



VINGT-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DEUXIEME SEANCE

Sheraton-Boston Hotel, Boston, Massachusetts
Lundi 14 juillet 1969, à 9 h.45

PRESIDENT : Professeur B. REXED (Suède)

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Composition de la Sous-Commission de la Quarantaine internationale	2
2. Programme d'éradication du paludisme - Réexamen de la stratégie mondiale ...	2

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent être soumises par écrit, dans les 48 heures de sa distribution, au chef du service des Actes officiels, bureau 326.



1. COMPOSITION DE LA SOUS-COMMISSION DE LA QUARANTAINE INTERNATIONALE

Le PRESIDENT rappelle que le calendrier de la journée prévoit une réunion du Bureau de l'Assemblée à midi et la première séance de la Sous-Commission de la Quarantaine internationale à 17 heures.

Il donne lecture des noms des délégations suivantes, qui ont manifesté l'intention de participer à la Sous-Commission de la Quarantaine internationale : Autriche, Belgique, Costa-Rica, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, France, Ghana, Grèce, Inde, Indonésie, Irak, Irlande, Italie, Japon, Madagascar, Malte, Nigéria, Nouvelle-Zélande, Philippines, Pologne, Portugal, République Arabe Unie, République Centrafricaine, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Thaïlande, Togo, Turquie, Union des Républiques socialistes soviétiques et Venezuela.

Ayant demandé aux délégations désireuses de s'ajouter à cette liste de lever leur carte, il donne lecture des noms des délégations suivantes : Arabie Saoudite, Burundi, Haute-Volta, Koweït, Jordanie, Nicaragua, Ouganda, Samoa-Occidental et Yougoslavie.

2. PROGRAMME D'ERADICATION DU PALUDISME - REEXAMEN DE LA STRATEGIE MONDIALE : Point 2.4 de l'ordre du jour (résolutions WHA21.22 et EB43.R20; document A22/P&B/8)

Le Dr BERNARD, Sous-Directeur général, Secrétaire, présente le rapport du Directeur général sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme (document A22/P&B/8). Il précise que la Commission examinera le rapport du Directeur général sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme (document A22/P&B/1) lorsqu'elle procédera à l'examen détaillé du chapitre du Projet de Programme et de Budget qui concerne l'éradication du paludisme.

Le rapport dont la Commission est saisie se divise en six parties dont la dernière est particulièrement importante puisqu'elle contient les conclusions et recommandations du Directeur général sur la stratégie future de l'éradication du paludisme; afin d'illustrer ce qui a motivé ses conclusions, le Directeur général a jugé opportun de passer en revue un certain nombre de faits et de facteurs qui ont marqué ou influencé l'évolution du programme depuis sa mise en oeuvre.

La partie 1, c'est-à-dire l'introduction, donne un bref compte rendu des mesures prises par le Directeur général, depuis la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé, pour faire le point de la stratégie de l'éradication. A ce sujet, le Directeur général tient à dire combien il a apprécié la coopération de tous les experts qu'il a consultés, des équipes qui ont mené les enquêtes dans les pays et des groupes consultatifs dont les conclusions ont été précieuses pour l'élaboration de ses recommandations. Leurs efforts communs lui ont été d'un secours inestimable.

La partie 2 contient un rappel historique des diverses étapes du programme d'éradication du paludisme depuis le début. Le Directeur général a estimé qu'il était essentiel de passer en revue les connaissances et l'expérience acquises pendant le déroulement du programme avant d'entreprendre le réexamen de la stratégie mondiale.

La partie 3 est consacrée aux progrès de l'éradication du paludisme en général. On verra que les chiffres de morbidité et de mortalité ont accusé une diminution spectaculaire dans un certain nombre de pays où les programmes d'éradication ont été couronnés de succès; de plus, une impulsion a été donnée au développement des services de santé dans les zones rurales et l'amélioration de l'état de santé a entraîné de nombreuses améliorations sur le plan social. Etant donné qu'il est très difficile d'obtenir des données économiques quantitatives sur les nombreux avantages économiques associés à l'éradication du paludisme (accroissement de la production de riz dans certains pays par exemple), il est évident que ces avantages ne sont pas attribués uniquement au programme d'éradication du paludisme mais aussi à d'autres facteurs économiques.

La partie 4, où sont énumérés les obstacles rencontrés, devrait être examinée avec la partie 5 qui traite des facteurs influant sur le développement des programmes d'éradication, à savoir : la planification; les facteurs d'ordre administratif et financier; les conditions à remplir sur le plan opérationnel; le personnel et la formation; et divers facteurs humains, écologiques et techniques. Une attention particulière a été accordée à la Région africaine, où le paludisme reste le plus important des problèmes de santé publique. De sérieux obstacles ont entravé le déroulement des opérations en Inde et à Ceylan mais la situation s'est sensiblement améliorée en Inde depuis que ce rapport a été établi.

La partie 6 (stratégie future de l'éradication du paludisme) est bien entendu la partie essentielle du rapport et l'OMS n'ignore pas que tout l'avenir de l'éradication du paludisme dépend des discussions qui vont avoir lieu à la présente Assemblée de la Santé. Il conviendrait d'accorder une attention particulière au paragraphe 2 de la partie, dont le texte est le suivant :

L'éradication du paludisme est une entreprise mondiale dans la mesure où elle vise, à long terme, un objectif qui est à l'échelle du monde et l'on peut dire que sa stratégie est le moyen choisi pour atteindre cet objectif aussi efficacement, rapidement et économiquement que possible par un usage rationnel des méthodes, des techniques et des ressources. Les moyens et les délais nécessaires pour parvenir à l'éradication varient dans une plus ou moins large mesure d'un pays ou d'une région à l'autre; toute stratégie, pour mondiale qu'elle soit, doit nécessairement s'adapter à ces variations.

Le quatrième paragraphe est également significatif :

Entre un programme complet d'éradication et la simple administration de médicaments par l'intermédiaire des services généraux de santé, il existe une large gamme de solutions auxquelles il faut songer lorsque l'on quitte la stratégie à adopter pour telle ou telle situation précise, dans le cadre général de la campagne mondiale.

Cette partie a été divisée en deux sections, la première concernant les facteurs dont l'importance stratégique est fondamentale pour l'éradication, et la deuxième la stratégie proposée par le Directeur général. Dans la section ayant trait aux ressources, l'accent a été mis sur les ressources nationales dont dépend en majeure partie le succès d'un programme d'éradication mais il a également été tenu compte des ressources disponibles à l'échelon international, étant donné que l'aide extérieure, accordée dans un cadre bilatéral ou multilatéral sera tout aussi essentielle que par le passé au déroulement des activités d'éradication du paludisme.

Les propositions relatives à la stratégie future de l'éradication concernent essentiellement quatre grandes catégories de pays :

- 1) ceux qui exécutent un programme d'éradication et où, dans les conditions actuelles, les perspectives sont encourageantes;
- 2) ceux où le programme d'éradication ne progresse pas à un rythme satisfaisant;
- 3) ceux qui comptent des zones en phase d'entretien et où l'effort doit tendre à préserver les résultats déjà obtenus;
- 4) ceux qui n'ont pas de programme d'éradication et où la possibilité de réaliser un tel programme ainsi que les chances de succès doivent être examinées à la lumière d'une appréciation réaliste des priorités économiques et sociales ainsi que des ressources des pays intéressés.

Bien entendu, on a souligné qu'il importe de poursuivre les recherches car la réorientation de la stratégie mondiale de l'éradication dépend dans une large mesure de la mise au point de techniques et de méthodes nouvelles.

Les conclusions du Directeur général sont énumérées dans la partie 7. Enfin, un résumé des principes et des pratiques en vigueur jusqu'à présent en matière d'éradication du paludisme a été annexé au rapport pour référence.

