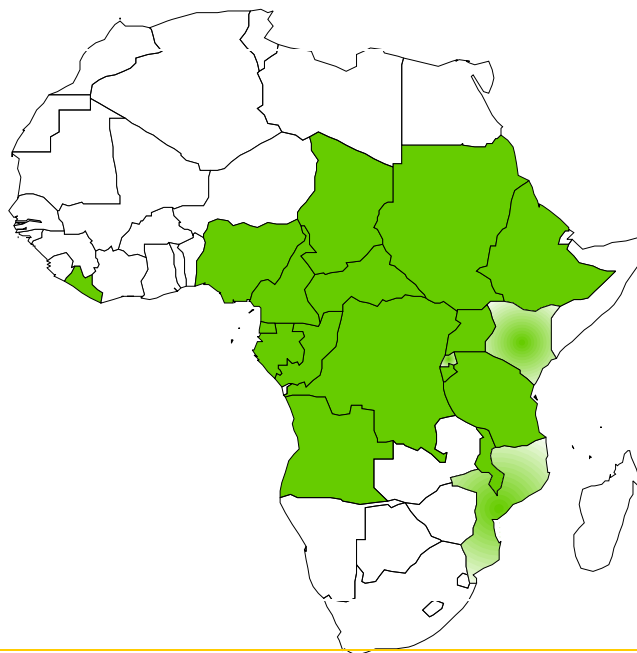


---

**PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE (APOC)**

---



---

**RAPPORT DE LA 37<sup>ème</sup> SESSION DU COMITE CONSULATIF TECHNIQUE (TCC)  
Ouagadougou, 09 – 13 SEPTEMBRE 2013**

---

## TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS/ACRONYMES .....	IV
OUVERTURE : POINT 1 DE L'ORDRE DU JOUR.....	1
ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : POINT 2 DE L'ORDRE DU JOUR.....	2
INFORMATIONS.....	2
QUESTIONS DECOULANT DES 140 <sup>EME</sup> ET 141 <sup>EME</sup> SESSIONS DU CAP : POINT 3 DE L'ORDRE DU JOUR .....	2
CCT: SUIVI DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA TRENTE SIXIEME SESSION : POINT 4 DE L'ORDRE DU JOUR.....	3
QUESTIONS STRATEGIQUES ET TECHNIQUES.....	4
FAISABILITE DE L'ELIMINATION DE L'INFECTION DE L'ONCHOCERCOSE ET DE L'INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION : POINT 5 DE L'ORDRE DU JOUR .....	4
i) Elimination de l'Onchocercose par l'ivermectine en Afrique :.....	4
ii) Etudes entomologiques :.....	6
NOTE CONCEPTUELLE REVISEE POUR LA PERIODE POST 2015 : CONTRIBUTION DU CCT POUR SA FINALISATION : POINT 6 DE L'ORDRE DU JOUR.....	9
RECHERCHE SUR LES NOUVEAUX OUTILS DE CONTROLE ET DE SURVEILLANCE AVEC LA COLLABORATION D' INSTITUTIONS : POINT 7 DE L'ORDRE DU JOUR.....	10
(i) Mise à jour sur la moxidectine et le Profil du Produit Cible pour la fabrication d'un médicament de lutte contre l'onchocercose par le traitement de masse.....	11
(ii) Mise à jour sur le pansement à la DEC et Lohmann .....	11
(iii) Identification des marqueurs pour réponse suboptimale d'O. volvulus à l'ivermectine et élaboration d'un outil par les Programmes nationaux de lutte pour le suivi de l'émergence d'O. volvulus avec réponse suboptimale .....	11
RAPPORT SUR LA REUNION DES EXPERTS DU MECTIZAN : POINT 8 DE L'ORDRE DU JOUR.....	11
PROTOCOLE POUR L'ETUDE MULTI-PAYS SUR L' AUTOMONITORAGE COMMUNAUTAIRE (AMC) : POINT 9 DE L'ORDRE DU JOUR.....	14
PROTOCOLE POUR LE MONITORAGE INDEPENDENT DE LA COUVERTURE DE TRAITEMENT DES PROJETS TIDC : POINT 10 DE L'ORDRE DU JOUR .....	15
DECLARATION DES CONSEILLERS TECHNIQUES DE L' APOC : POINT 11 DE L'ORDRE DU JOUR .....	16
EXAMEN DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE, Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE : POINT 12 DE L'ORDRE DU JOUR .....	17
Reuves:.....	18
GESTION DU FONDS FIDUCIAIRE DE L' APOC .....	18
RAPPORT SUR LA GESTION FINANCIERE DES PROJETS FINANCES PAR APOC : POINT 13 DE L'ORDRE DU JOUR..	18
RAPPORT SUR LA REVUE PAR LE MANAGEMENT DE L' APOC DU CONTENU FINANCIER DES RAPPORTS D' ACTIVITES DES 1ERE, 2EME, 3EME, 4EME, 5EME, 6EME, 7EME, 8EME, 9EME, 10EME, 11EME, 12EME, 13EME ET 14EME ANNEES COMME INTRODUCTION A L'EXERCICE DE REVUE : POINT 14 DE L'ORDRE DU JOUR .....	19
REVUE DES RAPPORTS TECHNIQUES ANNUELS DES 1ERE, 2EME, 3EME, 4EME, 5EME, 6EME, 7EME, 8EME, 9EME, 10EME, 11EME, 12EME, 13EME, 14EME ET 15EME ANNEES : POINT 15 DE L'ORDRE DU JOUR .....	20
<b>ANGOLA</b> .....	20
<i>PROJET TIDC D'UIGE : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 2<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	20
<i>GTNO/ANGOLA: RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 9<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	20

<b>COTE D'IVOIRE</b> .....	21
<i>PROJET TIDC DE COTE D'IVOIRE (COMOE, BANDAMA, SASSANDRA, CAVALLY ET LEURS AFFLUENTS) : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 5<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	21
<b>REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO</b> .....	22
<i>PROJET TIDC D'ITURI NORD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 6<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	22
<i>PROJET TIDC D'ITURU SUD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 1<sup>ERE</sup> ANNEE</i> .....	22
<i>PROJET TIDC DE LUBUTU : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 6<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	23
<i>PROJET TIDC DE MASISI WALIKALE : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 6<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	23
<b>GHANA</b> .....	24
<i>PROJET TIDC DU GHANA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 6<sup>EME</sup> ANNEE (RESOUMISSION)</i> .....	24
<b>NIGERIA</b> .....	25
<i>SECRETARIAT DU GTNO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 15<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	25
<b>SIERRA LEONE</b> .....	25
<i>PROJET TIDC DE SIERRA LEONE : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 5<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	25
<b>SOUDAN DU SUD</b> .....	26
<i>SECRETARIAT DU GTNO DU SOUDAN DU SUD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	26
<i>PROJET TIDC D'EAST EQUATORIA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 6<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	26
<b>TANZANIE</b> .....	27
<i>SECRETARIAT DU GTNO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 14<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	27
<b>OUGANDA</b> .....	28
<i>PHASE 5 (KITGUM &amp;PADER) : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 2<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	28
<i>REVUES EN LIGNE</i> .....	28
<b>ANGOLA</b> .....	28
<i>PROJET TIDC DE LUNDA SUL : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE (RESOUMISSION)</i> .....	28
<i>PROJET TIDC DE LUNDA SUL : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	29
<b>CONGO</b> .....	30
<i>PROJET TIDC DU CONGO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 12<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	30
<i>PROJET TIDC CONGO EXTENSION : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 9<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	30
<b>REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO</b> .....	31
<i>PROJET TIDC DE BANDUNDU : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 10<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	31
<i>PROJET TIDC DU BAS CONGO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	32
<i>PROJET TIDC DE L'EQUATEUR KIRI : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	32
<i>PROJET TIDC DU KASAÏ : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 12<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	33
<i>PROJET TIDC DE KATANGA SUD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	34
<i>PROJET TIDC DE MONGALA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	34
<i>PROJET TIDC DE SANKURU : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 9<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	35
<i>PROJET TIDC DE RUTSURU-GOMA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	35
<i>PROJET TIDC DE TSHUAPA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	36
<i>PROJET TIDC DE TSHOPO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 9<sup>EME</sup> ANNEE</i> .....	37

<i>PROJET TIDC D'UBANGI-NORD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	38
<i>PROJET TIDC D'UBANGI-SUD : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	38
<i>PROJET TIDC DU UELE : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 10<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	39
<b>LIBERIA.....</b>	40
<i>PROJET TIDC DU SUD –EST : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE (RESOUMISSION).....</i>	40
<i>PROJET TIDC DU NORD-OUEST : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 11<sup>EME</sup> ANNEE (RESOUMISSION).....</i>	40
<b>SOUDAN DU SUD.....</b>	41
<i>PROJET TIDC D'EST BAHR EL GHAZAL : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	41
<i>PROJET TIDC D'EST EQUATORIA: RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	41
<i>PROJET TIDC DU HAUT NIL : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	42
<i>PROJET TIDC DE L'OUEST BAHR EL GHAZAL : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 7<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	43
<i>PROJET TIDC D'OUEST EQUATORIA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	43
<b>TANZANIE.....</b>	44
<i>PROJET TIDC DE KILOSA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 10<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	44
<i>PROJET TIDC DE MOROGORO : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	44
<i>PROJET TIDC DE RUVUMA : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 13<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	45
<i>PROJET TIDC DE TUNDURU : RAPPORT TECHNIQUE ANNUEL DE LA 8<sup>EME</sup> ANNEE.....</i>	46
<b>RAPPORTS DES COMITES TECHNIQUES DE REVUE : POINT 16 DE L'ORDRE DU JOUR.....</b>	46
<b>CAMEROUN.....</b>	46
<b>MALAWI.....</b>	48
<b>NIGERIA.....</b>	51
<b>UGANDA.....</b>	53
<b>DATE ET LIEU DE LA TRENTE HUITIEME ET DE LA TRENTE NEUVIEME SESSIONS DU CCT : POINT 18 DE L'ORDRE DU JOUR.....</b>	54
<b>CLOTURE DE LA SESSION : POINT 20 DE L'ORDRE DU JOUR.....</b>	54
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANT(ES).....</b>	55
<b>ANNEXE 2 : ORDRE DU JOUR DU CCT37.....</b>	59
<b>ANNEXE 3 : SUIVI DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA LA 37<sup>EME</sup> SESSION DU CCT.....</b>	61

## ABREVIATIONS/ACRONYMS

AMC	Auto monitoring communautaire
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
AS	Agent de santé
AWOL	Anti-Wolbachia
BAD	Banque africaine de développement
CAP	Connaissance, Aptitude et Pratique
CCT	Comité consultatif technique (APOC)
CMFL	Charge microfiliaire communautaire
CSPL	Centre de santé de première ligne
DC	Distributeur/Distributrice communautaire
DEC	Diethylcarbamazine
DMM	Distribution de masse des médicaments
DOLF	Death to Onchocerciasis and Lymphatic Filariasis
ESG	Effets secondaires graves
ESPM	Education pour la santé, Sensibilisation, Plaidoyer, Mobilisation
FAC	Forum d'action commune
FL	Filariose lymphatique
GPELF	Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique
GTNO	Groupe de travail national de lutte contre l'onchocercose
HKI	Helen Keller International
HQ	Siège
IDC	Intervention sous directives communautaires
IEC	Information, Education, Communication
LGA	Aire administrative du gouvernement local (Nigeria)
LTS	Lohmann Therapy Systems
MDP	Mectizan® Donation Program
MF	Microfiliaire
MPI	Monitoring Participatif Indépendant
MS	Ministère de la santé
MSBS	Ministère de la santé et du Bien être Social
MTN	Maladies tropicales négligées
OAT	Objectif annuel de traitement
OBC	Organisation à base communautaire
OMS/AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

OMS/MTN	Maladies tropicales négligées – Département au sein du cluster Maladies transmissibles (OMS/MTN)
ONGD	Organisation non gouvernementale de développement
OUT	Objectif ultime de traitement
PAB	Plan d'Action et Budget
PNLO	Programme National de lutte contre l'onchocercose
RAPLOA	Procédé d'évaluation rapide de la loase
RH	Ressources Humaines
RPP	Réunion des parties prenantes
RPRG	Groupe d'examen des programmes régionaux (FL)
SCI	Initiatives spéciales lancées dans les pays
SS	Sightsavers
SSP	Soins de santé primaires
TAS	Enquête d'évaluation de la transmission(FL)
TCP	Traitement à chimiothérapie préventive
TIDC	Traitement à l'ivermectine sous directives communatiales
VAS	Supplémentation en Vitamine A

## **OUVERTURE : Point 1 de l'ordre du jour**

1. Le nouveau Directeur de l'APOC, le Dr Jean-Baptiste ROUNGOU a souhaité la bienvenue aux participants de la 37<sup>e</sup> session du CCT. Il a exprimé ses remerciements aux membres du CCT pour leur présence à la session malgré leurs calendriers chargés et a indiqué qu'APOC se trouve à un tournant de l'histoire depuis la décision du FAC 17 de passer du contrôle à l'élimination de l'onchocercose ; une décision qui comporte des implications et des défis importants qui sont entre autres ce qui suit :

- (i) L'objectif de l'élimination implique un changement au niveau du volume de travail; ce qui nécessite une prise en charge des zones hypo-endémiques. Une note conceptuelle préparée par le Management de l'APOC sur comment aborder la question des zones hypo-endémiques est soumise au CCT pour examen. L'objectif est de préparer un projet de proposition pour la mobilisation des ressources ;
- (ii) Le TIDC sera maintenu comme stratégie principale, mais des stratégies alternatives seront examinées pour accélérer l'objectif de l'élimination. Un projet de document contenant des stratégies supplémentaires efficaces sera soumis à la prochaine réunion du CCT pour examen;
- (iii) Un cycle de traitement biennuel sera mise en oeuvre pour accélérer l'élimination dans les zones à problèmes avec un bon rapport coût-efficacité, le cas échéant ;
- (iv) Pour répondre aux préoccupations légitimes des donateurs liées à la mauvaise performance des projets, il est nécessaire de mener une étude minutieuse et d'y apporter des solutions ;
- (v) Une plus grande attention sera accordée à des interventions entomologiques appropriées ;
- (vi) La nécessité de renforcer les capacités en matière de recherche au niveau des pays. La stratégie de l'ex-OCP sera adoptée pour la publication des données disponibles, en associant les scientifiques et les chercheurs des universités à la rédaction des publications ;
- (vii) Pendant la période transitoire, il sera nécessaire de réviser les limites des projets TIDC pour s'assurer que qu'elles couvrent toutes les zones ainsi que décidé par la 63<sup>e</sup> session du Comité Régional, à savoir, qu'APOC devra élargir son champ d'action en incluant la FL et apporter son soutien à la lutte contre les autres MTN –CP ;
- (viii) La nécessité d'accorder un soutien technique efficace à des pays aussi grands que le Nigeria, la RDC, l'Ethiopie, l'Angola et la Tanzanie.

2. Il a assuré le comité de sa disponibilité et de sa volonté d'être à l'écoute de leurs points de vue et suggestions pour permettre au programme d'aller de l'avant. Il a souhaité plein succès aux travaux du CCT.

3. Le Président du CCT a souhaité la bienvenue au nouveau Directeur qui, a-t-il dit, n'est pas un étranger par rapport au Programme. Il a souhaité qu'APOC continue de progresser vers l'élimination et qu'un changement effectif voie le jour. Il a également souhaité la bienvenue aux membres du CCT, aux conseillers et aux représentants des CTR du Cameroun, du Malawi, du Nigeria et de l'Ouganda.

4. Cette allocution a été suivie d'un briefing par un responsable de la sécurité sur la situation sécuritaire au Burkina Faso en général et à Ouagadougou en particulier. En somme, Ouagadougou ne présente pas de danger, en dehors des vols à la tire que l'on retrouve dans les grandes villes.

5. Il s'en est suivi la présentation des participants dont la liste se trouve en annexe 1.

## **ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 2 de l'ordre du jour**

6. L'ordre du jour provisoire a été adopté, y compris les deux points suivants inclus au niveau de la présentation du MDP sur la réunion du Comité d'Experts du Mectizan :

- (i) "Comblers les lacunes", Recherche opérationnelle sur les MTN, subventions de recherche sur les MTN financée par la Fondation Bill et Melinda Gates ;
- (ii) Evaluation de la situation de la FL dans les zones où se fait la distribution de l'ivermectine contre l'onchocercose, recherche opérationnelle du Centre américain pour le contrôle et la prévention de la maladie.

7. L'ordre du jour final se trouve en annexe 2.

## **INFORMATIONS**

### **QUESTIONS DECOULANT DES 140<sup>ème</sup> et 141<sup>ème</sup> SESSIONS DU CAP : Point 3 de l'ordre du jour .**

8. Le Dr Roungou, Directeur d'APOC a fait la présentation des questions découlant des 140<sup>ème</sup> et 141<sup>ème</sup> sessions du CAP. Dans sa présentation, il a mis en exergue six grands points :

- (i) La Note conceptuelle: Ainsi que l'a demandé le FAC18 et accepté par le CAP 140, le projet d'une Note conceptuelle contenant quatre scénarios a été élaboré par APOC et discuté au cours de 141<sup>ème</sup> session du CAP élargie aux pays, donateurs, ONGD et à d'autres partenaires en Tunisie. Le CAP 141 a convenu qu'une Note conceptuelle révisée soit rédigée sur la base du scénario 2 révisé.
- (ii) Le Plan Stratégique: Sur la base de la Note conceptuelle, le CAP 141 a demandé à APOC d'élaborer un Plan Stratégique pour la période 2016-2025. Une équipe de consultants a été désignée pour la rédaction du plan qui sera soumis au CAP 142 qui aura lieu à Paris.
- (iii) Evaluation Externe des structures du Programme et de sa gestion: L'évaluation externe s'intéressera à la perception négative que certains partenaires ont de l'APOC, particulièrement du personnel et de l'organisation des réunions statutaires. Les TdR ont été ventilés et les consultants qui seront recrutés prendront part au prochain FAC afin de bien s'approprier le concept avant l'évaluation en 2014 dont les résultats seront présentés au FAC20 en décembre 2014.
- (iv) Evaluation des contributions des gouvernements: Un outil a été développé et fera l'objet d'un prétest dans certains pays. Le pilotage du prétest en cours dans quelques pays. L'outil sera présenté au FAC 19 pour obtenir l'autorisation du FAC en vue de la poursuite des essais afin de collecter suffisamment de données pour s'assurer que des données de base fiables sur les contributions des gouvernements sont disponibles en vue d'évaluer ultérieurement les contributions des gouvernements.
- (v) Evaluations épidémiologiques: L'objectif consistait à rechercher comment les évaluations épidémiologiques qui seront conduites contribueront à définir les limites du traitement. Un plus grand nombre d'évaluations entomologiques devrait également être réalisé.



- (vi) Inquiétudes sur le financement du Programme: Des inquiétudes ont été exprimées concernant le déficit dans le financement du Programme qui est présentement mis en œuvre avec un budget réduit destiné au contrôle de l'onchocercose. Le Dr Rongou a informé le CCT qu'un écrit de propositions sera fait pour la mobilisation des ressources.

### **Commentaires du CCT**

9. Le CCT a remercié le Dr Rongou pour la clarté de sa présentation. Le comité s'est réjoui du fait qu'APOC prendra en charge la FL et contribuera à la lutte contre les MTN-CP et a souhaité que la prise en charge de la morbidité de la FL soit prise en compte. Le comité a salué la composition de l'équipe qui est chargée de rédiger le Plan d'action stratégique et budget mais a fait remarquer que l'équipe avait besoin d'un spécialiste doté d'une grande expérience de l'Onchocercose. Le CCT a souligné l'importance de procéder à l'Evaluation Externe du Management de l'APOC et de disposer des résultats de l'évaluation des contributions des gouvernements avant la rédaction du Plan d'Action Stratégique et Budget. Le CCT a également observé que l'objectif du nouvel APOC se situe en 2025 alors que l'objectif de l'OMS/AFRO/MTN vise 2020.

10. Des assurances ont été données au comité quant à la prise en charge de la morbidité qui est prise en compte depuis qu'il a été indiqué qu'APOC devra inclure la FL et que l'objectif 2020 pour les MTN était fixé sur la base de la feuille de route régionale et la Déclaration de Londres, alors que 2025 avait été retenu sur la base de conseils prodigués par les expert du CCT. Le comité a été informé que les données des évaluations épidémiologiques appartiennent aux pays et devront être envoyées aux pays, tout en renforçant les capacités des pays à gérer ces données. Toute demande relative à ces données devrait être adressée aux pays qui se chargeront de les communiquer selon leur gré.

### **CCT : SUIVI DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA TRENTE SIXIEME SESSION : Point 4 de l'ordre du jour**

11. Le Dr Yaméogo a présenté une synthèse de la situation de mise en oeuvre des recommandations du CCT36. La totalité du texte se trouve en annexe 3.

12. Le CCT a félicité le Management d'APOC pour la présentation détaillée et les mesures prises. Toutefois, compte tenu des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des recommandations en Angola et du fait qu'il s'agit d'un problème récurrent, le comité a formulé les suggestions suivantes:

- (i) Il faudrait contacter le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique afin d'obtenir son assistance en vue de supprimer le goulot d'étranglement qui entrave la mise en œuvre des activités en Angola ;
- (ii) Le Management d'APOC doit continuer à travailler avec le Représentant de l'OMS et d'autres partenaires au niveau du pays pour clairement plaider en faveur de cette mise en oeuvre.

13. En ce qui concerne la participation des pays au FAC19, le CCT a été informé que des réunions de sensibilisation ont eu lieu avec les ministres de la Guinée Equatoriale, du Tchad, de l'Angola, du Congo et de la RDC, non seulement pour plaider pour leur participation, mais aussi pour leur demander d'apporter leurs contributions au Fonds fiduciaire de l'APOC. Lors de ces réunions, le Nigeria a été cité comme exemple de pays membres qui apporte ses contributions au Fonds fiduciaire.

14. Le CCT a suggéré qu'un document d'information d'une page sur APOC, le FAC19 et l'élimination de l'onchocercose et d'autres MTN-CP soit préparé et adressé aux ministres de la Santé en même temps que la lettre d'invitation. Cela devrait se faire par les représentants de l'OMS dans les pays, et de préférence par le Directeur Régional de l'OMS, leur demandant d'encourager la participation active des ministres. Une lettre du Directeur Régional au Secrétaire Permanent de l'Union Africaine adressée aux ministres de la Santé serait également d'une importance capitale. Le MDP est prêt à faciliter la participation de certains ministres des pays confrontés à des difficultés.

## QUESTIONS STRATEGIQUES ET TECHNIQUES

### FAISABILITE DE L'ELIMINATION DE L'INFECTION DE L'ONCHOCERCOSE ET DE L'INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION : Point 5 de l'ordre du jour

#### i) Elimination de l'Onchocercose par l'ivermectine en Afrique :

- a) *Mise à jour sur les pays endémiques – Résultats des évaluations épidémiologiques : Tchad, Bénin, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Mali, Niger et Togo*

15. Depuis décembre 2012, des évaluations épidémiologiques ont été menées dans sept pays, à savoir le Tchad, le Bénin, la Guinée Equatoriale, l'Ethiopie, le Mali, le Niger et le Togo. Les données du Bénin et du Mali ne sont pas encore disponibles pour traitement à Ouagadougou. Une évaluation épidémiologique a été prévue pour mars 2013 dans des villages sélectionnés au Togo. Dans l'ensemble, des évaluations épidémiologiques ont été réalisées dans 119 villages répartis dans cinq pays (Tchad, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Niger et Togo). Au total, 30 808 personnes ont été examinées dont 97 porteurs de microfilaries de l'onchocercose (mf) ; ce qui correspond à une prévalence de 0,31%, variant entre 0,00% et 5,53%.

#### **Commentaires du CCT**

16. Le comité a remercié le Dr Noma pour la présentation et a noté avec satisfaction les résultats prometteurs au Tchad sur la base d'une requête formulée par APOC, demandant l'examen du processus de mise en œuvre de la phase 1a (10 villages), à savoir une évaluation en vue de déterminer la tendance vers l'élimination de l'infection de l'onchocercose et celle de la phase 1b (20 villages) en vue de confirmer que le point de rupture a été atteint et que le traitement à l'ivermectine peut être arrêté en toute sécurité. Un sous-comité mis en place a recommandé de continuer à utiliser le protocole existant et a décidé de permettre à APOC de procéder à l'échantillonnage au niveau de la phase 1a d'au moins 30 villages pour permettre le démarrage à temps de l'évaluation entomologique lorsque les résultats de l'évaluation parasitologique indiquent une tendance vers l'élimination de l'infection de l'onchocercose.

17. Le CCT a été informé que, sous la pression de certaines ONGD, certains pays ont procédé à l'arrêt du traitement. Il s'agit notamment de l'Ouganda, du Soudan et du Plateau de Nassarawa au Nigeria. Le comité a rappelé les différentes étapes à observer dans le cadre de l'arrêt du traitement et a noté que, dans le cadre du partenariat, une coordination efficace devrait exister entre les parties prenantes en ce qui concerne la décision d'arrêter le traitement, étant donné qu'APOC a investi beaucoup d'argent dans les activités TIDC; Le CCT, en tant qu'entité technique, doit être consulté sur toute décision concernant l'arrêt du traitement.

18. Le Comité a encouragé APOC à accroître le nombre d'experts nationaux pour renforcer les capacités au niveau des pays pour la mise en œuvre des évaluations épidémiologiques et entomologiques.

- b) *Délimitation des zones de traitement*

19. Une mise à jour sur la délimitation des zones de traitement a été présentée par M. Zouré. Avec le passage du contrôle à l'élimination, APOC s'est lancé dans la collecte de données de base supplémentaires en vue de décider s'il convient d'étendre le traitement pour l'élimination de l'onchocercose dans les zones précédemment déclarées hypo-endémiques (prévalence de nodules <20%) lorsque l'objectif était la lutte contre l'onchocercose. La collecte des données a été effectuée au moyen d'enquêtes intégrées qui comprennent la biopsie cutanée pour la détection de microfilaries de *Onchocerca volvulus*, la palpation des nodules pour la détection de nodules de l'onchocercose et la méthode de la goutte épaisse pour la détection de microfilaries *loa loa*

20. Neuf pays ont été identifiés pour des enquêtes (Burundi, Cameroun, RCA, Tchad, RDC, Guinée Equatoriale, Éthiopie, Mozambique et Nigéria). Des enquêtes ont été menées au Burundi (20 villages), au Cameroun (22 villages dans les régions du Littoral et du Sud) et au Tchad (23 villages). Les enquêtes seront achevées en Guinée Equatoriale et au Cameroun (régions du Centre et de l'Est) en novembre 2013. Les cinq autres pays seront couverts en 2014.

21. Au Cameroun, la prévalence standardisée des microfilaries de *Onchocerca volvulus* variait entre 0% et 4,8% dans la région Sud et entre 0,7% et 10,8% dans la région du Littoral. Le village avec 10,8% de prévalence est situé dans le district sanitaire d'Edea où la carte krigging du REMO a estimé la prévalence des nodules entre 15% et 20%. Le traitement de l'onchocercose peut être indiquée dans la région du Littoral dans les zones où la carte krigging du REMO estime que les microfilaries de *Onchocerca volvulus* sont supérieures à 10% (dans le district de santé d'Edéa en particulier). Cependant, l'évaluation entomologique est utile pour confirmer la source de l'infection. La filariose lymphatique est endémique dans la région du Littoral et la distribution de l'albendazole et de l'ivermectine aurait été indiquée si la prévalence de la loase n'était pas élevée. Il n'est pas nécessaire d'étendre le traitement dans la région du Sud.

22. Au Tchad, seulement 2 villages sur les 23 avaient des personnes avec des microfilaries de *Onchocerca volvulus*; une personne dans chacun des deux villages était positive. La prévalence standardisée de microfilaries dans tous les villages est restée au niveau 0. Il n'est pas nécessaire d'étendre le traitement. Cependant, des villages supplémentaires devraient être sélectionnés et interrogés dans les districts de Benoye, Deresia, Laï, Bohobe et Bou Kebir au cours des prochaines évaluations épidémiologiques de la phase 1a et de la phase 1b.

