



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

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

Point 7.3 de l'ordre du jour provisoire

**LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE DANS LA RÉGION AFRICAINE :
SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

Rapport du Directeur régional

Résumé d'orientation

1. Sur tous les cas de cécité des rivières enregistrés en Afrique et en Amérique du Sud, 99 % surviennent en Afrique. La Région africaine de l'OMS a remporté un succès sans précédent dans la lutte contre l'onchocercose (encore appelée cécité des rivières). Toutefois, la Région risque de perdre les investissements de plus de US \$2,5 milliards consentis en faveur de la lutte contre cette maladie par les pays d'endémie et leurs partenaires de développement. Les pays qui poursuivent activement leurs activités de lutte contre l'onchocercose et de surveillance de cette maladie risquent également de perdre d'importants acquis, en termes de développement économique et de réduction de la pauvreté.
2. En raison des conflits, du manque de régularité dans l'allocation des ressources budgétaires par les mécanismes nationaux de financement, de la co-endémicité onchocercose-loase et des faiblesses des systèmes de surveillance, les taux de prévalence sont encore élevés dans 13 pays où subsistent des réservoirs du parasite *Onchocerca volvulus*. Le risque d'une résurgence de la maladie est réel, compte tenu de la capacité du vecteur à voler sur de longues distances et à transmettre la maladie au-delà des frontières.
3. Plus de 117 000 communautés et 350 000 volontaires communautaires de 15 pays participent à la distribution de l'ivermectine pour lutter efficacement contre la maladie, mais une évaluation entreprise dans dix de ces pays a montré que les efforts déployés par les communautés pour mettre en place des programmes viables sont entravés par les faiblesses des systèmes de santé.

4. Pendant plus de 30 ans, deux partenariats complets établis pour promouvoir un développement sanitaire qui bénéficie aux pauvres se sont employés à éliminer l'onchocercose en tant que problème de santé publique et d'une importance socioéconomique en Afrique, mais il faut que leurs efforts soient soutenus par les gouvernements. C'est cette préoccupation qui a conduit à l'adoption de la Déclaration de Yaoundé, en 2006.

5. Le présent document donne un aperçu de la situation actuelle et propose les mesures à prendre pour préserver les acquis de la lutte et éliminer l'onchocercose en Afrique.

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1–11
ENJEUX ET DÉFIS	12–21
PERSPECTIVES	22–30
	Page
ANNEXE 1: Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique	7

RÉSOLUTION

AFR/RC57/R3 Lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine : Situation actuelle et perspectives

CONTEXTE

1. L'onchocercose, encore appelée cécité des rivières, est une maladie débilitante à transmission vectorielle, provoquée par un parasite nommé *Onchocerca volvulus*. Elle est transmise par la piqûre d'une simulie (petite mouche noire), et cause des lésions cutanées prurigineuses aiguës et des lésions oculaires pouvant évoluer vers la cécité. Associée à la cécité irréversible, l'onchocercose représente la quatrième plus grande cause de cécité évitable dans le monde, après la cataracte, le glaucome et le trachome. Elle constitue un facteur de pauvreté qu'elle contribue aussi à perpétuer. En outre, elle suscite la stigmatisation, limite la productivité agricole, entraîne d'énormes pertes sur le plan économique et impose une charge de morbidité disproportionnée aux communautés rurales défavorisées. En Afrique, 120 millions de personnes sont à risque, et 37 millions d'entre elles sont fortement infectées.¹

2. En 1974, le Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OPC), partenariat complet associant les secteurs de la santé, de la production agricole et du développement rural, a été lancé dans onze pays d'Afrique de l'Ouest.² La lutte antivectorielle, qui constituait la principale stratégie de ce programme, était axée sur l'épandage de larvicides sur les gîtes de reproduction des simulies dans les zones riveraines.

