'autotraitement communautaire est de plus en plus appliqué. Sept organisations non gouvernementales de développement (ONGD) participent activement aux programmes de distribution. Plusieurs autres ont manifesté leur intérêt à prendre part à la distribution.

5.38 La couverture moyenne de la population cible est de 73% pour la distribution à grande échelle par les équipes mobiles et de 78,6% pour le traitement à base communautaire.

5.39 Le Professeur David Molyneux, Président du Comité consultatif d'Experts, a exprimé la satisfaction de son Comité concernant les progrès réalisés dans les domaines de l'évaluation et de la surveillance épidémiologiques, et le rôle important joué par l'unité de l'OCP concernée dans la prise de décisions relatives à l'arrêt de la lutte antivectorielle.

5.40 En soulignant l'importance de l'évaluation épidémiologique et de la distribution de l'ivermectine comme outils indispensables à l'exécution de la stratégie de l'OCP, il a recommandé au CCP de revenir sur la décision qu'il a prise l'année dernière d'arrêter le soutien de l'OCP à ces activités en 1997, afin de permettre au Programme de maintenir le soutien financier et logistique à l'évaluation et à la distribution de l'ivermectine, après cette date, dans les zones d'extension.

5.41 Le Professeur Molyneux a, en outre, exprimé l'appui de son Comité à l'expansion de la distribution à base communautaire de l'ivermectine, qui est la méthode la plus rentable. Il a lancé un appel pour que le passage progressif de la distribution à grande échelle à la distribution communautaire soit soigneusement suivi, en fixant éventuellement des cibles successives pour ce changement. Il a insisté sur l'importance d'établir des liens entre l'OCP et TDR pour les activités de recherches opérationnelles visant à déterminer les systèmes de distribution communautaire les plus efficaces.

5.42 Enfin, Le Professeur Molyneux a insisté sur le fait que, de l'avis du CCE, le Programme doit: (a) définir le plus rapidement possible la méthodologie appropriée de diagnostic à utiliser dans les activités de surveillance de l'onchocercose, en remplacement de la biopsie cutanée, et (b) donner des informations sur la valeur du suivi entomologique de la recrudescence par la surveillance de l'importance des L³ chez les simules pares en utilisant les méthodes ADN de Bouaké.

5.43 Plusieurs participants ont posé des questions sur le développement de la distribution à grande échelle de l'ivermectine par les équipes mobiles et la distribution à base communautaire. Le Directeur du Programme a expliqué que lorsque l'ivermectine était devenue acceptable pour le traitement de l'onchocercose chez l'homme, il a d'abord fallu le soumettre à des essais communautaires pour en vérifier les effets secondaires, ce qui nécessitait une surveillance très étroite et par conséquent l'utilisation d'équipes mobiles.

5.44 Une fois qu'on a pu prouvé la sûreté du médicament pour la distribution à grande échelle, l'ivermectine était devenu un complément de la lutte antivectorielle. Pendant un certain temps les équipes mobiles ont continué, seules, la distribution en utilisant les infrastructures et les moyens de transport fournis par l'OCP jusqu'au moment où le Programme, encouragé par les expériences nationales, a commencé à apporter son soutien à la distribution communautaire de l'ivermectine, effectuée à titre expérimental, avant d'accorder finalement la priorité à cette méthode de distribution.

5.45 Une réunion technique aura lieu en juin 1996 avant la session du Comité consultatif d'Experts (CCE) afin d'examiner les résultats d'une étude multipays commune TDR/OCP de l'autotraitement communautaire avec l'ivermectine, concernant le coût/efficacité, les paramètres à utiliser pour l'évaluation et la viabilité des différentes méthodes de distribution de l'ivermectine.

5.46 En réponse à une question sur la récente détection d'une recrudescence au village de Zoulou dans la vallée de la Bougouriba, le Directeur du Programme a expliqué qu'un traitement à

l'ivermectine pendant 10 ou 15 ans devrait permettre de maîtriser cette réapparition limitée de la maladie, comme l'indique le modèle ONCHOSIM. OCP fournit l'appui financier et logistique à l'équipe nationale burkinabè chargée de déterminer l'étendue de la maladie.

5.47 S'agissant des tests diagnostiques destinés à remplacer ou à compléter la biopsie cutanée, le Comité a été informé que le Programme va organiser une réunion technique en février 1996 afin de comparer les résultats des tests effectués sur le terrain avec le pansement à la diethylcarbazine (DEC), le test ADN par grattage de peau et l'immunodiagnostic.

5.48 Le Dr Dadzie a appuyé la recommandation du CCE demandant au CCP de revenir sur sa décision de 1994 qui prévoit l'arrêt de l'appui financier et logistique de l'OCP à l'évaluation épidémiologique à partir de 1998. En effet, la distribution de l'ivermectine comme complément de la lutte antivectorielle est une composante de la stratégie de lutte de l'OCP et par conséquent s'inscrit dans le cadre du mandat du Programme au même titre que l'appui à l'évaluation épidémiologique. De plus, l'utilisation de l'ivermectine comme unique moyen de lutte, comme c'est le cas dans la partie nord de la zone d'extension ouest, constitue un élément clé de la stratégie de lutte de l'OCP.

Projet de Chimiothérapie Macrofil

5.49 Le Centre de Recherche sur la Chimiothérapie de l'onchocercose, à Hohoe, a achevé les essais cliniques de doses élevées d'ivermectine chez des onchocerquiens. Des doses uniques d'ivermectine allant jusqu'à 800 µg/kg, précédées ou non d'une dose de 150 µg/kg n'ont pas provoqué plus de réactions cliniques que la dose unique habituelle de 150 µg/kg. En outre, deux doses de 800 µg/kg d'ivermectine données à un intervalle de deux semaines, n'ont pas provoqué de réactions cliniques spéciales.

5.50 Les malades qui ont reçu une dose unique élevée ainsi que ceux qui ont reçu deux fois 800 µg/kg n'ont manifesté aucune réaction clinique particulière. L'examen de nodules des malades qui ont reçu une dose unique de 800 µg/kg montre que, six mois après le traitement, il n'y a pas plus d'activité adulticide que chez les malades traités avec la dose standard. L'examen de nodules de malades qui ont reçu deux fois 800 µg/kg a donné des résultats similaires. Par conséquent Macrofil n'entreprendra pas d'étude clinique de doses élevées ou de doses multiples.

5.51 La firme Ciba-Geigy a transféré à l'OMS toutes les informations relatives aux études précliniques et cliniques précédentes sur l'Amocarzine ainsi que tous les stocks du médicament valables jusqu'en juin 1996. Un essai clinique sur 100 onchocerquiens de la posologie optimale de 3mg/kg, deux fois par jour après les repas, pendant trois jours, est en cours au Centre de Recherche sur la Chimiothérapie de l'onchocercose. Il n'y a pas eu de réactions cliniques graves chez les groupes de malades déjà traités (60 malades) et la charge microfilarienne est tombée à des niveaux très bas au bout d'un mois. Les résultats sur l'effet macrofilaricide de l'Amocarzine seront disponibles en 1996.

5.52 Actuellement, on peut conclure que la posologie fractionnée utilisée au Ghana et en Amérique latine ne provoque pas de réactions cliniques défavorables qui pourraient faire exclure l'utilisation de l'Amocarzine à une plus grande échelle.

5.53 L'étude clinique de phase I sur la sûreté et la pharmacocinétique de l'Amocarzine chez des volontaires non infectés a commencé en Inde, et si les résultats sont satisfaisants cette étude sera suivie d'une étude de phase II chez des malades atteints de filariose lymphatique.

5.54 Une prodrogue du benzimidazole, l'UMF 078, est en cours d'essai contre *O. ochengi* chez les bovins pendant que des études complémentaires sur la toxicité et la mutagénicité du produit s'achèvent.

5.55 D'après l'analyse du développement planifié des macrofilaricides potentiels faite par Macrofil l'Amocarzine pourrait être utilisée dans des conditions de village à la fin de 1996 et l'UMF 078 d'ici l'an 2002, sous réserve que ces produits répondent aux paramètres toxicologiques et de sûreté et démontrent un effet macrofilaricide satisfaisant.

5.56 Les études sur le clonage et la mise en séquence des gènes de résistance à l'ivermectine des nématodes libres et des nématodes parasites se poursuivent en vue de développer un outil diagnostique capable d'assurer la détection précoce de toute réduction de sensibilité d'*O. volvulus* à l'ivermectine. La modélisation ONCHOSIM a indiqué que si les gènes étaient récessifs et rares, ce qui est probable dans le cas d'*O. volvulus*, la résistance, si elle devait se produire, n'apparaîtrait qu'après plusieurs décennies de traitement à l'ivermectine.

5.57 Le Dr W. Gutteridge, Président du Comité d'Orientation Macrofil a souligné la nécessité de poursuivre les travaux sur les macrofilaricides potentiels pour le traitement de l'onchocercose et de la filariose lymphatique. Les besoins budgétaires pour la période 1996-1999 ont été calculés, couvrant les deux dernières années de financement de l'OCP ainsi que l'exercice biennal 1998-1999 lorsque le financement du Projet Macrofil sera entièrement à la charge de TDR. Le Directeur de TDR a déjà pris des mesures pour la recherche de fonds supplémentaires nécessaires à la continuation du Projet Macrofil.

5.58 Le Président du CCE a exprimé la satisfaction de son Comité pour les efforts déployés pour poursuivre les activités Macrofil au-delà de 1997, tout en encourageant l'OCP à maintenir un niveau réaliste de financement du projet jusqu'en 1997, afin de permettre un transfert harmonieux des activités.

* * *

5.59 Plusieurs questions ont été posées concernant l'unité Macrofil et les perspectives d'utilisation d'un macrofilaricide pour le traitement de l'onchocercose. Il a été suggéré d'accorder une attention particulière à la thérapeutique à base de plusieurs médicaments. A cet égard, le comité a été informé que des actions ont été prises dans ce sens mais n'ont pas donné de résultat positif. Des essais associant l'ivermectine avec l'amocarzine sont en cours.