Pour conclure, ce rapport signifie non pas que le programme d'éradication du paludisme présente une solution de continuité mais qu'il entre dans une phase nouvelle fondée sur l'expérience acquise et caractérisée par la nécessité d'adapter le programme à l'infinie variété des conditions locales et des facteurs économiques. Ce rapport ne signifie pas non plus que le programme a diminué d'ampleur. Au contraire, l'OMS le considère plus que jamais comme un défi qu'elle est décidée à relever en mettant en oeuvre toutes les ressources dont elle dispose.

Le Dr VENEDIKTOV, Représentant du Conseil exécutif, signale à l'attention de la Commission la résolution EB43.R20, adoptée par le Conseil exécutif à sa quarante-troisième session.

Trois aspects du problème du paludisme sont examinés à la présente Assemblée de la Santé : l'état d'avancement du programme antipaludique dans le monde, les plans concernant l'année à venir et la stratégie mondiale de l'éradication. Les deux premiers ont été examinés par le Conseil exécutif; le Directeur général a exposé le troisième, en tenant compte des vues exprimées par les experts ainsi que des débats du Conseil.

De l'avis du Conseil, le paludisme demeure dans de nombreux pays l'une des principales menaces pour la santé des populations, surtout pour celle des enfants, et la lutte contre le paludisme, ainsi que l'éradication finale de celui-ci, représentent des tâches essentielles pour les services de santé nationaux de nombreux pays, pour leurs médecins, pour leurs autorités publiques, et enfin pour l'OMS.

La principale méthode employée demeure celle des pulvérisations de DDT à grande échelle. Théoriquement, cette méthode peut interrompre le cycle de la transmission; en pratique, pourtant, les résultats escomptés n'ont pu être obtenus dans nombre de cas. Dans certains pays, des succès notables ont été enregistrés au cours des opérations de lutte et d'éradication; toutefois, ainsi que l'a fait observer le Conseil dans sa résolution EB43.R20, ainsi que dans de précédentes résolutions, les obstacles et les échecs sont nombreux. Les échecs sont essentiellement dus à un développement insuffisant des services de santé, qui ne sont pas en mesure d'assurer le soutien nécessaire pour maintenir les résultats consécutifs aux opérations massives de pulvérisation; bien d'autres difficultés techniques, financières et administratives ont également surgi. Tout cela a entraîné des déceptions pour un certain nombre de pays et pour les organisations internationales, notamment le FISE, qui collaborent avec l'OMS à l'exécution du programme.

Il a donc paru indispensable de réexaminer la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme. Le Directeur général a procédé à ce réexamen en se fondant sur les conclusions auxquelles ont abouti des équipes spéciales, sur les avis formulés par des groupes d'experts et sur une étude approfondie des débats du Conseil. Il a formulé ses propositions, d'après lesquelles il appartiendra à la Commission de décider. Il convient toutefois de ne pas oublier qu'en réexaminant la stratégie mondiale du programme, la Commission est appelée à décider de ce qui devra être fait aux divers échelons - international, régional et inter-pays - ainsi que l'indique la résolution EB43.R20. Il convient de déterminer le ou les objectifs à atteindre durant une période donnée, ainsi que la ou les méthodes à utiliser à cette fin, les ressources qui seront nécessaires et les institutions auprès desquelles on pourra se procurer celles-ci; il convient aussi d'étudier l'organisation pratique du travail et le partage des responsabilités qu'elle implique. Enfin, il faut prévoir une évaluation souple, continue et objective des résultats, qui permette de décider des mesures nouvelles, complémentaires ou correctives à prendre.

Le Dr Vénédictov est persuadé que le Conseil continuera à suivre attentivement la question.

Le Dr KIVITS (Belgique) note que les délégations qui d'année en année suivent l'activité de l'OMS dans le domaine de l'éradication du paludisme doivent une fois de plus remercier le Directeur général et ses collaborateurs de les tenir fidèlement au courant de l'état d'avancement de l'éradication. Le rapport dont la Commission est saisie retrace de façon remarquable les diverses étapes de la campagne et montre comment il a fallu constamment adapter les moyens de lutte aux changements de situation, et notamment à la résistance croissante qu'opposent les vecteurs aux insecticides utilisés. Des remerciements doivent également aller au Comité d'experts du Paludisme, ainsi qu'aux chercheurs qui, sur le terrain et dans leurs laboratoires, perfectionnent les moyens à mettre à la disposition des équipes opérationnelles.

La situation générale, telle qu'elle se présente quatorze ans après la décision prise par la Huitième Assemblée mondiale de la Santé, est dans l'ensemble très favorable si l'on tient compte de la diversité des obstacles qu'il a fallu surmonter. Il est réconfortant d'observer une diminution des taux de morbidité, ainsi que les heureux effets exercés par les programmes d'éradication sur l'économie des pays. En dernière analyse, la réussite de ces programmes dépendra cependant dans une large mesure de la possibilité d'assurer un niveau de vie meilleur aux enfants sauvés de la mort par le programme d'éradication. Comme le délégué de l'Ethiopie l'a souligné lors des Discussions techniques, il est nécessaire que les programmes de développement économique et social aillent de pair avec les programmes médico-sanitaires; sinon, l'accroissement démographique résultant de l'amélioration générale de la santé des populations ne pourra que créer d'innombrables autres problèmes. Cette nécessité est affirmée au point 5.1 du document dont la Commission est saisie.

Il ressort de la Fig. 1 du rapport que, sur 380 millions de personnes non encore protégées par les opérations, plus de 200 millions résident dans la Région africaine et 65 millions dans des pays qui, bien que ne faisant pas partie de la Région africaine de l'OMS, font néanmoins partie du continent africain. Sans doute y a-t-il dans cette partie du monde des difficultés techniques particulières, dues au comportement des anophèles ou des plasmodiums, et peut-être aussi des obstacles créés par la dispersion ou le nomadisme des collectivités humaines. Ces difficultés, toutefois, sont dans l'ensemble mineures au regard des obstacles d'ordre économique, administratif et quelquefois politique, et surtout de la pénurie de ressources financières. Pour ces pays, le Directeur général a sagement proposé l'adoption de certaines méthodes et d'une phase préliminaire s'adaptant à leurs possibilités actuelles. La délégation belge espère toutefois que ce stade préparatoire ne se prolongera pas indéfiniment et que les pays intéressés - aidés en cela par l'OMS, par d'autres organisations internationales et par les programmes d'aide bilatérale - seront en mesure d'installer leurs services de santé de base dans les campagnes comme dans les villes. Ainsi, le programme d'éradication du paludisme aura le mérite, non seulement d'éliminer la maladie en tant que telle, mais aussi de stimuler la mise en place des services de santé.

Le Dr KRUISINGA (Pays-Bas) déclare que, de l'avis de sa délégation, il y aurait lieu de réviser entièrement le système de lutte contre les vecteurs, et en particulier l'utilisation prolongée des pesticides à action rémanente comme le DDT.

Outre sa forte rémanence, le DDT, lorsqu'il se décompose en DDD ou en DDE, devient toxique pour l'homme, pour les autres mammifères et aussi pour les oiseaux et les poissons. Il ne faut pas oublier que l'on utilise chaque année dans le monde 300 000 tonnes de DDT. Les autorités néerlandaises estiment qu'une telle quantité d'un insecticide aussi actif et aussi persistant et de ses sous-produits est de nature à inquiéter. Autant que le sache le Dr Kruisinga, environ 15 % de ce total sont utilisés pour l'éradication du paludisme. Il serait intéressant de connaître la quantité de DDT qui d'après les prévisions de l'OMS, sera vraisemblablement utilisée au cours des prochaines années si la stratégie de l'éradication du paludisme par la lutte contre le vecteur n'est pas entièrement repensée. Il serait difficile à l'OMS d'adopter une position ferme en ce qui concerne l'emploi du DDT en agriculture,

alors qu'elle recommande de l'utiliser en quantités énormes pour l'éradication du paludisme. Le DDT est maintenant interdit en Suède; il l'est aussi aux Pays-Bas dans la plupart des cas et le sera sans doute totalement d'ici peu. Les Pays-Bas ne figurent pas encore au registre OMS des pays totalement exempts de paludisme, mais il convient de noter que l'emploi du DDT n'y sera pas autorisé encore durant longtemps.