3. En 1989, l'ivermectine, qui est un médicament microfilaricide, a été homologuée pour le traitement de l'onchocercose, et l'OCP a adopté le traitement de masse par l'ivermectine comme sa seconde stratégie de lutte. En 2002, l'OCP a clos ses activités, après avoir atteint l'objectif de l'élimination de l'onchocercose dans dix pays (à l'exception de la Sierra Leone, pour cause de conflit civil). L'OCP présentait un bon rapport coût/efficacité, avec des dépenses de moins de 1 dollar par personne protégée par an, et un taux de rentabilité économique de 20%.³

4. Depuis la clôture des activités de l'OCP, le Burkina Faso, le Mali, le Niger et le Sénégal ont réussi à préserver les acquis de ce programme. Depuis 1974, le risque de cécité des rivières est très faible chez les enfants qui naissent dans ces pays. Le Burkina Faso a maintenu les activités de surveillance et de lutte contre la transmission de la maladie, ce qui lui a permis de promouvoir la production de coton dans les zones libérées de l'onchocercose. Après la clôture des activités de l'OCP, l'OMS a créé un centre de surveillance pluripathologique à Ouagadougou pour fournir aux pays un appui dans le domaine de la surveillance de l'onchocercose.

5. Le Bénin, la Guinée et le Togo poursuivent également leurs activités de lutte, mais les bassins fluviaux de ces pays nécessitent une surveillance étroite. Il ressort des enquêtes effectuées que la prévalence de l'onchocercose augmente au Ghana (passant de 8% en 2002 à 27% en 2004, dans certains villages). La même tendance à la hausse est observée en Côte d'Ivoire, en Guinée-Bissau et en Sierra Leone, du fait des conflits civils dans ces pays. Il est probable que le Burkina Faso et le Mali soient également touchés par toute recrudescence de l'onchocercose en Côte d'Ivoire.⁴

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

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

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

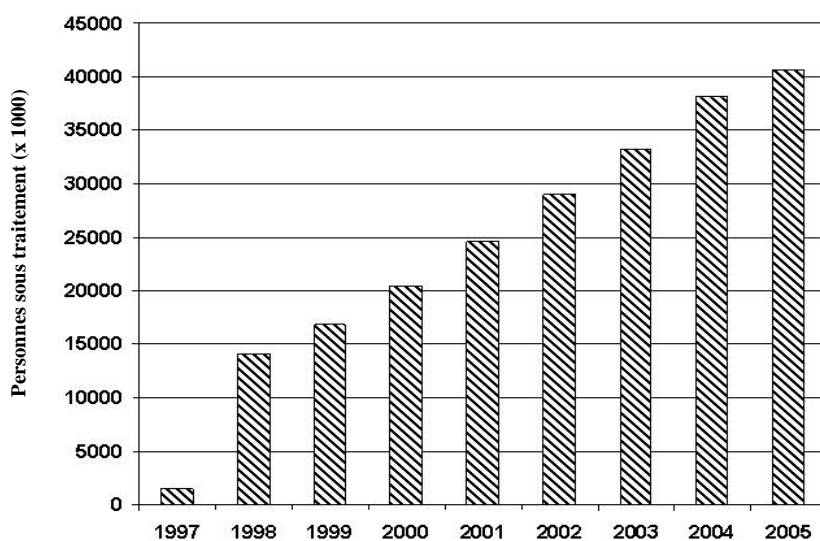
⁴ Hougard JM et al, Blackfly control: What choices after onchocerciasis? *World Health Forum* 19(3): 281-284, 1998.

6. En 1995, le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) a été lancé pour combattre cette maladie dans les pays où la stratégie de l'OCP n'avait pas pu être mise en œuvre, pour diverses raisons. L'APOC couvre 19 pays africains.⁵

7. L'objectif de l'APOC est de mettre en place des systèmes durables de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) et, si possible, d'éradiquer le vecteur en utilisant des méthodes soucieuses de l'environnement. L'approche TIDC a permis de doter 117 000 communautés des moyens d'action nécessaires pour qu'elles procèdent elles-mêmes à la distribution de l'ivermectine, à la détermination des modalités, du calendrier et des acteurs du traitement, et à la supervision de la mise en œuvre du programme.