5.60 Il a été souligné que, nonobstant la difficulté d'établir le traitement à grande échelle par l'Amocarzine, il serait possible d'y recourir en cas de recrudescence dans des foyers circonscrits.

5.61 S'agissant de la collaboration entre le Projet Macrofil et l'industrie pharmaceutique, le Comité a été assuré que plusieurs grandes sociétés sont impliquées par le Projet dans la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain. A travers cette collaboration, Macrofil est en mesure de mener le processus de criblage jusqu'à la synthèse des molécules en vue de l'essai préclinique. Le Président du Comité d'orientation de Macrofil a assuré le CCP de la bonne perspective de l'obtention de macrofilaricide utilisable sur le terrain dans un laps de temps raisonnable.

5.62 Réagissant au souci concernant le financement de Macrofil au-delà de 1997, date à laquelle le financement de l'OCP prendra fin, le comité a été informé que le Directeur de TDR est en train de prendre un certain nombre de mesures pour assurer le financement adéquat de Macrofil à partir de 1998. Ces mesures comprennent le lancement d'une Alliance pour le développement de la recherche sur les maladies tropicales destinée à appuyer la recherche sur la lutte contre les maladies tropicales en général et plus particulièrement la recherche d'un macrofilaricide utilisable sur le terrain.

5.63 Le Président du Comité des Agences parrainantes a assuré les membres du CCP qu'au cours de l'année à venir son comité veillera en priorité à ce que les dispositions pour l'appui à la recherche d'un macrofilaricide au-delà de 1997 soient prises et le financement nécessaire assuré. Il est reconnu qu'un macrofilaricide qui répondra aux critères de sûreté et de coût sera très précieux pour la lutte contre la recrudescence, contre la résistance à l'ivermectine si elle se produit, et pour l'APOC.

* * *

Biostatistique et Informatique

5.64 L'unité Biostatistique et Informatique (BIS) a poursuivi les travaux de traitement, de validation et d'analyse des données épidémiologiques et entomologiques. La révision de la banque des données administratives a été achevée et le personnel OCP a reçu une formation dans l'utilisation des logiciels nécessaires.

5.65 Des progrès ont été réalisés dans l'utilisation des logiciels (SEPT) permettant aux épidémiologistes nationaux, d'une part, d'échanger les résultats des évaluations avec l'OCP et, d'autre part, de faire les analyses de routine. Les activités de formation ont débuté et des plans sont en cours d'élaboration en vue du transfert des données aux Pays participants.

5.66 Par ailleurs, une cartographie informatisée a été mise au point pour la numérisation des cours d'eau et des biefs pour les traitements larvicides et autres paramètres géographiques permettant l'analyse spatiale des données entomologiques et épidémiologiques en utilisant le système d'information géographique. Les coordonnateurs nationaux seront formés au développement et à l'utilisation de ces systèmes.

5.67 Selon les conclusions des études épidémiologiques basées sur ONCHOSIM il est probable que l'ivermectine réduise de 30%, et ce de façon permanente, le niveau de production de microfilaries après chaque traitement.

5.68 De plus les simulations indiquent que dans une zone ayant une CMFC de prétraitement de 20 microfilaries par biopsie cutanée, un traitement annuel pendant 15 ans avec une couverture de 65% réduit le risque de recrudescence à 4%. Cependant, le risque de recrudescence demeure important, même après 20 ans de traitement annuel, si le niveau de prétraitement dépassait 60 microfilaries par biopsie cutanée. Ces résultats nécessitent une validation par des observations sur le terrain afin d'arriver à des conclusions définitives.

5.69 Les études avec ONCHOSIM se sont poursuivies pour prévoir dans quelle mesure le test des sondes ADN appliqué aux broyats des têtes des simules capturées par les villageois pourrait signaler une recrudescence. Les premiers résultats suggèrent que, cinq ans après l'arrêt des traitements larvicides, un nombre de larves infectantes supérieur ou égal à 3% du niveau de prétraitement serait l'indice d'une recrudescence. Ces données pourraient être utilisées comme repères pour la surveillance épidémiologique dans les zones à transmission locale.

5.70 Le Professeur Molyneux a souligné que, pour le CCE, le maintien du système de prédiction informatique est essentiel pour les activités futures du Programme.

* * *

Administration et service de soutien

5.71 La gestion du budget, des finances, du personnel, de la logistique, des infrastructures et des services a été marquée par la poursuite de la recherche d'un haut niveau de performance au moindre coût possible. Une façon d'atteindre cet objectif a été d'organiser des stages de formation destinés au personnel OCP dans des domaines tels que le changement, la motivation et le leadership.

5.72 L'impact de la dévaluation de 50% du CFA en 1994 s'est stabilisé et ses effets inflationnistes ont été maîtrisés. Au cours de 1994 il y a eu une augmentation de 25% des salaires du personnel de la catégorie des services généraux du système des Nations unies en fonction dans la zone OCP. La chute progressive du dollar US par rapport au CFA - de 580 CFA en juin 1994 à 486 CFA en novembre 1995 - se traduit par un déficit budgétaire pour 1995, qui cependant devrait être résorbé par des économies sur les opérations.

5.73 En début de l'année l'effectif OCP s'élevait à 752. Depuis lors, deux postes de la catégorie professionnelle ainsi que 19 postes de la catégorie des services généraux ont été supprimés. Au moment de la préparation du présent rapport l'effectif s'élevait à 737 personnes réparties comme suit: 187 sous contrat OMS/OCP ; 221 salariés nationaux payés par OCP et 329 salariés nationaux payés par leurs gouvernements.

* * *

5.74 A la fin de l'examen du point 5 de l'ordre du jour le Comité conjoint du Programme a approuvé le rapport d'activité de l'Organisation mondiale de la Santé pour 1995 ainsi que le rapport du Comité consultatif d'Experts. Ce faisant, il revient sur la décision qu'il a prise en 1994, dans la mesure où il approuve qu'OCP poursuive au-delà de 1997 l'appui financier et logistique à l'évaluation épidémiologique et à la distribution de l'ivermectine dans les zones d'extension sud (sud-est et sud-ouest), et le soutien logistique à ces mêmes activités dans la partie nord de la zone d'extension ouest.

6. DEVOLUTION : point 6 de l'ordre du jour (documents JPC16.2) (para. 92-116), JPC16.5, JPC16.6, JPC16INF/DOC.3, JPC16/INF/DOC.4, JPC16/INF/DOC.5)

6.1 En rappelant le fait que la dévolution constitue un sujet de discussion du CCP depuis 1981, le Directeur du Programme a exprimé sa conviction qu'il existe aujourd'hui une opportunité réelle d'assurer un plein élan au processus. Un certain nombre d'événements récents ont favorisé cette situation.

6.2 La distinction entre la dévolution *stricto sensu* et la dévolution *lato sensu* faite par le CCP en 1994 et l'attribution des responsabilités en la matière avaient clarifié le rôle de l'OCP. Par ailleurs, l'engagement confirmé de l'OMS/AFRO de soutenir la dévolution serait d'un apport majeur à la réussite de cette dernière.

6.3 Le Dr Dadzie a ensuite souligné l'importance de la réunion des Ministres OCP de la santé et de la présente session du CCP au cours desquelles les Pays participants ont pris l'engagement ferme d'assurer la détection efficace et la maîtrise de la recrudescence. A cet égard, la Banque mondiale renforce aussi son soutien.

6.4 Il a aussi fait mention du document JPC16/INF/DOC.4 sur les conclusions et recommandations de la session de remue-méninges sur la dévolution.

6.5 En conclusion, le Directeur du programme a plaidé pour un effort accru dans la mise en oeuvre de la dévolution pendant les quelques années qui restent à l'OCP afin de ne pas manquer l'occasion de pouvoir assurer le maintien des acquis du Programme après la clôture de ce dernier.

6.6 Le Chef de l'unité dévolution de l'OCP a défini le rôle du Programme comme étant consultatif et catalyseur en matière de formation, de sensibilisation, de détection et de maîtrise de la recrudescence, de mobilisation des ressources et de recherche opérationnelle.

6.7 La formation dans les domaines prioritaires pour la dévolution s'est poursuivie. 11 bourses OCP ont été accordées pendant la période considérée, portant le total des bourses octroyées depuis 1974 à 441. On constate toutefois que seulement une faible proportion des bénéficiaires de bourses OCP est utilisée dans la lutte contre l'onchocercose. Par ailleurs, 250 villageois et techniciens ont été formés à la technique des traitements larvicides au sol pour lutter contre la nuisance et préserver ainsi le développement socio-économique.

6.8 Des réunions d'information hebdomadaires ont été tenues aux niveaux des secteurs et des sous-secteurs afin de rassurer les villageois que le retour des simuliées ne signifie pas une reprise de

la transmission, et aussi pour expliquer les effets de l'ivermectine, et s'assurer de la participation des communautés dans la prévention, la détection et la maîtrise de la recrudescence.

6.9 Une évaluation de la capacité des Pays participants à entreprendre efficacement les activités de dévolution a été effectuée pendant la période considérée. L'évaluation a été basée sur dix critères allant de la disponibilité des structures et du personnel, au degré de financement et de participation communautaire. La plupart de ces critères requis pour une dévolution réussie ne sont à ce stade que partiellement remplis.

6.10 L'approche future d'OCP au soutien à la dévolution qui a été examinée lors de la session de remue-méninges ayant impliqué le personnel du Programme, un certain nombre de coordonnateurs nationaux, et des représentants du siège de l'OMS, d'AFRO et de la Banque mondiale a été résumé ainsi: l'OCP devra rechercher rapidement une méthode pour remplacer la biopsie cutanée afin de faciliter la surveillance épidémiologique future ; définir le rôle et l'exécution de la surveillance entomologique par les communautés comme complément de la surveillance épidémiologique ; promouvoir la distribution à base communautaire de l'ivermectine ; former des cadres intermédiaires dans les domaines intéressant la dévolution et ce en conformité avec les conclusions des "estimations des besoins" des Pays participants.

