

**COMITE REGIONAL POUR L'AFRIQUE**

**ORIGINAL:  
ANGLAIS**

Cinquante septième session  
Brazzaville, République du Congo, 27-31 Août 2007

Projet d'ordre du jour, point 7.3

**LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA REGION  
AFRIQUE DE L'OMS: SITUATION ACTUELLE ET  
PROCHAINES ETAPES**

**Rapport du Directeur Régional**

---

---

## Résumé Analytique

1. L'Afrique représente 99% des cas de cécité des rivières dépistés en Afrique et en Amérique du Sud. La Région Afrique de l'OMS a enregistré un succès sans précédent dans la lutte contre l'onchocercose (cécité des rivières). Toutefois, la Région court le risque de perdre plus de 2,5 milliards de dollars d'investissements effectués par les pays endémiques et leurs partenaires au développement. Les pays qui ont maintenu une lutte et une surveillance actives contre la maladie courent aussi le risque de perdre une part importante de leurs efforts de développement économique et d'atténuation de la pauvreté.
2. En raison des conflits, de l'irrégularité des allocations budgétaires par les mécanismes nationaux de financement, de la co-endémicité de l'onchocercose et de la loase, et d'une mauvaise surveillance, 13 pays enregistrent encore des prévalences élevées de la maladie et abritent d'importants réservoirs de l'infection par *Onchocerca volvulus*. Il y a danger d'une résurgence de la maladie en raison du long rayon de vol de la simulee vectrice connue pour transmettre l'infection au-delà des frontières.
3. Plus de 117 000 communautés et 350 000 distributeurs communautaires bénévoles dans 15 pays participent à la distribution de l'ivermectine pour une lutte efficace contre la maladie, mais l'évaluation effectuée dans 10 pays montre que les efforts des communautés pour mettre en place des programmes durables sont compromis par la faiblesse des systèmes de santé.
4. Depuis plus de 30 ans, deux partenariats pour le développement de la santé en faveur des pauvres ont œuvré à l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socio-économiques en Afrique, mais leurs efforts doivent être soutenus par les gouvernements nationaux. Cette situation préoccupante a conduit à la Déclaration de Yaoundé en 2006.
5. Le présent document donne un aperçu de la situation actuelle et propose les actions à prendre pour s'assurer que les gains déjà réalisés soient préservés et que l'onchocercose soit éliminée de l'Afrique.

## RAPPEL

1. L'onchocercose (cécité des rivières) est une maladie débilitante dont le vecteur est un insecte, et la cause un parasite, *Onchocerca volvulus*, transmis par la piqûre de la simule. L'infection conduit à une grave maladie de la peau accompagnée de démangeaisons incessantes, à des troubles de la vue et à la cécité. La cécité onchocerquienne irréversible est la quatrième des principales causes évitables de cécité après la cataracte, le glaucome et le trachome. Elle provoque et perpétue la pauvreté. Elle crée la stigmatisation, entrave la productivité agricole, génère des pertes économiques énormes et impose sur les communautés rurales pauvres un fardeau disproportionné de la maladie. Dans toute l'Afrique, 120 millions de personnes sont à risque, avec 37 millions gravement infectés<sup>1</sup>.

2. En 1974, un vaste partenariat pour la santé, la production agricole et le développement rural, dénommé Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), fut mis en place dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest<sup>2</sup>. La principale stratégie utilisée par le programme était la lutte contre le vecteur par l'application de larvicides sur les gîtes de reproduction des simules au bord des rivières.

3. En 1989, l'ivermectine, un microfilaricide, fut homologué pour le traitement de l'onchocercose, et l'OCP adopta le traitement de masse à l'ivermectine comme sa deuxième stratégie. En 2002, le programme prit fin, ayant atteint son objectif d'élimination de la maladie dans 10 pays (la Sierra Leone étant l'exception, en raison de la guerre civile). L'OCP fut d'un très bon rapport coût-efficacité, à moins d'un dollar par an et par personne protégée, avec un taux de rentabilité économique de 20%<sup>3</sup>.

4. Depuis la fin de l'OCP, le Burkina Faso, le Mali, le Niger et le Sénégal ont réussi à maintenir les acquis du programme. Le risque de cécité due à l'onchocercose chez les enfants nés dans ces pays depuis 1974 a été très faible. Le Burkina Faso, ayant maintenu la surveillance et le contrôle de la transmission, a commencé la production de coton dans les zones libérées de l'onchocercose. Après la clôture de l'OCP, l'OMS créa un centre de surveillance pluripathologique à Ouagadougou pour soutenir les pays dans la surveillance de l'onchocercose.