Les résultats des dernières épreuves sur la toxicité du DDT lorsqu'il est employé pendant de longues périodes suscitent quelque inquiétude. Il serait intéressant que la délégation bulgare donne des précisions sur les effets cancérogènes qui se manifestent à la quatrième et à la cinquième génération chez des animaux dont la ration alimentaire contient du DDT. De même, le Dr Kruisinga serait reconnaissant au Directeur général de bien vouloir rendre compte des activités du Centre international de Recherche sur le Cancér dans le domaine de la cancérogénèse chimique. Il aimerait savoir si l'OMS a des renseignements sur les quantités de DDT déjà accumulées dans les tissus graisseux du corps humain dans les différentes régions du monde : est-il vrai, par exemple, qu'à New Delhi cette quantité a atteint 20 ppm et que l'on a observé chez des saumons capturés dans le lac Michigan des concentrations de DDT allant de 3,5 à 12,5 ppm ? A-t-on fait des études sur la dynamique du DDT et sur son transfert d'un organisme à l'autre ? L'OMS ne pourrait-elle pas entreprendre ou encourager des recherches sur cette question ?

Etant donné ces chiffres, il y aurait intérêt à envisager pour l'éradication du paludisme d'autres pesticides moins actifs que le DDT - par exemple, HCH, malathion ou OMS-33. Certes, le coût en serait plus élevé et les pulvérisations devraient être plus fréquentes et plus concentrées, mais la santé des populations y gagnerait et il y aurait peut-être là un moyen de freiner l'empoisonnement du milieu dont a parlé le Gouverneur du Massachusetts à la première séance plénière de l'Assemblée. La résistance opposée par le vecteur en Indonésie, en Iran et en Amérique centrale montre qu'il est indispensable d'étudier d'autres insecticides moins puissants (et la dernière Assemblée de la Santé a sagement agi en décidant de choisir certaines régions comme zones témoins). La délégation néerlandaise est convaincue que les recherches sur l'utilisation d'autres insecticides se révéleront payantes à la longue. Dans le budget ordinaire de l'OMS, un crédit de \$12 000 000 est prévu pour l'éradication du paludisme, mais la somme destinée aux recherches dans ce domaine est relativement modeste et se situe probablement aux alentours de \$10 000. La délégation néerlandaise regrette vivement que le Conseil exécutif ait recommandé de la réduire encore; il lui semble que des crédits de recherche représentant 10 % du total de ce chapitre n'auraient rien d'extravagant.

Ces recherches pourraient notamment porter sur l'adaptation de virus ou de champignons à la lutte contre les moustiques, ou sur la production d'un virus capable d'attaquer Plasmodium falciparum, puisqu'il est maintenant possible d'envisager la manipulation de la structure génétique des virus. On pourrait également étudier les possibilités de lutte génétique, ainsi que la technique des mâles hybrides, qui fait actuellement l'objet de recherches aux Pays-Bas. Beaucoup de solutions proposées n'ont pas encore dépassé le stade du laboratoire faute de fonds, même lorsque leur découverte a fait l'objet d'une large publicité. Il faudrait de l'audace et de l'imagination pour envisager leur application à l'éradication du paludisme et la délégation néerlandaise se féliciterait que le Directeur général soumette à la prochaine Assemblée de la Santé, après avoir consulté les comités d'experts, un rapport sur la question. Dans ce rapport, il y aurait lieu de faire figurer un plan de recherches à long terme dans différentes voies. Le Directeur général pourrait également envisager des consultations avec le Directeur de l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture au sujet de l'emploi des pesticides à des fins autres que l'éradication du paludisme, en vue de réduire le plus possible l'empoisonnement du milieu.

Le Dr GJEBIN (Israël) félicite le Directeur général de son rapport très complet. A son avis, une évaluation périodique du programme d'éradication du paludisme est indispensable si l'on veut qu'il aboutisse, quelque lointaine que cette perspective puisse apparaître à l'heure actuelle.

Les problèmes qui se sont posés jusqu'à présent résultaient des conditions climatiques, écologiques et géographiques des migrations humaines, de l'organisation des services de santé et, naturellement, du manque de fonds; mais c'est seulement en étudiant les problèmes rencontrés par les pays mentionnés dans le rapport que l'on pourra trouver des solutions. A cet égard, l'expérience montre qu'il est de la plus haute importance de dépister rapidement les cas, de détruire les foyers d'infection et de fournir aux services de santé des moyens suffisants pour éviter que la transmission ne réapparaisse dans les zones qui ont atteint la phase d'entretien. D'autre part, si l'on considère que les voyages intercontinentaux, en se multipliant, aggravent le risque d'importation des cas, il convient de prendre des mesures préventives, en particulier dans les régions où les anophèles vecteurs sont suffisamment concentrés pour faciliter la transmission.

Israël est exempt de paludisme depuis 1964, mais les autorités sanitaires n'en ont pas moins persévéré dans leurs efforts pour que la maladie soit promptement détectée et que tous les cas déclarés soient soumis à un traitement radical, pour que des enquêtes épidémiologiques et entomologiques approfondies soient faites et pour que les mesures correctives voulues soient prises. On ne saurait d'ailleurs trop insister sur la nécessité d'une vigilance constante de la part du personnel médical.

La délégation d'Israël - conclut le Dr Gjebin - est intimement convaincue qu'il n'y a guère de progrès à espérer dans la voie de l'éradication du paludisme sans des recherches intensives et elle estime qu'il est indispensable de prévoir des fonds plus importants à cette fin.

Le Professeur MORARU (Roumanie) note que le rapport présenté par le Directeur général met à nouveau en relief les résultats obtenus dans le cadre de la campagne mondiale d'éradication. Les rapports précédents mentionnaient déjà les succès remportés par certains pays et soulignaient que plusieurs avaient atteint le stade de l'éradication. Il faut bien constater cependant que la campagne est plus longue qu'on ne l'avait prévu à l'origine et que des pays ont dû revenir à la phase initiale de leur programme. C'est ce qui explique la résolution de la Vingtième Assemblée de la Santé dans laquelle celle-ci recommande un réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme.

Le rapport et son appendice contiennent des renseignements recueillis par des équipes de l'OMS dans diverses régions impaludées du monde. L'analyse des programmes d'éradication de neuf pays qui diffèrent par les conditions endémo-épidémiques et le niveau de développement socio-économique laisse supposer que maintes particularités ont été considérées et que des recommandations pourraient donc être faites en vue de relancer des programmes qui se trouvent aujourd'hui dans une impasse ou d'entreprendre des opérations adaptées à chaque cas.

Il y a vingt ans, le paludisme faisait rage en Roumanie. Depuis, la maladie a été complètement extirpée du pays et l'on n'a enregistré aucun cas provoqué par une transmission locale au cours des huit dernières années. Les paludologues roumains ont souligné maintes fois que l'épidémiologie du paludisme varie selon les facteurs locaux et régionaux, les types d'anophèles et la virulence des souches de parasites, sans parler de l'écologie humaine.

De l'avis de la délégation roumaine, quatre conditions essentielles doivent être réunies pour qu'un programme d'éradication aboutisse :

- 1) des services sanitaires de base sur lesquels puissent s'appuyer des services spéciaux de lutte contre le paludisme;
- 2) des études destinées à mesurer l'efficacité de différentes méthodes dans les conditions épidémiologiques propres au pays;

- 3) un personnel local instruit des problèmes techniques de l'éradication, qui sera employé jusqu'à ce que les opérations soient menées à leur terme;
- 4) des moyens matériels fournis par le gouvernement, seul ou avec l'aide d'organisations internationales.