6.11 En introduisant le rapport de synthèse sur les activités de dévolution entreprises par les 11 pays de la zone OCP, le Dr Caboré du Burkina Faso a souligné la distinction faite entre "la dévolution *stricto sensu*" et "la dévolution *lato sensu*", la responsabilité pour la première incombant au Programme et aux Pays participants, alors que la seconde n'entre pas dans le mandat de l'OCP.

6.12 Pour que la surveillance épidémiologique de l'onchocercose soit durable, il faudrait l'intégrer aux systèmes globaux de surveillance et de lutte pluripathologiques. En conséquence les endémies énumérées dans les plans de dévolution ont été choisies en tenant compte de la possibilité de succès de cette intégration.

6.13 Quant au financement de la mise en oeuvre des plans de dévolution, Dr caboré a souligné le fait que comme processus à long terme la dévolution devrait être financée par les budgets d'Etat, mais qu'un appui extérieur permettrait évidemment d'accélérer la mise en oeuvre des activités de dévolution dans le cadre des programmes de surveillance et de lutte pluripathologiques.

6.14 Il a informé le Comité de la situation actuelle concernant la nomination des comités nationaux de dévolution et de leurs activités tout en fournissant des détails sur le contenu, l'approbation et le financement de la mise en oeuvre des plans de dévolution.

6.15 Des études sur la Connaissance, l'Attitude, et les Pratiques (CAP) et des activités d'Information Education et Communication (IEC) ont été entreprises au Burkina Faso et au Niger, et ont donné des résultats appréciables en matière de participation communautaire et d'amélioration de l'implication des autorités.

6.16 La surveillance épidémiologique a été effectuée dans 175 villages sentinelles situés dans des zones où les traitements larvicides ont cessé. Le taux de prévalence y varie entre 0 et 5% et la CMFC y est inférieure à 0,5 mf/biopsie cutanée. Toutefois, les équipes nationales ont détecté des taux de prévalence légèrement supérieurs à 10% dans deux villages : à Zoulou sur la Bougouriba au Burkina Faso et à Tchri au Togo. Des enquêtes menées à Zoulou ont confirmé l'émergence d'une recrudescence. La situation à Tchri fera l'objet d'une enquête plus poussée en 1996.

6.17 Le Dr Ngoumou a fait une synthèse de la contribution du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique au processus de dévolution sous forme d'appui au renforcement des systèmes nationaux de santé, et d'appui aux Représentants OMS ainsi qu'à la formation des nationaux.

6.18 Dans la plupart des Pays de la zone OCP, les Représentants de l'OMS ont affecté des épidémiologistes à leurs équipes pays afin d'assurer l'intégration des activités de dévolution dans les systèmes nationaux de santé. Par ailleurs, le Directeur régional a mis en place un appui financier à l'OCP destiné à faciliter l'intégration de la détection et de la lutte contre la recrudescence.

6.19 Les Représentants OMS ont reçu l'instruction d'encourager les gouvernements des Pays OCP à établir une ligne budgétaire pour la dévolution dans les allocations OMS pour les pays. On a pu ainsi mobiliser plus de 100 000 \$ US à cette fin.

6.20 Dans le domaine de la formation et d'appui à la dévolution l'OMS/AFRO a octroyé aux Pays OCP des bourses pour des stages de perfectionnement en épidémiologie appliquée, à Bamako pour les francophones et au Kenya pour les anglophones.

6.21 Le Représentant de la Banque mondiale, le Dr Bernhard Liese, a tracé les grandes lignes de la politique et de l'approche de la Banque en matière d'appui à la dévolution. Il estime que les récentes évolutions concernant le processus de la dévolution sont encourageantes. La distinction opérationnelle faite entre la dévolution *stricto sensu* et la dévolution *lato sensu* constitue un pas important vers la définition des rôles respectifs des différents partenaires impliqués dans le processus.

6.22 Le Dr Liese a par ailleurs souligné l'importance de la réunion des ministres OCP de la Santé qui, entre autres, s'est penchée sur la nécessité de mettre en place ou de renforcer les systèmes de lutte contre les endémies dans lesquels la détection et la maîtrise de la recrudescence de l'onchocercose trouveront la place qui leur revient. A cet égard, il est encourageant de constater que la détection d'un foyer de réinfection dans le village Zoulou au Burkina Faso a été réalisée par l'équipe nationale. Ceci constitue une preuve de la bonne marche de la dévolution.

6.23 Le Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire, le Professeur Maurice Guikahué, Président de la réunion des Ministres de la Santé des pays de la zone OCP tenue le mardi 5 décembre 1995, a résumé les résolutions de la réunion. Il a d'abord assuré le Comité que tous les Pays participants sont résolus à exécuter leurs plans de dévolution. La détection de la recrudescence et les mesures de lutte seront entreprises en même temps que la lutte contre d'autres maladies dans le cadre de systèmes renforcés de surveillance épidémiologique et de lutte.

6.24 La réunion des Ministres de la Santé a exprimé son inquiétude au sujet des dates fixées pour la cessation de la lutte antivectorielle dans le cadre du Programme initial et a suggéré que tous les efforts devraient tendre vers la réalisation de l'objectif de l'OCP d'ici l'an 2002, tout en assurant une certaine souplesse dans la détermination des dates d'arrêt des traitements larvicides selon les régions.

6.25 A la fin de la session, les Ministres de la Santé ont adopté une résolution (jointe en annexe VI) réaffirmant la volonté politique des Pays participants de préserver les acquis de l'OCP et d'assurer des allocations budgétaires nationales à cette fin ; reconnaissant que la méthode du traitement communautaire à l'ivermectine devrait être la méthode de choix ; exhortant les Pays à établir des systèmes de surveillance pluripathologique qui prennent en compte la lutte contre l'onchocercose ; et invitant l'OMS, la Banque mondiale et la communauté de Donateurs OCP à soutenir les Pays participants dans leurs efforts pour mettre en place de tels systèmes intégrés de surveillance pluripathologique.

6.26 Enfin la réunion a décidé de constituer au niveau ministériel un comité qui sera chargé de prendre contact avec les Chefs d'Etat des onze pays OCP afin de solliciter leur appui pour les activités de dévolution intégrées dans les systèmes renforcés de surveillance et de lutte pluripathologiques. Le Comité aura à plaider auprès des Chefs d'Etat pour qu'une allocation équivalant à 10% du budget national soit consacrée à la Santé.

6.27 En ce qui concerne l'appui financier pour la mise en oeuvre des plans de dévolution, il sera demandé à la Banque mondiale d'aider dans la budgétisation et dans la présentation de ces plans afin d'en faciliter l'examen par la Banque.

6.28 Après la session, les Ministres de la Santé ont eu l'occasion de discuter des problèmes de santé avec le Président Carter, le Dr Nakajima et des hauts fonctionnaires de la Banque mondiale.

* * *

6.29 Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a trouvé encourageante l'approche active de la dévolution définie à la réunion des ministres OCP de la Santé. Il a souligné l'importance de l'approche pour les Chefs d'Etat et a exprimé le souhait de faire partie du Comité qui sera chargé de préparer la visite aux Pays participants.

6.30 Le Dr Samba a confirmé l'appui de l'OMS aux systèmes de surveillance et de lutte pluripathologiques en engageant des fonds AFRO et en recherchant le soutien de la communauté des donateurs. Le processus de dévolution d'OCP servira de tremplin au développement des systèmes intégrés de soins de santé.

6.31 Plusieurs participants ont fait des observations sur les activités de formation d'OCP. L'importance d'une planification rigoureuse sur la base de l'estimation des besoins a été mise en exergue au même titre que la nécessité d'inclure le volet surveillance et lutte pluripathologiques dans le programme de formation. Il faudrait aussi étudier les moyens de s'assurer les services des personnels formés, là où ils sont requis.

6.32 En réponse aux questions soulevées et aux observations faites par les délégués, le Directeur du Programme a souligné le fait que l'objectif et le mandat de l'OCP sont de réduire le réservoir humain du parasite à un niveau insignifiant sur le plan épidémiologique avant l'arrêt des activités OCP. Avant de cesser la lutte antivectorielle dans une zone donnée, il faut d'abord s'assurer que l'évaluation entomologique et l'évaluation épidémiologique répondent à des critères bien définis. C'est ce qui se passe dans des zones délimitées de l'aire initiale du Programme où les activités de lutte n'ont pas encore pris fin.

6.33 En ce qui concerne le risque de réinvasion de la région du Bui à partir de sources situées au Ghana, au sud des limites du Programme, le Comité a été informé que l'instauration d'un traitement intensifié par l'ivermectine et la mise en place de stations de surveillance entomologique le long de l'axe présumé de réinvasion sont en cours.

6.34 La lutte contre la nuisance n'entre pas dans le mandat de l'OCP aussi se cantonne-t-il dans ce domaine à la formation à la technique du traitement larvicide au sol. Par ailleurs, l'OCP prête son assistance pour informer les populations que le retour des simules ne signifie pas une reprise de transmission de la maladie, et se propose de faire appel aux services d'experts en sciences sociales pour l'élaboration de messages appropriés à l'éducation de ces communautés.

6.35 Le programme de formation OCP est davantage orienté pour répondre aux besoins des systèmes globaux de santé intégrant la lutte contre l'onchocercose pour laquelle des modules de formation ont été mis en place. Une attention particulière a été accordée à la formation sur le tas. Le programme de bourses OCP est en cours d'élaboration en collaboration avec OMS/AFRO.

6.36 Quoique l'appui direct aux programmes nationaux de surveillance et de lutte pluripathologiques n'entre pas dans le mandat OCP, le Programme reste en contact étroit avec OMS/AFRO pour s'assurer que les activités de dévolution sont bien prises en compte dans l'élaboration de ces programmes.