5. Le Bénin, la Guinée et le Togo maintiennent le contrôle mais leurs bassins hydrographiques nécessitent une surveillance étroite. Des études menées au Ghana semblent indiquer une prévalence de plus en plus élevée de la maladie (8% en 2001 à 27% en 2004 dans certains villages). La même tendance épidémiologique à la hausse a été observée en Côte d'Ivoire, en Guinée-Bissau et en Sierra Leone en raison de la guerre civile. Le Burkina Faso et le Mali sont également susceptibles d'être affectés par une recrudescence en Côte d'Ivoire<sup>4</sup>.

6. En 1995, le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) fut créé pour lutter

---

<sup>1</sup> Remme JHF et al, Tropical diseases targeted for elimination : Chagas disease, lymphatic filariasis, onchocerciasis and leprosy In: Jamison DT et al (eds), *Disease control priorities in developing countries*, 2<sup>nd</sup> edition, New York, Oxford University Press, 2006

<sup>2</sup> Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone, Togo.

<sup>3</sup> Kima A, Benton B, Cost-benefit analysis of the Onchocerciasis Control Programme (OCP). World Bank Technical Paper No. 282, Washington, DC, World Bank, 1995.

<sup>4</sup> Hougard JM et al, Blackfly control: What choices after onchocerciasis? *World Health Forum* 19(3): 281-284, 1998.

contre l'onchocercose dans les pays où la stratégie de l'OCP ne pouvait pas être appliquée pour diverses raisons. L'APOC couvre 19 pays<sup>5</sup> en Afrique.

7. L'objectif de l'APOC est de mettre en place des programmes durables de traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) et, là où cela est possible, éliminer le vecteur en utilisant des méthodes sans danger pour l'environnement. Le programme du TIDC a permis à 117 000 communautés d'assumer la responsabilité de la distribution de l'ivermectine, de décider comment, quand et par qui le traitement serait administré, et de superviser l'exécution du programme.

8. En 2006, plus de 350 000 distributeurs communautaires et 31 000 travailleurs de la santé dans 15 pays ont participé à la distribution de l'ivermectine. En 2005, 40 millions de personnes ont été régulièrement traitées à l'ivermectine (Figure 1) dans 117 000 communautés difficiles d'accès, évitant 740 000 années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) par an au coût de (US \$ 7 par AVAI)<sup>6</sup>. Le TIDC fonctionne de manière efficace dans les zones où la couverture des soins de santé primaires est faible. Les projets progressent de manière satisfaisante dans six pays<sup>7</sup>. Des réservoirs de transmission de l'infection existent toujours dans huit pays<sup>8</sup>. Les simulies ont été éliminées en Guinée Equatoriale et en Ouganda.

**Figure 1: Nombre de personnes traitées à l'ivermectine entre 1997 et 2005**

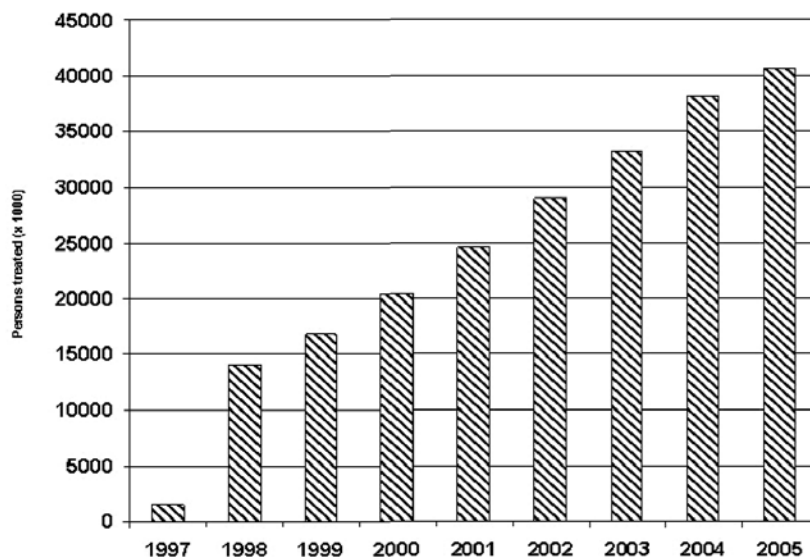
---

<sup>5</sup> Angola, Burundi, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, République du Congo, République Démocratique du Congo, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Gabon, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ouganda.