8. En 2006, plus de 350 000 distributeurs communautaires et 31 000 agents de santé de 15 pays ont participé à la distribution de l'ivermectine. En 2005, au total 40 millions de personnes ont pu avoir régulièrement accès au traitement par l'ivermectine (Figure 1) dans 117 000 communautés reculées, ce qui a permis de sauver 740 000 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par an, à hauteur de US \$7 par AVCI.⁶ L'approche TIDC se révèle efficace même dans les zones où les taux de couverture par les soins de santé primaires sont modestes. L'exécution des projets avance de manière satisfaisante dans six pays.⁷ Toutefois, il subsiste des réservoirs de transmission de l'infection dans huit pays.⁸ Les similies ont été éliminées en Guinée équatoriale et en Ouganda.

Figure 1: Nombre de personnes sous traitement par l'ivermectine entre 1997 et 2005



⁵ Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gabon, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Soudan, Tanzanie et Tchad.

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

⁷ Cameroun, Congo, Éthiopie, Nigéria, Ouganda et Tanzanie.

⁸ Angola, Burundi, Libéria, Malawi, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sud-Soudan et Tchad.

9. L'efficacité de l'approche TIDC, en tant que point d'entrée de la mise en œuvre conjointe des autres interventions sanitaires⁹, est déjà établie, comme en témoignent les exemples de la lutte contre la filariose lymphatique et le trachome, et de la distribution de la vitamine A au Nigéria, et de la lutte contre la schistosomiase en Ouganda.¹⁰ La mise en œuvre de l'approche TIDC conjointement avec d'autres interventions sanitaires permet de rendre les prestations plus acceptables pour les usagers et d'améliorer les taux de couverture, en plus de faciliter les prestations dans les zones d'insécurité ou peu accessibles.

10. Pour tirer parti des progrès réalisés, une réunion spéciale des partenaires s'est tenue en 2006 au Cameroun pour examiner les recommandations élaborées par le groupe de travail sur l'avenir de la lutte contre l'onchocercose en Afrique.¹¹ À l'issue de cet examen, les Ministres de la Santé des pays africains ont adopté la Déclaration de Yaoundé (Annexe 1) exprimant leur engagement à œuvrer de concert à l'accélération de l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socioéconomique.

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

ENJEUX ET DÉFIS

12. Les troubles et conflits civils constituent des obstacles à la lutte contre l'onchocercose en Afrique. Trois des 11 de l'ex-OCP et sept des 19 pays couverts par l'APOC ont été touchés et continuent d'être touchés par des conflits, ce qui entrave considérablement les efforts de lutte.

13. Compte tenu de la capacité de la simule à voler sur de longues distances (400 kilomètres), les pays dont les programmes de lutte sont moins efficaces ou présentent des insuffisances peuvent remettre en cause l'ensemble des efforts de lutte, du fait du risque de réintroduction des simules vectrices dans les pays voisins. La coordination transfrontalière de la lutte contre l'onchocercose constitue donc un autre défi. Sauf dans quelques pays de l'ex-OCP, qui tiennent régulièrement des réunions transfrontalières, des retards sont enregistrés dans le déblocage de fonds publics pour accélérer le renforcement de la coordination.

14. L'insuffisance des personnels de santé en Afrique constitue une autre contrainte majeure qui entrave la pérennisation des acquis de la lutte contre l'onchocercose. En raison de la rotation rapide du personnel et de la pression sur les ressources humaines dans le secteur de la santé, il se révèle difficile

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

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

¹¹ OMS/APOC, Vue d'ensemble stratégique de l'avenir de la lutte contre l'onchocercose en Afrique, OMS/APOC/CAP, août 2006, Ouagadougou, Organisation mondiale de la Santé, Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, 2006.