23. Au Burundi, seulement 2 villages sur 20 avaient chacun une personne avec des microfilaries de *Onchocerca volvulus*. La prévalence standardisée de microfilaries dans les deux villages étaient de 0,2% et 0,3%. L'extension du traitement n'est pas nécessaire, mais les prochaines enquêtes épidémiologiques de la phase 1a devraient inclure certains villages sélectionnés en dehors de la zone actuelle de traitement à l'ivermectine située aux frontières des projets TIDC de Bururi et de Rutana .

24. Les données sur la palpation de nodules recueillies au cours des enquêtes ont été brièvement présentées, alors que l'analyse approfondie reste encore à faire et à être présentée au CCT38. La lecture des examens de la goutte épaisse collectés au Cameroun et au Tchad concernant l'infection à *loa loa* est toujours en cours.

### **Commentaires du CCT**

25. Le CCT a félicité le Management d'APOC pour l'exercice et a fait observer que la présentation a fourni des informations nécessaires pour clarifier la question des zones hypo-endémiques et qu'il est important de préciser si ces zones étaient hypo-endémiques avant ou après le traitement. Toutefois, la distribution de l'ivermectine ne doit pas être effectuée dans les zones hypo-endémiques à la loase. Dans ces zones, la doxycycline pourrait être utilisée sur la base d'essai et traitement. Le comité a également noté que la prévalence de nodules au Burundi était très élevée et n'était pas en phase avec les données de prévalence de microfilaries. Il est nécessaire de veiller à ce que le procédé de palpation de nodules soit normalisé.

26. Le comité a reconnu que les paramètres entomologiques, notamment la cartographie des gîtes de reproduction des vecteurs, sont importants dans la délimitation des zones de traitement à travers la sélection de villages de première ligne pour des enquêtes parasitologiques

27. En ce qui concerne la requête du MDP de disposer de données épidémiologiques, y compris les données RAPLOA, de pas plus de cinq ans, il a été noté que les données RAPLOA dans tous les pays ont moins de cinq ans, étant donné que l'exercice a été réalisé dans les pays entre 2009 et 2011, y compris les zones où la distribution de l'ivermectine n'était pas en cours.

c) *Note conceptuelle sur l'Élimination de l'onchocercose dans toutes les zones hypo-endémiques d'ici 2020.*

28. Le Dr Afework a présenté une note conceptuelle sur l'élimination de l'onchocercose d'ici 2020 dans toutes les zones hypo endémiques en vue de recueillir les commentaires du CCT.

29. Suite à la décision du FAC de passer du contrôle à l'élimination de l'onchocercose en Afrique, il a été souligné la nécessité de mettre sous traitement les zones hypo endémiques qui avaient été ciblées pour la DMM. Le Management d'APOC a pris l'initiative en juin 2013 d'élaborer une note conceptuelle pour l'élimination de l'onchocercose dans les zones hypo endémiques en Afrique d'ici 2020, avec comme objectif la préparation d'une proposition pour la mobilisation des ressources en vue d'accélérer l'élimination de l'onchocercose dans lesdites zones. Les aspects suivants ont été soulignés par la présentation: (i) le contexte et la justification de l'initiative, (ii) le fardeau et l'ampleur de l'onchocercose dans les zones hypoendémiques, (iii) la preuve de l'élimination de l'onchocercose sur la base de la modélisation et des observations empiriques, (iv) les défis et opportunités. Le projet vise le traitement à l'ivermectine de 25 millions de personnes dans les pays membres de l'APOC (24,5 millions) et dans les pays de l'ex-OCP (0,5 million). Le Dr Afework a également souligné l'importance de la collaboration avec le programme FL en Afrique, étant donné que les deux maladies sont co-endémiques, y compris dans les zones hypo endémiques. Parmi les défis les plus importants soulignés il y a l'examen des zones ciblées pour la distribution de masse des médicaments et la délimitation des zones de transmission, la mise en place de nouveaux programmes dans les nouvelles zones, l'observance de la prise de médicaments par les communautés, la co-endémicité avec la loase, les questions transfrontalières et le lien avec le programme FL. Il a aussi indiqué qu'APOC avait déjà commencé les activités de délimitation et qu'une cartographie partielle avait été achevée au Burundi, au Tchad et au Cameroun. La présentation a également porté sur les objectifs, les stratégies et les importantes activités ainsi que les besoins financiers requis à titre indicatif. Une fois la note conceptuelle finalisée après avoir reçu les contributions du CCT et des experts, l'étape suivante consiste à préparer un plan d'action et budget détaillé.

**Commentaires du CCT :**

30. Le CCT a remercié le Dr Afework pour sa présentation et a demandé que la note conceptuelle soit en harmonie avec la note conceptuelle concernant l'avenir de l'APOC en cours de discussion. Le CCT a fait observer que la note conceptuelle avait besoin d'être revue en y ajoutant des informations supplémentaires pour expliquer pourquoi les zones hypoendémiques ont été retenues pour le traitement avec une méthodologie précise pour les années 2014 et 2015, alors que la note conceptuelle sur l'avenir de l'APOC couvre la période 2016-2025. Il faut préciser au niveau de la note conceptuelle que les zones hypo endémiques sont celles qui existaient quand APOC a commencé ses activités il y a 18 ans.

31. Le CCT a ensuite noté qu'il était nécessaire d'initier des activités dans les zones hypo endémiques de maintenant à 2015, période après laquelle toutes les activités de l'élimination seront entreprises à travers la stratégie de l'élimination de 2016 à 2025. Deux activités seront entreprises au cours de cette période : (i) l'utilisation de l'algorithme existant pour la délimitation des zones hypo endémiques ainsi que la mise en œuvre des interventions dans les zones où le traitement n'a pas eu lieu, et (ii) l'identification des gîtes larvaires dans les zones hypo endémiques.

**ii) Etudes entomologiques :**

a) *Mise à jour sur la délimitation des zones de transmission*

32. Le Professeur Boakye a fourni au CCT des informations actualisées sur la délimitation des zones de transmission par l'identification des espèces de vecteurs dans le cadre de l'élimination de l'onchocercose. Le rapport indique que l'utilisation de la cytotaxonomie pour la délimitation des zones de transmission est un processus à trois étapes.

33. La première activité rapportée est relative à l'échantillonnage des larves des membres du complexe *Simulium damnosum*. Il a été indiqué que la sélection des pays et des sites pour

l'organisation des activités se faisait en concertation avec l'unité EVE pour prendre en compte les résultats épidémiologiques. Les pays sélectionnés étaient l'Ethiopie, la RDC, le Soudan, le Soudan du Sud, le Burundi et le Congo. Le nombre de candidats sélectionnés au niveau des pays a été indiqué. Du fait de la superposition de certaines activités concernant l'évaluation de la transmission et la délimitation des zones de transmission, particulièrement l'identification des gîtes larvaires, ces activités sont en train d'être planifiées d'une manière conjointe. L'échantillonnage a été effectué jusqu'à présent au Tchad, au Congo, en Côte d'Ivoire et dans sept Etats du Nigeria et des échantillons ont été reçus au niveau d'APOC. L'échantillonnage est présentement programmé pour l'Ethiopie, la RDC, le Soudan, le Soudan du Sud, le Burundi et la région nord du Cameroun.

34. Les deuxième et troisième étapes du processus de délimitation des zones de transmission en utilisant la cytotaxonomie étaient l'identification des échantillons collectés et leur analyse ainsi que la production des cartes (distribution des espèces et zone de délimitation). Des identifications ont été faites pendant les saisons sèche et pluvieuse dans 3 régions du Cameroun, pendant la saison pluvieuse dans 3 Etats et pendant la saison sèche dans 1 Etat du Nigeria. Des échantillons ont été collectés pendant la saison sèche au Tchad et en République Centrafricaine ainsi qu'au cours d'une étude spéciale (test d'insecticide) menée au Togo. A partir des résultats de ces identifications, l'analyse des fréquences d'inversion a été utilisée pour déterminer les zones actuelles de délimitation entre le Cameroun, le Tchad, la RCA et le Nigeria en ce qui concerne *S. damnosum s.s.*, *S. mengense* et *S. squamosum*.

35. Sur la base de l'analyse, une zone de transmission par *S. damnosum s.s.*, qui couvre la région nord du Cameroun et du Tchad et qui descend légèrement au niveau de la République Centrafricaine a été décrite. Des données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les limites au sud du Cameroun, étant donné qu'il n'y a pas eu d'échantillonnage dans la région de l'Adamaoua. Il a été mentionné qu'il se pourrait qu'il y ait plus d'une zone de transmission concernant cette espèce au Nigeria.

36. *S. mengense* a deux formes de croisement limitées seulement à certains fleuves dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest du Cameroun et pourrait être un important vecteur en ce qui concerne la transmission locale.

37. *S. squamosum* est largement répandu dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest du Cameroun, en RCA et au Nigeria mais semble être composé de populations locales à travers son aire de répartition même à l'intérieur d'un pays.

38. Des informations ont été données au CCT concernant les progrès réalisés sur les marqueurs moléculaires pour la cartographie de la migration des vecteurs dans le cadre de l'élimination de l'onchocercose: deux stratégies poursuivies en cours sont : (1) la construction d'un laboratoire d'ADN renforcé et le criblage en utilisant un groupe de populations (larvaires) d'espèces variées de mouches vectrices en vue de rechercher des marqueurs micro-satellites avec des niveaux suffisants de variation et (2) le criblage de séquences de gènes à partir du Projet Génome simuliidien pour les bio marqueurs en vue de l'identification d'espèces apparentées adultes ou marqueurs de populations de la migration des vecteurs . En vue de développer des marqueurs micro-satellites, des échantillons doivent être envoyés au Professeur Rory Post en octobre 2013. Des progrès réalisés dans le Projet Génome Simuliidien ont été présentés au CCT. Il y a eu un premier séquençage de trois espèces qui sont *S. squamosum* (par le Prof. Rory Prost) puis *S. thyoilense* et *S. yahense* (par APOC) Il a été également demandé au Centre du Génome à l'Université Baylor, financé par l'Institut National de Recherche sur le Génome humain, d'entreprendre un séquençage complet du génome et des transcriptomes (séquençage ARNm) de plusieurs importants vecteurs de l'onchocercose.

#### **Commentaires du CCT :**

39. Le CCT a félicité le Professeur Boakye pour sa présentation et apprécié le succès notable réalisé dans l'intervalle d'une année. Après avoir reconnu l'immensité de la tâche à venir et le nombre d'entomologistes en déclin, en particulier le nombre de cytotaxonomistes et après avoir encore

souligné l'impérieuse nécessité de disposer d'une carte de caractérisation des différentes espèces dans les aires du Programme APOC, le comité a recommandé ce qui suit :

- (i) Un feuille de route devrait être élaborée avec un calendrier précis des activités ;
- (ii) Formation des entomologistes: Il faudrait accorder attention nécessaire aux cytotaxonomistes. Des jeunes chercheurs au niveau des universités pourraient être formés. On pourrait utiliser les canaux des vice-présidents des universités pour entrer en contact avec ces jeunes chercheurs ;
- (iii) Du fait du nombre insuffisant d'entomologistes, on pourrait avoir recours aux chercheurs des universités pour de telles activités ;
- (iv) Des efforts devraient être faits afin de mettre en priorité les pays dans l'accomplissement des activités en commençant par les pays qui ont les plus grands foyers d'abord. Il faudra également déterminer les pays par catégorie; par exemple, ceux ayant des connaissances mais ne disposant pas de moyens et ceux qui sont importants mais ne disposent ni de moyens et ni de connaissances par rapport aux activités entomologiques ;
- (v) Les équipes d'entomologistes et d'épidémiologistes devraient travailler étroitement ;
- (vi) L'aspect entomologique devrait figurer dans la note conceptuelle concernant le futur de l'APOC avec une définition claire des besoins.

40. ***Le CCT a endossé le travail et recommandé qu'il soit poursuivi.***

*b) Mise à jour sur le piégeage des mouches et autres études relatives à l'onchocercose*

41. Le Dr Toé a présenté des informations actualisées aux CCT sur le piégeage des mouches, en soulignant des progrès réalisés pour sa mise en oeuvre dans les pays. Les résultats des expérimentations sur le terrain réalisées au Burkina Faso et au Nigeria ont montré que :

- (i) Les pièges peuvent collecter plusieurs espèces de simulies en Afrique tels que *S. damnosum* sl, *S. squamosum* et *S. soubrense*, forme de Beffa ;
- (ii) Les pièges peuvent capturer jusqu'à 250% du nombre de mouches capturées par les captureurs humains ;
- (iii) La recherche se poursuit sur la détermination de l'âge physiologique des vecteurs capturés par ces pièges.

42. Des évolutions notables ont été observées au niveau de la qualité de l'appât utilisé en plus du dioxyde de carbone pour capturer les vecteurs *S. damnosum*. Des tests d'électroantennogramme ont permis le criblage des composantes de l'odeur humaine, réduisant ainsi le nombre de composés identifiés de 198 à 45. Des expérimentations réalisées sur *S. damnosum* à Bodajugu au Burkina Faso avec l'électroantennogramme et l'olfactomètre indiquent que les principaux composés pour ces espèces sont l'acide hexanoïque et l'acide octanoïque. Dans les prochains cycles d'expérimentation, ces deux composés seront intégrés dans un support à dégagement lent pour obtenir un appât spécifique à *S. damnosum*.

43. Des expérimentations ont été réalisées pour la conception d'un piège fabriqué localement et de même qualité pour la capture de *S. damnosum*. Le coût de la plateforme actuelle et de ses composantes est de 20 dollars.

44. Présentement, l'étude est orientée vers le transfert du piège aux équipes qui sont sur le terrain dans les pays. Un transfert a été effectué au Centre Carter et un autre est prévu pour l'équipe nationale. Le Burkina Faso sera le prochain pays où se fera le transfert.

### **Commentaires du CCT :**

- (i) L'utilité de l'étude est liée au besoin d'un nouvel outil efficace pour le suivi et la surveillance entomologique ;
- (ii) Le transfert du piège aux équipes nationales devrait être accéléré. Les pièges devraient être utilisés parallèlement avec la capture des mouches sur appât humain dans une première phase alors que la recherche se poursuit ;
- (iii) Le CCT encourage APOC à continuer sa collaboration avec l'équipe de recherche.

### *c) Modélisation prédictive de l'habitat de *S. damnosum* au Burkina Faso et au nord de l'Ouganda*

45. Le Dr Toé a donné des informations sur les dernières conclusions de l'étude visant à prédire les gîtes larvaires de *S. damnosum* sur la base de données entomologiques de l'ex-OCP et sur la base des données du GPS et de la télédétection. Les informations suivantes ont été communiquées au CCT concernant les résultats du travail, en réponse aux questions soulevées au cours du CCT36.

- (i) La validation sur le terrain a eu lieu et le modèle a été encore testé dans le bassin de la Bougouriba au Burkina Faso. Les données obtenues ont confirmé que 100% des sites prédits comme gîtes larvaires contenaient des larves de *S. damnosum*.
- (ii) Des analyses ont été faites pour déterminer la relation entre la distance d'un gîte larvaire et l'endémicité de l'onchocercose. Il a été confirmé que l'endémicité est fonction de la distance par rapport au gîte larvaire.
- (iii) Le coût du modèle dépend de la disponibilité des données de la télédétection utilisées pour la conception des cartes et de leur précision. La tendance est à l'abandon des images Quick bird qui coûtent 17 dollars par km<sup>2</sup> avec une précision de 0,6m pour des images Red eye qui coûtent 1 dollar avec une précision de 5km.
- (iv) Une validation globale du modèle concernera le Nigeria, le Cameroun et le Burkina Faso.
- (v) En termes de financement, APOC collabore uniquement avec les universités et les institutions mais ne finance pas la recherche.

46. A l'avenir, l'accent sera mis sur la réduction du coût de production des cartes prédictives. Le groupe de recherche est à la recherche de données de télédétection abordables et de haute qualité pour la détection de gîtes larvaires.

### **Commentaires du CCT :**

- (i) L'utilisation de la modélisation des gîtes larvaires est à encourager et à mettre en oeuvre sur le terrain afin d'assister l'équipe des entomologistes dans la cartographie des principales aires de reproduction des simulies et dans l'identification des points de capture. Cela supporterait également l'équipe entomologique avec l'identification des communautés pour des enquêtes épidémiologiques.
- (ii) Le modèle devrait être élargi à l'identification de gîtes larvaires pour d'autres espèces de simulies (ex: *S. neavei*).
- (iii) Le modèle devrait inclure une composante parasitique.

### **NOTE CONCEPTUELLE REVISEE POUR LA PERIODE POST 2015 : CONTRIBUTION DU CCT POUR SA FINALISATION : Point 6 de l'ordre du jour**

47. La note conceptuelle révisée pour la période post 2015 a été présentée par le Directeur de l'APOC avec des informations complémentaires.

## Commentaires du CCT :

48. Le CCT a accepté le document et a fait les observations suivantes en vue de l'améliorer :

- (i) Reformuler le paragraphe 38 pour prendre en compte la tâche du sous-comité RPRG/CCT ;
- (ii) Réorganiser les défis spécifiques en vue de l'élimination de l'onchocercose (points 6a-h du résumé analytique et chapitre 4 de la note conceptuelle) par catégories, comme suit :
  - Nouvelles zones identifiées,
  - Des zones ayant moins de capacité de performance,
  - Des zones en situation de conflits et zones post conflit,
  - Co-endémicité de la loase,
  - Zones hypo-endémiques,
  - Questions transfrontalières,
  - FL,
  - Evaluation et suivi dans le processus de l'élimination ;
- (iii) Ajouter l'adhésion des communautés ;
- (iv) Après le paragraphe 30, le document devrait être restructuré. Cette partie doit être plus élaborée ;
- (v) Paragraphe 6a du résumé analytique et paragraphe 13 de la note conceptuelle: Inclure les zones hypo-endémiques en précisant les zones hypo-endémiques avant le démarrage des activités de l'APOC en 1996 et les zones devenues hypo-endémiques du fait des activités de l'APOC. Les deux situations devraient être abordées ensemble, y compris le paragraphe 13, en utilisant une stratégie appropriée. Toutefois, il est nécessaire de clairement déterminer les zones hypo-endémiques ;
- (vi) Le paragraphe 6a devrait être; "délimitation des zones hypo-endémiques de l'oncho et traitement de celles qui devraient être traitées comme faisant partie d'une stratégie de l'élimination" ;
- (vii) Au niveau du paragraphe 13 et des autres paragraphes où les chiffres concernant les populations qui vivent dans les zones hypo-endémiques sont cités (la note conceptuelle parle de 19 millions alors que le chiffre de 25 millions est communiqué au CCT par APOC), il est nécessaire de préciser d'une manière systématique si ces chiffres sont ceux recueillis par des enquêtes REMO faites il y a 16 ans, avant le début du TIDC, ou s'ils sont les résultats de récentes enquêtes réalisées par les équipes d'APOC au niveau des mêmes communautés dans les zones hypo-endémiques non-traités, après plusieurs années de TIDC dans les zones hyper et méso-endémiques voisines ;
- (viii) Apporter des améliorations concernant la FL en vue de vendre l'idée selon laquelle son élimination est intimement liée maintenant à celle de l'oncho en Afrique ;
- (ix) Réduire l'information générale pour équilibrer le document ;
- (x) Inclure la possibilité d'activités réduites de lutte antivectorielle ;
- (xi) Promouvoir des activités entomologiques ;
- (xii) Partager le document avec les parties prenantes et les membres avant sa présentation au FAC;
- (xiii) La numérotation des scénarios devrait changer, en ramenant le scénario préféré à la première page et en annexant les autres scénarios au document.

49. Un sous-comité du CCT a ensuite examiné complètement la note conceptuelle et a remis les contributions du CCT au Management d'APOC.

## **RECHERCHE SUR LES NOUVEAUX OUTILS DE CONTROLE ET DE SURVEILLANCE AVEC LA COLLABORATION D' INSTITUTIONS : Point 7 de l'ordre du jour**

50. Le Dr Kuesel a présenté un rapport sur la recherche co-financée par APOC et TDR.



**(i) Mise à jour sur la moxidectine et le Profil du Produit Cible pour la fabrication d'un médicament de lutte contre l'onchocercose par le traitement de masse**

51. Les données de de l'étude de la Phase 3 réalisée dans Ituri Nord, RDC (Dr. D. Bakajika), dans le Kivu Nord, RDC (Dr. E. Kanza), dans la Région haute de la Volta, Ghana (Dr N. Opoku) et dans le Comté de Lofa, Liberia (Dr. H. Howard) ont été analysées pour évaluer la variabilité de la réponse à l'ivermectine ainsi qu'à la moxidectine 8 mg. Dans chacune des quatre régions où l'étude a été menée, on a rencontré des individus dont les niveaux de microfilaires cutanées, 1 et 12 mois après le traitement à l'ivermectine, étaient plus élevés que prévus sur la base des critères permettant de recueillir des «réponses appropriées» proposés par Awadzi et al. en 2004. Etant donné que les participants provenaient des zones qui n'étaient pas encore sous le TIDC, cela montre que la variabilité de la réponse à l'ivermectine est beaucoup plus élevée que dans la petite population de l'étude menée au Ghana sur laquelle le Dr Awadzi et al se sont appuyés pour élaborer les critères servant à recueillir des 'réponses appropriées'. Le Dr Kuesel a conclu que la réponse à l'ivermectine qui ne remplit pas les critères établis par le Dr Awadzi doit être prise en compte mais ne doit pas être considérée comme indiquant une éventuelle émergence de résistance à l'ivermectine sans une investigation approfondie.

52. Trois publications sur les essais Phases 2 et 3 de la moxidectine sont en cours de préparation ainsi qu'un manuscript sur la modélisation ONCHOSIM des médicaments ayant des effets variés sur la capacité reproductive et la viabilité de *O. volvulus*. L'étude de la Phase 3 de la moxidectine sera présentée lors des conférences européenne et américaine de 2013 sur la Médecine Tropicale. L'analyse des données relatives aux modèles de transmission est achevée (modèle Duerr et al.), en cours (EpiOncho) ou planifiée (ONCHOSIM).

**(ii) Mise à jour sur le pansement à la DEC et Lohmann**

53. LTS envisage la fin des procédures pour la déclaration concernant la 'préparation de la fabrication' d'ici la mi-octobre ; ce qui constitue la condition d'une signature d'accord avec l'OMS.

**(iii) Identification des marqueurs pour réponse suboptimale d'*O.volvulus* à l'ivermectine et élaboration d'un outil par les Programmes nationaux de lutte pour le suivi de l'émergence d'*O. volvulus* avec réponse suboptimale**

54. Des laboratoires en Australie, au Cameroun, au Canada, en France et au Ghana, en collaboration avec l'OMS/MDSC, continuent cette recherche. Dans le but de s'assurer que la recherche et l'élaboration des outils seront achevées en collaboration avec TDR, les investigateurs ont intensifié leurs efforts dans la levée des fonds en plus des fonds qui seront fournis par APOC et TDR. Les instructions données par le CCT par rapport à la stratégie de 'l'appropriation' de l'outil de suivi par les utilisateurs concernés (ex: la sélection de laboratoires africains concernés, les instructions concernant l'incorporation à la fois des infrastructures et le renforcement des capacités) qui est partie intégrante du projet ainsi que la revue régulière par le CCT des progrès faits par les projets constituent des atouts en ce qui concerne les demandes adressées aux donateurs qui sont intéressés à soutenir «le développement du produit».

**Commentaires du CCT**

55. Le CCT a réaffirmé son soutien aux activités et a salué les efforts des investigateurs pour lever des fonds en vue de la poursuite du projet d'identification de marqueurs de réponse sous-optimale et d'élaboration d'un outil permettant aux Programmes de lutte de faire le suivi d'*O. volvulus* avec une réponse sous-optimale à l'ivermectine.

**RAPPORT SUR LA REUNION DES EXPERTS DU MECTIZAN : Point 8 de l'ordre du jour**

56. La présentation concerne le plan stratégique du MDP avec la mise à jour de sa vision qui est «le Programme de Donation du Mectizan envisage un avenir sans onchocercose ni filariose lymphatique». Aussi son mandat a-t-il été révisé pour inclure l'élimination de l'onchocercose dans le monde entier.

Les principes directeurs du plan stratégique étaient de: (i) faire le plaidoyer pour un monde débarrassé de l'onchocercose et de la filariose lymphatique ; (ii) remettre les médicaments en quantité suffisante et à temps aux pays partenaires; (iii) utiliser les médicaments de manière efficace et sans risque de danger ; (iv) développer un partenariat efficace en vue de l'atteinte de l'élimination. Il a été présenté, ensuite, le processus annuel du cycle de planification.

57. Concernant la réunion du groupe de travail scientifique sur la loase tenue à Liverpool en mars 2013, parmi les points de l'ordre du jour figuraient la situation de la notification des ESG au MDP, les directives de l'OMS sur la FL dans les zones endémiques de la loase, la mise à jour sur la cartographie de la loase et de la FL, la mise à jour sur la recherche en cours (les projets DOLF et AWOL) et les perspectives. En ce qui concerne la conclusion et les recommandations de la réunion, des nouveaux cas d'ESG qui ont apparu après une deuxième prise de l'ivermectine ont amené le groupe à recommander des investigations sur l'historique des traitements antérieurs à l'ivermectine et à l'albendazole. D'autres recommandations faites portaient sur (i) une cartographie plus granulaire (micro cartographie) de la loase, de la FL et de l'oncho dans les zones co-endémiques afin d'informer la prise de décision de traitement par le programme pour laquelle un groupe de travail avait été mis en place; (ii) Identifier un partenaire qui se chargera de l'écriture d'un livre blanc et d'un article pour publication ; (iii) Partager l'information sur la nouvelle stratégie et encourager son adoption dans les pays où des groupes de travail sont actifs ; (iv) Evaluer l'efficacité de la stratégie au fur et à mesure que les programmes prennent de l'ampleur ; (v) Examiner les données disponibles sur la FL dans les pays co-endémiques de la loase.

58. La réunion suivante tenue à Accra du 22 au 24 avril 2013 a concerné les réponses sous-optimales ou atypiques. Les conclusions générales sont que l'ivermectine est toujours un agent microfilaricide très réussi et efficace, même dans des situations programmatiques difficiles. Il peut interrompre la transmission ; et la résistance à l'ivermectine ne semble pas constituer un problème majeur d'une manière générale. Bien qu'il n'y ait pas eu un consensus, une définition provisoire du phénomène appelé réponse atypique sur la base de la réponse à l'ivermectine attendue devra être dégagée à deux niveaux. Au niveau communautaire, la réponse atypique devrait être déterminée en comparaison avec la prévalence, l'intensité et la répartition des charges microfilarieuses attendues, tel que prédit par les modèles mathématiques. Au niveau individuel, les réponses atypiques devraient être déterminées en les comparant à la moyenne (et à la répartition) des réponses attendues, en utilisant les outils d'évaluation actuels (telle que la microfilaridémie par biopsies cutanées quantifiées). Toutefois, des tests doivent être faits et des protocoles doivent être définis pour confirmer les réponses atypiques (RA) et l'impact du programme. Il est nécessaire de trouver des stratégies pour faire face aux RA quand elles surviennent, telle que l'utilisation de l'ivermectine de manière plus efficace ainsi que l'utilisation de médicaments autres que l'ivermectine. La prochaine étape consiste à proposer un document à APOC/CCT pour élaborer un guide CEM/CCT pour « L'amélioration de la mise en œuvre en vue de l'élimination de l'onchocercose » qui sera partagé avec les responsables de programmes.