<sup>6</sup> WHO, *The World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control Progress Report 2006*, Ouagadougou, World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control, 2006.

<sup>7</sup> Cameroun, République du Congo, Ethiopie, Nigéria, Tanzanie, Ouganda.

<sup>8</sup> Angola, Burundi, République Centrafricaine, Tchad, République, Démocratique du Congo, Libéria, Malawi, Sud-Soudan.



9. Le TIDC a démontré son efficacité comme point d'entrée pour une mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions sanitaires<sup>9</sup>, par exemple, la lutte contre la filariose lymphatique et le trachome, ainsi que la distribution de la vitamine A au Nigéria, et la lutte contre la schistosomiase en Ouganda<sup>10</sup>. La mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions sanitaires rend la prestation des services plus acceptable pour les clients, augmente la couverture et facilite les services dans les zones d'insécurité ou à sensibilisation insuffisante.

10. Pour tirer avantage de ces progrès, une réunion spéciale des partenaires a été tenue au Cameroun en 2006 pour examiner les recommandations d'un groupe de travail sur l'avenir de la lutte contre l'onchocercose en Afrique<sup>11</sup>. Après examen, les ministres africains de la santé ont adopté la Déclaration de Yaoundé (Annexe 1), exprimant leur engagement à travailler ensemble pour accélérer l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socio-économique.

11. Le présent document identifie les enjeux et les défis de la lutte contre l'onchocercose pour les pays de la Région Afrique et propose des stratégies spécifiques pour garantir à ces pays un avenir libéré de la cécité des rivières.

<sup>9</sup> Okeibunor JC et al, Additional health and development activities for community-directed distributors of ivermectin: Threat or opportunity for onchocerciasis control? *Tropical Medicine and International Health* 9(8): 887-896, 2004.

<sup>10</sup> Ndyomugenyi R, Kabatereine N, Integrated community-directed treatment for the control of onchocerciasis, schistosomiasis and intestinal helminths infections in Uganda: Advantages and disadvantages, *Tropical Medicine and International Health* 8 (11): 997-1004, 2003.

<sup>11</sup> WHO/APOC, A strategic overview of the future of onchocerciasis control in Africa, WHO/APOC/CSA, August, 2006, Ouagadougou, World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control, 2006.

## ENJEUX ET DÉFIS

12. Les troubles civils et les conflits sont des obstacles à la lutte contre l'onchocercose en Afrique. Des conflits ont touché et touchent encore 3 des 11 pays de l'ex-OCP, et 7 des 19 pays de l'APOC, entravant gravement les efforts de lutte.

13. En raison de la capacité des simules à parcourir de longues distances en vol (jusqu'à 400 kilomètres), les pays ayant des programmes de lutte moins efficaces ou faibles compromettent l'ensemble de l'effort par le risque de réintroduction de mouches infectées dans les pays voisins. La coordination transfrontalière de la lutte contre l'onchocercose constitue également un défi. À l'exception de quelques pays de l'ex-OCP, qui tiennent régulièrement des réunions transfrontalières, l'obtention de financements des gouvernements pour étendre rapidement la coordination a été lente.

14. L'insuffisance de personnel de santé en Afrique est un autre obstacle majeur à la préservation des acquis de la lutte contre l'onchocercose. En raison des fréquentes mutations du personnel et de la pression sur les ressources humaines dans le secteur de la santé, il est difficile de maintenir une expertise locale de l'onchocercose dans les districts sanitaires durement touchés, qui sont souvent les plus défavorisés et les moins pourvus en ressources. L'efficacité des distributeurs communautaires est compromise par le manque de supervision en raison du nombre insuffisant de travailleurs de la santé au niveau des formations sanitaires de première ligne<sup>12</sup>.

15. La co-endémicité de l'onchocercose et de la loase a été observée principalement en Afrique centrale et au Soudan. Des réactions neurologiques secondaires graves, y compris plusieurs décès, ont été signalées chez les personnes lourdement infectées par la loase après un traitement à l'ivermectine. Parmi les 5550 patients traités à l'ivermectine au Cameroun et inclus dans l'étude sur la charge microfilaire de la loase, le risque relatif de présenter une réaction de tout type en cas de microfilarémie de la loase est de un sur 20<sup>13</sup>.