Le Professeur Moraru souligne que toute action à l'échelon local ou régional devrait grouper des pays placés dans la même situation épidémiologique et économique autour de programmes exécutés simultanément et en coordination, à l'instar de ce qui a été fait pour le Maghreb. Le problème de l'éradication du paludisme revêt un caractère particulièrement grave dans les pays en voie de développement; c'est pourquoi l'OMS ne doit pas se borner à offrir son aide mais aussi jouer un rôle d'agent catalyseur en entraînant derrière elle d'autres organisations internationales.

Le délégué de la Roumanie conclut en disant qu'un réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme doit tenir compte de la nécessité d'adapter le programme au niveau socio-économique de chaque pays en cause.

Le Dr CHA (République de Corée), au nom de sa délégation, félicite le Directeur général de son rapport et exprime sa satisfaction du travail accompli par l'OMS ces dix dernières années en ce qui concerne la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme.

Si, au début d'une campagne, les opérations d'éradication doivent être menées en dehors des services de santé généraux, il est indispensable, par la suite, de réunir les deux catégories de services.

En Corée, le paludisme, de forme instable, est dû principalement à plasmodium vivax et sévit à l'état hypo-endémique. La période de transmission s'étend de juin à septembre et le degré d'immunité de la population est faible.

Le gouvernement coréen et l'OMS ont décidé d'entreprendre une étude pilote fondée sur l'épidémiologie du paludisme, compte tenu des moyens administratifs disponibles et de la nécessité de renforcer les services sanitaires de base. Il s'agira :

- 1) d'examiner la possibilité d'interrompre la transmission par des opérations de surveillance;
- 2) d'analyser la situation et les fonctions des services sanitaires de base et d'envisager leur participation éventuelle aux futurs programmes d'éradication du paludisme;
- 3) de continuer à former du personnel national pour la lutte antipaludique.

Lorsqu'il aura été établi que la surveillance abaisse fortement l'incidence du paludisme, un programme centré sur cette activité sera mis en oeuvre dans tout le pays en conjonction, le cas échéant, avec des pulvérisations focales afin d'interrompre la transmission de la maladie.

Le Professeur CORRADETTI (Italie) déclare que le rapport du Directeur général est le meilleur rapport sur l'éradication du paludisme qui ait été présenté à une assemblée jusqu'ici. Ce rapport expose le problème de façon réaliste et scientifique, en tenant compte de tous les facteurs et sans préjuger les conclusions. La délégation italienne a noté avec satisfaction que les points soulignés par elle lors d'assemblées antérieures y trouvaient leur écho. Lors de la Douzième Assemblée et par la suite, la délégation italienne a souligné la nécessité d'établir une classification des zones impaludées selon qu'il était

possible ou impossible d'y réaliser l'éradication, ainsi que la nécessité d'établir des services nationaux antipaludiques bien organisés et d'entreprendre des recherches de base. En 1964, lors de la Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, la délégation italienne a déclaré qu'il était nécessaire de modifier fondamentalement la politique d'éradication du paludisme de l'OMS. Elle a suggéré qu'il conviendrait d'abandonner temporairement l'idée de réaliser l'éradication mondiale du paludisme et de délimiter les zones où l'éradication était possible en mettant tout en oeuvre pour la réaliser, et que l'OMS devrait aider les zones où l'éradication du paludisme n'était pas possible à organiser des services de santé adéquats; elle a aussi exprimé l'avis qu'une expansion des recherches fondamentales fournirait de nouveaux moyens pour lutter contre le paludisme.

En 1968, lors de la Vingtième Assemblée mondiale de la Santé, la délégation italienne a proposé d'établir une nouvelle stratégie en mettant en corrélation les programmes antipaludiques et les plans généraux de développement socio-économique des pays intéressés. Elle se plaît à constater que la nouvelle stratégie est fondée essentiellement sur les idées qu'elle avait ainsi avancées.

Le Professeur Corradetti note que le Directeur général réaffirme que l'objectif ultime doit rester l'éradication du paludisme dans le monde entier. La délégation italienne partage entièrement cet avis car, comme l'a déclaré le Directeur général à la troisième séance plénière : "Cette maladie est toujours la principale cause d'incapacité pour l'ensemble du monde. Bien qu'il n'ait jamais été possible de calculer exactement le tribut qu'elle prélève sur l'économie et sur le bien-être des hommes, elle est sans aucun doute l'un des fléaux les plus ravageurs de l'humanité".

Chacun se félicitera que les programmes antipaludiques soient inclus dans le secteur sanitaire des plans nationaux de développement socio-économique. Les répercussions favorables qu'ont sur la mortalité, le niveau de santé et le travail, les activités anti-paludiques sont en elles-mêmes un avantage social et économique et souvent une condition requise pour tout développement socio-économique. Le rapport laisse entendre qu'il conviendrait que l'Organisation continue d'étudier les répercussions sociales et économiques du paludisme afin de démontrer pourquoi il est justifié, sur le plan économique comme sur le plan sanitaire, d'allouer des crédits suffisants pour l'exécution des programmes anti-paludiques. De l'avis du Dr Corradetti, il est indispensable de ne pas sous-estimer l'importance des programmes antipaludiques dans le cadre des plans généraux de développement socio-économique car, par suite de la dynamique de la transmission de la maladie, des ressources insuffisantes pourraient conduire à de sérieux obstacles ou même à l'échec du plan général.

La nouvelle stratégie prévoit trois types de situation : 1) les programmes d'éradication dans les pays où les perspectives sont encourageantes; 2) les programmes moins satisfaisants; 3) les pays qui n'ont pas de programme d'éradication.

Dans le premier cas, les gouvernements intéressés devraient intensifier leurs efforts pour mener les programmes jusqu'à leur terme et pour synchroniser le développement des services de santé et celui des programmes d'éradication, de façon à assurer l'exécution efficace des activités à la phase d'entretien. Les planificateurs du développement socio-économique devraient reconnaître qu'il faut accorder une grande priorité aux programmes d'éradication du paludisme jusqu'à ce que le résultat final soit atteint, sous peine de causer des reculs désastreux.

Dans le deuxième cas, il conviendrait de délimiter les régions où l'éradication est possible et d'intensifier les efforts pour la réaliser. Là où l'éradication est impossible dans les conditions actuelles, il faudrait prendre des mesures de lutte antipaludique.

Dans le troisième cas, lorsque le paludisme constitue une menace grave pour la santé publique et lorsque l'éradication de la maladie n'est pas encore possible, la lutte antipaludique devrait être considérée comme une mesure sanitaire nécessaire au développement économique : aucun développement socio-économique ne peut être réalisé dans un pays dont les habitants meurent de paludisme ou sont handicapés par lui.

La corrélation entre l'éradication du paludisme et le plan d'action sanitaire, dans le cadre du développement socio-économique d'un pays, est une bonne méthode scientifique pour résoudre le problème et le succès de cette méthode dépendra des mesures prises. La délégation italienne désire souligner combien il est nécessaire que des paludologues hautement qualifiés collaborent à la détermination des priorités à accorder dans le cadre du plan de développement socio-économique, car une telle évaluation ne peut être confiée à des personnes qui ne connaissent pas la dynamique particulière de la transmission du paludisme.

La délégation italienne désire aussi souligner que la nouvelle stratégie implique l'acceptation du fait que le paludisme constitue à la fois un problème sanitaire et un problème social et économique. Cette maladie a fait obstacle à l'exécution des plans socio-économiques d'un trop grand nombre de pays et son éradication ou sa réduction sont donc d'une grande importance générale.

Lors de la sixième séance plénière, le délégué des Etats-Unis a cité en exemple de la coordination qui existe entre l'UNESCO, le PNUD, l'OMS et d'autres organismes, les travaux accomplis en collaboration dans le domaine de la pollution du milieu. La délégation italienne partage l'avis du délégué des Etats-Unis, à savoir qu'il conviendrait d'encourager la planification coordonnée de toutes les activités et, selon elle, l'éradication du paludisme est un domaine propice à une telle coopération.