* * *

7. **RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES** : point 7 de l'ordre du jour (document JPC16.7)

7.1 Le rapport qui a été présenté par le Directeur du Programme au nom du Commissaire aux Comptes fait état de la bonne tenue des comptes et des activités examinées au cours des visites faites à l'OCP.

7.2 Le Comité a pris note du rapport.

* * *

8. **PLAN D'ACTION ET BUDGET DU PROGRAMME POUR 1996 ET PREVISIONS POUR 1997** : point 8 de l'ordre du jour (document JPC16.4)

8.1 A la demande du Comité conjoint du Programme (CCP) lors de sa session de 1994, les futurs Plans d'Action et Budget (PAB) doivent inclure les prévisions budgétaires provisoires pour l'année suivante. Par conséquent, le PAB de 1996 fournit des estimations provisoires pour 1997.

8.2 Au cours de l'année 1996, les traitements larvicides seront maintenus au niveau de 1995. Deux sous-secteurs et le Bureau de Bamako seront fermés tandis qu'une base opérationnelle sera réactivée, portant le réseau à sept secteurs et 21 sous-secteurs et bases opérationnelles. Le nombre de points de capture sera légèrement réduit.

8.3 Pour mesurer l'impact des opérations de lutte, l'évaluation épidémiologique comprenant des enquêtes ophtalmologiques sera poursuivie dans les zones soumises aux traitements larvicides associés aux traitements à l'ivermectine, et dans les zones traitées uniquement à l'ivermectine. On accordera une attention particulière à la distribution communautaire de l'ivermectine.

8.4 Le transfert des données épidémiologiques OCP aux Pays participants et l'appui à leurs activités en matière d'informatique, d'analyse et d'interprétation de ces données seront accélérés.

8.5 S'agissant de l'appui à la dévolution, l'OCP poursuivra ses activités visant à amener l'onchocercose à un niveau tel que le risque de recrudescence sera insignifiant ; à promouvoir la sensibilisation durable de tous les acteurs ; et à assurer la disponibilité d'outils appropriés (moyens diagnostiques, ivermectine) et de méthodes adéquates (distribution à base communautaire de l'ivermectine).

8.6 Macrofil se consacrera à l'évaluation de l'efficacité et de la sûreté clinique de l'Amocarzine ainsi qu'au passage au niveau d'essai clinique de phase I de l'UMF 078.

8.7 L'unité d'Administration et de Gestion continuera d'apporter son appui aux autres unités. Il s'efforcera de réduire le stock d'équipement excédentaire, d'organiser des séminaires sur la gestion pour le personnel OCP et les nationaux, et d'assurer le transfert progressif de l'équipement OCP aux Pays participants dans les zones où les opérations du Programme ont pris fin.

8.8 Le budget proposé pour 1996 s'élève à US\$ 24 278 000, ce qui est en légère diminution par rapport au budget de 1995. Les estimations provisoires pour 1997 s'élèvent à US\$ 22 493 000.

* * *

8.9 En réponse à une observation selon laquelle l'effectif semble varier d'une année à l'autre, on a expliqué que les chiffres sont ajustés en fonction des activités des unités opérationnelles. Les chiffres globaux sont en diminution progressive. Les augmentations du budget des équipes nationales découlent de l'augmentation des activités assurées par ces équipes, mais elles sont compensées par les déductions

engendrées par la suppression de structures OCP. Il faudrait veiller lors des préparatifs des Plans d'Action futurs à faciliter la comparaison des catégories budgétaires et des méthodes utilisées d'une année sur l'autre.

8.10 Le personnel harmonisé comprend les anciens employés de l'OCP dont les conditions de travail ont subi des modifications en janvier 1993 pour refléter celles du personnel national en fonction dans la zone du Programme. Ces employés devaient être repris par leurs gouvernements respectifs, mais l'OCP devant continuer à payer leurs salaires jusqu'à la fin de la quatrième Phase financière. Le Ghana assume déjà la prise en charge de cette catégorie de personnel.

8.11 Le Plan d'Action pour 1996 et le budget proposé d'un montant de US\$ 24 278 000 ont été approuvés.

9. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE :
point 9 de l'ordre du jour

Rapport de la Banque mondiale

9.1 Monsieur Bruce Benton, Chef de l'unité Onchocercose du siège de la Banque mondiale a résumé la situation financière des deux dernières années de la quatrième Phase financière. Un excédent de plus US \$ 4 millions est attendu d'ici la fin de 1997. Les estimations de dépenses pour la phase entière (1992-1997) s'élèvent à environ US \$ 153 millions, soit en diminution de US \$ 22 millions par rapport au montant approuvé en 1991 pour la phase.

9.2 L'estimation la plus récente des engagements des Donateurs pour la Phase IV s'élève à US \$ 145 millions tandis que le fonds d'urgence reporté de la Phase III atteint US \$ 8,2 millions. A cette somme il faudrait ajouter US \$ 4 millions représentant les intérêts; ce qui porte le financement disponible pour la Phase IV à US \$ 157 millions. L'excédent pour le fonds d'urgence s'élèverait ainsi à US \$ 4 millions représentant la différence entre les dépenses prévues de US \$ 153 millions et le financement disponible de US \$ 157 millions.

9.3 Il a été suggéré de réduire le fonds d'urgence de 1998 en épuisant l'excédent de US \$ 4 millions d'ici l'an 2000 et de le réduire encore de US \$ 3 millions supplémentaires d'ici l'an 2002. Le financement requis des Donateurs pour la période de retrait progressif (1998-2002) passerait ainsi de US \$ 70 millions à US \$ 63 millions.

Annnonce des contributions des Donateurs

9.4 Le montant total des contributions annoncées pendant la session s'élève pour 1996 à US \$ 21,3 millions. La liste des contributions annoncées figure en annexe IV.

9.5 Le Directeur du Programme a exprimé ses sincères remerciements à la communauté des Donateurs pour son appui indéfectible non seulement au Programme mais aussi aux populations qui en bénéficient.

10. SUIVI DE LA REUNION MINISTERIELLE SUR LE PEUPEMENT ET LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LA ZONE DU PROGRAMME : point 10 de l'ordre du jour

10.1 En introduisant ce point, le Représentant de la FAO a résumé un plan d'action destiné à appuyer le développement socio-économique des zones libérées de l'onchocercose. Ce plan sera examiné de près par le CAP, les Pays participants et les Donateurs en vue de sa mise en oeuvre par la FAO.

10.2 Le représentant du PNUD a informé la réunion de l'étude menée par son organisation sur les agences existantes dans la zone OCP qui peuvent être utilisées pour le développement dans les zones libérées de l'onchocercose. Le rapport de l'étude est actuellement soumis à un examen interne.

11. PLAN D'OPERATIONS DE LA PERIODE DE RETRAIT PROGRESSIF : point 11 de l'ordre du jour (document JPC16/INF/DOC.1)

11.1 En réponse à la demande faite par le CCP à sa session de 1994 de lui présenter à sa session de 1996 la proposition de Plan d'Action pour le retrait progressif (1998-2002), le Directeur du Programme a commencé la préparation du projet de document.

11.2 La préparation est à ses débuts, mais une estimation provisoire de besoins budgétaires indique que le coût total du Programme pour la période 1998-2002 serait de l'ordre de US\$ 70 millions, ce qui est légèrement supérieur aux prévisions du Comité consultatif d'Experts dans l'évaluation prospective à mi-parcours (Phase IV) de l'OCP.

11.3 A la suite de la présentation faite par le Directeur du Programme, des critères pour la préparation du Plan d'Opérations ont été proposés et discutés. Ils comprennent :

- la poursuite de la lutte antivectorielle dans les zones d'extension (sud-ouest et sud-est);
- la poursuite de l'évaluation épidémiologique et de la distribution d'ivermectine, assortie de la diminution du budget de la lutte antivectorielle pendant la Phase de retrait pour refléter la prise en charge des responsabilités par les Pays participants;
- La possibilité pour OCP de venir en aide aux équipes nationales dans les cas d'urgence dans l'aire initiale du Programme (cas identifiés par les équipes nationales de surveillance épidémiologique et confirmés par l'OCP);
- l'élaboration de modèles de traitement larvicide au sol pour faire face aux situations d'urgence mentionnées ci-dessus;
- la poursuite des activités de dévolution, entre autres, par le renforcement des capacités et le développement des ressources humaines.

11.4 La nécessité d'établir dans le Plan d'Opérations un mécanisme CCE/OCP pour le suivi et l'évaluation des activités de lutte a été soulignée, étant entendu que la responsabilité de l'évaluation de la morbidité incombe à l'OCP. De plus une collaboration étroite entre OCP et les Pays participants sera nécessaire.

11.5 Le Plan d'Opérations devra faire apparaître le transfert progressif des activités OCP dans l'extension sud et la partie sud de l'extension ouest afin de faciliter leur prise en charge par les Pays participants.

11.6 En outre, l'OCP devrait être autorisé à intervenir dans les cas où le processus de dévolution se heurte à des difficultés qui nécessitent une aide de l'extérieur.

11.7 Par ailleurs, le Plan d'Opérations devrait prévoir la possibilité de réintégrer les anciens membres du personnel au sein des services nationaux de leurs pays d'origine. De même les équipes nationales OCP devraient être progressivement compressées à un rythme raisonnable.

12. LE PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE (APOC)

12.1 M. Bruce Benton, Président du CAP, a fait un bref résumé de l'histoire, de la structure et des opérations du Programme africain de lutte contre l'onchocercose. Le montant total de l'appui requis des Donateurs pour les douze années d'opérations d'APOC s'élève à US\$ 120 millions. Lors de la première session du Forum d'Action Commun (FAC), organe suprême de l'APOC, qui a précédé la présente session du CCP, les Donateurs ont annoncé une contribution de US\$ 30 millions pour les prochaines années.