16. La co-endémicité est un obstacle à la mise en œuvre rapide des activités de lutte dans ces pays. Il ya également des implications de temps et des ressources nécessaires pour le renforcement des structures sanitaires périphériques pour la prise en charge efficace des cas de réactions secondaires graves. Pour cette raison, l'Angola, la République Démocratique du Congo et le Sud-Soudan connaissent des retards dans la mise en œuvre de leurs programmes ainsi que dans la réalisation et le maintien d'une couverture élevée du traitement à l'ivermectine.

17. Un autre défi majeur est la pérennisation des activités de lutte. L'évaluation de 48 projets TIDC dans 10 pays montre que 25% des projets ont obtenu un mauvais score sur la participation communautaire et ont été compromis par l'insuffisance du financement du gouvernement et la faiblesse des systèmes de santé du niveau périphérique (sous-districts)<sup>14</sup>.

18. D'autres défis auxquels sont confrontés les programmes de lutte contre l'onchocercose comprennent la concurrence entre les systèmes d'incitation financés de l'extérieur pour diverses maladies dans les mêmes communautés, la motivation des distributeurs communautaires ne bénéficiant pas d'incitations financières, le manque de politiques nationales, et l'effet de

---

<sup>12</sup> WHO, *Report of the external evaluation of APOC*, Ouagadougou, World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control, 2005.

<sup>13</sup> Gardon J et al, Serious reactions after mass treatment of onchocerciasis with ivermectin in an area endemic for Loa loa infection, *The Lancet* 350 (9070): 18-22, 1997.

<sup>14</sup> WHO/APOC, *Integration: A key issue of sustainability in the implementation of community-directed treatment with ivermectin*, Ouagadougou, World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control, 2004.

l'absence d'harmonisation sur la performance des programmes.

19. La mobilisation des ressources pour la lutte contre l'onchocercose est devenue un grand défi, après plus de 30 ans de financement par les donateurs. Les "allocations budgétaires" des pays, le déblocage des fonds pour les projets de distribution de l'ivermectine et la surveillance ont eu une incidence négative sur les taux de couverture et la situation épidémiologique.

20. Un autre défi majeur pour les programmes de lutte contre l'onchocercose est la détermination de quand arrêter le traitement à l'ivermectine (un microfilaricide) ou de trouver un macrofilaricide sûr qui tue ou stérilise le ver femelle adulte<sup>15</sup>. Une étude actuellement en cours dans les pays de l'ex-OCP où le traitement a été administré pendant 18 ans et où l'infection par l'onchocercose a été pratiquement éliminée vise à vérifier si le traitement à l'ivermectine peut être arrêté sans danger (sans recrudescence de la maladie). Les résultats doivent être validés dans des zones ayant différents profils épidémiologiques et entomologiques, notamment dans les sites où le traitement à l'ivermectine a été poursuivi jusqu'à 12 ans.

21. Il y a une grande inquiétude que les bénéfices des investissements dans la lutte contre l'onchocercose par les pays et leurs partenaires au développement, en collaboration avec le programme de donation du médicament (au total 1,5 milliard de dollars US) ne soient perdus. Les défis de la lutte contre l'onchocercose en Afrique, par conséquent, méritent une attention urgente.

## **PROCHAINES ETAPES**

### **Rôle des pays**

22. Les pays sont instamment invités à considérer la lutte contre l'onchocercose comme un problème de développement, en donnant la priorité au financement des activités de lutte sur le budget national. L'appropriation par les pays, la durabilité et la dévolution des activités aux niveaux les plus bas sont les piliers de la réussite et de l'efficacité de la lutte efficace contre l'onchocercose.

23. Les pays endémiques devraient encourager l'approche des soins de santé primaires par la forte participation communautaire; accélérer la pleine intégration des activités de lutte dans le cadre plus élargi du système de santé, et mettre en place des programmes nationaux durables. Les pays sont instamment invités à promouvoir la mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions (distribution de moustiquaires imprégnées pour lutter contre le paludisme, distribution de vitamine A et des médicaments de lutte contre la filariose lymphatique et les helminthes transmis par le sol) par le biais du traitement à l'ivermectine sous directives communautaires. La mise en œuvre conjointe permettra de fournir de manière efficace et intégrée plusieurs prestations de services de santé à de nombreuses populations rurales mal desservies.