La tâche de la Division de l'Eradication du Paludisme de l'OMS est beaucoup plus difficile qu'elle ne l'était au cours des années où l'on essayait de réaliser l'éradication du paludisme dans le monde entier, car il ne s'agissait à cette époque que d'appliquer quelques principes immuables aux opérations. Par suite de la nouvelle stratégie, il est nécessaire de fournir avis et assistance non seulement aux pays où l'éradication est possible mais aussi aux pays où seules des mesures antipaludiques sont possibles. Il faut élaborer un nouvel ensemble de méthodes qui permettent d'intégrer la lutte antipaludique aux plans de développement socio-économique : les travaux à long terme ne pourront être menés à bien que s'ils sont évalués et rectifiés à chaque étape. Les paludologues de l'OMS qui travaillent au Siège de l'Organisation et dans les Régions doivent élargir leur champ d'activité et adapter les méthodes de lutte et d'éradication à l'état des services nationaux de santé ainsi qu'au stade d'exécution des plans socio-économiques. Afin d'éviter des erreurs qui pourraient être fatales pour le plan socio-économique dans son ensemble, il est indispensable de retenir les services de paludologues hautement qualifiés. De l'avis de la délégation italienne, il conviendrait d'examiner au Siège tous les plans préparés au niveau régional en collaboration avec des consultants de premier plan, au besoin avant de signer tout accord. Il faudrait aussi procéder de la même façon à une révision périodique des plans.

La réaffirmation que l'objectif ultime de l'OMS reste l'éradication du paludisme dans le monde entier, déclaration qui entraîne la création de nouvelles fonctions ainsi qu'une activité accrue, pourrait nécessiter le renforcement de la Division de l'Eradication du Paludisme dans un avenir très prochain. Il importe aussi de se souvenir que, comme le Directeur général l'a dit à l'Assemblée, le paludisme est l'ennemi numéro un - un ennemi dont la force est méconnue même par un grand nombre de paludologues expérimentés. Les fonds consacrés à combattre cette maladie représentent toujours un investissement.

En conclusion, le Dr Corradetti rappelle qu'un grand nombre de savants dans le monde entier cherchent actuellement à améliorer les mesures antipaludiques. Il ne faut pas oublier que les difficultés que présentent l'établissement et l'exécution de programmes d'éradication dans la plus grande partie de l'Afrique, et dans les zones tropicales d'autres continents, n'ont pas seulement un caractère financier mais aussi un caractère purement médical. C'est seulement en intensifiant les recherches fondamentales que l'on pourra combler le fossé qui existe entre les régions où l'éradication du paludisme est possible et celles où l'éradication est encore un objectif lointain.

Le Dr TATOCENKO (Union des Républiques socialistes soviétiques) déclare que sa délégation a noté avec grande satisfaction le rapport du Directeur général sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme (document A22/P&B/8). Depuis plusieurs années, la délégation soviétique souligne la nécessité de ce nouvel examen et il est regrettable qu'il n'ait pas été entrepris plus tôt, ce qui aurait permis d'éviter des dépenses considérables de source nationale, internationale et bilatérale.

La notion d'éradication mondiale du paludisme est fondée sur des considérations théoriques qui n'ont pas suffisamment tenu compte d'un certain nombre de facteurs qui font obstacle à sa réalisation. La délégation soviétique, et les délégations d'autres Membres, ont souligné ce fait. Ces facteurs sont exposés clairement dans le rapport du Directeur général et l'on peut constater qu'ils sont surtout d'ordre social et économique, financier et administratif. Les difficultés techniques que les organisateurs de la campagne ont redouté le plus ne se sont présentées que dans 1 % des territoires sur lesquels porte actuellement la campagne.

Essentiellement, les obstacles auxquels se heurte la campagne d'éradication du paludisme sont de caractère social et économique. La délégation soviétique estime qu'il conviendrait de réviser les objectifs du programme en considérant que l'éradication est à envisager comme la réduction du taux de morbidité à quelques cas isolés, compte tenu des conditions qui existent dans chaque pays. Les opérations d'entretien et de vigilance destinées à assurer la permanence des résultats obtenus prennent ainsi une place de premier plan; elles reviennent en fait à organiser les services généraux de santé d'une façon plus rationnelle afin de leur permettre de remplir ces fonctions. L'OMS est en mesure de tirer avantage de l'expérience acquise par certains pays, dont l'URSS, qui ont éliminé le paludisme et réussi à empêcher tout retour offensif.

La classification des pays qui est présentée au paragraphe 6.2 du rapport du Directeur général pourrait être plus précise. La première catégorie (pays qui exécutent un programme d'éradication du paludisme et où, dans les conditions actuelles, les perspectives sont encourageantes) devrait comprendre les pays dont les services généraux de santé ne sont pas assez développés pour appuyer la campagne. Il serait ainsi possible d'amener les gouvernements et les organisations internationales à accorder une plus grande attention à la nécessité de développer davantage ces services. La quatrième catégorie (pays qui n'ont pas de programme d'éradication et où la possibilité de réaliser un tel programme et les chances de succès doivent être examinées à la lumière d'une appréciation réaliste des priorités économiques et sociales ainsi que des aspirations des populations intéressées) devrait être divisée en trois sous-catégories :

- 1) pays dont les gouvernements sont désireux et capables d'entreprendre un programme d'éradication;
- 2) pays qui désirent établir ou poursuivre un programme de lutte antipaludique;
- 3) pays qui ne désirent pas ou qui ne peuvent pas prendre des mesures antipaludiques.

Ces sous-catégories permettraient d'éviter toute confusion, dangereuse du point de vue tactique, dans les pays qui ont des opinions divergentes sur la lutte antipaludique.

La délégation soviétique appuie les propositions présentées lors de la présente séance qui visent à ce que des recherches soient entreprises sous les auspices de l'OMS. Cependant, il est à espérer que les recherches relatives à la révision de la stratégie mondiale du programme seront aussi intensifiées, particulièrement les recherches sur le rôle des services généraux de santé. Le rapport du Directeur général laisse entendre qu'il a été impossible d'intégrer les mesures antipaludiques à l'activité des services généraux de santé dans de nombreux cas. Cette question mérite d'être examinée très attentivement, et l'OMS est mieux placée que toute autre organisation pour l'étudier.

La refonte de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme, telle qu'elle est exposée dans le rapport du Directeur général, ne fait que commencer. Il faut faire de nouveaux efforts pour classer les pays et les territoires impaludés selon leur aptitude à prendre des mesures antipaludiques, comme l'a proposé la délégation soviétique et compte tenu des observations faites à ce sujet lors de la présente séance. Il serait utile que le Directeur général fournisse à la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé une liste des pays et territoires classés dans les différentes catégories, car cette liste aiderait l'Assemblée à mieux comprendre la situation mondiale du paludisme et à mieux évaluer le succès de l'activité de l'Organisation. A propos des remarques du délégué de l'Italie, la délégation soviétique demande aussi au Directeur général de convoquer une réunion de coordination ou d'entrer en rapport avec d'autres organisations qui s'intéressent à la lutte antipaludique, afin d'éviter toute mésentente pendant la période d'évolution de la stratégie générale. Bien entendu, il est nécessaire de définir clairement la forme et le caractère de la contribution de l'OMS aux travaux en question.

Le Dr Tatočenko espère qu'il sera possible de s'occuper sans tarder des questions dont il vient de parler et qu'elles pourront être reprises par la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr SULIANTI SAROSO (Indonésie) félicite le Directeur général pour le rapport détaillé qu'il a présenté dans le document A22/P&B/8 et déclare que sa délégation a été particulièrement satisfaite de l'accent qui est mis sur la nécessité d'un haut degré d'adaptation aux conditions locales.

L'Indonésie a été critiquée pour avoir transformé l'action d'éradication en action de lutte contre le paludisme. A Java et à Bali, il est vrai, le programme d'éradication avait donné d'excellents résultats : en quatre ans, le nombre de cas était tombé de vingt millions à deux mille par an et l'état de santé général de la population s'était considérablement amélioré. Néanmoins, il s'était révélé impossible de poursuivre le programme d'éradication sans une aide extérieure.