de fidéliser l'expertise essentielle dans les districts de santé durement touchés par l'onchocercose. Ces districts sont souvent les plus défavorisés et les moins nantis. L'efficacité des distributeurs communautaires est mise en péril par le manque d'appui, en termes de supervision, du fait de l'insuffisance des personnels de santé dans les formations sanitaires de première ligne.¹²

15. La co-endémicité onchocercose-loase est observée principalement en Afrique centrale et au Soudan. De graves effets indésirables neurologiques, entraînant le décès dans plusieurs cas, ont été signalés chez des personnes fortement infectées par la loa loa et sous traitement par l'ivermectine. Sur les 5 550 sujets traités par l'ivermectine au Cameroun et pris en compte dans l'analyse de la charge de microfilaries loa loa, le risque relatif de tout effet indésirable en cas de co-infection avec la loase était de 1 sur 20.¹³

16. La co-endémicité entrave l'accélération de la mise en œuvre des activités de lutte dans ces pays. Elle a également des répercussions sur le temps et les ressources nécessaires pour renforcer les formations sanitaires du niveau périphérique, afin de leur permettre de prendre efficacement en charge les effets indésirables graves. C'est la raison pour laquelle l'Angola, la République démocratique du Congo et le Sud-Soudan accusent des retards dans la mise en œuvre des programmes de lutte et dans la réalisation et la pérennisation de taux de couverture élevés du traitement par l'ivermectine.

17. L'autre défi majeur a trait à la durabilité des activités de lutte. L'évaluation de 48 projets TIDC dans dix pays a montré que 25 % de ces projets avaient une faible performance sur le plan de la participation communautaire et que leur exécution était entravée par l'insuffisance des fonds de source publique et les faiblesses des systèmes de santé du niveau périphérique (sous-district).¹⁴

18. Au nombre des autres défis auxquels sont confrontés les programmes de lutte contre l'onchocercose, il y a lieu de citer la concurrence entre régimes d'incitation financés par des ressources externes, dans le cadre des programmes de lutte contre diverses maladies au sein des mêmes communautés; la motivation des distributeurs communautaires, faute d'incitations monétaires; l'absence de politiques nationales pertinentes; et les effets du manque d'harmonisation en ce qui concerne la performance des programmes.

19. La mobilisation de ressources en faveur des programmes de lutte contre l'onchocercose est devenue un défi de taille, quand on sait que les donateurs financent ces programmes depuis plus de 30 ans. Les problèmes liés au niveau des ressources budgétaires allouées par les pays, au déblocage des fonds pour la distribution de l'ivermectine et à la qualité des activités de surveillance ont un impact négatif sur les taux de couverture et la situation épidémiologique.

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

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

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

20. L'autre défi de taille auquel sont confrontés les programmes de lutte contre l'onchocercose consiste à déterminer la date d'arrêt du traitement (microfilaricide) par l'ivermectine ou à mettre au point un macrofilaricide sûr pour tuer les vers adultes ou les rendre stériles.¹⁵ Une étude en cours dans les pays de l'ex-OCP où le traitement a été mis en œuvre sur une période de 18 ans et où l'onchocercose a été pratiquement éliminée, cherche à établir si le traitement par l'ivermectine peut être arrêté en toute sécurité dans ces pays (sans recrudescence de la maladie). Les résultats de cette étude devront être validés dans des zones présentant différents profils épidémiologique et entomologiques, notamment dans des sites où le traitement par l'ivermectine a été mis en œuvre sur des périodes allant jusqu'à 12 ans.

21. La perte éventuelle des investissements consentis en faveur de la lutte contre l'onchocercose par les pays et leurs partenaires de développement, ainsi que par le programme de donation du mectizan (US \$1,5 milliard au total), constitue une source de grave préoccupation. En conséquence, l'attention voulue devrait être accordée d'urgence aux défis associés à la lutte contre l'onchocercose en Afrique.