24. Les ministères de la santé et les partenaires devraient accorder une attention particulière aux régions sortant d'une situation de conflit et aux zones où l'épidémiologie indique une augmentation de la prévalence de la maladie, où il existe des réservoirs de l'infection, et où il y

---

<sup>15</sup> WHO/APOC, A strategic overview of the future of onchocerciasis control in Africa, WHO/APOC/CSA, August, 2006, Ouagadougou, World Health Organization, African Programme for Onchocerciasis Control, 2006.

a une co-endémicité avec la loase. A cet égard, 13 pays cibles sont particulièrement concernés<sup>16</sup>

25. Les pays devraient organiser d'urgence et financer des réunions transfrontalières, et mettre en place des mécanismes de soutien pour s'occuper de la transmission transfrontalière. Il est urgent que tous les pays renouvèlent leur engagement pour l'intensification et l'uniformisation des efforts de lutte. Les ministères de la santé devraient élaborer des plans stratégiques visant à maintenir au-dessus de 65% la couverture du traitement à l'ivermectine dans les communautés endémiques et non endémiques de même qu'une forte participation communautaire à la collaboration transfrontalière importante pour maîtriser la transmission de l'infection<sup>17</sup>.

26. Les pays endémiques doivent agir conformément à la Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique (annexe 1) et faire des prévisions d'allocations budgétaires annuelles pour les activités de lutte afin d'éviter la perte de près de 30 années d'investissements et d'acquis importants.

27. Les pays doivent mettre en place divers mécanismes et ressources tels que des systèmes efficaces de livraison de l'ivermectine aux formations sanitaires communautaires de première ligne ou points de collecte. Les pays devraient accélérer leurs efforts pour renforcer les structures sanitaires du niveau sous-district (périphérique), y compris les capacités des ressources humaines, afin d'améliorer la durabilité. Ces mesures devraient être prises avant l'expiration de l'appui régional à la lutte contre l'onchocercose afin d'assurer que le soutien à long terme et de faible niveau continue de garantir le maintien des progrès vers l'élimination de la maladie. Les ministères de la santé devraient élaborer des mesures de contrôle et de surveillance et les intégrer à d'autres initiatives de lutte contre les maladies transmissibles afin d'améliorer le rapport coût-efficacité.

### **Rôle des pays et des partenaires**

28. Les pays et les partenaires sont invités à soutenir la recherche visant à déterminer où et quand le traitement à l'ivermectine peut être arrêté dans différents contextes épidémiologiques. L'OMS et ses partenaires doivent continuer à soutenir les institutions de recherche oeuvrant à la découverte d'un macrofilaricide sûr (un médicament qui tue ou stérilise de façon permanente le ver adulte) afin de raccourcir la période de lutte et de parvenir à l'élimination du parasite.

### **Rôle de l'OMS**

29. Des systèmes de surveillance durables sont nécessaires pour répondre aux défis et à la dynamique de l'onchocercose dans tous les pays à risque de recrudescence transfrontalière. Le Centre de Surveillance Pluripathologique doit être doté par l'OMS et les partenaires au développement des moyens de renforcer son rôle d'appui à la mise en place de systèmes nationaux et régionaux de surveillance de l'onchocercose.

30. Le Comité Régional est prié d'examiner et d'adopter le projet de prochaines étapes de la lutte contre l'onchocercose dans la Région Afrique.

---

<sup>16</sup> Angola, Burundi, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Sierra Leone, Soudan.

<sup>17</sup> Remme J et al, Large scale ivermectin distribution and its epidemiological consequences, *Acta Leiden* 59(1-2): 177-191, 1990

## Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique

Nous ministres africains de la santé, donateurs, ONG, Merck, MDP, multinationales et partenaires au développement, prenant part au Sommet Spécial des Partenaires du Programme africain de lutte contre l'Onchocercose tenu à Yaoundé, Cameroun, du 26 au 27 septembre 2006, pour débattre du futur de la cécité des rivières (onchocercose) en Afrique :

- Conscients du fait qu'en dépit des efforts consentis par le Programme africain de lutte contre l'Onchocercose (APOC), et de ceux déployés par son prédécesseur, le Programme de lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP), quelques 120 millions de personnes dans **19** pays sont toujours sous la menace de la cécité des rivières;

- Reconnaissant que l'un des obstacles empêchant la réussite de la lutte contre l'onchocercose est l'impact négatif des conflits dans un certain nombre de pays APOC;