59. Le CCT a été informé des conclusions et des recommandations de la dernière réunion du Comité des Experts du Mectizan (CEM) qui sont :

- (i) Le CEM a félicité le Dr Yameogo pour sa décoration dans "l'Ordre des Officiers du Bénin", décoration bien méritée pour sa contribution aux nombreuses années de lutte menée contre l'onchocercose et pour l'élimination de l'onchocercose en Afrique.
- (ii) Tchad : Le CEM a approuvé la demande d'extension du traitement dans les zones hypoendémiques mais il a demandé une mise à jour des études de prévalence. Une approbation n'a cependant pas été donnée pour le traitement dans les zones endémiques de la loase.
- (iii) Ethiopie : Le CEM a approuvé la demande de Mectizan pour les deux projets APOC nouvellement créés ainsi que pour les zones d'extension. Bien qu'une partie de cette zone dispose d'une ONGD partenaires, le CEM voudrait s'assurer de la disponibilité de ressources pour les zones restantes.

- (iv) Le CEM a noté le travail épidémiologique entrepris par APOC sur les stratégies de l'élimination, le traitement dans les zones qui n'ont jamais reçu du Mectizan et la fréquence de traitements. Le CEM a recommandé des études sur le terrain dès que possible pour vérifier ces projections mais a également demandé à APOC de quantifier les nouveaux traitements attendus pour faciliter la prévision du Mectizan.
- (v) Soudan du Sud : Le CEM s'est préoccupé de la non disponibilité au niveau du ministère des données épidémiologiques collectées. Le CEM a demandé aux donateurs de communiquer ces données et a insisté sur le principe selon lequel les données épidémiologiques doivent toujours être communiquées aux MSS au niveau national.
- (vi) Nigeria : En ce qui concerne la filariose lymphatique, les données de référence avaient été collectées dans plusieurs zones ainsi que demandé mais le traitement ne couvrait pas l'ensemble de l'UI. Dans de nombreux cas, les traitements étaient confinés dans les zones co-endémiques de l'Oncho. Malgré l'évidence du manque de directives au niveau fédéral, les Etats ont montré de l'enthousiasme. Une approbation spéciale a été accordée à l'Etat du Niger après une visite effectuée avec GSK. Le CEM a approuvé le soutien technique en cours pour l'intensification du traitement de la FL au Nigeria
- (vii) Guinée : Les enquêtes de base sur la FL avaient été répétées avec une équipe de Sierra Leone et ont confirmé les études initiales. Malgré les résultats négatifs de certaines enquêtes de base, le CEM a approuvé le traitement dans les quatre districts sur la base des résultats issus de l'ICT.

#### **“Comblent les Lacunes” : Recherche opérationnelle sur les MTN**

60. Suite à la Déclaration de Londres au cours de laquelle les donateurs ont considérablement élargi l'éventail de leurs engagements, on a noté qu'il y avait encore des défis techniques qui constituaient une entrave à l'intensification et la réduction de l'intensité de la distribution de masse des médicaments (DMM). Afin d'identifier les besoins en matière de recherche, la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) a financé une réunion d'experts des MTN en août 2011. TDR a également financé l'exercice de priorisation dans le domaine de la recherche sur les maladies liées aux helminthes. BMGF a donc offert un financement au Centre d'Appui à la lutte contre les MTN à Atlanta pour examiner les défis de la recherche opérationnelle rencontrés par les Programmes de lutte contre les MTN. La subvention dénommée « Comblent les Lacunes - RO pour assurer le succès de la lutte contre les MTN et leur élimination » est conçue sur la base d'une approche collaborative de la RO dans laquelle la communauté de lutte contre les MTN s'est engagée à déterminer les priorités. La subvention sera utilisée pour travailler étroitement avec l'OMS afin de mettre en place une base scientifique pour les décisions programmatiques. La structure chargée de la subvention est composée d'un Secrétariat dont le rôle est de convoquer les réunions, d'apporter l'appui nécessaire et de porter la responsabilité de la subvention. Le secrétariat travaillera avec la coalition pour la Recherche Opérationnelle qui est en fait la communauté de lutte contre les MTN et les groupes consultatifs pour l'analyse de la RO. Enfin, le groupe technique du programme se chargera de la supervision de la RO.

61. Afin de déterminer les priorités et le plan de travail de la première année, il est prévu plusieurs réunions de concertation avec des experts de chaque maladie, telle que la FL, la Schisto, l'Oncho, le Trachome et avec les spécialistes en sciences sociales afin de prioriser les objectifs de la recherche. Les thèmes transversaux retenus au cours de ces concertations sont : i) les approches modélisation peuvent informer la conception de la recherche et la prise de décision programmatique, ii) on a sérieusement besoin d'améliorer les diagnostics pour appuyer les décisions des programmes – nos efforts consistent à mettre les nouveaux outils en pratique, iii) les programmes doivent faire un meilleur usage des méthodes de saisie des données électroniques. S'agissant du groupe de lutte contre l'onchocercose, les défis sont les suivants :

- (i) La loase et comment les programmes FL et Oncho ont un impact sur les autres MTN par rapport à la cartographie et à l'évolution des MTN ;

- (ii) Amélioration de l'intégration et de l'observance ainsi que de meilleurs outils de prise de décisions par rapport à la mise en œuvre des programmes ;
- (iii) Seuils de l'arrêt de la DMM, et nouveaux outils et stratégies de surveillance pour l'élimination et pour la phase de surveillance post DMM.

62. Chacun des défis sera formulé comme sujet de recherche opérationnelle et examiné pour voir sous quel angle le problème sera abordé et le résultat attendu de la recherche.

#### **Commentaires du CCT:**

63. Le CCT a remercié le Dr Ogooussan pour sa présentation et a fait observer qu'un changement semblait être intervenu dans les directives du traitement de la FL et qu'en conséquence, les pays devraient en être informés. Le comité a recommandé qu'une investigation soit faite concernant les ESG.

### **PROTOCOLE POUR L'ETUDE MULTI-PAYS SUR L'AUTOMONITORAGE COMMUNAUTAIRE (AMC) : Point 9 de l'ordre du jour**

64. Une équipe d'élaboration de protocole composée d'experts dans le domaine du renforcement du système de santé communautaire a été conviée à Ouagadougou pour une activité d'élaboration d'un protocole pour l'AMC. L'activité était en réponse à la proposition du CCT à mener une étude multi-pays destinée à découvrir les raisons du faible niveau de mise en œuvre de l'AMC et explorer les relations qui existent entre la couverture de l'AMC et l'appropriation communautaire.

65. Le format du protocole de l'étude est multi-pays, pluridisciplinaire, transversal et comparatif et l'étude doit être menée dans huit pays. Des considérations d'ordre régional et linguistique ont été prises en compte. Treize projets sont visés par les enquêtes. Dans chaque projet, des données seront collectées dans 24 communautés représentant un mélange de communautés dans lesquelles l'AMC est bien ou insuffisamment établi. APOC se servira de ces résultats pour dynamiser et intensifier le processus de l'AMC. Le budget estimatif de l'étude est d'environ 1.500.000 dollars des Etats Unis.

#### **Commentaires du CCT :**

66. Le CCT a approuvé la proposition en principe et a fait plusieurs suggestions pour l'amélioration de son contenu ainsi que pour sa mise en œuvre.

- (i) Définition de l'AMC: définir les critères à prendre en compte pour déterminer la mise en œuvre de l'AMC au niveau des projets pour examen ;
- (ii) Champ de l'étude: prioriser les objectifs et questions de recherche pour s'assurer que sont saisies les questions essentielles d'intérêt à savoir si l'AMC fonctionne et les raisons pour lesquelles il fonctionne ;
- (iii) Questions supplémentaires: évaluer les structures communautaires qui améliorent le potentiel de l'AMC ;
- (iv) Sélection du site: envisager le remplacement de Kwara par un autre projet dans l'extrême nord du Nigeria (ex: le projet de Jigawa) afin d'améliorer l'extension géographique ;
- (v) Champ de l'étude: compte tenu du fait que l'étude vise à montrer les liens qui existent, cela aura une plus grande portée avec des coûts plus élevés ;
- (vi) Interprétation des résultats: préciser au niveau de la proposition les décisions qui seront prises au cas où beaucoup d'incohérences seraient relevées entre les taux de couverture de traitement rapportés et les taux établis par l'étude. De quelle manière les résultats influenceront-ils la catégorisation des sites pendant l'analyse des données ?

- (vii) Nombre de sites du projet: envisager la réduction du nombre de sites du projet afin de réduire le coût de l'étude ;
- (viii) Utilisation des résultats: documenter de manière précise au niveau de la proposition de recherche comment les résultats seront utilisés.

## **PROTOCOLE POUR LE MONITORAGE INDEPENDENT DE LA COUVERTURE DE TRAITEMENT DES PROJETS TIDC : Point 10 de l'ordre du jour**

67. Sur la base des recommandations du CCT36 en mars 2013, le Professeur Méda a présenté la version révisée du protocole pour l'évaluation indépendante de la couverture de traitement à l'ivermectine réalisée par les projets TIDC. L'objectif de cette évaluation indépendante est de contribuer à l'amélioration de la performance des projets TIDC comme étapes nécessaires vers l'élimination de l'onchocercose d'ici 2025 et les objectifs spécifiques sont: i) estimer sur la base d'une méthode d'échantillonnage d'un groupe représentatif de la communauté le niveau de couverture de traitement à l'ivermectine dans chaque projet TIDC ciblé, ii) vérifier la comparabilité des estimations de couverture de médicaments par les DC et l'enquête indépendante, iii) évaluer la qualité du système d'information du projet et du fonctionnement du projet TIDC évalué., iv) déterminer les barrières et les facteurs favorables à une bonne performance d'un projet TIDC spécifique évalué. La présentation a insisté sur le fait que trois résultats sont attendus: un outil pour les évaluateurs indépendants qui intègre toutes les connaissances scientifiques et qui sera utilisé tous les trois ans avec un manuel d'exploitation standard, un simple outil peu coûteux (Manuel de terrain) pour l'auto monitoring des responsables de programmes après chaque DMM de l'ivermectine.

68. Il a indiqué que pour atteindre ces objectifs, le protocole révisé proposé va combiner l'estimation de la couverture de médicaments et l'évaluation du fonctionnement du Projet TIDC. Les différentes parties du protocole ont été soulignées dans la présentation parmi lesquelles (i) les écarts entre le système d'information habituel et l'évaluation rapide de la couverture thérapeutique, (ii) la justification (iii) les méthodes d'enquêtes (y compris le protocole de l'étude, le site et la population concernée, le calcul de la taille de l'échantillon et les procédures), (iv) informations à recueillir, (v) les étapes de travail sur le terrain concernant la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et la production de rapport. Le calendrier anticipé et le budget requis ont été proposés.

69. Le protocole de l'étude est une enquête transversale qui doit être réalisée dans l'intervalle de 3 à 5 ans sur la base de la disponibilité des ressources. La communauté cible de l'enquête sera le village mettant le TIDC en oeuvre. Compte tenu du fait que toutes les personnes dans un ménage doivent être enquêtées, des groupes de ménages devront être sélectionnés dans chaque projet TIDC évalué. Sur la base des paramètres épidémiologiques et de la disponibilité des ressources, entre 47 et 289 groupes de ménages pourraient être sélectionnés par projet TIDC. Cela veut dire que l'enquête portera sur un nombre de sujets variant entre 235 et 2023 sélectionnés de manière aléatoire. Pour la sélection des ménages à enquêter, là où une liste de ménages est disponible, on procédera par la méthode simple d'échantillonnage aléatoire au tirage du nombre de ménages à enquêter. Mais là où une liste de ménages n'est pas disponible, on utilisera la méthode de cheminement aléatoire pour le choix des ménages à enquêter dans le village retenu.

70. Une série de questionnaires sera utilisée pour recueillir des informations à travers des entretiens avec des personnes ayant bénéficié du traitement ainsi qu'avec des informateurs-clés dans chaque projet TIDC. De même, le recueil des données à partir des différents rapports et archives consultés dans le cadre des activités de l'ensemble des projets TIDC sera effectué par les investigateurs.

71. La voie à suivre c'est d'élaborer le manuel d'enquête et les Procédures de fonctionnement Standard avant le pré-test du protocole. Le manuel de terrain pour les enquêtes d'autosurveillance de la couverture de l'ivermectine par les responsables de programmes sera finalisé en collaboration avec d'autres programmes/partenaires.

## Commentaires du CCT

72. Le CCT a remercié le Professeur Méda pour sa présentation et le travail accompli dans l'élaboration de ce protocole qui constitue un outil de bonne référence en termes de validité. Le CCT a marqué son accord pour le pré-test de l'outil proposé par le consultant en vue d'évaluer la faisabilité de l'outil proposé pour la surveillance de la couverture de traitement. Au cours du pré-test, le consultant devra également recueillir des informations sur le coût de la surveillance, du traitement auprès d'autres programmes (e.g. le Programme FL) dans l'effort de rationaliser le coût proposé de 61.000 Euro par projet pour l'enquête, entre 5.000 -10.000 Euro par projet pour l'outil de l'auto monitoring, montants considérés comme étant trop élevés.

### **OBSERVATIONS DES CONSEILLERS TECHNIQUES DE L'APOC : Point 11 de l'ordre du jour**

73. Les conseillers techniques ont fait les observations suivantes:

- (i) La communauté internationale ne devrait pas attendre qu'il y ait la preuve de résistance à l'ivermectine avant de chercher un autre médicament approprié. Des efforts devraient être consentis pour le financement du Projet Moxidectine qui constitue un important médicament candidat.
- (ii) On devrait également être prudent pour ne pas annihiler les efforts déployés par APOC en vue de l'élimination de l'onchocercose par le ralentissement de ses activités à cause de l'intégration de l'Oncho-FL et d'autres MTN-CP.
- (iii) On devrait déployer une action vigoureuse de plaidoyer auprès des autorités à tous les niveaux dans chacun des pays afin d'éviter de blesser leur amour-propre.
- (iv) Le processus de concertation visant la transformation de l'APOC en une nouvelle entité pour l'élimination de l'onchocercose et de la FL et qui viendra en appui aux autres MTN-CP devrait être aussi inclusive que possible. Des acteurs clés engagés dans la lutte contre la FL et les autres MTN devraient être conviés afin qu'ils apportent leurs contributions à l'élaboration/aux discussions concernant la Note conceptuelle et le Plan stratégiques afin de minimiser les points de vue divergents lors de la session du FAC. Dans le même sens, les pays bénéficiaires devraient être consultés bien avant la session du FAC afin de renforcer l'appui au scénario de transformation proposé et d'éviter des critiques inutiles des partenaires sur la gestion du processus sans requérir leurs avis.
- (v) En ce qui concerne le financement des activités de lutte contre les MTN qui devront être menées par la nouvelle entité, la Note conceptuelle propose que certains pays soient financés par le Fonds Fiduciaire pendant que d'autres pays pourraient recourir aux prêts proposés par de nombreux donateurs bilatéraux, multilatéraux et inter-gouvernementaux. Les conseillers techniques ont émis des doutes quant à la volonté de contracter des dettes pour financer les activités de lutte contre les MTN et ont estimé que cela pourrait compromettre le succès de la nouvelle entité. Ils ont proposé que des efforts soient poursuivis en utilisant le mécanisme du Fonds fiduciaire qui a contribué au succès de l'APOC.

74. Le CCT a souscrit à ces remarques et remercié les conseillers d'APOC.

## **EXAMEN DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE, Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE : Point 12 de l'ordre du jour**

75. L'introduction à la recherche opérationnelle a été présentée par Mr. Sow. Cette introduction a décrit la situation actuelle des propositions déjà approuvées par le CCT35, fait état du suivi des recommandations du CCT36 et indiqué qu'une seule proposition de recherche opérationnelle du Cameroun a été soumise au CCT37.

### **i. Suivi des recommandations du CCT35 :**

*a. Evaluation de l'impact du traitement de masse à l'ivermectine sur la loase dans les zones de co-endémicité avec l'onchocercose dans les zones opérationnelles de l'APOC au Cameroun*

76. Le comité d'éthique d'AFRO a soulevé des questions auxquelles les investigateurs principaux ont apporté des réponses et la version révisée de la proposition a été renvoyée au comité afin d'obtenir son autorisation avant de pouvoir bénéficier du financement d'APOC.

*b. Détermination d'une programmation optimale pour la distribution de masse en vue de l'élimination de l'onchocercose*

77. Proposition devant être probablement examinée à nouveau par le CCT37 ou être acceptée tel qu'envoyé par le Dr Phillipon.

*c. Identification des facteurs responsables de l'abandon des DC dans l'Etat de Gombe au Nigeria*

78. 14.000 dollars américains ont été déboursés le 11 avril 2013. Des rapports financier et technique à mi-parcours sont attendus. Des correspondances ont été adressées aux investigateurs pour le leur rappeler.

*d. Facteurs qui affectent l'adhésion au TIDC dans le District de Pader, dans le Nord de l'Ouganda*

79. 20.700 dollars américains ont été transférés le 19 janvier 2013. Les rapports à mi-parcours financier et technique sont attendus. APOC a envoyé des correspondances pour en faire le rappel aux investigateurs.

### **ii. Suivi des recommandations du CCT36**

*a. Epidémiologie de l'attaque oculaire de l'onchocercose dans les zones forestières du Cameroun (re-soumission)*

80. Un protocole révisé qui prend en compte les observations du CCT36 n'a encore pas été soumis à APOC pour examen par le CCT.

*b. Autres problèmes soulevés liés à la recherche opérationnelle*

81. Quatre pays ont été ciblés par APOC (Ethiopie, RDC, Burundi & RCA) pour mettre en place un système de collaboration à l'intérieur des pays avec des instituts/universités de recherche avec comme objectif améliorer leurs capacités à élaborer des propositions de recherche opérationnelle. En réponse à cela, le Burundi et la RCA ont déjà envoyé des propositions.

**Revues:****a. *Evaluation de la stratégie de traitement à l'ivermectine de l'onchocercose sous directives communautaires au Cameroun***

82. Le protocole a pris en compte les observations du CCT36 et a combiné les trois propositions en une seule proposition soumise par le Cameroun au CCT37.

**Commentaires du CCT :**

- (i) Il faut indiquer la perception des bénéficiaires, des prestataires de services et des responsables de la santé des forces et faiblesses de la stratégie des interventions sous directives communautaires ;
- (ii) Les objectifs attendus devraient être un peu plus élaborés ;
- (iii) Les investigateurs sont invités à enrichir le protocole avec des références bibliographiques tirées des publications de l'APOC relatives aux différents thèmes de recherche soumis ;
- (iv) Plus de précision est nécessaire en ce qui concerne les techniques d'échantillonnage ;
- (v) Le budget proposé est excessivement élevé (77.000 dollars US). Les perdiems destinés aux deux investigateurs remontent à plus de 20.000 dollars US ;
- (vi) Ving-quatre mois par rapport à la durée du projet est acceptable, compte tenu des activités à mener.

**Conclusion :**

- (i) Il faut prendre ces observations en compte,
- (ii) Inclure "La communication de la rétro-information concernant les conclusions à APOC",
- (iii) Réduire considérablement le budget en vue de se conformer aux normes d'APOC.

**GESTION DU FONDS FIDUCIAIRE DE L'APOC****RAPPORT SUR LA GESTION FINANCIERE DES PROJETS FINANCES PAR APOC : Point 13 de l'ordre du jour**

83. L'objectif de la présentation était d'informer les membres du CCT de l'état de la mise en oeuvre des projets prévue pour l'année 2013 et du rapport d'activités de la mise en oeuvre globale du budget du Programme APOC.

84. Il a été noté qu'un nombre total de 122 projets et quatre programmes au niveau des pays ont été prévus pour 2013. Le montant total alloué à la mise en oeuvre des projets et des programmes dans les pays était de 5.308.880 dollars US. Au mois d'août 2013, la mise en oeuvre financière indique qu'un total de 5.011.931 dollars US, soit 94% a été mis en oeuvre.

85. En ce qui concerne la mise en oeuvre globale du budget de l'APOC, il a été noté que le budget total approuvé par le FAC en 2012 était de 23.233.000 dollars US. Sur le budget approuvé, seulement 19.669.723 dollars US ont été rendus disponibles cette année, le montant différentiel étant une avance de 2012. Le montant total mis en oeuvre à la date d'août 2013 était de 17.073.580 dollars américains ou 73% du budget approuvé qui reflète une capacité d'absorption satisfaisante. Les taux de mise en oeuvre par ligne budgétaire n'étaient pas uniformes. Alors que certains avaient atteint un taux de mise en oeuvre satisfaisant, chez certains elle était encore faiblement réalisée ou avait enregistré un dépassement budgétaire.



### **Commentaires du CCT et réponse du Management de l'APOC :**

- (i) Le CCT a exprimé ses inquiétudes quant au niveau de la mise en oeuvre des lignes budgétaires de l'intégration transversal du genre et des partenariats. Le Management de l'APOC a indiqué qu'il y a eu de changements liés à des priorités ; c'est ce qui explique que d'autres activités aient été réalisées.
- (ii) Les membres du CCT ont également recommandé le déploiement des véhicules en direction des bureaux situés sur le terrain afin de faciliter les opérations.

### **Recommandations du CCT :**

- (i) Il a été recommandé au Management de l'APOC d'accélérer la mise en oeuvre du budget du programme d'une manière générale, compte tenu du fait que l'exercice sera bientôt clos. Etant donné qu'il y a des questions liées au genre et aux partenariats, le CCT a recommandé que les activités soient urgemment mises en oeuvre ou que les ressources soient allouées à d'autres priorités concurrentes.
- (ii) Il a été recommandé au Management de l'APOC d'envisager l'affectation de véhicules à certains pays (Ouganda, Cameroun, etc) où il existe un besoin urgent de ces équipements.

### **RAPPORT SUR LA REVUE PAR LE MANAGEMENT DE L'APOC DU CONTENU FINANCIER DES RAPPORTS D'ACTIVITES DES 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> ANNEES COMME INTRODUCTION A L'EXERCICE DE REVUE : Point 14 de l'ordre du jour**

86. Compte tenu du fait que l'élaboration des rapports est un élément clé du cadre de responsabilisation de l'APOC à divers niveaux et qu'elle est essentielle dans le maintien de l'engagement des donateurs à continuer d'apporter leur soutien au Programme APOC, il était important de faire le point aux membres du CCT du progrès réalisé dans l'élaboration des rapports concernant les projets financés.

87. Il a été indiqué qu'un total de 1.296 rapports (rapports financiers) était attendu des projets pour l'année 2013 et les années antérieures. Sur ce total, 706 rapports ont été reçus et 590 ne sont toujours pas envoyés. L'analyse chronologique des rapports pendants indique que 516 rapports de 64 projets sont en retard de plus de 6 mois. Par conséquent, ces projets ont reçu des cartons rouges et ne sont donc plus admis à recevoir un financement additionnel, à moins que leur situation soit régularisée. Une répartition géographique des projets qui accusent un retard dans l'acheminement des rapports a également été présentée afin de donner des informations aux membres du CCT sur les projets concernés.

88. La situation des rapports concernant la FACE (Autorisation financière et certification des dépenses) a été présentée. Il a été noté que sur 128 rapports attendus à la date de juin 2013, seulement 24 ont été reçus, représentant 19% du taux de rapports. Il a toutefois été signalé que plus de rapports étaient attendus au cours des semaines à venir, étant donné que les projets seront en train de chercher à ce que la deuxième tranche soit décaissée.

### **Commentaires et recommandations du CCT**

89. Les membres du CCT ont unanimement reconnu que la situation des rapports pendants est inacceptable. Le CCT a recommandé qu'il soit rappelé aux projets ayant des rapports pendants par le canal des hautes autorités des Ministères de la santé pour obtenir un meilleur impact et suivi de ces rapports.

**REVUE DES RAPPORTS TECHNIQUES ANNUELS DES DES 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> ANNEES : Point 15 de l'ordre du jour**

90. L'objectif de la présentation était d'attirer l'attention des membres du CCT sur le fait qu'une seule proposition de recherche a été soumise par le Cameroun pour examen. Le plan de financement a été présenté et il a été indiqué que sur un coût total de 97.239 dollars américains, l'institution requérante s'est engagée à contribuer pour 20.192 dollars américains, tout en demandant à APOC d'apporter le montant restant de 77.047 dollars américains.

91. **Le CCT a pris note de l'information fournie.**

## **REVUES**

### **ANGOLA**

*Projet TIDC d'Uige : Rapport technique annuel de la 2<sup>ème</sup> année*

92. Le rapport est bien écrit. Le résumé analytique est trop long. Les domaines qui ont besoin d'amélioration sont les suivants:

- (i) Le calcul de l'OUT à la page 9 au niveau des tableaux 2 et 9 ;
- (ii) Le nombre d'agents de santé dans la zone qui sont impliqués dans le TIDC n'est pas rapporté parce que le tableau 1 n'est pas inclus ;
- (iii) Le tableau 2 contient la colonne population totale dans les zones couvertes et non couvertes par le TIDC ;
- (iv) Le document contient le tableau 10a et 10b, mais il n'y a qu'un seul tableau 10 dans le format habituel d'élaboration des rapports ;
- (v) Le tableau fait état d'un cas d'ESG mais sa prise en charge n'est plus mentionnée après.

93. La section portant sur la sensibilisation et la mobilisation devra être développée davantage. Le fardeau des DC est au-delà de leurs capacités. La couverture géographique est de 58% (variant entre 39% à Negage et 82.9% à Quintexe). La couverture thérapeutique est de 36% (variant entre 25,6% à Negage et 73,3% à Bungo).

#### **Recommandations :**

- (i) Ramener le résumé à 1-2 pages ;
- (ii) Prendre en compte dans le prochain rapport les points cités plus haut dans "domaines qui ont besoin d'amélioration";
- (iii) Intensifier les activités de sensibilisation et de mobilisation afin d'obtenir de meilleures couvertures géographique et thérapeutique ;
- (iv) Utiliser la goutte épaisse pour détecter les cas d'ESG ;
- (v) Former un plus grand nombre de DC pour réduire leur charge de travail qui est présentement de 1DC/410 habitants ;
- (vi) Améliorer la gestion de l'ivermectine ;
- (vii) Poursuivre le plaidoyer en vue d'obtenir une ONGD partenaire.

94. **Le CCT a accepté le rapport.**

*GTNO/Angola: Rapport technique annuel de la 9<sup>ème</sup> année*

95. Le rapport n'est pas bien écrit et ne reflète pas toutes les huit années d'efforts consentis par APOC dans les activités TIDC en Angola. Toutefois, les seules sections écrites sont l'introduction dans laquelle l'absence de solution aux problèmes est annoncée de manière délibérée et l'analyse finale des forces et faiblesses.

96. La principale partie du rapport est composée d'une grille de questions sans réponses et d'un manque d'effort dans la présentation des commentaires.

97. Les résultats ne sont pas du tout satisfaisants pour un projet de cet âge et aucun signe d'amélioration n'est perceptible à l'horizon. L'unique solution proposée par le Coordonnateur est de souligner la nécessité d'aligner la rémunération des acteurs sur le coût de la vie en Angola.

98. ***Le CCT a rejeté le rapport.***

## **COTE D'IVOIRE**

*Projet TIDC de Côte d'Ivoire (Comoé, Bandama, Sassandra, Cavally et leurs affluents) : Rapport technique annuel de la 5<sup>ème</sup> année*

99. Tout comme le précédent rapport, il s'agit d'un rapport de qualité dû à la qualité de la rédaction et à la complétude de l'analyse des données. Cependant, sa lecture requiert trop de temps et il faut trouver une solution à cela :

- (i) Se conformer au format existant; le plan du Coordonnateur est cohérent en soi; ce qui n'est pas sans intérêt, mais il faut qu'il soit conforme au format établi ;
- (ii) Ajouter une table des matières ;
- (iii) Mettre en annexe le rapport des enquêtes épidémiologique et entomologique (pages 43 à 101) et garder uniquement le résumé et les conclusions dans le corps du rapport ;
- (iv) Eviter l'utilisation de nombreux tableaux qui parfois contiennent des informations contradictoires et différentes de celles qui figurent dans le texte ;
- (v) Les informations générales sont uniquement limitées à l'historique du contrôle de la maladie sans les facteurs qu'il faudra inclure (climat, hydrographie, centres de santé, etc.) qui vraisemblablement influencent l'épidémiologie et le contrôle.