Dans son rapport, le Directeur général parle des changements qui sont intervenus dans l'ordre de priorité des activités d'assistance patronnées par les institutions internationales et bilatérales : pour sa part, l'Indonésie a éprouvé ce changement l'année passée, au moment où elle a essayé d'obtenir une assistance. Si l'OMS veut arriver à éradiquer le paludisme sur le plan mondial, les organismes internationaux et bilatéraux, de même que les gouvernements, doivent être instamment invités à accorder une haute priorité à l'éradication. Pour obtenir cette participation, les études basées sur l'analyse des coûts et des bénéfices des programmes antipaludiques, comme celles dont parle le Directeur général dans son rapport, devraient être d'un grand secours.

Le Dr Sulianti Saroso confirme à ce propos ce qui avait déjà été dit par la délégation indonésienne à la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé, à savoir que de telles études devraient être entreprises en Indonésie le plus tôt possible.

Le Gouvernement indonésien sait fort bien que dans toutes les îles, comme à Java et à Bali, les projets de développement sont fortement entravés par la haute prévalence du paludisme et c'est pourquoi il souhaite si vivement mettre en oeuvre des programmes antipaludiques. Pour 1969, le budget de la lutte contre le paludisme - y compris le prix du DDT - dépasse l'ensemble des crédits alloués pour la lutte contre toutes les autres maladies transmissibles. Un rang prioritaire a aussi été accordé à la création de centres sanitaires dans tout le pays.

L'Indonésie figure parmi les pays où les programmes d'éradication ne progressent pas à un rythme suffisant. Cette situation est due à diverses raisons, d'ordre financier, administratif et épidémiologique. L'Indonésie se prête donc à l'exécution d'études opérationnelles et épidémiologiques. Une telle activité n'obligerait pas l'OMS à fournir des fonds supplémentaires, puisqu'une équipe antipaludique de neuf membres est déjà prévue pour 1969 et 1970 (un seul paludologue a été recruté jusqu'à présent pour 1969). La délégation indonésienne demande que la composition de cette équipe soit modifiée et comprenne, en plus d'un paludologue, d'un épidémiologiste, d'un entomologiste et d'un ingénieur sanitaire, un expert de l'analyse des systèmes, un statisticien, un administrateur de la santé publique et un économiste connaissant bien la planification sanitaire. Les résultats des études ainsi entreprises pourront servir à mobiliser des ressources en s'adressant à des fonds de développement tant locaux qu'extérieurs.

En ce qui concerne l'utilisation du DDT dans les opérations d'éradication ou de lutte contre le paludisme, la délégation de l'Indonésie estime, comme celle des Pays-Bas, qu'il faut pousser les recherches sur les effets de ce produit. Toutefois, tant que l'on ne disposera pas d'un autre insecticide aussi bon marché, aussi efficace, et dont l'action sera parfaitement connue, il sera toujours permis de penser, dans les pays impaludés, qu'il vaut mieux mourir de cancer dans la vieillesse que de paludisme dans l'enfance. Par ailleurs, il y aurait lieu d'établir une distinction entre l'utilisation qui est faite du DDT en agriculture - où le produit pénètre dans le sol et dans l'eau et affecte les poissons et les autres êtres vivants - et son emploi dans la lutte antipaludique, où il est appliqué dans des espaces clos.

L'Indonésie prépare une enquête longitudinale parmi les agents antipaludiques qui effectuent les pulvérisations de DDT et parmi d'autres catégories de travailleurs, et elle espère recevoir à cette fin une aide financière de l'OMS.

Le Dr DURAISWAMI (Inde) rend hommage au Directeur général et à ses collaborateurs pour l'excellent rapport dont la Commission est saisie (document A22/P&B/8). Comme il est indiqué dans le document A22/P&B/1, le programme indien d'éradication du paludisme, qui intéresse une population de plus de 500 millions d'habitants, a marqué des reculs en 1967 et en 1968. Il est naturel qu'un programme aussi vaste se heurte à des difficultés, dont les plus importantes tiennent à l'insuffisance de l'approvisionnement en insecticides et à la faiblesse du réseau de services de santé qui ne réussit pas à empêcher la reprise de la transmission dans les zones d'entretien. Cette situation a obligé certains Etats du centre et du nord de l'Inde à reprendre les pulvérisations d'insecticides pour réduire des poussées focales et pour prévenir de nouvelles flambées dans des zones où l'incidence parasitaire annuelle avait dépassé le niveau auquel les opérations de surveillance pouvaient encore se montrer efficaces. Il est important de rappeler qu'en dépit de ces difficultés la morbidité due au paludisme a diminué de 99,7 %. En 1953, sur une population d'environ 350 millions d'habitants, l'Inde avait connu 75 millions de cas de paludisme, dont 750 000 mortels; en 1968, avec une population d'environ 525 millions d'habitants, elle n'a enregistré que 217 625 cas.

Le Gouvernement de l'Inde sait fort bien à quels facteurs il faut attribuer les revers et, comme le Secrétaire l'a rappelé, il a déjà pris des mesures pour que le programme d'éradication arrive à son terme en 1976, si tout se passe selon le plan révisé. Il a été décidé que le Gouvernement central apporterait un plein appui à chacun des Etats pour assurer l'exécution uniforme du programme national d'éradication du paludisme sur l'ensemble du territoire. Il a aussi été décidé que le Gouvernement central aiderait tous les Etats à assurer une couverture adéquate de services sanitaires de base pour prévenir la reprise de la transmission dans les

zones qui entrent dans la phase d'entretien. En juin 1968, toutes les mesures nécessaires avaient été prises pour assurer des approvisionnements suffisants en insecticides pour la période 1969-1970. Dans les rares poches où Anopheles culifacies a manifesté une résistance au DDT et au HCH, on a utilisé avec succès le malathion. Aucun cas de pharmacorésistance n'a été signalé chez les hématozoaires.

Conformément aux critères rigoureux qui sont appliqués actuellement, des pulvérisations sont pratiquées sur un territoire couvrant plus de 28 % du pays où l'on exécute des enquêtes pour déterminer les facteurs responsables de la persistance de la transmission en dépit des mesures de traitement aux insecticides et de surveillance.

Des conférences auxquelles participent des représentants de l'OMS, de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique et d'autres institutions se réunissent tous les ans pour assurer la coordination des activités antipaludiques aux frontières. A ces conférences, les pays voisins peuvent discuter leurs problèmes communs.

Le délégué des Pays-Bas a fait allusion à la toxicité et à l'éventuelle action cancérigène du DDT, et il a suggéré que l'on utilise le malathion qui, malheureusement, est plus onéreux. Les pays en voie de développement, comme l'Inde, ne peuvent pas supporter les frais de tels insecticides, d'autant que ceux-ci doivent être appliqués plus fréquemment que le DDT. Aussi le délégué de l'Inde espère-t-il que l'OMS et d'autres institutions entreprendront d'urgence des recherches pour découvrir d'autres insecticides peu coûteux, non toxiques et efficaces.

Le Dr MARDAN ALI (Irak) explique qu'en Irak le programme d'éradication du paludisme a commencé en 1957 et qu'il s'est étendu d'emblée au pays entier. En 1961, la quasi-totalité du territoire en était à la phase de consolidation mais, en 1962, des difficultés administratives ont entravé le déroulement du programme. En 1963, une grave épidémie de paludisme s'est produite dans les régions méridionales de l'Irak et ce nouveau recul a rendu impossible la protection des autres régions par suite des fréquents mouvements de population. En 1964-1965, le pays tout entier se trouvait à nouveau en phase d'attaque et l'on procédait surtout à des applications de DDT à effet rémanent.

Les perspectives d'éradication semblent favorables. Il s'est révélé possible, dans le nord et dans le sud, d'interrompre la transmission en utilisant l'OMS-33 et le malathion. Le Ministère de la Santé a étendu le réseau des services sanitaires sur la totalité du territoire afin d'assurer le maintien de l'éradication.