12.2 Pour répondre à certains participants qui craignent que "l'association" des prévisions budgétaires de l'OCP et de l'APOC compromette le financement de l'OCP, le Président du CAP a rassuré le CCP qu'il n'y aura pas de concurrence pour la recherche de fonds. La priorité sera donnée à l'OCP pour le mener à bonne fin dans les délais prévus. Aucun des donateurs qui se sont engagés à financer l'APOC le 5 décembre 1995 n'a réduit sa contribution pour l'OCP.

12.3 Quant aux questions posées par les participants concernant les activités de lutte d'APOC et leur impact, la réponse à certaines d'entre elles sera donnée par les projets de recherches opérationnelles qui seront exécutés en même temps que les opérations de terrain de ce programme.

13. DIVERS

13.1 Le Dr Ralph Henderson, Directeur-général adjoint de l'OMS, a informé le Comité des activités de la Division OMS de lutte contre les maladies tropicales dans le domaine du système d'information géographique (SIG). Cet outil de gestion a été utilisé avec succès dans la lutte contre la schistosomiase et, en collaboration avec l'UNICEF, dans le programme d'éradication de la dracunculose ainsi que dans l'établissement de la cartographie épidémiologique rapide d'APOC.

13.2 Le Dr Henderson a souligné la possibilité de l'utilisation de SIG aussi bien par OCP que par l'APOC et dans la lutte contre d'autres maladies parasitaires. L'utilisation éventuelle de SIG par les deux programmes sera bientôt examinée par le Comité des Agences parrainantes.

14. DATE ET LIEU DE LA DIX-SEPTIEME SESSION

14.1 Le Comité a accepté avec gratitude l'invitation de la République du Bénin de tenir sa dix-septième session à Cotonou. La période du 2 au 4 décembre 1996 a été proposée pour la session qui sera suivie vraisemblablement de la deuxième session du Forum d'Action commun d'APOC, prévue également à Cotonou, du 5 au 6 décembre.

15. ADOPTION DU RAPPORT

15.1 Le Comité a adopté un projet de rapport de la seizième session du CCP, sous réserve que les observations et suggestions approuvées soient incluses dans la version finale.

16. CLOTURE DE LA SEIZIEME SESSION

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

CONCLUSIONS ET DECISIONS

Le Comité :

1. A entériné la décision du Programme de suspendre les opérations aériennes dans la partie nord de la Sierra Leone jusqu'à ce que "le niveau" de sécurité évalué par les Nations Unies permette la reprise des activités (para. 5.28).
2. A été rassuré sur le fait que TDR et le CSA ne ménageront aucun effort pour trouver les fonds nécessaires à la poursuite des travaux pour la recherche d'un macrofilaricide après 1997, date à laquelle le financement de l'OCP prendra fin (paras. 5.62 et 5.63).
3. A approuvé le rapport d'activités de 1995 et le rapport du Comité consultatif d'Experts. Ce faisant le CCP est revenu sur une décision prise en 1994, et permet de poursuivre au-delà de 1997 le soutien financier et logistique à la surveillance épidémiologique et à la distribution de l'ivermectine dans les zones d'extension du sud (sud-est et sud-ouest) ainsi que le soutien logistique à ces activités dans la partie nord de la zone d'extension septentrionale (para. 5.74).
4. A accueilli avec satisfaction et soutenu les conclusions de la réunion privée des Ministres de la Santé de l'OCP (para.6.25 et Annexe VI) et la décision de mettre en place un comité chargé de prendre contact avec les Chefs d'Etat (para. 6.26).
5. A mis l'accent sur l'importance d'une planification rigoureuse des activités de formation de l'OCP, sur la base de l'évaluation des besoins (para. 6.31).
6. A pris acte du rapport du Commissaire aux Comptes (para. 7.2).
7. A demandé que les Plans d'Action futurs soient préparés et présentés de façon à permettre de faire aisément la comparaison entre les catégories de budget et les méthodes utilisées d'une année à l'autre (para. 8.9).
8. A approuvé le Plan d'Action de 1996 et le projet de budget d'un montant de US\$ 24 278 000 (para. 8.11).
9. A énuméré les critères à prendre en compte lors de la préparation du Plan d'Opérations pour la période de retrait progressif (para. 11.3).
10. A été rassuré que l'OCP et l'APOC ne feraient pas de concurrence pour la recherche de fonds (para. 12.2).
11. A décidé de tenir sa dix-septième session à Cotonou, République du Bénin, du 2 au 4 décembre 1996 (para. 14.1).

ALLOCUTION DE M. JAMES WOLFENSOHN, PRESIDENT DE LA BANQUE MONDIALE
Lue par M. Edward V.K. Jaycox

Merci Monsieur le Président,

M. Wolfensohn notre nouveau Président, aurait voulu être des nôtres ce matin. En fait, il avait projeté de venir pour l'ouverture de la session. Malheureusement, l'engagement de la Banque en Bosnie et l'évolution d'une situation cruciale l'ont empêché d'honorer son rendez-vous. Il m'a donc prié de vous transmettre ses regrets et de présider l'ouverture de la présente session en son nom. Je vais par conséquent vous livrer le discours qu'il avait préparé à cet effet.

"Tout d'abord, nous aimerions souhaiter la bienvenue à tous nos partenaires du Comité conjoint du Programme, ici présents au sein de la Banque. Je crois savoir que c'est la première fois en 22 ans que le Comité conjoint du Programme se réunit au siège de la Banque. Aussi, est-ce pour nous un grand honneur et un grand plaisir d'abriter cette rencontre.

La Banque est très fière du rôle qu'elle a joué, en participant au lancement et à l'exécution de cette initiative pleinement couronnée de succès au fil des ans - le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) est la preuve que le développement centré sur les populations est payant à plus d'un titre, et que le partenariat à l'échelle mondiale est particulièrement efficient.

Ce matin, je voudrais faire deux choses : dans un premier temps dresser le bilan de quelques réalisations concrètes de ce Programme remarquable, puis proposer une stratégie pour l'avenir.

La première et la plus importante des réalisations du Programme est qu'il a permis d'améliorer considérablement la qualité de vie des populations. Ce résultat est d'autant plus significatif qu'il met fin à une cause majeure de souffrances. C'est cette vision centrale qui a guidé ce Programme depuis sa création, lorsque Robert McNamara, alors Président de la Banque mondiale, a rencontré cette maladie pour la première fois au Burkina Faso au début des années 1970. Nous avons maintenant pris l'habitude de considérer les problèmes de développement en terme de chiffres, et les chiffres dans le cas qui nous intéresse parlent d'eux-mêmes. 32 millions de personnes réparties dans 11 pays, qui, naguère auraient été exposées au risque de contracter la cécité des rivières, en sont aujourd'hui totalement protégées. D'ici sa fermeture prévue pour l'an 2002, ce programme aura permis à environ 600 000 personnes d'éviter de devenir aveugles et à 12 millions d'enfants nés depuis sa création de ne jamais contracter la maladie. Il a ainsi contribué à donner le sourire à un grand nombre d'enfants et à apporter la sécurité à des familles entières ; ce qui est une preuve tangible d'un développement réussi.

Le second résultat important enregistré par le Programme est sa contribution appréciable au développement économique. D'ici à l'an 2002, il aura permis d'apporter l'équivalent de cinq millions d'années supplémentaires de travail productif à la sous-région ouest africaine et de rendre disponibles pour la culture et le peuplement environ 25 millions d'hectares de terres fertiles et arables, des terres qui jadis avaient été abandonnées à cause de l'onchocercose. Ce Programme aura donc contribué au développement de l'agriculture et, ainsi, aura permis d'accroître la sécurité alimentaire, de résoudre dans une certaine mesure un certain nombre de problèmes d'ordre sanitaire et nutritionnel, et de mobiliser les ressources nationales nécessaires à l'investissement.

Troisièmement, en contribuant à la protection de l'environnement le Programme a favorisé le développement durable. En effet, depuis sa mise en place, il y a de cela 22 ans, bien longtemps avant que les questions liées à l'environnement soient inscrites en première place à l'ordre du jour des programmes de développement, ce Programme avait déjà institué dans ses activités un volet concernant la protection de l'environnement, dont le suivi était assuré par un groupe d'écologistes indépendants de renommée internationale, montrant ainsi comment les programmes de développement, d'une façon générale, peuvent être conçus pour inclure la protection de l'environnement tout au long de leur évolution.

D'autre part, ce Programme a contribué à la création d'institutions et à la formation des capacités en Afrique. Il a permis de développer le savoir-faire des managers africains. 97% des 500 membres du personnel de l'OCP sont des africains : ainsi une institution extrêmement efficace, appartenant à des africains et gérée par des africains est née. De plus, un effort important est actuellement fait pour développer les capacités nationales au niveau de chacun des Pays participants - pour ce qu'il est convenu d'appeler le processus de dévolution - afin de parer à tout risque de retour de la maladie après la fin du Programme en l'an 2002.

Enfin, ce Programme témoigne de la pertinence du partenariat en matière de développement; il est en fait l'un des rares exemples réussis de collaboration régionale entre un nombre assez important de pays africains regroupés dans une zone de superficie égale à trois fois celle de la France, et comprenant des centaines de groupes ethniques et des pays ayant des héritages coloniaux aussi différents que le français, l'anglais et le portugais.

Par ailleurs, ce Programme met à contribution non seulement les 11 pays africains travaillant en coopération, mais également plus d'une vingtaine de donateurs, et une collaboration très importante du secteur privé. Il est ainsi devenu et demeure l'un des rares modèles véritables de coopération internationale.

S'inspirant de ce modèle, la communauté internationale vient de décider, hier, la mise en place d'un nouveau programme de lutte contre l'onchocercose dans les autres parties du continent où la maladie est endémique. Ce nouveau programme baptisé APOC, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, élargit le champ du partenariat en y associant tout un ensemble d'ONG de développement et de communautés locales. Aussi, la prévention et la lutte contre la cécité des rivières impliquent désormais un véritable partenariat mondial.