100. En termes de résultats, un gros effort de suivi-évaluation-formation a été fait en 2012, particulièrement grâce au soutien de SightSavers. Des recommandations pertinentes avaient été faites en vue d'améliorer l'investissement insuffisant des différentes catégories d'acteurs et la durabilité de l'engagement des communautés et des DC dont le nombre est insuffisant avec une plus faible motivation ; l'effort consacré à trouver une solution aux problèmes des DC est orienté vers des accords de mise en œuvre conjointe dans le cadre des projets de lutte contre les MTN.

101. L'inquiétude principale vient de la réduction considérable du nombre de districts traités qui ne sont que 33 sur 56 districts admis au traitement. Compte tenu du traitement commencé en 2012 dans deux districts frontaliers du Burkina Faso, cela représenterait 15 districts abandonnés en 2012 en comparaison avec 46 districts traités en 2011, du fait de déficits budgétaires malgré l'intervention de SightSavers. En dépit des recommandations du CCT en 2012, les régions transfrontalières stratégiques du Ghana n'ont pas reçu de traitement. La commande et la gestion du stock de Mectizan semblent avoir été affectées et le soutien extérieur destiné aux districts serait en voie de segmentation.

### **Recommandations du CCT :**

- (i) Faire le point de la situation complète de l'histoire du traitement par district depuis 2008;
- (ii) Identifier le coût minimum par district et par regroupement de districts (zones de transmission), puis entreprendre une recherche extensive de financement au niveau national et à l'étranger ;
- (iii) Veiller au moins à ce que, en priorité, se poursuivent les traitements des foyers continuellement traités et y ajouter le traitement de la zone frontalière avec le Ghana ;

- (iv) Compte tenu de l'histoire du traitement au niveau local et de l'évolution de la situation sécuritaire et financière, élaborer un plan de traitements géographique par étape. Malgré ses bons résultats, la Côte d'Ivoire représente, en termes de superficie, plusieurs projets APOC avec une grande diversité épidémiologique et il a été vainement suggéré en 2008-2009 de recommencer le traitement avec plusieurs niveaux d'étapes. Il a été suggéré d'envisager la pertinence d'une division du territoire ivoirien en projets de lutte contre l'onchocercose et de planifier des activités pour chacune des projets. Il est à noter que l'objectif du traitement en 2013 limite le traitement à 35 districts; ce qui est réaliste par rapport au nombre mais soulève des inquiétudes quant au sort réservé aux autres districts ;
- (v) Malgré les difficultés financières, il est nécessaire de maintenir et de standardiser à l'échelle nationale les évaluations épidémiologique et entomologique dont les résultats contribueront à dégager des directives pour le projet ;
- (vi) Intégrer les résultats par rapport à l'étude pilote de la mise en oeuvre conjointe Onchocercose/FL et mieux documenter cette étude pour la porter au CCT et à APOC dans le sens de résoudre les problèmes liés au TIDC.

102. *Le CCT a accepté le rapport.*

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

*Projet TIDC d'Ituri Nord : Rapport technique annuel de la 6<sup>ème</sup> année*

103. Le rapport est bien rédigé. Le CCT félicite l'équipe du projet pour les efforts consentis.

### **Recommandation pour l'amélioration du projet :**

- (i) Poursuivre l'effort de lancement de l'AMC au niveau des districts ;
- (ii) Poursuivre les efforts en vue d'accroître la couverture thérapeutique là où elle n'a pas encore atteint les 80%.

### **Recommandation à la coordination nationale et au Management de l'APOC :**

- (i) Apporter le soutien technique et financier nécessaire pour l'évaluation de la durabilité de ce projet.

104. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC d'Ituru Sud : Rapport technique annuel de la 1<sup>ère</sup> année*

105. Comme premier rapport, cela a été bien écrit malgré quelques faiblesses (notamment des chiffres contradictoires) notées à plusieurs niveaux dans le document.

### **Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Indiquer le nombre de centres de santé dans le résumé et dans le corps du rapport ;
- (ii) Harmoniser tous les chiffres. A titre d'exemple, le nombre de villages dans toute la zone du projet (1368 dans le résumé/1646 au niveau du tableau 2) ; le nombre de villages dans les 3 (ou 4) zones concernées en ce qui concerne la 1<sup>ère</sup> année (486 dans le résumé/489 au niveau du tableau 2) ; la couverture thérapeutique (100% dans le résumé/102% au niveau du tableau 7) ;
- (iii) Revoir le % des agents de santé impliqués dans le TIDC (Tableau 1: 46,5% au lieu de 50,5%) ;
- (iv) A la page 25: "aucun cas d'ESG à signaler"; à la page 26 (Tableau 8): description d'un cas d'ESG.

### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Le projet devrait bénéficier de la présence d'un Centre de Recherche sur les Maladies Tropicales qui se trouve dans l'aire du projet ;
- (ii) Distribuer les médicaments pendant une autre période de l'année au lieu de le faire entre août et décembre (saison des pluies) qui n'est pas une période convenable ;
- (iii) Il serait bien d'indiquer les 3 premières zones d'intervention dans la carte des zones sanitaires (section 1) ;
- (iv) Décrire le mécanisme de commande/livraison des médicaments ;
- (v) Bien décrire le niveau d'intégration des SSP, le cas échéant ;
- (vi) Poursuivre les efforts en vue d'accroître la couverture thérapeutique ;
- (vii) S'assurer que toutes les observations faites concernant l'harmonisation des chiffres et l'amélioration du rapport sont prises en compte. Il est lancé un appel au Coordonnateur national pour une mise en oeuvre effective de ce projet en voie de lancement.

#### **106. *Le CCT a accepté le rapport.***

*Projet TIDC de Lubutu : Rapport technique annuel de la 6<sup>ème</sup> année*

107. Les réponses fournies suite aux 4 recommandations faites par le CCT sont satisfaisants, mise à part celle relative à la rédaction du plan de durabilité.

#### **Concernant le rapport :**

- (i) Le rapport est bien écrit ;
- (ii) Le résumé analytique est concis, facile à comprendre et les données concordent avec celles du rapport.

#### **Concernant le projet :**

- (i) Il a été noté une augmentation appréciable du nombre de DC femmes ;
- (ii) La charge de travail est acceptable parce que le ratio est d'1 DC/138 personnes ;
- (iii) La couverture géographique est de 100% partout à l'exception de Ferekeni (99,1%).
- (iv) La couverture thérapeutique moyenne est de 76,6% (minimum: 74,9% à Punia et maximum de 80,2% à Ferekeni) ;
- (v) Le nombre de communautés avec une couverture thérapeutique <80% est toujours élevé (440) ;
- (vi) La contribution du gouvernement aux activités de lutte contre l'Onchocercose est faible.

#### **Recommandations :**

- (i) Améliorer la participation des femmes dans les activités TIDC ;
- (ii) Intensifier l'AMC et la réunion des parties prenantes ;
- (iii) Prendre les mesures nécessaires afin d'éviter de se retrouver avec un nombre élevé de comprimés expirés ;
- (iv) Poursuivre la sensibilisation afin de réduire le nombre de communautés où la couverture thérapeutique est <80% ;
- (v) Élaborer un plan de durabilité.

#### **108. *Le CCT a accepté le rapport.***

*Projet TIDC de Masisi Walikale : Rapport technique annuel de la 6<sup>ème</sup> année*

109. Ce rapport couvre les activités de l'année 2012 du projet TIDC de Masisi Walikale en RDC. Ce projet est à sa 6<sup>ème</sup> année de financement APOC mais est seulement à sa 4<sup>ème</sup> année de traitement. La zone du projet se situe dans la région du Kivu qui est une zone d'insécurité due aux rebellions et aux difficultés d'accès. Le projet est félicité pour sa détermination à poursuivre le traitement de masse.

110. Cependant, le rapport contient beaucoup d'incohérences au niveau de certaines données essentielles telles que le nombre de DC et l'inventaire. Plusieurs parties du rapport ne sont pas remplies et les informations, bien que pertinentes, ne sont pas toujours appropriées par rapport à la qualité des informations requises pour permettre une évaluation plus en profondeur du rapport.

**Concernant le projet :**

- (i) Très peu d'agents de santé sont impliqués; ceux qui le sont ne représentent que 30%;
- (ii) Une des quatre zones sanitaires, Pinga, n'a pas reçu de traitement de masse ;
- (iii) Les informations relatives au DC ne sont pas du tout cohérentes, 1.332 DC ont été recyclés; ce qui sous-entend qu'aucun DC n'a été recruté ;
- (iv) La couverture n'a pas été bonne parce qu'en 2012 la couverture géographique était de 71% (943/1332) et la couverture thérapeutique était de 52%. Le projet n'a jamais atteint la couverture souhaitée pendant les trois cycles de traitement ;
- (v) 45.468 absents et un niveau trop élevé de refus: 5% de la population à risque ;
- (vi) Le ratio de 3,3 comprimés/traitement est élevé; fournir des explications et revoir le nombre de comprimés utilisés pour la distribution et les harmoniser au niveau du rapport ;
- (vii) Les contenus des tableaux 4 et 5 ne concordent pas avec ceux mentionnés dans le texte, particulièrement au niveau du résumé exécutif. La colonne intitulée « nombre de DC formés est pleine de confusion ;
- (viii) Finalement, le rapport n'a pas été endossé par le PNLO.

111. En conclusion, le rapport semble avoir été rédigé rapidement et contient des informations pleines de confusion pour une évaluation qui devrait être précise et définitive.

**Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Reprendre la rédaction, revoir et harmoniser les informations fournies dans les tableaux et le texte ;
- (ii) Apporter une réponse à chacune des sections du formulaire d'APOC de manière logique et s'assurer que le rapport est correctement endossé.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Mettre en place une supervision étroite en liaison avec le PNLO et élaborer un plan d'action précis permettant de faire une bonne projection des besoins.

**Recommandations à APOC :**

- (i) Continuer à soutenir ce projet et être souple par rapport à la situation sécuritaire dans la zone du projet.

112. *Le CCT a accepté le rapport sous réserve de la rédaction d'un nouveau rapport qui prend en compte les recommandations ci-dessus.*

**GHANA**

*Projet TIDC du Ghana : Rapport technique annuel de la 6<sup>ème</sup> année (Resoumission)*

113. Le rapport est bien rédigé, cohérent et compréhensible; ce qui facilite la réflexion et l'analyse. Le projet a réalisé deux cycles de traitement dans 40 des 73 districts endémiques et la performance augmente de manière continue ainsi que le témoignent les taux d'amélioration de la couverture. Le taux de couverture thérapeutique a augmenté de 70% en 2010 à 78,2% en 2012 (1<sup>er</sup> cycle de traitement) et de 79% pour le 2<sup>ème</sup> cycle de traitement.

## **Recommandations du CCT :**

### **Pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Préciser la source des données sur la population. Sur la base des données fournies dans le rapport, il n'y a pas eu de recensement (Page 9). Cependant, le tableau 13, - calendrier des activités - indique qu'il y a eu la mise à jour du recensement ;
- (ii) Vérifier et corriger les fonds décaissés par APOC. Le niveau de financement par APOC rapporté dans le résumé analytique (66.400 dollars US) ne correspond pas aux données au niveau du tableau 13 (33.300 dollars US).

### **Pour l'amélioration de la mise en oeuvre du projet :**

- (i) Prendre des mesures nécessaires en vue d'améliorer les taux de couverture au niveau de New Juaben. (CG= 53,4%, CT = 49,3%) ;
- (ii) Prendre des mesures nécessaires pour augmenter le nombre de DC femmes.

114. *Le CCT a accepté le rapport.*

## **NIGERIA**

*Secrétariat du GTNO : Rapport technique annuel de la 15<sup>ème</sup> année*

### **Commentaires du CCT :**

115. Alors qu'1/3 des projets oncho mûrs en Afrique se trouve au Nigeria ( e.g. Kaduna), le GTNO n'est pas positionné dans le sens de l'élimination. Le rapport est un replatrage classique compilé, accompagné de tableaux.

- (i) Le GTNO devrait avoir envisagé la possibilité de l'élimination au niveau de certains vieux projets ;
- (ii) Il n'y a pas de détails concernant ce qui se passe par rapport à l'intégration, e.g. Plateau & Nassarawa ;
- (iii) Il n'y a aucune référence par rapport à l'arrêt de traitement ;
- (iv) Il faut apporter des explications par rapport aux nouvelles méthodes de mobilisation de fonds ;
- (v) On note une trop grande tendance à la dépendance vis-à-vis des ONGD.

116. *Le CCT a accepté le rapport.*

## **SIERRA LEONE**

*Projet TIDC de Sierra Leone : Rapport technique annuel de la 5<sup>ème</sup> année*

117. Le rapport est détaillé et contient les informations requises. Le projet a atteint une couverture thérapeutique de 80% à la deuxième année, une amélioration de performance qui doit être poursuivie.

### **Recommandations pour l'amélioration du projet:**

- (i) Fournir plus d'informations sur les 420 cas d'ESG signalés (remplir le tableau 8) ;
- (ii) Fournir des informations sur le Plan de Durabilité et sur le progrès réalisé dans la mise en oeuvre des recommandations (cela pourrait se faire avec APOC) ;
- (iii) Les conclusions de la recherche en cours sur les facteurs qui déterminent le succès de la mise en oeuvre de la DMM pour l'élimination de la FL en Sierra Leone devront être partagées avec APOC ;
- (iv) Poursuivre les efforts en cours en vue d'accroître la participation des femmes dans le TIDC ;
- (v) Solliciter le soutien des ONGD partenaires pour renforcer les capacités des RH en Suivi & Evaluation.

### **Recommandations pour l'amélioration du rapport:**

- (i) Résumer le tableau 3 (Calendrier des activités) en une page (déjà signalé),
- (ii) S'assurer que les chiffres du tableau 10 (inventaire du Mectizan) sont ajoutés.

118. *Le CCT a accepté le rapport.*

### **SOUDAN DU SUD**

*Secrétariat du GTNO du Soudan du Sud : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année*

119. Le rapport de la 7<sup>ème</sup> année du secrétariat du GTNO du Soudan du Sud est bien écrit. Toutefois, le problème de financement et les contraintes rencontrés au cours de la période concernée par le rapport ont affecté la mise en œuvre d'activités fondamentales telles que la formation, la sensibilisation, le plaidoyer, la supervision, conduisant à de faibles taux de couvertures géographique et thérapeutique. La couverture de traitement est tombée de 61% en 2011 à 43,9% en 2012.

### **Recommandations pour l'amélioration de la qualité du rapport :**

- (i) Corriger le taux de couverture de l'OAT - Le taux de couverture de l'OAT est de 55,8% et non de 43,9% ;
- (ii) Mettre le tableau 13 à jour. L'information contenue dans ce tableau montre que 32.542,40 dollars US ont été décaissés par APOC. Cette information concorde avec celle donnée par le service de Finance d'APOC. Le rapport présenté par le service des finances d'APOC au CCT37 indique le niveau de financement mis à la disposition du GTOSS en 2012 d'environ 67.767 dollars US.

### **Recommandations pour l'amélioration de la performance du projet :**

- (i) Le Directeur de l'APOC devra entreprendre une autre visite de haut niveau au Soudan du Sud afin de mener un plaidoyer pour qu'un financement et un soutien soient accordés au TIDC.
- (ii) APOC doit relancer le TIDC une fois encore afin de susciter l'intérêt et l'engagement de différentes parties. Les parties prenantes devront s'accorder sur des stratégies du TIDC réalisables pour le Soudan du Sud, compte tenu des risques liés à l'insécurité et au style de vie nomade dans certaines zones. A titre d'exemple, le nombre d'absents pour l'année 2012 était le double de celui de l'année 2011 (8870 en 2012 contre 4263 en 2011).
- (iii) APOC et le GTOSS devront trouver une solution aux problèmes de retard de décaissement des fonds afin de s'assurer de la disponibilité de la totalité des fonds engagés par APOC
- (iv) Le GTOSS devra attirer le financement d'autres ONGD afin d'assurer la mise en oeuvre des activités principales du TIDC.

120. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC d'East Equatoria : Rapport technique annuel de la 6<sup>ème</sup> année*

121. Ce projet est dans une phase de déclin ainsi que le démontre la baisse des couvertures géographique et thérapeutique. Le financement du projet a connu une réduction importante, l'ONGD partenaire n'ayant apporté aucun appui financier au cours de l'année concernée par le rapport. Cette situation a sérieusement constitué un obstacle aux activités du projet. La majeure partie de l'équipement, y compris les véhicules du projet, n'est pas fonctionnelle. Dans ces conditions, on ne peut pas s'attendre à ce que le personnel du projet obtienne des résultats. Nous espérons que la relance du projet permettra de parvenir à des meilleurs résultats.



### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Il faut urgemment prendre en main la détérioration de l'appui financier, y compris le contact avec d'autres ONGD concernées pour qu'elles se joignent afin d'apporter un appui supplémentaire ;
- (ii) Il est urgent de réparer ou de remplacer les équipements, y compris le véhicule du projet, étant donné que cette situation constitue une entrave aux activités du projet.
- (iii) Chercher à former tous les agents de santé dans la zone du projet TIDC ;
- (iv) Travailler à accroître les couvertures géographique et thérapeutique jusqu'au niveau des taux de couverture jugés acceptables ;
- (v) Garder une petite quantité de médicaments et envisager l'envoi des médicaments restants dans les magasins de stockage de la santé qui existent dans les pays plutôt que les retenir dans les centres de santé de première ligne.

### **Recommandations à APOC :**

- (vi) Il faut achever le raffinement du REMO et mieux définir la zone géographique du projet et la population qui doit être touchée ;
- (vii) Le problème de la détérioration de l'appui financier doit trouver une solution urgente, y compris le contact par le GTOSS et APOC avec d'autres ONGD concernées pour qu'elles se joignent afin d'apporter un appui supplémentaire.

122. *Le CCT a accepté le rapport.*

## **TANZANIE**

*Secrétariat du GTNO : Rapport technique annuel de la 14<sup>ème</sup> année*

123. Le rapport a fourni des informations utiles sur les interventions intégrées de lutte contre les MTN en cours en Tanzanie. Les projets ont probablement besoin d'être évalués pour s'assurer qu'une activité principale pour le maintien des acquis de l'élimination de l'onchocercose se poursuit pendant que les autres MTN sont en train d'être intégrées.

### **Recommandations :**

- (i) Il faut améliorer la révision du rapport avant sa soumission afin de minimiser les erreurs typographiques ;
- (ii) Le GTNO devra revoir comment les projets calculent l'OAT et l'OUT. A titre d'exemple, l'OAT et l'OUT devraient être les mêmes à la 4<sup>ème</sup> ou à la 5<sup>ème</sup> année, mais ce n'est toujours pas le cas ;
- (iii) A Mahenge, l'OAT était de 69,5% de la population totale alors que l'OUT était de 84% de la population totale. A Tanga, l'OAT était de 80,2% et l'OUT était de 84% ;
- (iv) Remplir le tableau 2.4, le tableau 2.8.1 et le tableau 10 ;
- (v) Refaire le tableau 11 pour fournir le détail des activités ;
- (vi) Fournir plus de détails concernant les médicaments perdus à Ruvuma ;
- (vii) Fournir des informations sur l'intégration en utilisant les nouveaux tableaux 15 et 16 introduits par APOC ;
- (viii) Le GTNO devrait effectuer un plus grand nombre de supervisions de soutien ;
- (ix) Contraindre les formateurs et les superviseurs à tous les niveaux à maintenir une mise en oeuvre de qualité du programme.

124. *Le CCT a rejeté le rapport.*

## OUGANDA

### *Phase 5 (Kitgum &Pader) : Rapport technique annuel de la 2<sup>ème</sup> année*

125. Ce rapport est détaillé et cohérent et situe le contexte du projet, compte tenu de l'histoire du trauma post-conflit et de la prévalence du syndrome de hochement de la tête. Le projet couvre une population de 545.803 habitants dans trois districts: Kitgum, Lamwo et Pader. La couverture géographique était de 99% et la couverture thérapeutique de la deuxième année était de 58%. Le rapport fait également état des défis et de comment ceux-ci peuvent être relevés.

#### **Commentaires concernant le rapport :**

- (i) Revoir la table des matières et y inclure la liste complète des abréviations ;
- (ii) Revoir le tableau 10 avec des données non concordantes (nombre élevé de l'année précédente stocké) ;
- (iii) Aligner le tableau 13a avec le montant approuvé pour les activités de terrain en 2012;
- (iv) La Section 1.1.1 (description du projet) porte sur les pressions exercées sur la prestation des services de santé du fait de l'augmentation du nombre d'unités administratives. Cet aspect doit être inclus dans les défis listés dans la Section 5 ;
- (v) Revoir l'OUT et les calculs pour ramener le pourcentage de 87% à 84% ;
- (vi) Donner des précisions concernant deux cas d'ESG dans le district de Pader et le manque de suivi respectivement ;
- (vii) Compte tenu des réels défis, la Section 5 devrait être plus détaillée (avec un accent particulier mis sur les opportunités et les solutions), de sorte à ce qu'il serve à informer l'élaboration d'un plan d'action en vue de trouver des solutions aux questions problématiques ;
- (viii) Donner des précisions par rapport aux problèmes concernant la mise en oeuvre de l'AMC/RPP ;
- (ix) Fournir des informations sur les deux cycles de traitement de manière séparée: e.g. couverture, nombre de DC impliqués, nombre de comprimés utilisés et ajuster les tableaux en conséquence.

#### **Commentaires concernant le projet :**

- (i) Trouver une solution au nombre relativement élevé de pertes,
- (ii) Elaborer un plan en vue de la mise en place complète de l'AMC/RPP.

#### **Recommandation à APOC :**

- (i) Faire le suivi des questions soulevées par le rapport concernant :
  - a. La livraison du véhicule approuvé,
  - b. La disponibilité des fonds en vue de la mise en oeuvre de RO approuvées, communiquer avec le MS.

126. *Le CCT a accepté le rapport.*

## **REVUES EN LIGNE**

## ANGOLA

### *Projet TIDC de Lunda Sul : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année (Resoumission)*

127. Il s'agit d'un projet de 7<sup>ème</sup> année couvrant les activités de l'année 2011 et présenté en 2013 pour la première fois. Cela signifie que la soumission est tardive. Il convient de noter que le projet n'a pas utilisé la DMM en 2011. Les raisons invoquées sont «le manque / absence de Mectizan et l'allocation tardive des fonds du projet ». Comme solution, l'auteur recommande «le renforcement des capacités locales pour la commande de Mectizan en temps opportun ; l'envoi en temps opportun des

rapports financiers et le plaidoyer auprès d'APOC pour la fourniture rapide et sécurisée à temps des fonds du projet (OMS)".

128. Le projet de Lunda Sul est le plus ancien projet en Angola situé dans le nord du pays. Le projet a été approuvé par APOC en 2002, mais a commencé la distribution en 2005. La population à risque dans la zone hyper et méso-endémique est de 251.125 personnes réparties dans 252 communautés. Il existe une confusion en ce qui concerne la population totale de la zone du projet: 491.000 habitants rapportés dans le paragraphe descriptif du projet et 522. 875 habitants dans le paragraphe traitant de la population estimée en 2010.

129. En ce qui concerne les autres activités de TIDC, les performances sont toujours insuffisantes :

- (i) Seulement 12% des agents de santé participaient au TIDC ;
- (ii) Sur 540 DC, 12 sont des femmes, soit 2% des DC et 1 DC femme/par communauté ;
- (iii) La couverture géographique a atteint 100% une seule fois en 2009 avec une couverture thérapeutique de 60%; il s'agit des couvertures les plus élevées depuis le début de la DMM en 2005.

130. Depuis 2008, les fonds déboursés proviennent uniquement de l'APOC, le gouvernement et l'ONG n'ont jamais décaissé les budgets alloués au TIDC. En 2011, sur les 45.359 dollars décaissés, 9.967 dollars US ont été utilisés. En fait, World Vision, l'ONG qui appuyait le projet, a mis fin à son soutien en 2009. Il convient de noter que le Monitoring Participatif Indépendant après la 1ère année n'a pas été mis en œuvre et que l'évaluation à mi-parcours de la durabilité n'a pas été effectuée.

#### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Résoudre le problème de manque d'outils IEC en langues locales pour la sensibilisation ;
- (ii) Fournir des informations sur l'impact par rapport à la sensibilisation des autorités municipales de Cacolo et de Saurimo ;
- (iii) Initier l'AMC et la RPP ;
- (iv) Faire la commande du Mectizan à temps; au moins quatre mois avant la date de distribution ;
- (v) Fournir un rapport sur l'impact des étapes identifiées dans ce rapport.

#### **Recommandation à APOC :**

- (i) Améliorer l'appui technique destiné à ce projet, prenant en compte le fait qu'il n'a jamais bénéficié d'une DMM efficace (100% de couverture géographique et au moins 70% de couverture thérapeutique).

#### **Recommandation au MDP:**

- (i) Envisager la commande par projet au lieu d'une commande nationale et envoyer une copie à la coordination nationale.

131. *Le CCT a accepté le rapport.*

#### *Projet TIDC de Lunda Sul : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

132. Toutes approximations considérées liées à la traduction, le rapport est indigne d'un programme de huit ans, surtout qu'il s'agit d'un rapport repris. Trop de lacunes et d'inexactitudes (confusion avec 2010, ce qui conduit à des doutes quant à la réalité d'un traitement effectif en 2011), et existence de preuves d'une mauvaise compréhension de certaines questions de la grille. Les données de couverture du traitement sont inacceptables à ce stade du programme. Elles contiennent une série chaotique de mauvais résultats plus ou moins médiocres pour lesquels aucun changement positif n'est prévisible. Heureusement, le foyer (non délimité) est méso-endémique. Mais avec seulement la moitié de la population admissible traitée, l'atteinte du contrôle de la maladie semble lointaine. Il apparaît comme si toutes les activités TIDC devraient être reprises, mais cela serait impossible sans un appui extérieur qui déterminerait les conditions rigoureuses de mise en œuvre.

### **Recommandations :**

- (i) Prendre note du rapport tel qu'il est, le classer et mettre fin à cette course d'invalidité ; reprendre le rythme normal d'évaluation ;
- (ii) Recueillir le rapport de 2012 dès que possible et en extraire des recommandations comminatoires sur chaque point d'échec du TIDC à partir des deux derniers rapports (trois si cela devait attendre la fin de l'année 2013) ;
- (iii) Transmettre ces recommandations d'une manière ferme, précise et impérative au PNLO de l'Angola et à la coordination du projet ;
- (iv) Exiger que les futurs rapports (2012-2013) soient rédigés par le coordonnateur ;
- (v) Examiner attentivement le risque de contamination transfrontalière de la RDC et des foyers contigus de l'Angola par ce foyer ;
- (vi) Rechercher un soutien financier externe avec diligence.

133. *Le CCT a rejeté le rapport.*

## **CONGO**

*Projet TIDC du Congo : Rapport technique annuel de la 12<sup>ème</sup> année*

134. Le rapport est bien écrit. Des réponses adéquates ont été fournies aux recommandations du CCT. Le taux de refus et d'absentéisme est élevé, notamment en zone urbaine de Brazzaville (Makélékélé, Mfilou et le Bas-Congo). Il y a une forte implication des sous-préfets et des leaders communautaires des districts. Les femmes jouissent de plus en plus de l'exercice du pouvoir. Le TIDC est intégrée dans les activités d'autres programmes: mise en commun des ressources matérielles, intervention de certains DC dans d'autres programmes. Le plan national de lutte contre les MTN a été développé. La couverture géographique est de 100% et la couverture thérapeutique > 80% depuis 2009.

### **Recommandations :**

135. Expliquer pourquoi :

- (i) le nombre d'agents de santé a baissé au niveau de l'aire du projet,
- (ii) l'AMC n'a pas été mis en œuvre en 2012,
- (iii) le retard accusé par le financement d'APOC,
- (iv) la recherche DOLF.

### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Former un plus grand nombre de DC en vue de réduire leur charge de travail qui est en ce moment de 1DC/330 habitants ;
- (ii) Prendre des mesures pour rendre la supervision des CSPL efficace et renforcée ;
- (iii) Poursuivre le plaidoyer auprès du Gouvernement pour le décaissement à temps des fonds ;
- (iv) Prendre des mesures nécessaires concernant la question du matériel qui est maintenant devenue un problème sérieux.

136. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC Congo Extension : Rapport technique annuel de la 9<sup>ème</sup> année*

137. Ce projet de 9<sup>ème</sup> année continue d'évoluer dans de bonnes conditions. Le rapport est bien écrit. Des réponses ont été fournies aux recommandations du dernier CCT. La couverture géographique est toujours de 100%. La couverture thérapeutique qui a chuté de 84% (en 2010) à 77% (en 2011), en raison des épidémies de rougeole et de la poliomyélite est en hausse (81%).

138. En ce qui concerne les DC, le ratio est de 1DC pour 112 personnes, le nombre de femmes DC a diminué (41% en 2011 et 36% en 2012). Le tableau 1 montre un manque de personnel de santé impliqué dans le TIDC dans le district de Divenie qui a le nombre de communautés cibles le plus élevé (21/22) et la majeure partie des populations à traiter. Cette situation, si elle est avérée, constituerait une menace à la durabilité du projet. Alors qu'en 2011, la contribution financière du gouvernement a été très appréciée, le CCT regrette que cet effort ne se soit pas poursuivi en 2012. Cependant, les efforts des communautés pour soutenir la motivation des DC se poursuivent. Le plan de durabilité n'a pas encore été mis en œuvre.

139. Ce projet est en situation de manque d'équipements. Les efforts de mise en œuvre conjointe des activités de lutte contre la FL et les Géohelminthiases se poursuivent.

**Recommandations :**

- (i) Le CCT souhaite obtenir plus d'informations par rapport au personnel de santé réellement engagés dans le TIDC dans le District de Divenie ;
- (ii) Des efforts de plaidoyer en vue du recrutement des femmes DC doivent se poursuivre, en impliquant, peut-être, les leaders d'opinions ;
- (iii) Les sessions de l'AMC doivent être organisées ;
- (iv) Le CCT souhaite que la contribution financière du gouvernement soit effective et continue.

**Recommandation au Management d'APOC :**

- (i) Continuer d'appuyer le projet dont les fonds n'ont pas été décaissés en 2012.

140. *Le CCT a accepté le rapport.*

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

*Projet TIDC de Bandundu : Rapport technique annuel de la 10<sup>ème</sup> année.*

141. Les réponses fournies par rapport aux 5 recommandations du CCT sont satisfaisantes, à l'exception de celles concernant l'AMC et la RPP qui doivent être mises en œuvre.

**Concernant le rapport :**

- (i) Les noms des signataires sont là mais il manque leurs signatures ;
- (ii) Le rapport est bien écrit ;
- (iii) Le résumé analytique est concis, complet et les données qui y sont reflètent fidèlement celles contenue dans le rapport ;
- (iv) Le nombre de comprimés expirés a chuté de 83.970 en 2011 à 0 en 2012 sans aucune justification ;
- (v) Le nombre de personnes au niveau des pages 9, 28, 29 n'est pas le même ;
- (vi) Les données de l'AMC et de la RPP sont identiques à celles de 2011 ;
- (vii) Les tableaux 13a, b et c ne contiennent pas le budget et les dépenses de 2012.

**Concernant le projet :**

- (i) La participation des femmes aux activités de TIDC est toujours faible ;
- (ii) La charge de travail est trop élevée du fait qu'il n'y a qu'un (1) DC pour 203 personnes ;
- (iii) Le nombre de refus (2.510) et d'absents (3.194) est en baisse par rapport à 2011 (refus: 14.728); absents (24.826) ;
- (iv) La couverture géographique est de 100% ;
- (v) La couverture thérapeutique moyenne est de 99%(100% partout à l'exception de Lusanga où elle est de 95%) ;
- (vi) Le nombre de communautés avec une couverture thérapeutique <80% est toujours élevé (155) ;
- (vii) Les fonds d'APOC ont été décaissés tardivement.

**Recommandations :**

- (i) Fournir des explications par rapport à l'absence de comprimés expires en 2012, aux données de l'AMC et de la RPP et aux données relatives aux tableaux 13a, b et c ;
- (ii) Améliorer la participation des femmes dans les activités du TIDC ;
- (iii) Former beaucoup de DC en vue de réduire la charge de travail ;
- (iv) Continuer la sensibilisation en vue de réduire le nombre de communautés où la couverture thérapeutique est < 80% ;
- (v) Continuer la sensibilisation/le plaidoyer en vue d'augmenter la contribution financière du gouvernement ;
- (vi) Rédiger une proposition de recherche.

**142. Le CCT a accepté le rapport.***Projet TIDC du Bas Congo : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

143. Les recommandations (dix) du CCT35 ont toutes été effectivement prises en compte (au niveau du rapport et des activités), à l'exception du plaidoyer auprès des autorités gouvernementales et des ONGD à l'extérieur. Ce projet a une envergure exceptionnellement grande ( allant de la zone urbaine de la ville de Kinshasa à la région rurale du Bas-Congo). En fonction des zones de santé, les cycles de traitement varient de 5 à 8 ans, des groupes spécifiques tels les «casseurs de pierre" de la zone Kinsuka ne sont pas pris en compte en tant que tels, alors qu' ils viennent chaque de différentes banlieues de la mégapole de Kinshasa. La couverture géographique est de 100%, la couverture thérapeutique est de 74%. Le rapport est sincère, systématique et plein d'informations mais les tableaux sont souvent suivis de commentaires vagues. Il est à noter qu' il n'y a aucune mention faite des activités transfrontalières menées avec la République du Congo et de la comparaison des couvertures en utilisant les données des évaluations épidémiologiques.

144. Les données semblent être fiables, bien que l'auteur parle de données incomplètes. L'inconnu est la séquence de traitement annuel par district, sachant que le projet a souffert de nombreuses interruptions pour des raisons de force majeure dont l'ampleur et l'impact ne sont pas connus. Un tableau récapitulatif serait utile. Les faiblesses du projet sont listés. Sans le soutien du Gouvernement, de l'APOC ou de l'extérieur, l'espoir n'est pas permis concernant les perspectives d'amélioration à court terme. Le coordonnateur a foi au programme de lutte contre les MTN, mais cela ne semble pas être une perspective ou un projet bâti sur des réalités.

**Recommandations du CCT :**

- (i) APOC doit renforcer son soutien directement ou indirectement au projet dont l'objectif est complexe et difficile à séparer par rapport à chaque rive du Fleuve au niveau des deux Congos ;
- (ii) Le Management de l'APOC doit poursuivre ses efforts afin de s'assurer que les équipes engagées dans ce foyer du Fleuve Congo parviennent à travailler ensemble de manière efficace (celles de Kinshasa et du Bas-Congo et celles des deux rives du Fleuve).

**145. Le CCT a accepté le rapport.***Projet TIDC de l'Equateur Kiri : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

146. Le projet TIDC de l'Equateur-Kiri était à sa 8e année de financement en 2012 mais dans sa 7è année de mise en œuvre avec une population à risque de 1.236.869 répartie dans 1.621 villages situés dans une zone méso-et hyper-endémique.

147. Ce rapport de 2012 est essentiellement constitué de «copier-coller» par rapport à celui de l'année précédente, ce qui est compréhensible. Cependant, il y existe de nombreuses incohérences. Les chiffres qui figurent dans les tableaux 4 et 5 ne correspondent pas à ceux contenus dans le résumé analytique. Le texte qui suit ce qui explique le tableau 10 concernant les stocks de Mectizan n'est pas cohérent.

148. Cependant, le projet a atteint une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique de 79%. La couverture géographique est restée à 100% pendant les 5 dernières années et la couverture thérapeutique est d'environ 80% depuis les 4 dernières années. Le projet a une bonne performance.

149. En ce qui concerne l'inventaire, le nombre de comprimés utilisés en 2012 par traitement est de 2,48 comprimés / traitement. Beaucoup de comprimés sont perdus, notamment un nombre de 14.267 comprimés, ce qui est inférieur à la perte constatée l'année précédente. Cependant, la gestion des comprimés doit être améliorée, malgré les efforts déployés à partir des 29.340 comprimés perdus. Il convient de noter que le projet a lancé l'AMC et la RPP dans 8% et 6% des villages. Cet effort devrait être encouragé.

**Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Revoir les tableaux 4, 5 et 10 et s'assurer que tous les calculs sont bons ;
- (ii) Revoir le tableau 13 également ;
- (iii) Calculer et interpréter la proportion de villages ayant moins de 80% de couverture thérapeutique et le mettre à l'annexe du tableau 7 concernant les traitements ;
- (iv) Vérifier et corriger les incohérences liées au fait de "copier/coller".

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Continuer d'améliorer la gestion du Mectizan ;
- (ii) Mener un plaidoyer efficace auprès des partenaires en vue du remplacement des véhicules et des motocyclettes hors d'usage (1 véhicule sur 2 et 9 motocyclettes sur 10 sont hors d'usage) ;
- (iii) Poursuivre la sensibilisation en vue d'intégrer les activités du TIDC dans le budget des SSP et faire un rapport sur les résultats obtenus ;
- (iv) Etendre l'AMC et la RPP dans tous les villages du projet.

150. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC du Kasai : Rapport technique annuel de la 12<sup>ème</sup> année*

151. Excellent rapport, très complet au niveau de l'état des activités et de leurs résultats. Chaque résultat est suivi d'une réflexion, d'une analyse ou d'une suggestion d'amélioration. Ces résultats sont remarquables, compte tenu de la dimension exceptionnelle du foyer derrière lequel on se demande quelle est la logique administrative ou épidémiologique qui a prévalu.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Faire le point de la loase et de la carte du réseau hydrographique dans la présentation;
- (ii) Clarifier la différence par rapport au nombre de DC dans les tableaux 4 et 5 ;
- (iii) Retracer l'histoire des traitements annuels par unités géographique ou épidémiologique ;
- (iv) Expliquer l'existence d'un énorme stock de Mectizan et ce qu'il faut en faire ;
- (v) Rechercher un financement extérieur en plus des financements d'APOC et de CBM.

**Recommandations à APOC :**

- (i) Faire en sorte que le MS s'implique dans l'intégration du TIDC dans le PMA et le programme MTN/RDC ;
- (ii) Activer le dialogue transfrontalier avec l'Angola si ce n'est déjà fait ;
- (iii) Etablir le rapport entre les résultats du TIDC et l'historique du projet avec les résultats des études épidémiologiques menées par le Management de l'APOC en associant le coordonnateur.

152. *Le CCT a accepté le rapport et a félicité le coordonnateur du projet pour l'excellence du rapport et pour les très bons résultats obtenus.*

*Projet TIDC de Katanga Sud : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année*

153. Il s'agit du rapport de 2012 du projet TIDC de Katanga Sud en RDC dans sa septième année de financement d'APOC. Le projet comprend 1.061 communautés ayant une population à risque de 685. 835. C'est un projet sans appui d'ONG partenaires dans lequel deux districts sur sept ont connu des situations d'insécurité. Les performances des projets pour l'année 2012 étaient les suivantes :

- (i) Impact positif du plaidoyer sur les autorités politique et administrative ;
- (ii) Un nombre total de 6.240 DC avec 1 DC femme contre 3 DC hommes et un ratio de 1DC/109 habitants ;
- (iii) Couvertures géographique de 100% et thérapeutique de 80% avec seulement 26% des villages ayant moins de 80% de CT ;
- (iv) Ces couvertures ont été atteintes les 4 dernières années du programme ;
- (v) Le coût du traitement était de 0,04 dollar/traitement et les DC étaient soutenus par la population avec des dons en nature (sacs de haricots etc).

154. Malheureusement, bien que le TIDC soit inclus dans le plan de développement provincial, il ne bénéficie pas de financement provincial. En outre, aucune réunion d'auto-monitorage communautaire ou des parties prenantes n'a eu lieu. Le projet a été félicité pour les 4 années successives de bonnes performances avec les recommandations suivantes :

**Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Le tableau 5 sème la confusion avec le calcul erroné des totaux dans les 3 dernières colonnes ;
- (ii) Vérifier la cohérence des chiffres utilisés dans le rapport. Deux chiffres concernant le nombre de personnes traitées 548.008 et 549.088 dans les tableaux 7 et 9 respectivement.

**Recommandation pour l'amélioration du projet :**

- (i) Poursuivre le plaidoyer avec les autorités pour une intégration totale du TIDC ;
- (ii) Mener un plaidoyer auprès d'APOC pour le remplacement de l'unique véhicule et d'autres matériels désuets ;
- (iii) Maintenir les bonnes performances au niveau de la couverture ;
- (iv) Fournir des informations concernant les autres MTN surtout après avoir finalisé la cartographie de la Filariose lymphatique et de la schistosomiase en 2012.

155. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC de Mongala : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

156. Ce rapport est assez complet, malgré quelques lacunes, le manque d'analyse et d'évaluation des situations au niveau de la couverture thérapeutique, mais des choses non mentionnées apparaissent dans le résumé analytique. Quelle que soit la raison, le projet semble être à la limite de ses capacités ; il n'a jamais eu, dans quelque domaine que ce soit, le minimum de cadres requis et l'autorité ne dispose pas de suffisamment de force. La formation des DC est très insuffisante et inadaptée, les activités de sensibilisation, le suivi, l'encadrement, la supervision ne répondent pas aux besoins et la motivation des DC est assez fragile. Le projet connaît des difficultés à faire progresser la participation des femmes. Toutes ces faiblesses sont identifiées. La contribution financière du gouvernement est de zéro, l'intégration ne semble pas efficace ou solide et le financement externe est en pleine régression. S'il n'y a pas une intervention rapide, il est à craindre que la situation se détériore et que l'élimination devienne un objectif hors de portée. Le sauvetage ne peut résulter que du renforcement du soutien financier à un plan de dynamisation basé sur le rapport de durabilité si l'étude confirme sa pertinence.

**Recommandations à APOC :**

- (i) Accélérer l'examen du rapport de durabilité ;
- (ii) Fournir le financement aux principales composantes du TIDC au niveau minimum requis.



## **Recommandations au GTNO/RDC :**

157. En vue de soutenir le plaidoyer mené par APOC et le projet :

- (i) Déployer des efforts particuliers en vue d'obtenir du gouvernement central et des autorités provinciales un minimum de soutien financier pour le projet ;
- (ii) Intensifier ou lancer le plaidoyer auprès des sources de financement extérieures.

158. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC de Sankuru : Rapport technique annuel de la 9<sup>ème</sup> année*

159. Les recommandations du CCT ont été prises en compte et les réponses apportées sont satisfaisantes. Le résumé est concis et en ligne avec le calendrier des activités.

### **Concernant le rapport :**

- (i) Fournir des explications par rapport au tableau 1a qui indique que 100% des agents de la santé de la zone participent au TIDC ;
- (ii) Réduire le nombre de points au niveau des "forces et faiblesses" (pages 58 et 59) à quelques points essentiels.

### **Concernant le projet :**

160. Le projet a une assez bonne performance: couverture géographique de 100% et augmentation constante de la couverture thérapeutique : 2008 (75%), 2009 (81%), 2010 (82%) et 2011 (83,2%). Le CCT exprime sa préoccupation parce que l'équipement fourni par APOC est pratiquement devenu désuet. Le CCT souligne la nécessité d'avoir d'autres partenaires parce que l'ensemble du budget 2012 a été fourni par APOC, étant donné que son mandat peut prendre fin un jour. Le CCT se réjouit de ce que l'AMC et la RPP aient été mises en œuvre dans toutes les zones, par opposition à certains projets plus anciens qui n'ont pas encore lancé ces activités.

### **Le CCT exhorte le projet à :**

- (i) Poursuivre le plaidoyer de sorte à ce que les engagements pris verbalement par les autorités soient traduits en actions (à savoir, un appui financier) ;
- (ii) Continuer à sensibiliser les communautés pour qu'elles s'occupent de leurs DC; ce qui contribuera à réduire les abandons en leur sein ;
- (iii) Prendre des mesures appropriées pour élaborer le plan de durabilité et le mettre en œuvre ;
- (iv) Organiser la formation de personnes capables de prendre en charge les ESG aussitôt que possible, en prenant en compte les mouvements éventuels des populations à partir de la zone infectée par la loase ;
- (v) Finaliser la recherche opérationnelle en cours d'élaboration.

161. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC de Rutsuru-Goma : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année.*

162. Il s'agit d'un rapport d'un financement de 7<sup>ème</sup> année par APOC couvrant les activités de 2012. Il s'agit d'un des projets du Nord-Kivu en RDC situés dans une zone d'insécurité en raison des rébellions. Le projet couvre 636 communautés avec une population à risque de 606. 916 personnes à risque. Les performances du projet sont :

- (i) 1.096 DC recyclés avec 1 DC femme contre 2 DC hommes plus un ratio très élevé de 1 DC/554 habitants ;
- (ii) La couverture géographique est de 84,3%. Depuis 7 ans, une couverture géographique de 100% n'a plus jamais été atteinte et il n'y a pas eu de traitement en 2008 ;

- (iii) La couverture thérapeutique est de 72,2% et a atteint environ 74% les 4 dernières années ;
- (iv) Le coût du traitement est de 0,05 dollar avec 2,5 comprimés utilisés pour chaque traitement ;
- (v) Le projet n'a pas initié l'AMC ni la RPP.

**Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Expliquer pourquoi certain(e)s infirmiers/infirmières n'ont pas reçu de briefing sur le TIDC ;
- (ii) Vérifier les chiffres et les calculs: la couverture géographique est de 84,3% et non 82,3% ;
- (iii) La colonne des ESG du tableau 7 correspond aux effets graves et non aux effets secondaires mineurs. Vérifier la définition des ESG ;
- (iv) Poser clairement le problème de la motivation des DC et proposer des pistes de solution.

**Recommandation pour l'amélioration du projet :**

- (i) Améliorer le ratio DC/population en le portant à 1DC/100 personnes et choisir les objectifs annuels en conséquence ;
- (ii) Mener des enquêtes sur les communautés ayant une couverture thérapeutique (CT) <80%, parce que 73% (465 sur 636) des communautés traitées ont une couverture thérapeutique <80% ;
- (iii) Trouver les voies et moyens de réduire les taux d'absence qui sont élevés, 36.065 ;
- (iv) Organiser l'AMC et la RPP.

163. ***Le CCT a accepté le rapport.***

*Projet TIDC de Tshuapa : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

164. Le rapport est bien écrit. Des réponses appropriées ont été apportées aux recommandations du CCT. Les domaines qui ont besoins d'amélioration sont :

- (i) Qui a effectué le recensement en 2012?
- (ii) La section mobilisation, sensibilisation et éducation pour la santé à la page 20 a été ignorée ;
- (iii) Revoir les calculs au niveau des tableaux 8 et 7 ;
- (iv) Il manque l'AMC et la RPP au niveau du tableau 6 ;
- (v) Remplir les tableaux 13a et c ;
- (vi) P. 46: Le décaissement de fonds du Fonds fiduciaire de l'APOC se fait toujours tardivement”.

165. Le nombre de refus et surtout celui des absences est particulièrement élevé. Le nombre de comprimés perdus et restants est élevé. La charge de travail des DC est trop élevée. Le TIDC est intégré dans les activités d'autres programmes: mise en commun des ressources matérielles, intervention des DC dans d'autres programmes. La couverture géographique est de 100% depuis 2010 et le taux de couverture thérapeutique varie entre 75% et 79% pour la même période.

**Recommandations :**

- (i) Fournir des explications sur les points ci-dessus indiqués ;
- (ii) Remplir les tableaux 5,7 et 13a et c ;
- (iii) Poursuivre la sensibilisation en vue de réduire le nombre d'absences ;
- (iv) Mettre le TIDC en oeuvre à une période appropriée ;
- (v) Former un plus grand nombre de DC afin de réduire la charge de travail qui est actuellement de 1DC/501 habitants ;
- (vi) Continuer la sensibilisation des communautés à trouver des mesures incitatives pour les DC ;

- (vii) Poursuivre le plaidoyer auprès du gouvernement pour un décaissement à temps des fonds ;
- (viii) Prendre des mesures appropriées pour résoudre le problème du matériel totalement désuet.

166. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC de Tshopo : Rapport technique annuel de la 9<sup>ème</sup> année*

167. Toutes les recommandations du CCT ont été prises en compte et les réponses fournies sont satisfaisantes. Toutefois, le traitement prévu dans les aires de santé de Bafwagbogbo et Opienge sera administré en 2013.

**Concernant le rapport :**

- (i) Le rapport est bien écrit; ce qui explique pourquoi il est facile à lire. Le résumé est concis, clair et plein d'informations ;
- (ii) Cependant, des contradictions existent au niveau des chiffres: 1.167 agents de santé engagés dans le TIDC à la page 10 et 1.357 dans le tableau 4 ; la couverture thérapeutique est de 71,7% dans le tableau 7 contre 74,3% dans le tableau 9 ;
- (iii) Les calendriers sont cohérents et toutes les activités (mobilisation, formation, recensement, distribution, supervision) ont été menées selon l'ordre de planification ;
- (iv) Le TIDC n'est pas mis en place à Bafwagbogbo (pp. 27 et 29) mais les résultats du TIDC de ce site sont publiés à la page 28.

**Concernant le projet :**

- (i) La formation sur l'AMC et la RPP pour la prise en charge des ESG, l'analyse des données et la rédaction de rapport initiée à tous les niveaux ;
- (ii) Formation sur la gestion de programme à tous les niveaux à l'exception des DC ;
- (iii) Nombre élevé de refus (61.095) et d'absences (40.103) ;
- (iv) Ligne budgétaire Oncho ouverte au niveau du MS ;
- (v) Couverture géographique de 100% partout sauf à Yalimbongo (80,7%), Opala (97,7%) et Badfawsende (98,4%) en 2012. La couverture géographique est passée de 71,5% en 2009 à 88,10% en 2012 ;
- (vi) En 2012, la couverture thérapeutique moyenne était de 71,7% (minimum de 57,7% à Banalia et maximum de 86,8% à Basali). La couverture thérapeutique était de 57,7% en 2009 ;
- (vii) 962 communautés sur /2.318 ont eu une couverture thérapeutique <80% au cours de leur 9<sup>ème</sup> année ;
- (viii) Bonne prise en charge des cas d'ESG.

**Recommandations :**

168. Le CCT exhorte le projet à :

- (i) Harmoniser les données au niveau des pages 27, 28 et 29 ;
- (ii) Poursuivre la Sensibilisation en vue de réduire le nombre de refus et d'absences ;
- (iii) Mettre le TIDC en œuvre dans les zones sanitaires restantes ;
- (iv) Choisir la période de traitement en dehors de la saison des pluies en collaboration avec les communautés ;
- (v) Superviser étroitement les DC, surtout au début de la mise en oeuvre du TIDC afin de trouver une solution au mauvais remplissage des registres de distribution des médicaments ;
- (vi) Faire le suivi des recommandations relatives à l'évaluation de la durabilité.

169. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC d'Ubangi-Nord : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année.*

170. Le rapport 2012 des activités du TIDC d'Ubangi-Nord qui est à sa 8<sup>ème</sup> année de mise en œuvre, couvre 9 zones de santé ou districts endémiques de l'onchocercose et de la loase. La population à risque est estimée à 784 987 personnes vivant dans 1.068 communautés. Pour des raisons financières liées au non décaissement de la 2<sup>ème</sup> tranche par APOC dû à des justifications douteuses, le projet n'a pas traité la zone de santé de Mobayi Mbongo et une partie de la zone de santé de Bili en 2012. Les indicateurs de performance sont les suivants :

- (i) 4.257 DC formés et recyclés. Cela correspond à 1DC femme contre 9 DC hommes et 1DC/185 habitants. La motivation des DC constitue un problème parce qu'il n'y a pas de soutien des DC par la communauté ;
- (ii) Couverture géographique (CG) = 60%; tous les districts ont une CG de 100%, à l'exception de Bili qui était dans son premier cycle de traitement en 2012 ;
- (iii) La couverture thérapeutique (CT) = 68% (468 038 personnes traitées avec 0,16 dollar US par traitement) 447 communautés, c'est à dire 41% des villages ont une CT d'au moins 80%. Un grand nombre de personnes, soit 21.052 personnes, étaient absentes au moment de la distribution en 2012 ;
- (iv) Le projet n'a jamais atteint le seuil de 100% mais tournait autour de 80%; la CT est de 70% environ ;
- (v) Aut total, 13 ESG ont été signalés suivis d'une bonne prise en charge parce qu'il s'en est suivi aucun cas de décès.

**Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Vérifier et harmoniser les chiffres dans les documents; revoir donc le tableau 4b par rapport au nombre de DC (3.524 ou 4.257 DC recyclés) ;
- (ii) Expliquer pourquoi 41% des villages ont une CT de moins de 80%.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Organiser des réunions d'auto-monitorage communautaire et des parties prenantes systématiquement après chaque campagne de distribution ;
- (ii) Intensifier la sensibilisation et la mobilisation communautaires pour contribuer à motiver les DC ;
- (iii) Améliorer la participation des femmes en tant que DC qui était de 1 DC femme / 9 DC hommes en 2012 ;
- (iv) Le projet est à sa 8<sup>ème</sup> année de financement. Il est temps de réaliser des performances de 100% CG et de 80% CT au moins. Demander l'aide du PNLO et d'APOC ;
- (v) Former l'équipe du projet sur la gestion financière afin d'éviter le blocage des fonds.

171. ***Le CCT a accepté le rapport.***

*Projet TIDC d'Ubangi-Sud : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

172. Les réponses fournies aux 7 recommandations du CCT sont satisfaisantes. Cependant, l'AMC et le projet de recherche, dont l'application est prévue pour 2013, doivent être lancés.

**Concernant le rapport :**

- (i) Le rapport est bien écrit ;
- (ii) Le résumé analytique est concis, complet et clair par rapport aux données contenues dans le rapport ;
- (iii) Les tableaux 2, 4 et 5 doivent être vérifiés et complétés.

**Concernant le projet :**

- (i) La participation des femmes aux activités du TIDC est faible, alors que les femmes jouent souvent un rôle dans la galvanisation de la population ;
- (ii) La charge de travail est extrêmement élevée, car il y a 1DC pour 278 personnes ;

- (iii) La couverture géographique est de 100% partout à l'exception de Budjela (80%) et de Boto (89%) ;
- (iv) La couverture thérapeutique est de 75% (minimum: 69% à Gemena et maximum: 84% à Bominenge). Il y a eu du progrès depuis 2006 et plus particulièrement en 2010 ;
- (v) Le nombre de communautés avec une couverture thérapeutique <80% est de 685; c'est-à-dire, 58% ;
- (vi) Nombre de refus (50.382) et le nombre d'absences (57.817) sont trop élevés ;
- (vii) Le transfert des fonds d'APOC a eu lieu en juin; ce qui a causé un retard du lancement des activités ;
- (viii) Les contributions du Gouvernement aux activités de lutte contre l'onchocercose sont insuffisantes.

**Recommandations :**

- (i) Fournir des informations sur chacun des points du rapport,
- (ii) Revoir les tableaux 2, 4 et 5,
- (iii) Améliorer la participation des femmes aux activités du TIDC,
- (iv) Mettre en oeuvre les activités de l'AMC et de la RPP,
- (v) Sensibiliser davantage en vue de la réduction du nombre de refus et d'absences,
- (vi) Faire une proposition de recherche opérationnelle,
- (vii) Elaborer un plan de durabilité.

**173. Le CCT a accepté le rapport.**

*Projet TIDC du Uele : Rapport technique annuel de la 10<sup>ème</sup> année.*

174. Ce rapport est bien écrit. Des réponses appropriées ont été apportées aux recommandations du CCT. Les domaines qui ont besoin d'amélioration sont :

- (i) Compléter les données relatives à la formation, la supervision et à la mobilisation dans le résumé ;
- (ii) Aucune information relative aux résultats obtenus par le plaidoyer ;
- (iii) Pas d'indication concernant le nombre de comprimés commandés au niveau du tableau 14 ;
- (iv) Donner des précisions sur l'état des équipements approuvés par le PAB 2012 et pas encore reçus au niveau du projet ;
- (v) Revoir le calcul dans le tableau 22.