Compte tenu de l'évaluation épidémiologique et des problèmes qui se posent à propos du programme, un plan d'action de cinq ans a été proposé et discuté par le Conseil du Paludisme et les experts de l'OMS. Ce plan, pour lequel on prévoit un budget de 2 896 000 dollars irakiens, soit plus de 8 000 000 de dollars des Etats-Unis, doit couvrir la période 1970-1975. Le Gouvernement continuera à donner tout l'appui possible au programme d'éradication et accordera la priorité au développement des services de santé de base. Il espère que les organismes internationaux intensifieront leurs efforts pour améliorer les aspects techniques du programme et qu'ils accéléreront leurs opérations pour que l'on puisse atteindre l'objectif visé dans les délais les plus brefs.

Le FISE cherche à se dégager progressivement du programme antipaludique; néanmoins, la délégation de l'Irak espère que son assistance sera maintenue en considération de la situation critique que traverse actuellement le programme.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'éradication du paludisme exigera des efforts substantiels pendant plusieurs années. Elle ne pourra être réalisée que si les gouvernements et l'OMS continuent à soutenir le programme.

Le Dr DAS (Népal) remercie le Directeur général de son excellent rapport et note avec satisfaction qu'une population de plus en plus nombreuse est englobée dans la phase d'entretien. Toutefois, le tableau 1 du document A22/P&B/8 montre que 21,9 % seulement de la population exposée est maintenant couverte et il est inquiétant de constater que plus de 78 % des habitants des zones impaludées restent sans protection. Si de vastes zones ne sont pas touchées par le programme antipaludique, des cas pourront être importés dans les régions qui sont déjà entrées en phase d'entretien.

Le Dr Das insiste sur la nécessité d'une bonne infrastructure capable d'assumer les activités de surveillance une fois que le programme d'éradication est entré dans la phase d'entretien. Près de la moitié du budget d'action sanitaire du Népal est absorbée par le programme d'éradication du paludisme et si la constitution d'une infrastructure adéquate n'est pas considérée comme un élément intégrant du programme, des revers sont inévitables.

Le Dr EL KADI (République Arabe Unie) félicite le Directeur général d'avoir présenté un rapport excellent et très complet et il note que le paludisme reste pour de nombreux pays un problème sanitaire et économique majeur.

Pour ce qui est des perspectives de l'éradication en République Arabe Unie, le Dr El Kadi précise que le nombre des cas signalés après confirmation du diagnostic microscopique est tombé de 83 201 en 1960 à 27 812 en 1963, et à 1500 seulement en 1968, ce qui représente une proportion de 1 cas pour 20 000 habitants ou, si l'on considère le nombre de lames examinées, de 2 cas pour 1000 lames.

Les plans établis prévoient la création de nouveaux centres antipaludiques et la poursuite des activités de formation et de recherche, plus de nouveaux approvisionnements en matériel et en moyens de transport pour pouvoir transformer le programme national de lutte en programme d'éradication.

La réduction substantielle du nombre des cas de paludisme et de la transmission permet maintenant d'envisager une limitation de l'emploi des opérations insecticides et leur application exclusive aux localités, où il existe une situation d'urgence. En revanche, on compte développer considérablement le dépistage précoce des cas ainsi que le traitement radical des malades pour réduire la transmission à un niveau où l'utilisation minimale des insecticides trouvera sa justification.

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) félicite le Directeur général et ses collaborateurs du rapport extrêmement réaliste qu'ils ont présenté à l'Assemblée.

Entre 1945 et 1950, le paludisme a été complètement éradiqué à Chypre. Depuis lors, des mesures intensives de surveillance ont été appliquées pour prévenir une reprise de la transmission. En 1967, après une étude attentive, une équipe de paludologues de la Région de la Méditerranée orientale a recommandé d'inscrire Chypre sur la liste des pays indemnes de paludisme. Le mois dernier un paludologue du Bureau régional s'est rendu à Chypre et, après avoir fait le point de la situation et du programme de surveillance, s'est déclaré pleinement satisfait des résultats acquis.

Le Dr SENCER (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur général de son rapport, à la fois complet et réaliste; ce sera une base excellente pour la révision à laquelle doit être soumise la stratégie de l'éradication du paludisme.

La prévalence du paludisme a considérablement diminué dans les pays qui ont mené ou mènent actuellement de vastes opérations de lutte, et cette réduction s'est accompagnée d'un développement marqué de l'économie, notamment dans le secteur agricole.

Cependant, dans les zones où l'on est parvenu à réduire la prévalence du paludisme mais non à le faire disparaître, les opérations antipaludiques de durée limitée, qui donnent de bons résultats dans les régions tempérées, se sont souvent révélées moins efficaces dans

les pays tropicaux. Le recul de la maladie a fait apparaître certains problèmes liés à la résistance des vecteurs, des parasites et des individus, et qui ne peuvent être résolus du jour au lendemain. Cesser les opérations ou les poursuivre à une échelle plus limitée serait ignorer les résultats extrêmement satisfaisants que l'on a obtenus sur le plan tant économique que sanitaire en ramenant la fréquence de la maladie à un niveau tel qu'elle ne constitue plus le principal problème de santé pour le pays. Cette situation nouvelle a donné une certaine stabilité aux collectivités agricoles, mais au risque d'introduire dans une région le paludisme épidémique avec tous les bouleversements économiques qu'il entraîne pour la collectivité atteinte; c'est un problème qui a été mentionné par le Secrétaire lorsqu'il a présenté la question.

Là où les programmes d'éradication progressent de façon satisfaisante, il faut continuer à fournir toute l'aide requise jusqu'à ce que l'éradication soit chose faite : toutefois, il sera vraisemblablement nécessaire de revoir de temps à autre les dates limites qui ont été fixées.

L'idée de grouper les pays en quatre catégories est bonne en soi, mais malheureusement les maladies ne s'arrêtent pas aux frontières; il faut donc envisager aussi le problème sous l'angle régional, de manière à ce que les mouvements de populations ne contribuent pas à réintroduire la maladie dans des régions d'où elle a disparu. L'Organisation a reconnu cette nécessité, et les mesures prises à cet effet dans un autre secteur, celui de la variole, ont donné de bons résultats.

Il ne fait absolument aucun doute que "les difficultés administratives et financières continuent d'être des obstacles majeurs au progrès de l'éradication du paludisme", comme il est dit à la page 12 du document A22/P&B/8. Certes, il arrive que des difficultés techniques entravent le progrès des opérations, mais ce sont le plus souvent les difficultés administratives et financières qui constituent l'obstacle principal. Le Dr Sencer invite instamment l'Organisation, lorsque celle-ci procédera à l'affectation des crédits dont elle dispose à tenir compte de ce facteur; il faut que les gouvernements fournissent les moyens administratifs et financiers nécessaires pour parvenir au succès.

En ce qui concerne les activités de recherche, il est dit dans le rapport que "pour réduire les coûts des opérations et leur assurer un maximum d'efficacité, il conviendra d'entreprendre des études d'organisation faisant appel aux techniques modernes de gestion". En effet, les problèmes que pose la résistance chez les vecteurs, les parasites et les individus ne doivent pas faire oublier cet aspect important de la recherche.

Le délégué de l'Inde a demandé que l'on entreprenne des études afin de trouver d'autres moyens de rompre le cycle de transmission du paludisme. Le Dr Sencer s'associe à cette demande, et il se félicite de constater que l'Organisation mène actuellement des études à long terme sur les méthodes génétiques de lutte contre les vecteurs. Il faut espérer que l'on mettra en route d'autres études opérationnelles, de manière à pouvoir utiliser une quantité moindre de produits chimiques pour parvenir à l'éradication.

Les Etats-Unis d'Amérique continuent à apporter leur soutien, qu'il s'agisse de recherches, d'activités opérationnelles ou de fourniture de matériel, aux pays qui mènent des programmes d'éradication comme à ceux qui doivent poursuivre les opérations pour assurer leur protection.