Que devons-nous faire à présent ? Tout d'abord, je pense que chacun de ceux qui sont assis à cette table mérite d'être félicité pour ce succès remarquable. Mais nous devons prendre les dispositions nécessaires à la consolidation des acquis.

Quand bien même la prévalence de la cécité des rivières diminue de jour en jour d'une façon considérable, il pourrait s'avérer de plus en plus difficile de maintenir le niveau d'engagement des Donateurs et des Pays participants qui font face à d'autres besoins pressants en matière de développement. Il est cependant indispensable que nous poursuivions ce programme et l'amenions à une fin réussie et durable. Nous devons nous rappeler qu'un relâchement prématuré des activités de lutte s'est soldé par le retour de certaines maladies graves, comme le paludisme, que l'on pensait avoir définitivement vaincues. Ceci doit nous inciter à rester vigilant.

Je voudrais, ici, vous rassurer tous que la Banque mondiale s'attellera à sa part de besogne pour le futur, à savoir : contribuer à la formation des capacités au niveau des Pays participants, à travers des projets concernant le secteur de la santé. Nous voulons ainsi nous assurer que l'intégration verticale et les interventions entrent dans le cadre du renforcement général du secteur sanitaire de chacun des pays. Nous contribuerons à la résolution des problèmes liés au repeuplement et à l'environnement dans les régions touchées. Nous contribuerons également au niveau de l'aide financière et apporterons l'expérience que nous avons acquis dans le cadre du Programme.

Ce Programme constitue l'une des plus grandes réussites de notre temps en matière de développement et un des plus importants partenariats dans ce domaine.

Nous, de la Banque mondiale, sommes très fiers d'avoir été associés à ce Programme dans le passé. Je puis vous assurer aujourd'hui que nous continuerons à être demain l'un de ses plus fervents défenseurs."

Je vous remercie.

**ALLOCUTION D'OUVERTURE DU DR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTEUR GENERAL, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Je suis heureux d'être ici avec vous et de pouvoir vous dire quelques mots à l'occasion de cette seizième session du Comité conjoint du Programme.

J'ai eu hier l'occasion de souhaiter la bienvenue au nouveau programme africain de lutte contre l'onchocercose et d'assurer à son organe directeur que l'OMS, en tant qu'organisation chargée de l'exécution, n'épargnerait aucun effort pour faciliter sa réussite. Je me suis aussi félicité des liens de collaboration qui uniront l'OCP et le programme africain.

Je voudrais, rapidement, faire le point des progrès accomplis par l'OCP et avancer quelques projections pour l'avenir.

Monsieur le Président, l'année dernière, en mai 1994, nous avons célébré le vingtième anniversaire du programme pendant l'Assemblée mondiale de la Santé. L'unanimité s'est faite sur le succès remarquable du Programme tant sous l'angle de la santé publique qu'en ce qui concerne l'appui au développement socio-économique. A ce jour, dix millions d'enfants nés depuis le début des opérations de l'OCP ont pu grandir sans risquer de contracter l'onchocercose. Le Programme a ainsi évité à près de 250 000 personnes de devenir aveugles, et un million et demi de personnes infectées ont été soignées.

Du point de vue socio-économique, les réalisations sont tout aussi impressionnantes. Vingt-cinq millions d'hectares de terres fertiles le long des fleuves - antérieurement désertées par la peur de contracter l'onchocercose - sont en cours de repopulation. Ces terres, une fois cultivées, produiront bientôt suffisamment de nourriture pour 17 millions de personnes par an.

Pour exprimer en un chiffre le montant total de ces réalisations, je vous renverrai à l'évaluation récente de la Banque mondiale qui conclut, en dernière analyse, que la rentabilité économique des investissements dans l'OCP avoisinerait les 20 %. C'est là un résultat très positif comparé à tout projet d'investissement dans quelque secteur que ce soit dans le monde.

Le Programme, Monsieur le Président, a en outre démontré la faisabilité et les avantages réciproques du dialogue et de la coopération entre le Nord et le Sud, ainsi qu'entre les pays en développement. Au sein de votre Comité, les pays participants d'Afrique de l'Ouest rencontrent chaque année les donateurs pour aider conjointement l'OCP à atteindre son objectif dans un esprit de respect mutuel et de totale compréhension.

De même, le Programme a confirmé que différentes organisations du système des Nations Unies pouvaient travailler ensemble, en planifiant et en coordonnant conjointement leurs activités. Le Comité des Agences parrainantes a joué un rôle déterminant dans la réussite de l'OCP.

Monsieur le Président, lors de votre session à Yamoussoukro l'année dernière - sur la recommandation du Comité consultatif d'experts - vous avez décidé que l'OCP cesserait d'exister à la fin de l'an 2002. On estime que l'onchocercose ne sera plus alors un problème de santé publique ni un obstacle au développement socio-économique dans les onze pays, et que l'objectif du Programme aura donc été pleinement atteint.

Mais il est aussi stipulé dans le Programme que les pays participants préserveront ce résultat. Il est très encourageant de noter que les onze Pays participants sont activement engagés dans le processus de dévolution - avec l'appui de l'OCP - pour veiller à ce que toute recrudescence localisée de la maladie soit détectée et éliminée à temps.

Le Programme entrera bientôt dans sa phase de retrait, et la réduction progressive des opérations - et des besoins financiers - est déjà en cours. Je suis certain que nous pouvons compter sur le soutien de tous les partenaires de l'OCP pour mener à bien ce programme important et unique. Il contribue à la justice sociale au sein de populations - trop souvent - oubliées "au bout de la route".

Avant de conclure, Monsieur le Président, je voudrais adresser mes sincères remerciements, au nom de l'organisation chargée de l'exécution, à tous ceux qui ont participé au Programme : les pays participants, les donateurs, le Comité consultatif d'experts, le Comité des Agences parrainantes et, enfin, mais ils ne sont pas les moins méritants, aux personnels de l'OCP. La compétence, le dévouement et le dur labeur des personnels ont permis le succès du Programme. A ce propos, je souhaite la bienvenue au Dr Yankum Dadzie, qui a remplacé récemment le Dr Ebrahim Samba au poste de Directeur de l'OCP, et je lui adresse mes meilleurs vœux dans l'accomplissement de ses nouvelles responsabilités.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance au Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique et à la Banque mondiale qui accueillent de manière si efficace et agréable la seizième séance du Comité conjoint du Programme.

Excellences, Mesdames et Messieurs, je souhaite que cette session du Comité conjoint du Programme soit aussi fructueuse que possible.

Merci, Monsieur le Président.

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Election du Bureau
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Observations du Comité des Agences parrainantes
5. Rapport d'activité de l'Organisation mondiale de la Santé pour 1995 et rapport d'activité du Comité consultatif d'Experts
6. Dévolution
7. Rapport du Commissaire aux comptes
8. Plan d'Action et Budget du Programme pour 1996
9. Financement du Programme de lutte contre l'onchocercose
10. Suivi des conclusions de la réunion ministérielle sur le peuplement et le développement durables dans la zone du Programme
11. Plan d'opérations de la période de retrait progressif
12. Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC)
13. Questions diverses
14. Date et lieu de la dix-septième session
15. Approbation du rapport
16. Clôture de la seizième session

LISTE DES PARTICIPANTS

GOVERNMENTS PARTICIPANTS

Bénin

Son Excellence Dr Véronique LAWSON
Ministre de la Santé, Cotonou

M. Thaddée Koffi BOKO
Secrétaire administratif du Comité national de lutte contre l'onchocercose, Cotonou

Burkina Faso

Son Excellence Mr Christophe DABIRE
Ministre de la Santé, Ouagadougou

Dr Joseph CABORE
Coordonnateur national de la dévolution, Direction de la Médecine préventive, Ouagadougou

Mr Dieudonné Francis SIDIBE
Directeur des Etudes et Promotion, Office national d'Aménagement des Terroirs, Ouagadougou

Côte d'Ivoire

Son Excellence Professeur Maurice K. GUIKAHUE
Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, Abidjan

M. Jeannot BAH BI ZORO
Conseiller, Ambassade de Côte d'Ivoire, Washington

Dr Gbayoro Pierre BRIKA
Directeur exécutif du Programme national Oncho, Bouaké

Ghana

His Excellency Commodore S.G. OBIMPEH
Minister of Health, Accra

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

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

Dr Joseph A. AMANKWA
National Devolution Coordinator, Navrongo

Guinée

Son Excellence Docteur Kandjoura DRAME
Ministre de la Santé, Conakry

Dr Cyrille LOUA
Conseiller chargé de la Coopération, Ministère de la Santé, Conakry

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

Guinée Bissau

Son Excellence Dr Eugenia SALDANHA ARAUJO
Ministre de la Santé publique, Bissau

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

Mr Antonio Paulo GOMES
Directeur de Coordination et Gestion de l'Aide extérieure, Ministère de la Santé publique, Bissau

Mali

Son Excellence Mr Modibo SIDIBE
Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, Koulouba/Bamako

Professeur Moussa Adama MAIGA
Conseiller technique en 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, Bamako

Niger

Mme Kadidiatou DIORI
Conseiller technique, Ministère de la Santé publique, Niamey

Dr Aboubacar ALAROU
Directeur de la Promotion de la Santé, Ministère de la Santé publique, Niamey

Dr Aïssata DIOP GUIMBA
Coordonnatrice nationale de la dévolution, Ministère de la Santé publique, Niamey

M. Moussa SANGARE
Conseiller, Ambassade du Niger, Washington

Sénégal

Son Excellence Mr Ousmane NGOM
Ministre de la Santé publique et de l'Action sociale, Dakar

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

Sierra Leone

Dr S.T. KAMARA
Director-General of Medical Services, Ministry of Health and Social Services, Freetown

Dr Idris F. JALLOH
Ag. Programme Manager OCP, Makeni

Togo

Dr Atia KPONTON-AKPABIE
Directeur de Cabinet, Ministère de la Santé, de la Population et de la Solidarité nationale, Lomé