175. Le nombre de refus et d'absences est élevé. La charge de travail des DC est trop élevée. L'absence d'ESG est un atout. Les activités du TIDC sont bien intégrées dans les SSP. La couverture géographique en 2012 est de 100% partout à l'exception de Dengue (76%) et d'Ango (76%). La couverture thérapeutique moyenne était de 68% en 2009, 80% en 2010 et 2011, mais 77% seulement en 2012.

**Recommandations :**

- (i) Fournir des informations par rapport aux zones indiquées ci-dessus ;
- (ii) Compléter les tableaux 14 et 22 ;
- (iii) Continuer la sensibilisation en vue de réduire le nombre de refus et d'absences ;
- (iv) Former un plus grand nombre de DC afin de réduire la charge de travail qui est actuellement 1DC/459 habitants ;
- (v) Poursuivre le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'ouverture d'une ligne budgétaire destinée à la lutte contre l'Onchocercose ;
- (vi) Superviser les DC afin de s'assurer un meilleur remplissage des registres.

**176. Le CCT a accepté le rapport.**

## LIBERIA

### *Projet TIDC du Sud –Est : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année (Resoumission)*

177. D'une manière générale, ce projet semble bien fonctionner. La couverture thérapeutique des quatre dernières années est passée de 81% à 97%. Pour 2012, le taux rapporté est de 84%.

#### **Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Vérifier à nouveau et corriger les incohérences et les écarts relatifs aux données ;
- (ii) Les informations fournies sur le nombre de DC formés (3.165) dans le résumé analytique ne concordent pas avec le nombre cité (3.215) dans le tableau 5 ;
- (iii) Les données contenues dans la version actuelle du rapport indiquent une augmentation du nombre de communautés (815 à 913) comparativement à la version révisée au cours de la session du CCT en mars 2013. Alors que le nombre de communautés a augmenté, le nombre total de la population a connu une baisse (483.870 ainsi qu'indiqué dans un rapport précédent, comparativement à 479.795 indiqué dans la version actuelle du rapport de 2012). Les raisons de cette tendance doivent être élucidées ;
- (iv) Calculer l'OUT –Tableau 2- la population totale et l'OUT sont les mêmes; cela témoigne de l'utilisation d'un dénominateur erroné ;
- (v) Tableau 4- Le nombre de DC ne concorde pas ;
- (vi) Tableau 5- 3.215 DC formés; Cependant seulement 2.504 DC sont actifs sur le terrain. Que sont devenus les 700 autres ?
- (vii) Remplir le tableau 8 – 828 cas d'ESG et 374 cas graves. Mais le tableau 8 n'a pas été rempli. Cela est une grosse omission qui doit être corrigée ;
- (viii) Compléter la section 4 – Le projet est à sa 7<sup>ème</sup> année. Aucune indication concernant les activités d'évaluation qui ont eu lieu au cours des sept années.

#### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

178. APOC doit porter une attention particulière à ce projet par rapport à la véracité des données qui semblent bien douteuses

179. *Le CCT a accepté le rapport.*

### *Projet TIDC du Nord-Ouest : Rapport technique annuel de la 11<sup>ème</sup> année (Resoumission)*

180. Il s'agit d'un rapport bien rédigé concernant un projet bien géré. Les données complètes de traitement sont rapportées dans le rapport. Le projet a été félicité pour les efforts déployés dans le traitement des communautés endémiques identifiées après l'enquête sur la couverture géographique menée en 2012. La sensibilisation des médias sur les MTN est un gros effort fourni par le projet qui doit continuer de la maintenir.

#### **Recommandations pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Refaire le calcul de l'OUT parce que l'OUT actuel contenu dans le tableau 2 correspond à la population totale ;
- (ii) Faire ressortir la contribution du gouvernement aux activités de terrain, considérée comme étant la plus élevée en 2012 au niveau du tableau 13a ;
- (iii) Faire ressortir les contributions de Liverpool School of Tropical Medicine et de MAP dans le tableau 13a ;
- (iv) Fournir plus d'informations sur les Effets Secondaires Graves qui se trouvent dans le tableau 7, puisque le rapport indique l'existence de 2.265 cas d'ESG et 455 cas référés à l'hôpital.

#### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Intensifier les efforts en vue d'atteindre 100% de couverture géographique ;

- (ii) Faire un meilleur plaidoyer auprès des donateurs afin d'assurer un décaissement à temps des fonds pour le démarrage des activités en temps opportun ;
- (iii) Maintenir une campagne de presse pour l'amélioration de l'observance du traitement, particulièrement dans les zones urbaines.

181. *Le CCT a accepté le rapport.*

## **SOUDAN DU SUD**

*Projet TIDC d'Est Bahr El Ghazal : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

182. Il s'agit d'un rapport de bonne qualité sur un projet qui accuse des déficits graves liés au manque de ressources et au contexte régional. Le projet couvre une population de 5550.325 personnes dans 8 comtés où existe le TIDC. L'ONGD partenaire du projet est CBM. La couverture géographique est très faible (71%) et se répercute sur la couverture thérapeutique qui est seulement de 54%. Le rapport fournit des informations préalables suffisantes pour illustrer la gravité des contraintes qui sont la cause de la faible performance du projet.

### **Recommandations pour l'amélioration du Projet :**

183. Le CCT a pris conscience de la situation difficile dans lequel se trouve le projet et a recommandé qu' une pressante attention soit accordée à un certain nombre de problèmes importants :

- (i) Rechercher les raisons du faible niveau d'engagement du personnel de la santé dans le TIDC ;
- (ii) Le manque de données du recensement constitue un problème, étant donné que la qualité de la seconde source n'est pas clairement indiquée ;
- (iii) Il faut trouver une solution au manque de sensibilisation et de mobilisation dans l'optique également de l'inclusion des femmes dans le TIDC ;
- (iv) Aborder les problèmes liés aux conditions requises pour effectuer l'AMC et la RPP ;
- (v) Le progrès est conditionné par la formation. Dans les conditions actuelles l'OAT peut être considéré comme étant 'réaliste' mais il faut présenter un plan d'urgence ;
- (vi) Il est évident que le contexte du projet détermine les taux de couvertures problématiques.
- (vii) Le CCT demande que de plus amples informations soient données sur les raisons du retard de lancement du TIDC et sur tout besoin d'aide ainsi que sur d'autres questions relatives à la mise en œuvre du plan de durabilité.

### **Recommandations au Management d'APOC :**

184. Le Siège de l'APOC et le GTOSS doivent assurer le suivi des différents problèmes du projet et élaborer un plan d'action conjointe pour résoudre les graves problèmes rencontrés par le projet, y compris les perspectives d'avenir afin de permettre à l'AMC et à la RPP également de réaliser des progrès vers l'intégration.

185. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC d'Est Equatoria: Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année*

186. La performance du projet est en déclin comme en témoigne la baisse de couvertures géographique et thérapeutique. Le financement du projet a considérablement été réduit, avec l'ONGD partenaire qui n'a pas fourni un soutien financier au cours de l'année concernée par le rapport. Cela a considérablement limité les activités du projet. La plupart des équipements, y compris les véhicules de projet, ne sont pas fonctionnels. On ne peut pas s'attendre à ce que le personnel du projet produise de bons résultats dans ces conditions. Nous espérons obtenir de meilleurs résultats après la relance du projet.

**Recommandations au projet :**

- (i) Une solution urgente doit être trouvée au problème de soutien financier en baisse y compris le contact avec les ONGD concernées afin de les amener à apporter un soutien additionnel ;
- (ii) Il est urgent de réparer ou de remplacer les équipements, y compris le véhicule du projet, étant donné que cette situation entrave la mise en oeuvre des activités ;
- (iii) Envisager la formation de tout le personnel de la santé de la zone du projet sur le TIDC ;
- (iv) Travailler à relever les couvertures géographique et thérapeutique jusqu'à la hauteur des taux de couverture acceptables ;
- (v) Garder seulement un minimum de médicaments et envisager le renvoi des médicaments restants dans les magasins de stockage de la santé au niveau du comté. Plutôt que de les garder au niveau des CSPL.

**Recommandations à APOC :**

- (i) Il est nécessaire d'effectuer le raffinement du REMO et de mieux définir la zone géographique du projet ainsi que la population qui doit être touchée ;
- (ii) Il faut trouver une solution au problème de la détérioration du soutien financier, y compris la prise de contact par le GTOSS/APOC avec les ONGD concernées afin qu'elles apportent un soutien additionnel.

187. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC du Haut Nil : Rapport technique annuel de la 7<sup>ème</sup> année*

188. Le rapport est bien écrit. Toutefois les questions de détournement des fonds par un employé du gouvernement ont créé des difficultés au niveau de la mise en oeuvre du projet dans trois sites; un problème dont la solution est en train d'être envisagée par le pays.

**Recommandation pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Corriger le tableau 7: il a été rapporté que toutes les communautés à Longichuk, Maaban et Maiwut ont réalisé des couvertures thérapeutique supérieur à 80%, alors qu'il n'y a pas eu de traitement dans ces communautés ;
- (ii) Evaluer et inclure les opportunités existantes dont dispose le projet (e.g. la relance du TIDC offre une opportunité au projet de raffiner ces procédures de mise en oeuvre).

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) Il est urgent que des efforts soient déployés pour faire un recensement de la population dans les sites des projets. Les chiffres actuels ont été retenus sur la base d'estimations et pourraient être dépassés à l'heure actuelle ;
- (ii) Augmenter la proportion du personnel de la santé dans les activités du TIDC à partir des 15,2% actuels. Cela nécessitera la détermination d'objectifs de formation (des objectifs n'avaient pas été définis pour la période concernée par le projet) ;
- (iii) Il faut entreprendre la formation sur l'AMC et la RPP parce qu'elle servira de base pour la sensibilisation et la mobilisation des communautés.

**Recommandations à APOC:**

- (i) Le grand défi à relever par ce projet est celui de l'accessibilité de la zone. Le véhicule et les 4 motocyclettes octroyés par APOC ne sont plus fonctionnels. Il faut trouver les mécanismes nécessaires pour soutenir l'équipe de mise en oeuvre afin de s'assurer que l'approvisionnement des communautés en médicaments se fait en temps opportun. Cela contribuerait à faciliter la supervision.

189. *Le CCT a accepté le rapport.*



190. Le rapport est concis et il a été noté que la demande de longue date de trois projets TIDC séparés, en lieu place d'un seul projet, a été accordée.

**Recommandation pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Indiquer de manière précise les raisons pour lesquelles le nombre de médicaments restants est si élevé ;
- (ii) Corriger le nombre de DC formés qui est de 7.217 dans le tableau 4 et de 5.477 dans le tableau 5 ;
- (iii) Faire ressortir les conclusions de l'évaluation de la durabilité au niveau du rapport et les actions entreprises en réponse à ces recommandations.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) S'assurer que l'objectif de la division d'un grand projet en trois projets est réalisé en vue d'une meilleure gestion et supervision du programme. ;
- (ii) Former un plus grand nombre de DC et recycler les agents de santé ;
- (iii) Améliorer la participation communautaire à l'AMC et à la RPP ;
- (iv) S'assurer que l'utilisation des média commencée quelques années plus tôt se poursuit ;
- (v) Augmenter et maintenir des couvertures géographique et thérapeutique élevées.

**Recommandation à APOC :**

191. APOC doit envisager le remplacement des biens d'équipement de ce projet et veiller à ce que les fonds soient décaissés assez tôt.

192. *Le CCT a accepté le rapport.*

193. Il s'agit d'un rapport acceptable d'un projet qui a enregistré des déficits considérables dûs au manque de ressources et à d'autres facteurs conjoncturels. Le résumé analytique est concis et plein d'informations utiles et est en conformité avec les données contenues dans le rapport. Des informations de base reflètent suffisamment certains défis du projet. Le projet connaît des problèmes qui perdurent auxquels il faut accorder une attention particulière. Le rapport est d'une bonne qualité et suffisamment détaillé, compte tenu de l'histoire du projet et des conditions du programme.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

194. Le CCT comprend la situation difficile qui prévaut dans l'aire du projet. Toutefois, certains problèmes clés requièrent une attention particulière :

- (i) Fournir des explications par rapport au niveau faible de participation du personnel de la santé dans le TIDC ;
- (ii) Le manque de données constitue un problème, étant donné que la seconde source ne contient pas d'informations précises ;
- (iii) Il faut trouver une solution au faible niveau de sensibilisation et de mobilisation et envisager également l'inclusion des femmes dans le TIDC ;
- (iv) Trouver une solution aux conditions requises avant l'initiation de l'AMC et de la RPP;
- (v) Le progrès est conditionné par la formation. Dans les conditions actuelles, l'OAT peut être considéré comme "réaliste" (ainsi que postulé par le CCT) mais en tant que plan d'urgence ;
- (vi) Il est évident que le contexte du projet détermine les taux problématiques de couverture;
- (vii) Le CCT demande des informations détaillées concernant les raisons du retard de la relance du TIDC et des propositions.

### **Recommandations au Management de l'APOC :**

195. Le Siège de l'APOC et le GTOSS doivent faire le suivi et élaborer un plan d'action conjointe en réponse aux sérieux problèmes rencontrés par le projet.

196. *Le CCT a accepté le rapport.*

### **TANZANIE**

*Projet TIDC de Kilosa : Rapport technique annuel de la 10<sup>ème</sup> année*

197. Le rapport est bien écrit et reflète l'engagement du responsable du programme dans le TIDC. On peut apprendre beaucoup de ce projet si les leçons tirées de l'AM et de la RPP sont bien documentées. Le projet a clairement indiqué ce qu'il attendait des différents partenaires ; ce qui est à féliciter. Toutefois, le projet de Kilosa semble avoir des rapports qui manquent ; ce qui nécessite plus de précisions.

#### **Recommandations concernant le rapport :**

- (i) Fournir un nombre total actualisé de la population concernée par le projet. La population indiquée dans le rapport est la même que celle de 2010 ;
- (ii) Fournir plus d'informations sur les sous-villages et montrer comment cela affecte le nombre total de communautés ;
- (iii) Fournir des informations sur les rapports manquants dans les sous-villages, l'année où cela est arrivé et les efforts consentis pour résoudre ce problème ;
- (iv) Donner des estimations exactes par rapport à l'OUT.

#### **Recommandations concernant le projet :**

- (i) Former le personnel engagés dans les activités de TIDC en utilisant l'opportunité du fonds commun et de l'intervention intégrée contre les MTN ;
- (ii) Former un plus grand nombre de DC en vue de réduire le ratio DC: membre communautaire ;
- (iii) Maintenir le plaidoyer auprès des districts en vue de leur soutien au TIDC et aux interventions contre les MTN ;
- (iv) Réaliser et maintenir une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique de 84%.

### **Recommandations au Management de l'APOC :**

- (i) Préciser si le plan de durabilité de la 5<sup>e</sup> année a été mis en oeuvre et si le rapport a été partagé avec l'équipe du projet.

198. *Le CCT a accepté le rapport.*

*Projet TIDC de Morogoro : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année.*

199. Il s'agit d'un rapport acceptable, même si l'équipe n'a pas réussi à maintenir 100% de couverture géographique. Des inquiétudes existent par rapport au fait que 14 villages dans la partie rurale de Morogoro n'aient pas été traités en 2012, compte tenu du fait qu'il s'agit du 8<sup>e</sup> rapport.

#### **Recommandation pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Corriger les chiffres du tableau 4 sur le nombre total de DC (en ce qui concerne les hommes  $600+634=1.234$ ; mais le chiffre rapporté est de 1.271 ; en ce qui concerne les femmes  $653+646=1.299$ , mais le chiffre rapporté est de 1.262. Enfin, la position exacte au niveau des communautés où se fait la mise en oeuvre n'est pas clairement précisée ;

- (ii) S'assurer que les informations de 2012 du tableau 9 est en phase avec celles contenues dans les autres tableaux (par exemple le nombre total de villages traités est de 1.052, cependant le tableau 7 rapporte 1.045 communautés traitées) ;
- (iii) Le tableau 10 indique qu'il n'y avait pas de médicaments stockés, mais le rapport de 2011 indique qu'il restait 617.972 médicaments. L'équipe devrait apporter une justification de l'utilisation de ces médicaments. Elle devrait expliquer ce qui s'est passé par rapport à ces médicaments puisqu'il a été rapporté par rapport à l'année concernée par le projet qu'il y avait plus 700.000 médicaments restants ;
- (iv) Inclure les informations sur les résultats du monitoring interne. Les sections 4.1.1 – 3, de manière invariable, n'ont pas été remplies.

#### **Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (i) S'assurer que toutes communautés sont couvertes pendant le traitement. On ne sait pas pourquoi 14 villages dans la zone rurale de Morogoro n'ont pas reçu de traitement au cours de la période concernée par le rapport ;
- (ii) Rechercher les raisons des refus, y compris les personnes qui ne portent aucun signe ou symptôme et qui refusent le traitement, de même que la persistance de l'association de l'ivermectine à la contraception ;
- (iii) Trouver une solution au problème de 63% de villages (669) qui ne parviennent pas à réaliser une couverture de 80%.

#### **Recommandations à APOC:**

200. Le transport constitue un grand défi car le seul véhicule et les 4 motocyclettes ne sont pas utilisables. La même situation s'était produite en 2011 et il avait été demandé au Management de l'APOC d'apporter une réponse à cette requête. On ne sait pas si les équipements ont été remplacés.

201. *Le CCT a accepté le rapport avec des modifications mineures que le projet devra apporter.*

*Projet TIDC de Ruvuma : Rapport technique annuel de la 13<sup>ème</sup> année*

202. Les relecteurs de 2011 ont été préoccupés par le sérieux accordé par l'équipe du projet concernant le rapport. Dans ce rapport on relève les mêmes problèmes soulevés dans celui de 2011. L'absence de réponses aux questions soulevées par rapport à Ludewa et à la sous-performance de ce district suscite des doutes quant à l'intégrité du rapport.

#### **Recommandation pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Corriger les incohérences qui existent entre le résumé analytique et le corps du rapport ;
- (ii) Corriger les informations concernant Ludewa dans le tableau 2 ;
- (iii) Le nombre de DC formés (3.477) est supérieur au nombre total de DC qui est 2.636 sans qu'il n'y ait eu aucune explication. Les mêmes incohérences ont été notées dans le rapport de 2011 ;
- (iv) Donner les raisons et les résultats du plaidoyer, du suivi & évaluation des activités tel que requis ;
- (v) Ré-examiner le tableau 7 sur les 21 cas d'ESG rapportés à Ludewa et le nombre élevé d'absences ;
- (vi) Les chiffres du tableau 10 sur les médicaments ne concordent pas.

#### **Recommandation pour l'amélioration du projet :**

- (i) Accorder une attention particulière à Ludewa qui dispose d'une faible couverture, où il y a un nombre élevé d'absences et qui ne produit pas des rapports de qualité ;
- (ii) L'équipe du programme devrait expliquer comment l'ordinateur du bureau et l'imprimante ont disparu et fournir des informations sur le résultat du rapport déposé à la police concernant l'ordinateur portable volé.

203. *Le CCT a rejeté le rapport.*

*Projet TIDC de Tunduru : Rapport technique annuel de la 8<sup>ème</sup> année*

204. Rapport bien écrit. Le projet a maintenu une couverture géographique de 100% depuis son lancement et a réalisé 85% de couverture thérapeutique en 2012. Le projet est à féliciter pour la réussite des activités de mise en œuvre conjointe de la FL, de la schistosomiase, des géohelminthiases, du paludisme, de la nutrition, du trachome et de la chirurgie de la cataracte au niveau du TIDC. Le projet jouit d'un financement conséquent au niveau des districts. Ce financement et les mesures incitatives non financières accordées au DC par les communautés aux DC continueront d'avoir un impact positif sur l'abandon des DC.

**Recommandation pour l'amélioration du rapport :**

- (i) Résoudre le problème des informations contradictoires sur les cas d'ESG : 4 dans le tableau 7 et 0 dans le tableau 8.

**Recommandations pour l'amélioration du projet :**

- (ii) Apporter des réponses aux recommandations du CCT ;
- (iii) Utiliser les médias pour l'ESPM ;
- (iv) Produire et utiliser du matériel IEC ;
- (v) Initier la RPP et l'AMC dans toutes les communautés ;
- (vi) Mener la recherche opérationnelle sur les refus et l'absentéisme et utiliser les conclusions aux fins de trouver des solutions au problème.

205. *Le CCT a accepté le rapport.*

**RAPPORTS DES COMITES TECHNIQUES DE REVUE : Point 16 de l'ordre du jour**

**CAMEROUN**

**Comité Technique de Revue du Cameroun : Rapport de la 9<sup>ème</sup> réunion (CTR9)**

206. La neuvième session du Comité Technique de Revue (CTR9) du Cameroun s'est tenue dans la salle de conférence du Bureau-pays de l'OMS les 20 et 21 août 2013 à Yaoundé. Ont pris part à la session les participants venus du Ministère de la Santé Publique, d'Organisations non-gouvernementales de Développement œuvrant dans le domaine de l'onchocercose ((International Eye Foundation, Sightsavers et les relecteurs), du Bureau-pays de l'OMS, de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé.

**I. OBJECTIFS :**

**A. Objectif general :**

207. Apporter des contributions susceptibles d'améliorer les rapports des projets TIDC du Cameroun et les propositions de recherche opérationnelle.

**B. Objectifs spécifiques :**

- (i) Examiner les rapports techniques de l'année 2012 sur les projets TIDC au Sud et au Nord-Ouest qui devaient être envoyés au CCT d'APOC ;
- (ii) Examiner trois propositions de recherche opérationnelle ;
- (iii) Discuter et adopter les décisions des relecteurs en session plénière ;
- (iv) Ecrire le rapport de la neuvième session du CTR.

## II. DEROULEMENT DE LA SESSION :

- (i) Suivi des recommandations du CTR8,
- (ii) Recommandations du CCT36,
- (iii) Examen des propositions de recherche opérationnelle.

Thème 1 : “ Facteurs limitant la participation communautaire au TIDC : le cas de Monatele et Ntui ”.

208. Suite à l’avis du relecteur, il a été recommandé que des corrections soient apportées au texte et que ce thème et le 3è projet de recherche soient fusionnés pour n’en faire qu’un seul projet.

Thème 2 : "Les déterminants des refus et de l’absentéisme au niveau du traitement à l’ivermectine sous-directives communautaires (TIDC) dans la Région Ouest du Cameroun en 2014."

- (i) Fusionner avec les deux autres propositions. Toutefois, compte tenu du refus de l’investigateur soutenu par un des relecteurs qui a estimé que pour des raisons liées à la propriété intellectuelle, on ne doit pas forcer l’investigateur à fusionner sa proposition avec les deux autres. Le projet de recherche a été accepté sous réserve des amendements proposés.
- (ii) Le projet a été accepté sous réserve des commentaires faits par le relecteur.

Thème 3 : «Stratégies communautaires pour l’appropriation et la durabilité de l’approche TIDC au niveau des populations rurales du Cameroun»

209. Le projet a été jugé recevable. Toutefois, il devra être fusionné avec le Thème 1 : “ Facteurs limitant la participation communautaire au TIDC: le cas de Monatele et Ntui », compte tenu de la similitude des questions soulevées.

### **Examen des rapports techniques annuels de l’année 2012**

#### *Projet TIDC du Sud*

210. Il a été recommandé que l’accent soit mis sur l’éducation au lieu de se focaliser sur l’alcoolisme et l’isolement pour justifier le nombre élevé de refus. Il a été noté que le rapport ne mentionne pas l’état de fonctionnement de l’équipement existant mais se contente de les énumérer.

211. Le rapport a été accepté. Cependant, des corrections ont été proposées dans le résumé analytique par rapport aux informations relatives aux contributions des différents partenaires.

#### *Projet TIDC du Nord-Ouest*

212. Il serait souhaitable d’inclure les informations relatives aux contributions des différents partenaires dans le résumé analytique. L’auteur suggère que le projet mette l’accent sur les commentaires dans les tableaux ; ce qui en soi ne fournit pas suffisamment d’informations sur les problèmes et les solutions proposées.

213. Le rapport a été accepté sous réserve des corrections proposées.

## III. RECOMMANDATIONS GENERALES:

### **Au Secrétariat du GTNO :**

- (i) Créer un répertoire des projets de recherche déjà réalisés ou en cours de réalisation afin d’éviter la soumission des thèmes sur les mêmes problèmes à l’avenir ;
- (ii) Rendre les priorités de recherche disponibles pour les chercheurs et les institutions de recherche ;

- (iii) Elaborer un plan de mise en oeuvre des recommandations des projets de recherche;
- (iv) S'assurer que les projets de recherche sont soutenus par des institutions et non par des individus ;
- (v) Encourager les investigateurs des propositions de recherche 1 et 3 à les fusionner en une seule proposition, compte tenu du fait qu'elles abordent la même question. Le protocole revu et corrigé doit être soumis au GTNO dans un délai de trois jours ;
- (vi) Partager avec tous les acteurs les résultats des projets de recherche menés ;
- (vii) Retourner les guides pour la revue aux projets TIDC (Direction régionale de la santé publique (RDPH) et Coordination régionale de la lutte contre l'onchocercose (ROC)) ;
- (viii) S'approcher des communautés locales pour discuter l'appui qui leur sera apporté dans le cadre de la décentralisation ;
- (ix) Débattre le concept de superviseurs communautaires au cours de la prochaine réunion mensuelle.

#### **Aux projets TIDC du Sud et du Nord-Ouest :**

- (i) Corriger les rapports suite aux propositions d'amendement et les envoyer au Secrétariat du GTNO dans un délai de trois jours.

#### **A tous les projets :**

- (i) Souligner l'état de fonctionnement des équipements, les besoins les concernant et préciser leur emplacement (niveau régional, DS ou zone sanitaire) dans le rapport technique annuel ;
- (ii) Lister les différents partenaires et leurs contributions dans le résumé analytique des rapports techniques annuels.

#### **Commentaires du CCT :**

214. Le CCT a pris note du rapport, a remercié le CTR du Cameroun et a fait les recommandations suivantes :

- (i) Les cas d'ESG doivent être signalés assez tôt pour leur prise en charge à temps ;
- (ii) Des articles de recherche sur la loase doivent être publiés, étant donné qu'il y a eu beaucoup d'expériences dans la gestion des ESG. Dans ce sens, le PNLO /Cameroun devrait prendre attache avec le MDP pour avoir des données ;
- (iii) APOC devra former les nouveaux comptables nommés par le Ministère de la Santé dans le cadre de la décentralisation des activités. Cela permettra d'accélérer la production des rapports financiers qui sont en retard.

## **MALAWI**

### **Comité Technique de Revue du Malawi : Rapport de la 1<sup>ère</sup> session (CTR1)**

215. Afin d'améliorer la durabilité et l'appropriation des programmes de lutte contre l'onchocercose par les pays et en même temps réduire la charge de travail sur le CCT et le Management de l'APOC, le CCT a recommandé que les pays avec plus de 7 années de mise en œuvre mettent en place un comité technique de revue (CTR) pour jouer un rôle similaire à celui exercé par le CTR.

216. Sur cette base, le Directeur de l'APOC a demandé au ministre de la Santé de mettre en place un CTR du Malawi composé de six membres avec les termes de référence (Tdr) suivants :

- (i) Examiner les rapports techniques annuels des projets de traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) au Malawi et faire des recommandations pour l'amélioration des rapports et des projets ;

- (ii) Donner des conseils au Groupe de Travail National de lutte contre l'onchocercose (GTNO) et au Management de l'APOC sur des questions techniques et les mesures en vue de maintenir et d'améliorer la mise en œuvre du TIDC au Malawi ;
- (iii) Examiner les propositions de recherche opérationnelle sur les projets TIDC au Malawi avant la soumission à APOC pour financement ;
- (iv) Faire le rapport des Travaux du CTR au cours des sessions du CCT.

Suite à la requête du Directeur de l'APOC, un comité de six membres a été institué en 2011. Après la mise en place du comité, le CTR du Malawi a bénéficié d'une orientation animée par le Professeur Braide (Présidente du CTR du Nigeria) en février 2012, grâce à l'appui technique et financier de l'APOC.