PERSPECTIVES

Rôle des pays

22. Les pays sont invités instamment à considérer la lutte contre l'onchocercose comme une question de développement et à accorder, dans les budgets nationaux, la priorité au financement des activités de lutte. L'appropriation par les pays, la durabilité des activités et leur décentralisation vers les niveaux inférieurs constituent la clé du succès et de l'efficacité de la lutte contre l'onchocercose.

23. Les pays dans lesquels l'onchocercose est endémique devraient encourager l'approche des soins de santé primaires fondée sur une forte participation communautaire; accélérer la pleine intégration des activités de lutte dans le système de santé global; et mettre en place des programmes nationaux viables. Les pays devraient veiller à ce que le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires soit mis en œuvre conjointement avec d'autres interventions (distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide au titre de la lutte antipaludique, distribution de vitamine A et de médicaments au titre de la lutte contre la filariose lymphatique et la géohelminthiase). La mise en œuvre conjointe offrira de multiples avantages sanitaires intégrés à de larges couches de la population dans les communautés rurales mal desservies.

24. Les ministres de la santé et les partenaires devraient accorder une attention particulière aux zones et localités en situation de post-conflit, dans lesquelles les données épidémiologiques font ressortir une hausse de la prévalence de la maladie, l'existence de réservoirs d'infection et la co-endémicité avec la loase. Au total, 13 pays sont ciblés.¹⁶

¹⁵ OMS/APOC, Vue d'ensemble stratégique de l'avenir de la lutte contre l'onchocercose en Afrique, OMS/APOC/CAP, août 2006, Ouagadougou, Organisation mondiale de la Santé, Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, 2006.

¹⁶ Angola, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan et Tchad.

25. Les pays devraient continuer à organiser et à financer d'urgence des réunions et des mécanismes transfrontaliers pour enrayer la transmission transfrontalière. Il est nécessaire et urgent que tous les pays réaffirment leur engagement en faveur de l'intensification et de la conjugaison des efforts. Les ministères de la santé devraient élaborer des plans stratégiques pour maintenir à un niveau de plus de 65 % les taux de couverture du traitement par l'ivermectine au sein des communautés touchées, que la maladie y soit endémique ou non, et pour encourager une forte participation communautaire aux activités visant à promouvoir la collaboration transfrontalière requise pour enrayer la transmission de l'infection.¹⁷

26. Les pays d'endémicité devraient prendre des mesures, conformément à la Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique (Annexe 1), et affecter chaque année sur une base régulière des allocations budgétaires aux activités de lutte, afin d'éviter la perte des investissements consentis et des importants acquis réalisés sur une période de près de 30 ans.

27. Les pays devraient mettre en place divers mécanismes et outils tels que des systèmes efficaces d'approvisionnement des formations sanitaires ou points de collecte de première ligne en ivermectine. Ils devraient également accélérer leurs efforts de renforcement des capacités des formations sanitaires du niveau du sous-district (périphérique), notamment en termes de ressources humaines, pour renforcer la durabilité des activités de lutte. Ces mesures devraient être prises avant l'expiration de la période couverte par l'appui à la lutte contre l'onchocercose dans la Région, afin de garantir le maintien d'un appui à long terme, même de niveau moindre, qui permette de progresser vers l'élimination de la maladie. Les ministères de la santé devraient mettre au point des mesures de contrôle et de suivi à intégrer aux initiatives de lutte contre d'autres maladies transmissibles, pour un meilleur rapport coût/efficacité.

Rôles des pays et des partenaires

28. Les pays et les partenaires sont invités instamment à appuyer la recherche pour déterminer les zones où le traitement par l'ivermectine pourrait être arrêté et établir le calendrier d'arrêt, en fonction des différents contextes épidémiologiques. L'OMS et les partenaires devraient maintenir leur appui aux instituts de recherche en vue de mettre au point un microflaricide sûr (capable de tuer les vers adultes ou de les rendre stériles en permanence), ce qui permettra d'abrégier la période de lutte et de parvenir à l'élimination du parasite.