Dr Assimawè PANA
Coordonnateur national du Programme de lutte contre l'onchocercose, Kara

PARTIES CONTRIBUANTES

Allemagne

Dr Herbert KRUMBEIN
Chief, Health and Population Policy Section, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, Bonn

Arabie Saoudite

Dr Abdullah Ahmed AL-YAFI
Consultant Ophthalmologist, Director of Medical Education, King Fahd Armed Forces Hospital, Jeddah

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

Banque africaine de Développement

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

Belgique

Dr Jacques LARUELLE
Chargé de mission, Administration générale pour la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Bruxelles

Corée (République de)

Mr Onhan Shin
Counsellor, Korean Embassy, Washington

Etats-Unis d'Amérique

Mr John HICKS
Assistant Administrator, Africa Bureau, USAID, Washington

Mr John TOMARO
Division Chief, Environmental Health, Office of Health and Nutrition, USAID, Washington

Mr Andrew ARATA
Deputy Project Director, Environmental Health Project, USAID

JPC16

page 28

Annexe III

Mr Dennis CARROLL

Project Officer, Environmental Health, Office of Health and Nutrition, USAID, Washington

Mr Alex ROSS

Senior Technical Advisor, USAID, Bureau for Africa, Washington

France

M. Bernard LABORDERIE

Chef du Bureau Afrique centrale et Océan indien, Sous-Direction de la Santé et du Développement social, Ministère de la Coopération, Paris

Gulbenkian (C. Foundation)

Dr Victor de SA MACHADO

Trustee, Lisbon

Koweït

Dr Abdul-Redha BAHMAN

Agricultural Advisor, Kuwait Fund for Arab Economic Development, Safat

Luxembourg

Mr Carlo KRIEGER

Deputy Chief of Mission, Embassy of the Luxembourg, Washington

Pays-Bas

Mr Han-Maurits S. SCHAAPVELD

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

Portugal

Ms Georgina LOURENÇO

Conseillère, Institut de la Coopération Portugaise, Ministère des Affaires étrangères, Lisbonne

Suisse

M. François RODUIT

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

Professeur (Dr) André ROUGEMONT

Conseiller technique, Directeur de l'Institut de Médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève

Union européenne

Dr Antonio LOPEZ PENA

Administrateur, Responsable Afrique Centrale et Caraïbes, dossier Oncho à l'Unité Santé, Commission européenne, Direction générale au Développement, Bruxelles

AGENCES PARRAINANTES

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

Mr Abdoulaye SAWADO
Directeur général adjoint, Rome

Mr Gérard CIPARISSE
Secrétaire technique de la FAO pour l'onchocercose, Division du Développement rural et de la Réforme agraire (SDA), Rome

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Mr Daouda TOURE
Economiste, Bureau du Directeur, New York

Ms Aïssatou CISSE
Chargée de Programme, Abidjan

Banque mondiale

Mr Edward V.K. JAYCOX
Vice-Président pour l'Afrique, Washington

Mr Jean-Louis SARBIB
Directeur, Département Afrique de l'Ouest, Washington

Mr C. Ok PANNENBORG
Chef, Division de la Population et des Ressources humaines, Washington

Mr Bruce BENTON
Chef, Unité Onchocercose, Washington

Dr Bernhard H. LIESE
Directeur, Service de Santé publique, Washington

Mr Yves GENEVIER
Spécialiste en Santé publique, Division de la Population et des Ressources humaines, Washington

Mr David PETERS
Spécialiste en Santé publique, Washington

Mrs Suzanne VERVALCKE
Consultante, Washington

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Dr Hiroshi NAKAJIMA
Directeur général, Genève

Dr Ralph H. HENDERSON
Directeur général adjoint, Genève

Dr Ebrahim M. SAMBA
Directeur régional, Brazzaville

Mr Claude-Henri VIGNES
Conseiller juridique, Genève

Dr K. Yankum DADZIE
Directeur du Programme, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Secrétariat OMS

Dr K. BEHBEHANI
Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Genève

Dr Boakye A. BOATIN
Chef de l'Unité de Dévolution, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Dr Ole W. CHRISTENSEN
Consultant, Programme de lutte contre l'onchocercose, Genève

Dr Colin D. GINGER
Manager, Projet de Chimiothérapie Macrofil, Programme de lutte contre l'onchocercose, Genève

Dr Winston E. GUTTERIDGE
Président Macrofil, Beckenham

Dr Jean-Marc HOUGARD
Chef de l'Unité de lutte antivectorielle, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Mr Donald MILLER
Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Dr Pierre NGOUMOU
Consultant, Maladies tropicales, AFRO, Brazzaville

Miss L. RAVELONANOSY
Chargée de Programme, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Dr J.H.F. REMME
Coordonnateur, Recherche appliquée de Terrain, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Genève

Dr Azodoga SEKETELI
Coordonnateur, Bureau du Directeur, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Mr Jean M. TRUDEL
Chef de l'Administration et Gestion, Programme de lutte contre l'onchocercose, Ouagadougou

Mr Edward E. UHDE
Contrôleur et Directeur, Division du Budget et des Finances, Genève

PARTICIPANTS DE DROIT

Comité consultatif d'Experts

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

Groupe écologique

Professor Davide CALAMARI
Chairman Ecological Group, Faculty of Sciences, University of Milan, Varese

OBSERVATEURS

Dr Daniel BOAKYE
Section of Evolutionary Biology, University of Leiden

Centre Carter

Dr Donald HOPKINS
Senior Consultant, Carter Center, Washington

Evergreen Helicopters, Inc.

Mr David Paul GARLAND
Manager, Government Affairs, Washington

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

Dr Bernard PHILIPPON
Directeur délégué du Département Santé, Paris

Nigéria

Mr Jonathan Y. JIYA
National Coordinator, National Onchocerciasis Control Programme, Federal Ministry of Health,
Federal Secretariat, Ikoyi - Lagos

Dr Uche AMAZIGO
Department of Zoology, University of Nigeria, Nsukka

Prof. Odalele KALE
Chairman, Department of Preventive and Social Medicine, University College Hospital, Ibadan

Dr Lola SADIQ
Consultant, Parasitic Diseases, WHO, Lagos

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

Dr Nanti Mathias HIEN
Secrétaire général adjoint, Bobo-Dioulasso

Programme Mectizan

Dr Michael HEISLER
Director, Atlanta

Dr Stefanie MEREDITH
Associate Director, Atlanta

Dr Bruce DULL
Executive Secretary, Mectizan Expert Committee, Atlanta

ANNONCES DES CONTRIBUTIONS

DONATEURS	POUR 1996	TOTAL, PHASE IV
Allemagne	DM 1,4 million	
Arabie Saoudite	US \$ 2,33 millions	US \$ 14 millions
Banque africaine de Développement	300 000 unités de compte (même montant pour 1997 sous réserve d'une demande de financement)	
Banque mondiale	US \$ 2,63 millions	US \$ 15,8 millions
Belgique	FB 15 millions: si approuvé (même montant prévu en 1997)	
Corée	(absent)	
Danemark	US \$ 500 000 (absent)	
Fonds de l'OPEC pour le Développement international	(absent)	
Fondation Calouste Gulbenkian	US \$ 50 000	
France	FF 15 millions pour 1996 & 1997	FF 45 millions
Italie	(absent)	
Japon	(absent)	
Koweït	US \$ 250 000	
Luxembourg	FL 8,5 millions	
OMS	US \$ 250 000	US \$ 1,5 million
Pays-Bas	NLG 4,5 millions	
Portugal	US \$ 25 000	
Royaume-Uni	Ne peut pas se prononcer pour le moment	
Suisse	FS 3 millions	FS 18 millions
Union européenne		ECU 7,9 millions
USA	US \$ 3,5 millions (même montant pour 1997 sous réserve de la disponibilité des fonds)	

OBSERVATIONS DU COMITE DES AGENCES PARRAINANTES

Présentées par son Président, M. Bruce Benton

Excellences, Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un honneur et un plaisir de vous présenter les observations du Comité des Agences parrainantes (CAP) du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP).

Tout d'abord, le CAP voudrait rendre hommage au nouveau Directeur de l'OCP, le Dr Yankum Dadzie qui, à notre avis, poursuit avec brio l'excellence managériale qui a toujours caractérisé l'OCP depuis sa création. Le CAP adresse ses vœux de succès au Dr Dadzie dans sa nouvelle tâche pleine de défis et assure toute la communauté OCP que les Agences parrainantes apporteront leur soutien total au Dr Dadzie pendant toute la durée de son mandat à la tête de l'OCP.

Il y a quatre points sur lesquels le CAP juge important d'apporter une attention particulière cette année. Il s'agit de :

1. la nécessité de maintenir l'engagement vis-à-vis de l'OCP, et de poursuivre le Programme jusqu'à sa conclusion ;
2. l'importance d'établir une collaboration étroite entre les activités et opérations de l'OCP et le nouveau programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) ;
3. la nécessité d'amener graduellement OCP à sa fin au cours des sept prochaines années, avec détermination et compréhension, tout en veillant à la nécessité d'assurer la pérennité des acquis ; et
4. l'importance de maintenir le soutien à la recherche d'un macrofilaricide bien que l'appui à OCP sur une base permanente tire vers sa fin.

Un engagement continu

Nous abordons maintenant la dernière étape de notre parcours pour amener l'OCP à une fin réussie et durable. La réalisation de notre objectif, à savoir l'élimination de l'onchocercose en tant que problème majeur de santé publique dans l'ensemble de la sous-région Ouest africaine, n'est plus qu'une question de temps et de volonté à poursuivre ce Programme jusqu'à son terme, définitivement. Toutes les conditions sont déjà réunies pour amener le programme à son terme dans les sept ans à venir : une stratégie efficace de lutte, le soutien des donateurs, une coopération étroite au niveau régional, une gestion efficiente. Le seul risque majeur à craindre à l'heure actuelle serait un trop grand contentement de soi, au vu du succès du Programme dans l'élimination de la maladie.