### **Objectif de la réunion**

217. La première réunion du CTR du Malawi a été conviée pour l'examen des rapports techniques annuels de l'année 2012 pour les projets de Thyolo/Mwanza et les projets Extension.

### **Ouverture officielle**

218. La réunion a commencé par une prière dite par le Dr Likaka. Dans son allocution d'ouverture, le président, le Dr Kathyola, a indiqué qu'il était heureux de constater la présence des membres du CTR dans l'optique d'accomplir la tâche qui leur a été assignée par le CCT. Il leur a demandé de faire un travail de fond afin de ne pas décevoir le CCT. Il a indiqué que l'onchocercose est l'une des maladies cécitantes, mais fort heureusement l'onchocercose qui existe au Malawi n'est pas de type cécitant. Il a félicité le Malawi pour les importants efforts déployés pour lutter contre la maladie grâce à la distribution de masse de l'ivermectine dans les districts endémiques. Il a également observé l'impact positif du programme de lutte contre l'onchocercose sur d'autres programmes de santé qui utilisent également la structure du TIDC afin d'atteindre autant de personnes que possible avec des interventions et des intrants sanitaires. Il a finalement sollicité l'ardeur des membres aux travaux qui vont commencer et une session de revue fructueuse.

### **Examen des rapports et consolidation des revues par projet**

219. Au total, 2 rapports techniques annuels de 2 projets TIDC ont été examinés. Les rapports ont été répartis entre les membres du comité avec un rapport pour trois membres. Les trois relecteurs ont harmonisé leurs conclusions / observations, résumés / recommandations (voir documents ci-joints). Les rapports des examens ont été présentés et discutés après que le comité soit arrivé à des décisions sur l'acceptation ou le rejet de chacun des rapports.

### **Résumé des revues**

#### ***Projet TIDC de Thyolo/Mwanza***

#### **Evaluation et conclusions des relecteurs**

220. Le rapport est bien écrit. Le projet fonctionne bien avec une bonne couverture, un financement adéquat par le gouvernement, et la réalisation louable de l'intégration. Il a atteint un haut niveau de participation des acteurs et des communautés et a constamment atteint les objectifs de traitement. La participation des Assistants de santé à la supervision est impressionnante et le ratio DC hommes : DC femmes est idéal. Le projet présente un fort potentiel de durabilité, étant donné que les districts incluent les activités de lutte contre l'onchocercose dans les plans de mise en œuvre au niveau du district (PMD) et que les fonds sont alloués et décaissés. Tout cela, en plus de la volonté du gouvernement d'intégrer le TIDC dans les SSP, suggère que la lutte contre l'onchocercose et sa prise en charge peuvent tenir pendant longtemps au Malawi. Le fait que le Malawi s'achemine vers l'élimination témoigne de l'excellent travail de tous les intervenants et du leadership du coordonnateur national.

221. Cependant, un nombre élevé d'absences et de refus pose de sérieux défis qui vont affecter la couverture, l'efficacité et la durabilité si on n'y prend garde.

**222. Le CTR a accepté le rapport avec les recommandations et suggestions suivantes en vue d'améliorer la production des rapports et la mise en oeuvre des projets**

**Concernant le rapport :**

- (i) Il faut indiquer de manière explicite les résultats des activités de Sensibilisation ;
- (ii) Le résumé analytique doit contenir des informations portant sur les importantes réalisations et activités du projet ;
- (iii) Les actions spécifiques entreprises en réponse aux recommandations du CTR/CCT doivent être clairement expliquées ;
- (iv) Il est nécessaire de faire une analyse plus approfondie des données et des résultats cumulés afin que le projet puisse montrer ce qu'il a appris pendant ces nombreuses années d'activités- il n'a pas été accordé une attention suffisante aux tendances des données de telle sorte qu'on n'a pas l'impression qu'il s'agit de rapport d'un projet vieux de 16 ans.

**Concernant le projet :**

- (i) Si le projet va franchir la barrière apparente de 82% -83% de couverture thérapeutique, il se pourrait qu'il soit nécessaire de mener une recherche opérationnelle afin de mieux comprendre et de trouver une solution à l'absentéisme et au refus ;
- (ii) Le domaine de l'Auto Monitoring Communautaire dans sa globalité doit être revu dans le cadre du système de prestation des soins de santé primaires au Malawi – il faut éviter la mise en place des systèmes parallèles, tout en mettant à profit le principe de la participation communautaire et de l'intégration au niveau du monitoring.

***Projet TIDC de Malawi Extension***

**Evaluation et conclusions des relecteurs**

223. Le rapport est bien écrit. Le projet fonctionne malgré la stagnation de la couverture à 82% depuis 2006. Le projet bénéficie également de financement adéquat du gouvernement et dispose d'un grand nombre de personnel qualifié. L'intégration avec d'autres programmes fonctionne très bien. Le ratio DC hommes- DC femmes est idéal à savoir 1DC homme contre 1,5 DC femmes. Cependant, un nombre élevé d'absences et de refus pose un sérieux problème qui affectera la couverture et la durabilité si l'on n'y prend garde.

**224. Le CCT a accepté le rapport avec les recommandations et suggestions suivantes en vue d'améliorer la production des rapports et la mise en oeuvre du projet :**

**Concernant le rapport :**

225. Les parties qui ne disposent pas d'informations devraient être remplies dans les prochains rapports. Il faut attaquer les causes des refus par une communication pour le changement de comportement.

**Concernant le projet :**

- (i) Le programme doit renforcer l'Auto Monitoring communautaire (AMC) ou rechercher des approches alternatives à l'AMC sur la base des capacités des pays et des préoccupations liées à la durabilité ;
- (ii) Le projet devrait continuer à réduire le nombre de communautés qui n'arrivent pas à atteindre 80% de couverture thérapeutique (CT) ;
- (iii) Le projet doit indiquer les meilleures pratiques notées et les leçons apprises ;
- (iv) Le programme doit entreprendre une recherche opérationnelle sur l'absentéisme et les refus.



## **Recommandations de la réunion**

226. Compte tenu du fait que la contribution financière des ONGD locales telles que l'Association Thé du Malawi n'a pas été prise en compte dans le rapport financier, il a été recommandé que le GTNO se rapproche de ces ONGD locales pour leur fournir des informations sur leur contribution en espèces aux activités de mise en œuvre de lutte contre l'onchocercose.

227. Compte tenu du fait qu'il n'y a qu'un seul membre de personnel au Secrétariat du GTNO, le comité a recommandé que la Direction des services de santé préventive (DPHS) nomme un Coordonnateur adjoint en vue du renforcement des capacités au niveau national.

228. La prochaine réunion du CTR se tiendra en février 2014.

## **Commentaires du CCT**

229. Le CCT a félicité le Programme de lutte contre l'onchocercose du Malawi pour avoir combattu la maladie jusqu'à l'élimination.

230. Il a été noté que le niveau d'intégration des activités TIDC dans d'autres programmes et dans l'ensemble du système de santé est louable et peut servir de modèle d'apprentissage sur la façon de réussir l'intégration. Le fait que le Gouvernement du Malawi contribue à plus de 90% pour les activités de TIDC est également louable.

## **NIGERIA**

### **Comité Technique de Revue du Nigeria : Rapport de la 11<sup>ème</sup> session (CTR11)**

231. Le Professeur Braide a présenté un rapport de la 11<sup>ème</sup> session du Comité technique de revue du Nigeria, tenue à Calabar dans la période du 15 au 19 juillet 2013. Le comité a examiné et accepté un total de seize rapports techniques d'Abia, Anambra, Cross River, Edo, Enugu, Gombe, Imo, Jigawa, Kaduna, Kebbi, Kogi, Ogun, Taraba, Ondo, Osun, et d'Oyo. Une mise à jour sur le niveau de mise en œuvre des 10 recommandations du CTR a été faite par le Coordonnateur national. Le Coordonnateur des SOCT (Equipes des Etats pour la lutte contre l'onchocercose) a été invité à faire une présentation sur l'état de la mise en œuvre du TIDC au niveau des Etats. Le CTR a fait savoir que le TIDC de Jigawa avait fait du bon travail en rapportant des chiffres de couverture exactes, en traitant de manière efficace les populations nomades et en mobilisant un financement adéquat auprès du gouvernement de l'État. À la demande du SOCT de Cross River, le Comité a rendu une visite de plaidoyer au Commissaire et Secrétaire permanent, Ministère de la Santé de cet Etat.

232. Les Coordonnateurs des Zones (A, B, C, D) ont présenté des rapports sur les activités de supervision dans les zones et ont souligné les actions suivantes qui doivent être entreprises par les SOCT :

- (i) Prendre en main la demande de médicaments qui a été discutée au cours de la séance (Etat d'Enugu) ;
- (ii) Apporter des améliorations sur la planification et la tenue des registres (la couverture notée au cours de la vérification au niveau de tous les projets dans l'Etat d'Ondo est plus faible que les chiffres contenus dans le rapport technique) ;
- (iii) S'assurer de la transmission correcte par les responsables de la santé et les DC (tous les projets) ;
- (iv) S'assurer de la transmission correcte au nouveau Coordonnateur de zone (Zone B) ;
- (v) Concentrer les exercices de monitoring sur les LGA et les communautés ayant des faibles performances ;
- (vi) Trouver une solution au problème de la faible mise en œuvre du programme (tous les projets) ;
- (vii) Améliorer les capacités du personnel de l'Etat et de la LGA ;

- (viii) Trouver une solution au problème des chiffres élevés rapportés relatifs à la population. (Etat d'Ekiti) ;
- (ix) Former les DC au sein des communautés et non dans les centres de santé (Etat de Gombe) ;
- (x) Augmenter la durée de la formation (tous les projets) ;
- (xi) Développer et placer au sein des communautés plus de matériels IEC ;
- (xii) Faire en sorte qu'un inventaire correct des médicaments soit disponible (Etat du Plateau) ;
- (xiii) Effectuer le suivi des promesses de soutien faites par le Gouvernement de l'Etat et les Gouvernements locaux.

233. Le CTR a indiqué qu'après la revue effective et conjointe des rapports techniques par le CTR et la conduite de visites de supervision, les responsables du PNLO et les Coordonnateurs de zones pouvaient procéder plus facilement à la vérification des informations contenues dans les rapports techniques.

Le CTR a fait les recommandations suivantes :

#### **APOC**

- (i) Revoir la section sur le plan de durabilité dans le format des rapports techniques pour capter non seulement la disponibilité du plan de durabilité mais également la disponibilité du plan de travail et le niveau de mise en œuvre de ces plans.
- (ii) Les questions de développement durable et de l'élimination doivent être prises en compte dans la révision du format des rapports ainsi que dans le formulaire d'évaluation, compte tenu du passage de la lutte à l'élimination.
- (iii) Apporter un soutien à la dynamisation et à l'intensification de l'AMC et de la RPP.
- (iv) Le PNLO du Nigeria doit être informé des raisons pour lesquelles les résultats épidémiologiques de Kaduna ont été retirés de la publication concernant les perspectives de l'élimination de l'onchocercose dans la région africaine.

#### **PNLO**

- (i) Le Directeur de la santé Publique devrait informer officiellement la Coalition des ONGD de la nomination du Coordonnateur national de lutte contre les MTN (qui est également le Coordonnateur du PNLO).
- (ii) Les Coordonnateurs de zones doivent demander aux projets de partager leurs plans annuels avec eux et d'envoyer des copies au bureau national afin de permettre une amélioration de la supervision des activités des projets par le siège du PNLO et les zones.
- (iii) Le Coordonnateur de la zone C doit adresser une lettre officielle au siège du PNLO par rapport aux problèmes qui existent dans l'Etat de Zamfara en vue d'actions ultérieures, si ses tentatives de résoudre lesdits problèmes n'aboutissaient pas.
- (iv) Des copies physiques du bulletin sur l'onchocercose doivent être distribuées par le PLNO aux principaux décideurs politiques.
- (v) Le Coordonnateur de la zone B doit adresser une lettre officielle au Centre Carter pour solliciter son appui dans l'harmonisation des activités de traitement au sein des communautés situées à la frontière entre Ondo et Edo.
- (vi) Il faut tenir régulièrement les réunions de revue au niveau de l'Etat (pour la présentation /revue des rapports des LGA) et les réunions de revue des zones (pour la présentation/ revue des rapports de l'Etat, étant donné que cela sera une opportunité en plus d'identifier et de filtrer des informations inexacts généralement contenues dans les rapports techniques.

## **Projets**

- (i) Mettre en oeuvre les recommandations antérieures issues du suivi et de l'évaluation antérieures.
- (ii) Mettre en œuvre l'AMC et la RPP.
- (iii) Former et impliquer les enseignants, les membres du NYSC, les responsables religieux et coutumiers dans les projets pour qu'ils puissent apporter leur appui à leur mise en oeuvre.
- (iv) Former et impliquer un plus grand nombre du personnel de santé de première ligne et de DC dans les projets.
- (v) Intensifier le plaidoyer auprès de l'Etat et des LGA en vue du décaissement de leurs contributions financières.
- (vi) Améliorer la gestion de l'inventaire de médicaments.

234. Le CTR12 se tiendra à Calabar au Nigeria du 17 au 21 février 2014.

235. Le CCT a pris note du rapport, a félicité le CTR du Nigeria et a fait les recommandations suivantes :

- (i) Le CTR du Nigeria doit entreprendre la documentation de la procédure et des principaux problèmes relevés et discutés par le CTR ;
- (ii) Des visites d'échange des projets doivent être rendus par les responsables des programmes en vue de partager les meilleures pratiques ;
- (iii) Le bulletin du PNLO distribué aux décideurs politiques doivent contenir des informations sur l'état de la performance des projets et des contributions financières de la partie gouvernementale.

## **OUGANDA**

### **Comité Technique de Revue de l'Ouganda : Rapport de la 4<sup>ème</sup> session (CTR4)**

236. Le rapport de la 4<sup>ème</sup> réunion du Comité Technique de Revue de l'Ouganda, tenue du 21 au 23 août 2013, a été présenté par le Président, le Dr Edridah M. Tukahebwa. Le rapport est un examen des rapports techniques sur la mise en œuvre de 7 projets au cours de l'année 2012.

237. La présentation comprenait les problèmes-clés identifiés dans les rapports de 5 projets TIDC et 2 projets d'élimination du vecteur. En dehors d'un projet, Phase V, qui en est à sa deuxième année de mise en œuvre avec une couverture thérapeutique de 58%, le reste avait des taux supérieurs à 70%. Il a été présenté également l'état d'un projet de recherche approuvé précédemment dont les fonds ont été envoyés sur le compte APOC au Ministère de la Santé (MS) mais qui n'ont pas été libérés. Huit thèmes de recherche ont également été identifiés par le CTR et présentés au CCT.

### **Recommandations du CTR :**

- (i) Le PLNO doit renforcer la formation des DC et veiller au retrait des données dans tous les projets TIDC ;
- (ii) Les projets TIDC doivent renforcer la pharmacovigilance pour suivre, prendre en charge et signaler rapidement les effets secondaires au cours de la mise en oeuvre du TIDC, surtout dans les zones endémiques de plusieurs MTN ;
- (iii) Le CCT doit revoir le format des rapports de l'APOC afin d'y inclure la possibilité de deux cycles de traitement ;
- (iv) Le PNLO et les partenaires doivent renforcer la surveillance post traitement dans tous les foyers où le traitement a été arrêté ;
- (v) Désormais, toute recherche opérationnelle approuvée par l'APC doit être acheminée par le biais du bureau pays ;
- (vi) Le MS et les partenaires, y compris l'APOC, doivent envisager l'octroi d'une bonne facilitation aux membres du CTR pendant les réunions ;

- (vii) Le MS et les partenaires, y compris l'APOC, doivent envisager une reconnaissance et/ou une récompense destinée aux équipes chargées de l'élimination des simuliés vectrices pour les énormes travaux réalisés.

238. Le CCT a pris note du rapport et a fait les recommandations suivantes :

- (i) Fonds pour la recherche: au moment de la soumission d'une proposition, indiquer l'auteur et fournir des détails concernant les le transfert des fonds, là où les fonds seraient envoyés s'ils venaient à être approuvés ;
- (ii) Le format des rapports sera revu afin de permettre l'inclusion d'un deuxième cycle de traitement ;
- (iii) La reconnaissance de l'équipe d'élimination du vecteur devrait être assurée par le gouvernement avant qu'elle soit portée à la connaissance de l'organisme principal ;
- (iv) Concernant les facilités à accorder aux membres du CTR pendant la 4ème session, APOC a demandé au bureau pays de l'OMS de mettre à sa disposition les taux de l'ONU en vigueur au niveau du pays pour référence afin de s'y conformer ;
- (v) APOC a approuvé l'achat en cours d'un véhicule pour l'Ouganda ;
- (vi) Phase V: Ce projet est à sa deuxième année de mise en œuvre ; le CTR n'examinera pas son rapport ;
- (vii) Le CCT a exprimé son inquiétude par rapport à la décision de l'Ouganda d'arrêter le traitement de l'onchocercose sans en aviser le CCT/APOC. Il a été recommandé que les délibérations du Comité Consultatif des Experts pour l'Élimination de l'Onchocercose de l'Ouganda (UOEEAC) et du Comité National de Certification (NCC) soient communiquées à APOC pour examen et décision par le CCT.

239. Le CCT a remercié les CTR du Cameroun, du Malawi, du Nigeria et de l'Ouganda pour les succès enregistrés et a demandé que leurs expériences en matière de mise en place de Comités techniques de revues dans leurs pays respectifs soient documentées et partagées avec les autres pays.

#### **DATE ET LIEU DE LA TRENTE HUITIEME ET DE LA TRENTE NEUVIEME SESSIONS DU CCT : Point 18 de l'ordre du jour**

240. La 38<sup>ème</sup> session du Comité technique consultatif (CCT38) se tiendra du 10 au 14 mars 2014 et la 39<sup>ème</sup> session se tiendra du 8 au 12 septembre 2014 à Ouagadougou, Burkina Faso.

#### **CLOTURE DE LA SESSION : Point 20 de l'ordre du jour**

241. Dans son allocution de clôture, le Directeur de l'APOC, le Dr ROUNGOU, a remercié tous les membres pour les succès remarquables. Il s'est ensuite réjoui de constater qu'après 15 années d'absence aux sessions du CCT, il observait que la même détermination se poursuivait au niveau des membres avec beaucoup d'améliorations concernant le déroulement du CCT telles que les revues en ligne et la dévolution de la session au niveau des pays. Il a surtout noté que le CCT était resté un comité scientifique et a indiqué sa disponibilité à poursuivre le combat pour que le programme continue d'être un programme fondé sur la science.

242. Le Dr ROUNGOU a remercié tous les membres des CTR dans les pays pour les succès réalisés, en particulier le CTR du Nigeria qui a abattu un travail remarquable. Il a félicité le Professeur EKA BRAIDE, Présidente du CTR du Nigeria pour avoir accepté de former les membres du CTR dans d'autres pays. Il a également remercié les différents sous-comités du CCT pour leur engagement.

243. Il a enfin remercié les interprètes pour leur disponibilité et collaboration au cours des cinq jours de la session ainsi que tous les collègues d'APOC pour leur engagement et dévouement.

## Annexe 1 : Liste des participant(es)

37<sup>ème</sup> SESSION DU COMITE CONSULTATIF TECHNIQUE  
Ouagadougou, du 09 au 13 septembre 2013

### MEMBRES DU CCT

1. Prof. Mamoun HOMEIDA, President, University of Medical Sciences & Technology (UMST), P O Box 12810, Khartoum, Sudan - Fax: (249 183)224799 - Tel: (249 183)227599 – E-mail: [amst33@hotmail.com](mailto:amst33@hotmail.com)
2. Dr André YEBAKIMA, Entomologiste médical, Centre de Démoustication, BP 679 - 97200 Fort-de-France, Martinique; Tel.: (00 596) 596 59 85 44 - Fax: (00 596) 596 70 26 46 - E-mail: [yebakima@cg972.fr](mailto:yebakima@cg972.fr); [yebakimakebara@yahoo.fr](mailto:yebakimakebara@yahoo.fr)
3. Dr Kisito OGOUSSAN, Associate Director, Onchocerciasis, Mectizan Donation Program, 325 Swanton Way, Decatur GA, 300 30, USA - Tel: 1 404 687 5633, Fax: 1 404 371 1138, E-mail: [kogoussan@taskforce.org](mailto:kogoussan@taskforce.org)
4. Dr Mary AMUYUNZU-NYAMONGO, African Institute for Health and Development, P.O. Box 45259, Nairobi 00100, Kenya, Tel/Fax: (254) 20 3873385; Cell: (254) 722 850 401; E-mails: [Mnyamongo@aih dint.org](mailto:Mnyamongo@aih dint.org) and [Manyamongo@yahoo.com](mailto:Manyamongo@yahoo.com)
5. Dr Francisca Onyekachi OLAMIJU, Executive Director, MITOSATH, 42046, Mun-Gyel, Behind WAEC Office, P.O. Box 205, Jos, Plateau State, Nigeria, Mobile: (234) 80333 18085 - Fax : (234) 73 46 47 92, Email : [mitosath@hotmail.com](mailto:mitosath@hotmail.com); [franciscauk@hotmail.com](mailto:franciscauk@hotmail.com)
6. Dr Johnson NGOROK, Country Director, Sightsavers Uganda, East African Development Bank Building - Ground Floor, 4 Nile Avenue, P.O. Box 21249, Kampala, Uganda – Mobile : 256 787 92 42 10 – Fax: 256 414 230338 - Email : [jngorok@sightsavers.org](mailto:jngorok@sightsavers.org)
7. Dr Bernard PHILIPPON, 35 Avenue Jean Moulin 75014, Paris, France - Tel : (00331) 40 44 94 04 - Fax : 44 12 23 01- E-mail: [abphilippon@yahoo.fr](mailto:abphilippon@yahoo.fr)
8. Mrs Fatu YUMKELLA, Managing Director, Dalan Development Consultants (DDC), 12A King Street, The Maze, Wilberforce, P.O. Box 491, Freetown, Republic of Sierra Leone – Phone: 232-33-851405, 232-76-627878, 232 77 641736 - E-mail: [dalanconsult@yahoo.co.uk](mailto:dalanconsult@yahoo.co.uk); [fyumkella@dalanconsult.com](mailto:fyumkella@dalanconsult.com) – Website: [www.dalanconsult.com](http://www.dalanconsult.com)
9. Dr Michael THIEDE, Managing Director, Scenarium Group GmbH, Lohengrinstr, 25, 14109 Berlin, Germany. Tel : +4930 8105 4658 ; Fax : + 4930 80498976 - E-mail : [michael.thiede@scenariumgroup.com](mailto:michael.thiede@scenariumgroup.com)

### OBSERVATEURS

10. Dr Samuel ZARAMBA, Former Director General of Health Services, Ministry of Health, P.O. Box 825, Kampala, Uganda – Tel: +256712436990 – Fax : +256414340881 – E-mail: [zarambasam@yahoo.co.uk](mailto:zarambasam@yahoo.co.uk)

## CONSEILLERS TECHIQUES

11. Dr Tshinko B. ILUNGA, Public Health Specialist, 25 B.P. 229, Abidjan 25, Côte d'Ivoire, Fax: (+225) 06913132, E-mail: [tbimbuta@yahoo.com](mailto:tbimbuta@yahoo.com)
12. Dr Michel BOUSSINESQ, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMI-233, 911 avenue Agropolis, BP 64501, 34394 Montpellier Cedex 5, France, Tel: +33 675139151-E-mail: [michel.boussinesq@ird.fr](mailto:michel.boussinesq@ird.fr)

## OOAS

13. Dr William BOSU, Professional Officer for Non-communicable Diseases, Organisation Ouest Africaine de la Santé, 175 Av. Ouezzin Coulibaly, 01 B.P. 153, Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso - Tel : (226) 20 97 57 75 – Fax : (226) 20 97 57 72 E-mail : [wbosu@wahooas.org](mailto:wbosu@wahooas.org)

## CENTRE MURAZ

14. Prof. Nicolas MEDA, Médecin épidémiologiste, Professeur Agrégé de Santé Publique, Directeur Général, Centre MURAZ, 2054, Avenue Mamadou KONATE, 01 BP 390 Bobo-Dioulasso 01 Burkina Faso - Tél. (226) 20 97 13 41 / 20 97 76 00 - Mobile1 : +226 70 21 50 84 (Burkina) Mobile2 : +33 6 05 85 31 47 (World) - Fax (226) 20 97 04 57 / 20 97 01 77 - E-mail : [nmeda.muraz@fasonet.bf](mailto:nmeda.muraz@fasonet.bf) – Site Web: <http://www.centre-muraz.bf>

## CTR

15. Prof. Ekanem BRAIDE, Chairperson of the Nigeria Technical Review Committee, Federal University, Lafia, Nasarawa State, Nigeria - Tel. (234) 80 3341 6842 - E-mail: [ekanembraide@hotmail.com](mailto:ekanembraide@hotmail.com)
16. Dr Fanne MAHAMAT épouse Ousman, Spécialiste en Sante Publique (M.D./M.P.H.), Secrétaire Permanente Adjoint du Programme Nationale de Lutte contre l'Onchocercose, Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Exécutif du GTNO, B.P. 155, Yaoundé, Cameroun - Tel: 00 237 7777291/96002500, Tel/Fax: (237) 22 226910 – E-mail : [fmahamat2@yahoo.fr](mailto:fmahamat2@yahoo.fr)
17. Dr. Edridah Muheki TUKAHEBWA, Assistant Commissioner Health Services-Vector Control & NTD Coordinator, Ministry of Health and TRC chair, Vector Control Division, Ministry of Health, Kampala, Uganda, Tel.: [+256-772443659](tel:+256-772443659); [+256-414-251927](tel:+256-414-251927) - E-mail: [edmuheki@gmail.com](mailto:edmuheki@gmail.com)
18. Dr Damson KATHYOLA, Chairperson of the Malawi Technical Review Committee, Ministry of Health, Lilongwe, Malawi – Tel: +265 888344443 - Email: [dkathyola@gmail.com](mailto:dkathyola@gmail.com)

## RPRG-FL/AFRO

19. Dr Amadou GARBA, NTD Preventive Chemotherapy Focal Person, AFRO Inter-country Support Team in Ouagadougou, Burkina Faso, represents NTD/AFRO – [garbadjirmaya@who.int](mailto:garbadjirmaya@who.int); [garbamadou@yahoo.fr](mailto:garbamadou@yahoo.fr)

## OMS /APOC

20. Dr Jean-Baptiste ROUNGOU, Director/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [roungouj@who.int](mailto:roungouj@who.int)

21. Dr Laurent YAMEOGO, COORD/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [yameogol@who.int](mailto:yameogol@who.int)
22. Dr Mounkaïla NOMA, Chief, Epidemiology and Vector Elimination Unit (CEV/APOC), P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [nomam@who.int](mailto:nomam@who.int)
23. Mr Honorat ZOURE, BIM/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [zoureh@who.int](mailto:zoureh@who.int)
24. Dr Afework Hailemariam TEKLE, EPI1/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [teklea@who.int](mailto:teklea@who.int)
25. Dr Leonard Mukenge, EPI 2/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [mukengel@who.int](mailto:mukengel@who.int)
26. Dr Grace FOBI, CSD/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [fobig@who.int](mailto:fobig@who.int)
27. Prof. Sidi Ely AHMEDOU, COP/APOC, Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [ahmedous@who.int](mailto:ahmedous@who.int)
28. Mrs Thérèse Régine BELOBO, CAO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [belobot@who.int](mailto:belobot@who.int)
29. Dr François SOBELA, Health System Specialist/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [sobelaf@who.int](mailto:sobelaf@who.int)
30. Mr Asmani BIZIMANA, BFO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [bizimanaa@who.int](mailto:bizimanaa@who.int)
31. Ms Thérèse GUISSOU, FO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [guissout@who.int](mailto:guissout@who.int)
32. Mr Tendainashe SIWOMBE, ITO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [siwombet@who.int](mailto:siwombet@who.int)
33. Mr Issaka Niandou YACOUBA, ISO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [niandouy@who.int](mailto:niandouy@who.int)
34. Dr Raogo Augustin KIMA, TRAD/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [kimar@oncho.afro.who.int](mailto:kimar@oncho.afro.who.int)
35. Mr Ibrahim TOURE, AO/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [tourei@oncho.afro.who.int](mailto:tourei@oncho.afro.who.int)
36. Mrs Bintou SAVADOGO, AHR/APOC, Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [savadogob@who.int](mailto:savadogob@who.int)
37. Mr Yaovi AHLOU, Programme Officer, Meetings/APOC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [aholouy@who.int](mailto:aholouy@who.int)
38. Prof. Daniel BOAKYE, Technical Officer/Entomology, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75 – E-mail: [boakyed@who.int](mailto:boakyed@who.int)