- Reconnaissant que le mouvement des populations humaines et les perturbations sociales et politiques répétées dans la région ont beaucoup favorisé l'augmentation du risque de transmission ou de ré-émergence de l'onchocercose;

- Soucieux du danger que le montant de plus de 1,5 milliards de \$US déjà investi par les donateurs, les pays et leurs partenaires en développement risque d'être une perte;

Comptant sur le leadership d'APOC qui a fait ses preuves en matière de management;

Reconnaissant le fait que l'intégration et l'exécution conjointe du **Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires ( TIDC)** avec d'autres interventions de santé offriront plusieurs avantages aux populations des zones éloignées;

Et conscients du besoin urgent d'un macrofilaricide et de la nécessité de hâter le pas vers l'élimination de **l'onchocercose** dans tous les pays;

1. **EXPRIMONS** notre engagement à oeuvrer ensemble en vue d'accélérer l'élimination dans tous les pays de la cécité des rivières (onchocercose) en tant que problème socio-économique et de santé publique;
2. **RECONNAISSONS** la situation particulière des pays en situation d'après conflit et ceux ayant des poches d'endémicité de loase-onchocercose (ver de l'œil des tropiques « tropical eye worm »), lançons un appel pour l'intensification des activités de lutte et de **surveillance** dans ces pays;
3. **ENTERINONS** les conclusions du Groupe de Travail sur le future d'APOC et ses recommandations relatives à l'extension de la vie d'APOC jusqu'à l'année 2015 pour permettre au Programme de mettre en place des programmes nationaux de TIDC **dans tous les pays endémiques de l'onchocercose**;

## **PROJET DE RÉSOLUTION**

Lutte contre l'onchocercose dans la Région Afrique : SITUATION ACTUELLE ET PROCHAINES ETAPES (document AFR/RC57/5)

### **Le Comité régional,**

Conscient de la contribution du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) au développement économique et à la réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest;

Conscient du risque de résurgence de la maladie en Afrique de l'Ouest;

Préoccupé par le risque de perdre 2,5 milliards de dollars d'investissements, y compris le coût des dons d'ivermectine pour l'élimination de l'onchocercose dans les pays de l'OCP et du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC);

Prenant en compte 30 années d'investissements par les pays touchés de l'ex-OCP, et 10 ans par l'APOC et ses partenaires au développement dans 19 pays situés hors de l'aire d'intervention de l'OCP;

Conscient du fait que la simule a un rayon de vol de plus de 400 km;

Reconnaissant le risque potentiel d'une ré-invasion des pays aujourd'hui libérés de l'onchocercose et où de nombreuses activités de développement économique de production ont commencé;

Se rappelant la Déclaration de Yaoundé demandant d'accélérer la lutte contre l'onchocercose et d'accroître l'engagement financier des pays touchés afin de préserver les acquis déjà réalisés;

Notant que le soutien des donateurs et le Programme APOC cesseront avant ou en 2015;

#### **1. ENGAGE VIVEMENT les États membres concernés:**

(a) à intégrer les activités de lutte contre l'onchocercose dans leurs programmes de développement, leurs Documents Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté, leurs approches sectorielles et leurs mécanismes budgétaires habituels afin d'assurer un financement durable;

(b) à débloquer à temps les fonds du budget national pour accélérer la lutte contre l'onchocercose et maintenir les gains déjà réalisés;

(c) à intensifier les activités transfrontalières afin de renforcer la surveillance et d'éviter les contaminations accidentelles des zones libérées de l'infection;

(d) à intégrer le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires dans leurs systèmes de soins de santé primaires à tous les niveaux, afin de maintenir une couverture élevée du traitement et réduire la prévalence de la maladie;

(e) à envoyer chaque année des statistiques nationales complètes et des rapports au Bureau régional de l'OMS pour un suivi des progrès;

2. PRIE le Directeur régional:

(a) de poursuivre le plaidoyer pour la lutte contre l'onchocercose en vue d'atteindre l'objectif de l'élimination;

(b) de fournir un appui technique aux pays pour l'intégration de la lutte contre l'onchocercose dans leurs systèmes de soins de santé;

(c) de faire rapport au Comité régional en 2008 et tous les deux ans par la suite, sur les progrès réalisés vers l'élimination de la cécité des rivières en Afrique;

(d) de proroger la durée de l'APOC jusqu'en 2015.