Il est indispensable que la communauté des donateurs, les agences parrainantes et les pays bénéficiaires poursuivent leur action pour amener l'OCP jusqu'à son terme. Sinon, il n'est pas exclu que nous assistions à une recrudescence de la maladie et à un retour à la situation tragique antérieure au Programme, comme cela a pu être observée avec d'autres programmes de lutte qui ont relâché prématurément leurs efforts. Nous estimons que nous avons tous, le CAP, les donateurs et les Pays participants, la responsabilité de maintenir le solide engagement, qui jusqu'ici a été le sceau de la réussite de l'OCP, et qui permettra d'atteindre les objectifs, à savoir : l'éradication de la cécité des rivières, la formation des capacités pour empêcher le retour de cette maladie et l'utilisation des nouvelles possibilités de développement résultant de la victoire remportée sur cette maladie.

Fermeture progressive de l'OCP

Pendant ces 12 derniers mois le CAP a continué de suivre de très près les réalisations de l'OCP et d'apporter au Programme le soutien nécessaire dans le cadre de son mandat. Le Comité a également contribué à asseoir les structures du nouveau Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) et à l'élaboration de la documentation soumise au Forum d'Action conjoint de l'APOC qui a eu lieu ces deux derniers jours, ici même à Washington, pour le lancement de ce nouveau Programme.

Le CAP entend apporter à l'avenir son soutien total à ces deux programmes qui visent, dans les 12 années qui vont suivre, à réduire l'onchocercose à un niveau tel que cette maladie ne constituera plus un problème de santé publique et un obstacle au développement socio-économique dans l'ensemble du continent africain. Une collaboration étroite entre ces deux programmes est essentielle. Nous pouvons réaliser d'importantes économies en combinant des responsabilités qui couvrent les mêmes domaines et tirer beaucoup de profits à partager nos expériences et notre savoir-faire. La mise en place de deux programmes distincts qui font concurrence pour obtenir le soutien des donateurs, pourrait compromettre le financement de l'un des programmes ou même des deux.

L'année écoulée a été riche en progrès et en réalisations pour l'OCP. Grâce à l'association de la lutte antivectorielle et du traitement à l'ivermectine, l'assainissement du réservoir humain restant du parasite se poursuit. Les traitements larvicides ont cessé dans les zones où la maladie a été ramenée à un niveau insignifiant sur le plan épidémiologique. Les progrès dans le domaine de la dévolution sont remarquables, en ce sens que les Pays participants préparent leurs infrastructures sanitaires pour pouvoir assurer la détection efficace de la recrudescence, et prévenir tout risque de retour de la maladie.

L'OCP existe maintenant depuis plus de 20 ans et je voudrais ici réitérer notre sincère gratitude à toutes les parties impliquées dans ce programme, et plus particulièrement à la communauté des Donateurs de l'OCP qui a fait preuve d'une remarquable persévérance en apportant au Programme les ressources financières nécessaires pendant une aussi longue période, et cela en dépit du nombre croissant de demandes de financement aussi importantes les unes que les autres qu'elle reçoit.

Il reste encore sept ans au Programme pour achever sa mission; mais le processus de retrait a déjà commencé, comme le prouve la réduction des activités de lutte antivectorielle, qui, il y a seulement quelques années couvraient encore toutes les zones des 11 pays du Programme et qui maintenant ne couvrent plus que les aires d'extension. En conséquence, le nombre d'heures de vol a été réduit de 40% au cours des six dernières années, et cette tendance va se maintenir jusqu'à la fin du Programme en l'an 2002.

D'autre part, le processus de dévolution avance à grand pas, OCP prenant part de moins en moins directement aux activités. Toutes les activités sur le terrain, telles que la surveillance épidémiologique et la distribution de l'ivermectine, sont effectuées par les équipes nationales des pays, l'OCP se limitant essentiellement à un rôle de conseiller et de catalyseur. De plus, les Pays participants préparent leurs systèmes de santé pour y incorporer la détection de la recrudescence de l'onchocercose et assurer son élimination. Ce sont là quelques exemples d'activités qui prendront de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le programme approche de sa fin.

Le CAP demeure parfaitement conscient des mesures souvent pénibles liées à la fermeture progressive d'un programme de l'envergure et de la durée de l'OCP. Des centres d'opérations doivent être fermés, des postes supprimés et certains membres du personnel redéployés pour améliorer le rapport coût/efficacité. Le Comité voudrait, ici, rendre hommage à l'OCP pour la manière humaine et la délicatesse avec lesquelles il a traité le problème de compression du personnel dont un bon nombre avait servi loyalement le Programme depuis ses débuts.

Recherche de macrofilaricides

M. le Président, depuis la création par l'OCP du projet de chimiothérapie de l'onchocercose il y a de cela 12 années, le CAP a apporté son soutien total à la recherche d'un médicament capable de tuer le ver adulte, éliminant par la même occasion le réservoir du parasite au sein de la population humaine.

Macrofil n'a pas encore réussi à découvrir un macrofilaricide qui pourrait être utilisé en toute sécurité sur le terrain, mais des composés ayant le potentiel de tuer le ver adulte font actuellement l'objet de recherches. Même si les recherches en cours n'aboutissent pas dans les délais prévus à l'obtention d'un macrofilaricide opérationnel pour raccourcir la durée de l'OCP, un macrofilaricide sera toujours d'une très grande utilité à l'avenir, pour lutter contre l'onchocercose, surtout dans le cadre de l'APOC. De plus, un tel médicament pourra mettre définitivement fin à toute possibilité de retour de la maladie dans la zone OCP.

C'est pourquoi, M. le Président, le CCP a marqué son soutien pour que la recherche d'un macrofilaricide se poursuive au-delà de 1997, date prévue pour la cessation du financement OCP. Le CAP se félicite du fait que le Directeur de TDR ait déjà pris les mesures nécessaires pour pourvoir au financement de Macrofil à partir de 1998. Mais ceci ne sera peut-être pas suffisant. Aussi le CAP va-t-il, dès l'année prochaine, chercher les moyens de compléter le financement TDR et veiller à ce que le soutien à la recherche d'un macrofilaricide opérationnel ne soit pas inférieur au niveau maintenu pendant ces dix dernières années.

Conclusion

M. le Président, nous nous engageons maintenant dans le tout dernier tronçon du parcours de l'OCP. Le franchissement de la ligne d'arrivée pour la victoire finale dépend pour une large part de l'engagement international, de la vigilance et du suivi du Programme.

Cet engagement est essentiel pour maintenir le soutien requis jusqu'à la fin du Programme. La vigilance est indispensable pour prévenir toute recrudescence de la maladie. Et le suivi est nécessaire pour renforcer les capacités à même de préserver les acquis de l'OCP et de tirer profit des possibilités de développement socio-économique offertes grâce à la maîtrise effective de la maladie. Si nous accordons la plus grande priorité à ces objectifs et que nous les poursuivions jusqu'au bout, les risques d'échec d'OCP seront quasiment nuls.

Je vous remercie,

M. le Président.

REUNION DES MINISTRES DE LA SANTE DES PAYS PARTICIPANTS DU PROGRAMME DE
LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE EN AFRIQUE DE L'OUEST (OCP) SUR LA PRISE EN
CHARGE PAR LES ETATS DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE
(Washington, 5 décembre 1995)

RESOLUTIONS

Les Ministres de la Santé des onze Pays participants du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) se sont réunis à Washington le 5 décembre 1995 pour examiner la question de la prise en charge des activités de dévolution et l'intégration de ces activités dans les systèmes nationaux de santé. Après un bilan précis des activités du Programme de Lutte contre l'Onchocercose, ils se félicitent des excellents résultats déjà enregistrés et estiment que le retrait de l'OCP peut être effectivement envisagé pour l'an 2002. Le problème de la prise en charge par les nationaux des activités de lutte contre l'onchocercose est donc d'actualité.

Face à cette situation et vu la nécessité de maintenir et de renforcer les acquis du Programme tout en tenant compte des difficultés économiques des pays touchant particulièrement le secteur socio-sanitaire, la réunion :

1. *Réaffirme la volonté politique des Pays participants à continuer, dans le cadre de la mise en oeuvre du processus de dévolution, la lutte contre l'onchocercose afin de maintenir et de renforcer les acquis de l'OCP et demande que les Etats prennent en charge dans leurs budgets nationaux, le volet surveillance épidémiologique au niveau des zones déjà assainies en vue d'une détection précoce de toute recrudescence éventuelle de l'infection onchocercarienne ;*
2. *Reconnaît la nécessité de la mise au point d'un système de distribution de l'ivermectine à moindre coût et invite instamment les gouvernements à promouvoir une plus forte participation des communautés rurales dans les actions entreprises à cet effet ; la généralisation d'un traitement à base communautaire à l'ivermectine adapté aux conditions socioculturelles de chaque pays concrétisera cet effort avant le retrait définitif de l'OCP en 2002 ;*
3. *Exhorte les gouvernements à mettre en place au niveau des Pays participants un système opérationnel de surveillance pluripathologique intégré dans les services de santé et associant la lutte contre l'onchocercose à celles des autres endémies prioritaires ;*
4. *Apprécie vivement l'immense soutien des partenaires sociaux, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Communauté des autres donateurs de l'OCP et les invite à continuer à apporter leur soutien aux Pays participants dans leur effort de mise sur pied de ce système de surveillance pluripathologique intégrée.*
5. *Encourage les Pays participants à s'investir dans la mise en place d'un mécanisme interpays qui continuera le rôle de coordination jusqu'à là joué par l'OCP.*

Fait à Washington, le 5 décembre 1995

Bénin

Burkina Faso

Côte d'Ivoire

Ghana

Guinée

Guinée-Bissau

Mali

Niger

Sénégal

Sierra Leone

Togo