Rôle de l'OMS

29. Pour faire face aux défis associés à l'onchocercose et à sa dynamique dans tous les pays à risque de recrudescence transfrontalière de cette maladie, des systèmes de surveillance viables devraient être mis en place. L'OMS et les partenaires de développement devraient renforcer les capacités du Centre de Surveillance pluripathologique pour lui permettre de mieux appuyer la mise en place de systèmes nationaux et régionaux de surveillance de l'onchocercose.

30. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les perspectives proposées pour la lutte contre l'onchocercose dans la Région africaine.

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

ANNEXE 1

**DÉCLARATION DE YAOUNDÉ SUR LA LUTTE
CONTRE L'ONCHOCERCOSE EN AFRIQUE**

Nous, Ministres africains de la Santé, participant au Sommet spécial des Partenaires du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose, tenu à Yaoundé, au Cameroun, du 25 au 26 septembre 2006, pour débattre de l'avenir de la cécité des rivières (onchocercose) en Afrique,

Considérant que l'onchocercose est une cause majeure de pauvreté;

Préoccupés par le fait que, malgré les efforts du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC), et avant celui-ci, ceux du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP), plus de 120 millions de personnes, dans 19 pays, sont toujours sous la menace de la cécité des rivières;

Reconnaissant que l'un des obstacles au succès de la lutte contre l'onchocercose est l'impact négatif des conflits dans un certain nombre de pays de l'APOC et de l'ex-OCP;

Reconnaissant que les migrations des populations et les perturbations sociales et politiques fréquentes dans la Région africaine ont considérablement accru le risque de transmission et/ou de re-émergence de l'onchocercose;

Soucieux du danger que plus de US\$ 1,5 milliard déjà investis par les donateurs, les pays et leurs partenaires au développement puissent être réduits à néant;

Nous appuyant sur l'efficacité des interventions de l'APOC;

Convaincus que l'intégration et l'exécution conjointe du Traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) avec d'autres interventions sanitaires offriront de manière plus efficace de nombreux avantages aux populations des zones éloignées;

Conscients du besoin urgent d'un microfilaricide afin d'accélérer l'élimination de l'onchocercose dans tous les pays;

1. **EXPRIMONS** notre engagement à œuvrer de concert en vue d'accélérer l'élimination de la cécité des rivières en tant que problème de santé publique et obstacle au développement socio-économique dans tous les pays;
2. **LANÇONS** un appel pour l'intensification des activités de lutte et de surveillance dans les pays sortant d'un conflit et ceux ayant des poches de co-endémicité de l'onchocercose et de la loase (ver de l'œil sous les tropiques);

3. ENTÉRINONS les conclusions du Groupe de Travail sur l'avenir de l'APOC et ses recommandations relatives à la prorogation de la durée du Programme jusqu'en 2015 et à l'extension de ses activités aux pays de l'ex-OCP;
4. RÉAFFIRMONS le rôle primordial que doivent jouer les pays dans la lutte et recommandons la mise en place de programmes durables de TIDC dans tous les pays d'endémicité de l'onchocercose dans la Région;
5. EXHORTONS les pays endémiques à prendre des engagements budgétaires annuels pour soutenir les activités de lutte contre l'onchocercose, dans le cadre du document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et de l'atteinte des OMD;
6. SALUONS l'engagement de longue date des donateurs et des ONGD en faveur de la lutte contre l'onchocercose, ainsi que la promesse de Merck de continuer à fournir l'ivermectine (Mectizan®) aussi longtemps que nécessaire;
7. EXHORTONS les donateurs et les partenaires au développement à apporter le soutien nécessaire à la recherche menée par MACROFIL et à la surveillance de l'onchocercose;
8. RECOMMANDONS vivement que l'APOC fournisse les preuves scientifiques sur la base desquelles déterminer les conditions, la période et les zones où le traitement par l'ivermectine peut être arrêté, en étroite concertation avec les pays touchés;
9. INVITONS tous ceux qui partagent notre engagement à souscrire à la présente Déclaration.

Fait à Yaoundé, le 27 septembre 2006