39. M. Moussa SOW, Conseiller Technique APOC, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de la Représentation de Centrafrique, Rue du Président Gamal Abdel NASSER, BP: 1416 - Bangui (RCA), Tel: (236) 21 61 02 88, Cel: (236) 70 46 80 14, GPN: 33826, E-mail: [sowm@cf.afro.who.int](mailto:sowm@cf.afro.who.int); [moussawasow@yahoo.fr](mailto:moussawasow@yahoo.fr)
40. Dr. Laurent TOE, Responsable Officer, Molecular Biology Laboratory, MDSC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [toel@who.int](mailto:toel@who.int)
41. Dr. Aimé G. ADJAMI, Molecular Biology Laboratory, MDSC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [adjamiga@who.int](mailto:adjamiga@who.int)
42. Mr. Moussa SANFO, MDSC, P.O. Box 549, Ouagadougou, Burkina Faso, Tel: (226) 50 34 29 53, Fax: (226) 50 34 28 75, E-mail: [sanfom@who.int](mailto:sanfom@who.int)

## **INTERPRETES**

43. Mrs Safiétou BARRY, 09 BP 526 Ouagadougou 09, Burkina Faso, Tel: (226) 70 21 41 14 / (226) 78 03 64 55 – E-mail: [barrysafietou@gmail.com](mailto:barrysafietou@gmail.com); [safia\\_barry@yahoo.fr](mailto:safia_barry@yahoo.fr)
44. Mr André NIKIEMA, 01 BP 922, Ouagadougou 01, Burkina Faso, Tel : (226) 70 67 51 10 /78 80 90 53, E-mail: [nikiemaandre@gmail.com](mailto:nikiemaandre@gmail.com); [andrenikiema51@yahoo.fr](mailto:andrenikiema51@yahoo.fr)
45. Mr Sita DJERMA, 01 BP 1771, Ouagadougou 01, Tel : (226) 50 34 23 10 / 50 34 43 26, Mobile: (226) 70 20 00 58, Email: [sitadjerma@yahoo.fr](mailto:sitadjerma@yahoo.fr)
46. Mr Oumarou NAGABILA, 03 BP 7038, Ouagadougou 03, Burkina Faso, Tel : (226) 70 26 33 32 / (226) 75 76 16 16, E-mail : [onagabila@hotmail.com](mailto:onagabila@hotmail.com)



## Annexe 2 : Ordre du jour du CCT37

REV.1

1. Ouverture
2. Adoption de l'agenda

### Informations

3. CAP : Questions découlant des 140<sup>ème</sup> et 141<sup>ème</sup> sessions
4. CCT : Suivi des principales recommandations de la trente-sixième session

### Questions stratégiques et techniques

5. Faisabilité de l'élimination de l'infection de l'onchocercose et de l'interruption de sa transmission :
  - (i) Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique
    - a) Mise à jour sur les résultats des évaluations épidémiologiques: Tchad, Guinée Equatoriale, Ethiopie, Mali, Niger et Togo
    - b) Délimitation des zones de traitement
    - c) Note conceptuelle sur l'Elimination de l'onchocercose dans toutes les zones hypoendémiques d'ici 2020
  - (ii) Etudes entomologiques :
    - a) Mise à jour sur la délimitation des zones de transmission
    - b) Mise à jour sur le piégeage des mouches et sur d'autres études liées à l'onchocercose.
6. Note conceptuelle révisée pour la période post 2015: Contributions du CCT à sa finalisation
7. Recherche sur des nouveaux outils de contrôle et de surveillance par les institutions collaboratrices :
  - (i) Mise à jour sur la Moxidectine et le Profil du Produit Cible en vue de la mise au point de médicaments pour lutter contre l'onchocercose par le traitement de masse.
  - (ii) Mise à jour sur le test de pansement à la DEC et Lohmann
8. Rapport sur la dernière réunion du Comité d'Experts du Mectizan
  - (i) "Comblant les Lacunes": Recherche opérationnelle sur les MTN, financée par la Fondation Bill et Melinda Gates
  - (ii) Evaluation de l'état de la FL dans les zones de distribution de l'ivermectine contre l'onchocercose, une recherche opérationnelle menée par les Centres américains pour le Contrôle et la Prévention de la Maladie
9. Protocole pour une étude multi-pays sur l'AMC
10. Protocole pour le Monitoring Indépendant de la couverture de traitement des Projets TIDC.
11. Déclaration des conseillers techniques de l'APOC
12. Examen de propositions de recherche opérationnelle

### Gestion du Fonds Fiduciaire de l'APOC

13. Rapport sur la gestion financière des projets financés par APOC

### Reuves

14. Rapport sur la revue par le Management de l'APOC des contenus financiers des rapports d'activités des projets des 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup>, et des 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> années, en guise d'introduction à la revue technique
15. Examen de nouvelles propositions de projets et des rapports techniques annuels des projets des 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup>, et des 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> années
16. Comité Technique de Revue : Cameroun, Malawi, Nigeria et Ouganda

17. Autres questions
18. Date et lieu de la trente-huitième session du CCT
19. Conclusions et recommandations du CCT37
20. Clôture de la session

**Annexe 3 : Suivi des principales recommandations de la la 37<sup>ème</sup> session du CCT**

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
Questions découlant des 138 <sup>è</sup> et 139 <sup>è</sup> sessions du CAP et du FAC18	Le CCT a demandé le montant total de 7,5% du coût des frais généraux pour toutes les ONGD et par conséquent le montant requis pour rembourser les 12,5% du coût des frais généraux. Le Directeur a assuré les le Comité que les chiffres étaient en train d'être compilés et seraient partagés à la prochaine session du CCT	<i>L'estimation des paiement des frais généraux se fait sur la base des allocations versées au TIDC qui ne sont pas encore finalisées pour l'année 2014. Elle sera disponible lors de la prochaine session.</i>
Questions découlant des 138 <sup>ème</sup> et 139 <sup>ème</sup> sessions du CAP et du FAC18	Le Comité a encouragé APOC et le CAP à trouver des moyens de motiver les MS à prendre part aux sessions du FAC. Le CCT a été informé des discussions en cours au CAP par rapport à la nécessité de rendre visite aux pays et de mobiliser plus de ressources au niveau des pays.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La session du CR qui vient de s'achever a été une occasion pour en parler aux ministres et demander l'appui du Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique concernant le plaidoyer pour la participation des ministres au FAC</i></li> <li>• <i>Les représentants des pays à la session élargie du CAP en juillet ont été sensibilisés et des visites à effectuer dans certains pays sont prévues par le Management de l'APOC</i></li> <li>• <i>Des propositions seront soumises à quelques pays (Guinée Equatoriale, Angola, RDC, Tchad) en vue de requérir leur soutien financier à l'élimination de l'onchocercose dans les zones hypo-endémiques.</i></li> </ul>
ONGD : Questions découlant de la réunion du Réseau des ONGD pour la lutte contre les MTN (NNN)	Le Comité a encouragé le Management de l'APOC à trouver un remplaçant au poste de Dr Stephan Leak, admis à la retraite. Il s'agit d'un poste du chargé de la Recherche Opérationnelle	<i>Des dispositions étaient prises pour nommer quelqu'un au niveau de TDR mais elles ont été récemment suspendues. Le processus global de recrutement est en cours et sera terminé très tôt au cours de l'année prochaine.</i>
CCT : Suivi des principales recommandations de la trente-cinquième session	Le CCT a recommandé que les recommandations et les actions de suivi soient communiquées aux membres avant la réunion du CCT afin de leur permettre de disposer de suffisamment de temps pour faire la revue des dites actions	<i>Cela n'a pas pu se faire mais promesse est faite que cela se fera à partir des prochaines sessions.</i>
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique/ a) Révision des limites du traitement à l'ivermectine dans le cadre de l'élimination – procédures et plans de mise	Le CCT a recommandé la finalisation de la cartographie et la détermination des limites de l'opération en y incluant les zones à risque dès que possible dans le but d'atteindre l'élimination dans au moins 80% des pays avant 2025.	<i>La cartographie des zones hypo-endémiques est achevée au Cameroun (Régions du Littoral et du Sud), au Burundi, partiellement au Tchad et se fera bientôt en Guinée Equatoriale (partie continentale) et au Cameroun (Régions de l'Est et du Centre). La</i>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
<p>en oeuvre pour 2013-2014</p> <p>b) Evaluation des tendances épidémiologiques vers l'élimination (Phase 1A) – examen des résultats de l'évaluation pour 2012 et plan pour 2013.</p> <p>c) Confirmation que le point de rupture a été atteint et que le traitement peut être arrêté (Phase 1B) – examen des résultats de l'évaluation pour 2012 et plan pour 2013.</p>	<p>Le CCT a discuté de la prévalence élevée de manière disproportionnée de nodules relevée en RCA et a demandé au Management de l'APOC de l'examiner de plus près pendant l'analyse finale des données.</p> <p>Après une réflexion globale sur l'impact de la superposition des endémies de la FL et de l'onchocercose sur l'atteinte de l'élimination, le CCT a demandé qu'il y ait des informations précises sur la FL et d'harmoniser l'ensemble des informations en vue de l'élimination comme objectif à atteindre.</p> <p>Le comité a demandé avec insistance que l'utilisation de la prévalence de nodules, comme méthode rapide d'évaluation pour mesurer la baisse des niveaux d'infection après le traitement à l'ivermectine, soit envisagée. Le comité a été informé que les résultats de l'analyse finale des données sur les nodules qui ont été collectées pendant les évaluations épidémiologiques au cours des dernières années et la relation qui existe entre la prévalence des nodules et la présence de MF après plusieurs années de traitement à l'ivermectine seront présentés au cours de la prochaine session.</p>	<p><i>planification est en cours pour l'achèvement de la cartographie avant la fin du premier trimestre de 2014 en Ethiopie, Nigeria et au Mozambique. Une impulsion est également en cours pour renforcer la délimitation entomologique. Des présentations seront faites au niveau du point 5 de l'ordre du jour.</i></p> <p><i>Cela sera fait et présentation sera faite au cours du CCT38</i></p> <p><i>Ce travail est en cours entre APOC et AFRO/MTN</i></p> <p><i>Ce travail est en cours et sera présenté lors du CCT38</i></p>
<p>Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique</p> <p>a) Mise à jour sur la délimitation des zones de transmission</p>	<p>(i) L'analyse cytotoxonomique détaillée ne doit pas se faire dans le cadre d'un exercice académique car cela demande beaucoup de temps. Au contraire, elle doit se faire dans le cadre de la détermination des cycles migratoires et servir en conséquence dans la délimitation des zones de transmission.</p> <p>(ii) L'utilité de l'exercice est indiquée par les résultats actuels mais il est important que des discussions soient engagés avec</p>	<p><i>La présentation au point 5 (ii) a montrera comment cette recommandation a été prise en compte.</i></p> <p><i>Des discussions ont lieu et une approche globale est adoptée tel que recommandé</i></p>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
	<p>les membres de l'unité EVE d'APOC de sorte à ce que l'échantillonnage se fasse pour améliorer l'utilisation des données en vue de la prise de décisions.</p> <p>(iii) Il est également important d'examiner les méthodes moléculaires telle que l'analyse micro-satellitaire pour la délimitation des zones de transmission.</p>	<p><i>L'approche est en cours de discussions avec différents scientifiques; des échantillons au Carmoy seront utilisés pour évaluer l'efficacité de la méthode micro-satellitaire</i></p>
<p>Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique /  <b>PROTOCOLE POUR LE MONITORAGE INDEPENDENT DE LA COUVERTURE DE TRAITEMENT</b></p>	<p>Le comité a recommandé que le protocole soit affiné pour le rendre plus simple et lui permettre de répondre à l'objectif qui lui est assigné.</p>	<p><i>Un protocole qui prend en considération les observations/recommandations du CCT est préparé et sera présenté au point 10 de l'ordre du jour.</i></p>
<p>Elimination de l'onchocercose en Afrique/  Elimination de l'infection à <i>O.volvulus</i>:  Nouveau diagnostic de PATH</p>	<p>PATH doit coordonner avec APOC et l'OMS/TDR pour s'assurer que des évaluations comparatives directes sont faites avec l'OV16 et le pansement à la DEC, ou que sont utilisés au minimum des modèles d'études communs</p>	<p><i>En attente de de la mise en service du pansement à la DEC pour la mise en oeuvre</i></p>
<p>Elimination de l'onchocercose en Afrique/  <b>COLLABORATION ENTRE AFRO/MTN ET APOC</b></p>	<p>(i) Le CCT a félicité le Groupe de travail conjoint (GTC) pour le travail abattu. Il a cependant demandé des clarifications sur comment la mise en oeuvre et le maintien de la coordination seraient assurés, comment les décisions pourraient être traduites en actions et quels seraient les moyens de financement;</p> <p>(ii) Le CCT a proposé la création d'une plate-forme autour de laquelle un consensus pourrait être dégagé et des décisions concertées pourraient être prises pour l'élimination des deux maladies;</p> <p>(iii) Le CCT a proposé que le GTC FL-Oncho devienne un lien entre le RPRG et le CCT et que les décisions prises par le Groupe soient entérinées par le CCT et le RPRG. En outre, le CCT a confirmé le GTC comme membre.</p> <p>(iv) Le CCT n'a pas jugé nécessaire qu'un Protocole soit signé concernant la création du Groupe et les activités à réaliser. Le groupe devra plutôt définir ses propres orientations pour les activités à réaliser et présenter des rapports à la fois au CCT et au RPRG par rapport à leurs activités et aux recommandations qui leur sont faites.</p>	<p><i>Au niveau des documents en préparation pour la mise en place d'un nouvel APOC, les détails concernant la collaboration seront pris en considération, compte tenu de ces recommandations.</i></p>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
	Le CCT a salué la décision du FAC et a convenu d'apporter sa contribution à la finalisation desdits documents (note conceptuelle & PAB stratégique) en mettant en place un sous-comité pour rassembler les commentaires des membres et les soumettre au Management de l'APOC avant la session du CAP du mois de juillet	<i>Cela se fera sur la version révisée soumise par le Management de l'APOC</i>
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / RECHERCHE SOUTENUE PAR APOC ET LE TDR/ Mise à jour sur la mise au point de la Moxidectine	(i) Le CCT est d'accord avec les conclusions et recommandations du comité de revue; (ii) Le CCT a souligné la nécessité de publier les résultats des études menées; (iii) Le CCT est d'accord avec la recommandation du CAP selon laquelle le TDR doit rechercher des donateurs, un fabricant et un détenteur de licence ; (iv) Le CCT a pris note de la recommandation du FAC selon laquelle le TDR devra rechercher un financement pour terminer la mise au point du médicament. Il estime que cela est capital pour l'élimination de l'onchocercose.	<i>Les détails sur la mise en oeuvre seront fournis au cours de la présentation au niveau du point 7 (i) de l'ordre du jour.</i>
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / RECHERCHE SOUTENUE PAR APOC ET LE TDR / Syndrome de hâchement de la tête dans le Nord-Est de la RDC	Le CCT a encouragé le Dr Mandro à préparer une proposition de recherche à soumettre à APOC pour examen par le CCT en septembre	<i>Action toujours pas engagée. Le Dr Kuesel fera le point</i>
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / RAPPORT SUR LA MISSION DU CCT ET DU MANAGEMENT DE L'APOC EN ETHIOPIE	Le CCT a fortement senti qu'il est nécessaire d'aider le pays en ce moment critique à déterminer la stratégie de mise en œuvre, étant donné que des partenaires tiennent à l'introduction du traitement biannuel	Le Management de l'APOC doit aider l'Éthiopie à organiser une réunion des partenaires pour le lancement de deux nouveaux projets sur la base de la stratégie proposée par le pays dans ses propositions de projets
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / RAPPORT SUR LA REUNION DU COMITE DES EXPERTS DU MECTIZAN	Le CCT doit discuter en détail les approches alternatives de traitement à la prochaine session du CCT	<i>Le Président prendra la décision pour son organisation</i>
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / EXAMEN DES PROPOSITIONS DE	Le CCT a demandé que les investigateurs examinent la proposition en prenant en compte ses observations et la renvoie au Management de l'APOC pour examen au cours de la prochaine session du CCT	<i>Proposition révisée pas encore reçue</i>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
RECHERCHE OPERATIONNELLE Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE / CAMEROUN a) Epidémie de l'attaque oculaire due à l'onchocercose dans les zones forestières du Cameroun		
Elimination de l'onchocercose par l'ivermectine en Afrique / EXAMEN DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE / CAMEROUN a) Epidémie de l'affection oculaire due à l'onchocercose dans les zones forestières du Cameroun	Le CCT a demandé que les investigateurs examinent la proposition en prenant en compte ses observations et la renvoie au Management de l'APOC pour examen au cours de la prochaine session du CCT	<i>Proposition révisée pas encore reçue</i>
EXAMEN DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE b) Evaluation de la stratégie de traitement sous directives communautaires de l'onchocercose au Cameroun c) Evaluation de l'approche "Distributeur/Distributrice Communautaire" dans la lutte contre l'onchocercose au Cameroun d) Evaluation des compétences de la population camerounaise dans le domaine de la santé par rapport à l'onchocercose	En conclusion, le CCT recommande que les trois protocoles sur l'Evaluation soient fusionnés en un seul, accompagné de la liste de questions de recherche.	<i>Proposition révisée reçue et soumise  pour examen par le CCT</i>
EXAMEN DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE	Le CCT recommande qu'une équipe de recherche examine le protocole, en prenant en compte ses observations et le	<i>Proposition révisée toujours pas  reçue</i>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
<p>OPERATIONNELLE Y COMPRIS LA RECHERCHE SUR L'IMPACT DE L'IVERMECTINE SUR LA LOASE /REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)</p> <p>a) Etude sur les causes de la faible participation des femmes comme distributrices communautaires dans les zones sanitaires du Kasai Occidental en République démocratique du Congo</p> <p>b) Etude sur la couverture thérapeutique du TIDC dans les zones minières de la santé de Kamonia, Mutena et Kamuesha du projet TIDC de Kasai</p> <p>c) Etude sur la fiabilité de la couverture thérapeutique dans le contexte de l'élimination de l'onchocercose en République démocratique du Congo</p>	<p>resoumette lors de la prochaine session du CCT. Pour la rédaction du protocole, l'équipe a besoin de l'assistance des membres du CCT.</p> <p>Le CCT a recommandé que le Management de l'APOC explore les voies et moyens pour la mise en place d'une équipe de rédaction de propositions de recherche opérationnelle en RDC</p> <p>Le CCT a demandé au Management de l'APOC de trouver les moyens de renforcer les capacités dans le domaine de la rédaction de propositions de recherche opérationnelle en RDC.</p> <p>Le CCT recommande que le Management de l'APOC apporte un appui en renforcement de capacités en RDC en vue d'améliorer la qualité des propositions de recherche du pays. Le CCT n'a pas accepté la proposition de recherche et a demandé qu'elle soit resoumise lors de la sa session de septembre 2013, sous réserve des modifications demandées.</p>	<p><i>Un Comité Technique de Revue (CTR) est en train d'être mis en place et les discussions ont commencé avec les experts nationaux sur la rédaction de propositions de recherche opérationnelle.</i></p> <p><i>Proposition révisée toujours pas reçue</i></p>
<p>RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR L'AUTO MONITORAGE COMMUNAUTAIRE (AMC)</p>	<p>Le Comité a proposé que l'AMC soit incorporé dans les nouveaux projets dès le démarrage de sorte à ce qu'il fasse partie de la culture des projets. Le Comité a également convenu de la nécessité de revoir les activités de l'AMC d'une manière globale et le concept même de l'AMC.</p>	<p><i>Il a été conseillé aux responsables des projets nouvellement lancés d'inclure l'AMC dès le démarrage et un protocole d'une étude multi-pays a été élaboré. Une présentation se fera au point 9 de l'ordre du jour.</i></p>
<p>EVALUATION DE LA DURABILITE DANS LE CADRE DU PASSAGE DU CONTROLE A L'ELIMINATION</p>	<p>Les outils pour l'évaluation de la durabilité doivent être revus pour les adapter et la stratégie doit être utilisée de manière plus focalisée, compte tenu de la nécessité de disposer de méthodes de supervision et de suivi qui doivent être utilisées jusqu' à la fin du programme.</p>	<p><i>Un comité sera mis en place afin d'orienter/produire un guide et des outils révisés.</i></p>
<p>PROTOCOLE POUR LE MONITORAGE INDEPENDENT DE LA COUVERTURE DE TRAITEMENT</p>	<p>Le Comité a recommandé que le protocole soit affiné afin de le rendre plus simple et pratique pour qu'il puisse répondre à son objectif</p>	<p><i>Un protocole qui prend en compte les observations/recommandations du CCT est préparé et sera présenté au point 10 de l'ordre du jour.</i></p>



Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
<p>RAPPORT SUR LA GESTION FINANCIERE DES PROJETS FINANCES PAR APOC</p>	<p>(i) Entreprendre des visites de plaidoyer auprès des donateurs habituels et étendre la couverture des donateurs en encourageant les pays à devenir des donateurs et en entrant en contact avec de nouveaux donateurs (Etats arabes);  (ii) Organiser des visites de plaidoyer de haut niveau auprès des pays afin de mobiliser les ressources nécessaires à l'intérieur de ces pays pour la durabilité et la mise en oeuvre des activités;  (iii) Encourager les gouvernements à payer leurs contributions (outil financier en cours de finalisation par APOC pour le suivi des contributions financières des gouvernements);  (iv) Encourager les pays à lever des ressources par la tenue de forums sous l'égide des MS et des MF pour amener des philanthropes, des entreprises et compagnies locales ainsi que des ambassadeurs de bonne volonté à s'engager;  (v) Reformuler les messages de sensibilisation pour l'élimination de l'onchocercose qui contribuera à la croissance socio-économique des nations</p>	<p><i>Un plan est préparé et des discussions en cours avec l'agent fiscal apporteront une réponse à ces préoccupations</i></p>
<p>ETHIOPIE Proposition de projet TIDC d'Assossa</p>	<p>(i) Le CCT recommande la poursuite de dialogue entre le pays, APOC et le Centre Carter pour explorer les possibilités d'un financement additionnel pour le projet d'Assossa;  (ii) Il est urgent que l'Ethiopie prenne des mesures pour dynamiser le Groupe de Travail National de lutte contre l'onchocercose (GTNO) afin d'assurer le leadership nécessaire au niveau central;  (iii) Présenter une période réaliste au cours de laquelle les différentes activités listées seront réalisées. Par exemple, 3 semaines sont allouées pour le CAP mais on ne sait pas si le traitement, l'analyse des données et la production du rapport y sont inclus;  (iv) Inclure les perceptions par rapport au programme, au processus de mise en oeuvre ainsi qu'au bénévolat dans le CAP;  (v) Inclure le coût du CAP dans le budget de 2013;  (vi) Compenser les activités périodiques d'évaluation et utiliser les données de base disponibles comme référence</p>	<p><i>Recommandations partagées avec le pays et suivies par le point focal d'APOC pour l'Ethiopie</i></p>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
Contribution du CCT à une édition spéciale du African health monitor sur APOC	<p>Le CCT a proposé les thèmes suivants pour examen:</p> <p>(i) La moxidectine comme médicament potentiel pour la DMM d'une manière générale;</p> <p>(ii) L'IDC dans les curricula des écoles de soins infirmiers et des écoles de Médecine- Renforcement des capacités, évaluation d'impact -, Services d'APOC aux institutions;</p> <p>(iii) L'impact des recommandations et des directives concernant les ESG en vue de faire face à la loase;</p> <p>(iv) La relation entre l'onchocercose et l'épilepsie;</p> <p>(v) Succès des contributions des gouvernements depuis le contrôle jusqu'à l'élimination de l'onchocercose sur le continent africain;</p> <p>(vi) Compagnons dans la lutte contre la maladie: La contribution de philanthropes africains à l'élimination de l'onchocercose en Afrique.</p>	<i>Les personnes contribuant à cette édition spéciale sont en train d'être identifiées mais il ne semble pas réaliste de vouloir le faire dans les limites du temps dévolu</i>
b) Revoir la durée de la session du CCT	Le CCT a demandé que le Management de l'APOC revoie la requête en tenant compte des points de l'ordre du jour et prenne la décision finale	<i>En cours de discussion</i>
CTR en RDC	Le CCT a encouragé la création d'un CTR en RDC et à demandé la participation des membres du CCT à la phase de son lancement	<i>En attente de la promesse de nomination des membres du CTR par le ministère de la santé</i>
Feedback du sous-comité concernant l'Angola	<p>1. Le groupe a proposé les actions suivantes:</p> <p>(i) Documenter toutes les visites et les tentatives de visite en Angola, en listant les principaux obstacles à l'atteinte de résultats positifs ;</p> <p>(ii) Le Management de l'APOC doit prendre les mesures appropriées pour renforcer de manière impérative l'équipe d'appui technique en Angola afin d'améliorer le programme au niveau du pays et la collaboration avec la direction du programme au niveau national et provincial;</p> <p>(iii) Compte tenu de la visite qu'effectueront les partenaires dans le pays en juin 2013, prendre des contacts préliminaires avec les autorités angolaises et autres partenaires concernés au niveau régional et mondial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La documentation de la plupart des visites a été réalisée en 2010 et sera mise à jour;</i></li> <li>• <i>L'initiative en vue de renforcer l'appui technique à l'Angola a été rejetée par le département chargé de l'immigration</i></li> <li>• <i>La visite prévue a échoué parce que le MS avait proposé une période autre que celle convenue par les membres de l'équipe</i></li> </ul>

Sujet/Thème	Action à entreprendre	Etat de mise en oeuvre
	<p>(iv) Un Groupe de plaidoyer de haut niveau (APOC, OMS-AFRO-MTN, ONGD) tentera de rencontrer le Minsitre angolais de la santé au cours de l'Assemblée mondiale de la santé qui se tiendra en mai prochain à Genève. A cette rencontre, on expliquera au Ministre l'importance d'un meilleur engagement du pays avec les partenaires pour la mise en oeuvre des interventions en vue de l'élimination de l'onchocercose. Il sera également question du Protocole d'Entente (MOU) signé par les Ministres de la santé dans la région africaine pendant la réunion du Comité Régional à Luanda en novembre 2012;</p> <p>(v) Le Management de l'APOC doit contacter le Ministre de la santé de l'Angola par le canal d'une correspondance formelle à propos de cette question.</p>	<p><i>Il n'a pas été possible de rencontrer le Ministre angolais de la santé à l'Assemblée mondiale de la santé. Le Directeur de l'APOC pourrait nous donner des informations actualisées sur l'évolution du dossier au cours de la session du CR.</i></p> <p><i>La lettre n'a pas été envoyée à l'Angola.</i></p>
<p>Traitement biannuel</p>	<p>Le CCT a demandé que le sous-comité sur les approches alternatives fournisse des informations actualisées sur la question dès que possible, sur la base de preuves scientifique et technique pour permettre au CCT de dégager sa position</p> <p>Le sous-comité doit avoir des concertations avec le Management de l'APOC sur comment trouver une stratégie/un plan ou un document de réflexion qui sera adopté par APOC</p> <p>Le CCT a également proposé que tous les membres fassent des suggestions au sous comité sur les questions liées au traitement biannuel</p>	<p><i>Il serait peut-être nécessaire que les membres du sous-comité en fasse le rapport</i></p> <p><i>Les membres du sous comité pourraient en faire le rapport</i></p> <p><i>Les membres du sous comité pourraient en faire le rapport</i></p>