Il faudra, en s'inspirant du rapport du Directeur général, dresser un bilan détaillé de tous les programmes d'éradication du paludisme menés avec l'aide de l'OMS, afin de s'assurer que toutes les méthodes d'action dont on dispose sont utilisées rationnellement. Une fois ce bilan dressé, il faudrait encourager les pays à faire preuve de souplesse dans la mise en route des différentes phases de leur programme d'éradication.

Pour conclure, le Dr Sencer rend une nouvelle fois hommage au Directeur général et à ses collaborateurs pour l'objectivité avec laquelle ils ont préparé le rapport, et il invite la Commission à l'accepter sans réserve.

Le Dr SILVA LANDAETA (Venezuela) félicite le Directeur général de l'excellent rapport qu'il a soumis à la Commission.

Il rappelle que chaque pays possède ses caractéristiques propres. Au Venezuela, qui s'étend sur une superficie de 912 050 kilomètres carrés, 66 % de la population (9 500 000 habitants) se trouvait auparavant dans des zones impaludées; ce chiffre est passé à 15 % mais, en dépit des efforts déployés, il n'a pas été possible de le réduire davantage. La nouvelle stratégie de l'éradication du paludisme pourrait se révéler d'une très grande utilité pour le Venezuela, où les régions impaludées se divisent en deux catégories : les régions où l'éradication est possible, et celles où elle ne l'est pas - cette dernière catégorie étant à son tour subdivisée en zones "réfractaires" et zones "inaccessibles". Pour améliorer les résultats, il faut étudier soigneusement les possibilités d'obtention des crédits nécessaires, et planifier en détail leur utilisation, afin que toutes les campagnes entreprises soient menées à leur terme.

Un autre problème à prendre en considération concerne l'efficacité des insecticides. Il se peut que les produits nouveaux donnent de bons résultats dans certaines régions, mais pour l'instant, le DDT reste l'insecticide le meilleur, du point de vue du prix comme de l'efficacité. C'est pourquoi il faut faire preuve d'une grande circonspection avant de parler de nocivité. Si l'on considère les trois secteurs dans lesquels le DDT est utilisé - agriculture, usages domestiques, santé publique - c'est probablement dans ce dernier que les risques de contamination du milieu sont les moindres. Il faut donc étudier soigneusement les nouveaux insecticides avant de les utiliser.

Le Dr Silva Landaeta donne ensuite des détails sur la campagne d'éradication en cours au Venezuela, ainsi que sur la stratégie adoptée. La campagne est menée par la Division de la Santé rurale, qui dépend du Département de paludologie et d'hygiène du milieu, ainsi que par les Divisions du génie sanitaire, de l'habitat rural, de l'approvisionnement en eau des zones rurales et de l'ankylostomiase, et par l'école de paludologie et d'hygiène du milieu.

Le budget de la Division de la Santé rurale est intégré dans celui du plan national, puisque aucune limite de temps n'a été fixée pour la campagne d'éradication du paludisme.

Les mesures d'attaque dépendent de la situation épidémiologique, de la réceptivité et de la vulnérabilité des différentes régions, ainsi que des étapes nécessaires pour surmonter les difficultés du moment. En fonction de ces critères, les méthodes suivantes sont appliquées : pulvérisations tous les trois ou quatre mois dans les zones en phase d'attaque ou de consolidation (on utilise pour cela 1 g/m² de DDT); pulvérisations tous les six mois dans les régions vulnérables ou réceptives, ainsi que dans les régions en phase d'entretien (dans ce cas, on utilise 2 g/m² de DDT). Dans certaines zones en phase d'attaque, on emploie un mélange dosé de DDT et de HCH afin de lutter en même temps contre d'autres insectes.

Dans les zones où le vecteur est exophile, les pulvérisations sont pratiquées autour des habitations; le DDT est en solution à 7 % dans le kérosène. Dans quelques régions se trouvant à un stade avancé de la phase d'attaque, des opérations antilarvaires ont été entreprises, et des médicaments antipaludiques ont été largement distribués en vue de combattre le parasite et mettre fin à la transmission. Dans tous les cas où cela est nécessaire, on emploie la "méthode des pompiers" : dans un rayon de 10 km autour de l'endroit où un cas de paludisme est apparu, on procède à des pulvérisations et l'on examine le plus possible de lames de sang.

Actuellement, les amino-4 quinoléines sont utilisées pour le traitement présomptif et, mélangées à la primaquine, pour le traitement curatif; des sulfamides ayant une action de longue durée sont administrés dans les cas où l'on soupçonne une réaction anormale de Plasmodium falciparum à la chloroquine.

Du point de vue épidémiologique, les mesures suivantes sont appliquées : visites à intervalles réguliers dans les zones en phase d'attaque et de consolidation, pour prélever des lames de sang; dépistage actif dans les zones vulnérables et réceptives, dépistage passif dans toutes les régions, mais surtout dans les zones en phase de consolidation et d'entretien; enfin, on maintient des contacts permanents avec tous les organismes de santé du pays, afin d'obtenir tous les renseignements nécessaires.

Le Dr HAPPI (Cameroun) remercie le Directeur général de son excellent rapport concernant le programme d'éradication du paludisme. Pour ce qui est de la Région africaine, il est dit apparemment, comme dans tous les autres documents présentés auparavant à l'Assemblée de la Santé, qu'elle constitue une zone dangereuse où rien ne peut être fait pour l'instant. Il semble que la situation soit grave et même en cours de détérioration.

Le Cameroun a entrepris des opérations de lutte contre le paludisme en 1954, année où a été établie une zone pilote. Quelque cinq ans plus tard, l'échec a été constaté, et tout l'argent investi dans ces opérations a été gaspillé, ce qui est catastrophique pour un pays dont les ressources sont limitées.

Par la suite, l'OMS a préconisé au Cameroun d'entreprendre un programme pré-éradication. A ce propos, le Dr Happi désire rappeler que l'Assemblée de la Santé elle-même a reconnu que le terme "pré-éradication" ne signifiait rien. Au cours de cette période, le Cameroun s'est efforcé de développer les services sanitaires de base et d'intégrer à leurs activités les opérations antipaludiques. On a procédé à une reconnaissance géographique, mis en place un système de dépistage et de traitement dans une zone, et formé des microscopistes; on a également créé des centres pour l'examen microscopique des lames de sang et pour la distribution de médicaments antipaludiques. Environ 16 % des Camerounais ont été couverts par les opérations de lutte contre la maladie, et des mesures chimioprophylactiques ont été appliquées dans des écoles et des centres de protection maternelle et infantile. Des pulvérisations de DDT ont permis de protéger quelque 150 000 personnes dans trois villes, dont 127 000 dans la capitale, Yaoundé, et des opérations larvicides ont été entreprises.

En 1968, les services d'éradication du paludisme ont été développés afin d'être en mesure d'assumer leur rôle futur; on a mené des enquêtes épidémiologiques dans des écoles à Boquito et Victoria, ainsi que des enquêtes polyvalentes dans deux départements, essentiellement dans le but de dépister les cas de trypanosomiase.

On a entrepris une évaluation des activités chimioprophylactiques dans les écoles, ainsi que des études, auxquelles l'OMS a participé, sur une éventuelle résistance de Plasmodium falciparum à la chloroquine. Il en ressort que la résistance à la chloroquine n'existe pas actuellement. De nouveaux médicaments ont été essayés sur des écoliers à Victoria, et les résultats ont été communiqués aux laboratoires fournisseurs.

Ces différentes opérations ont été complétées par des mesures d'éducation sanitaire destinées à convaincre la population qu'elle devait et pouvait se protéger contre le paludisme en utilisant les moyens mis à sa disposition.

Pour ce qui est de la formation du personnel, le pays a formé des chefs de centres sanitaires pour les première et deuxième zones d'action de santé, ainsi que des microscopistes et des techniciens de l'assainissement.

Des études entreprises sur la résistance des vecteurs au DDT ont montré que, dans le nord du Cameroun, où une résistance a été signalée, une dose de 4 % de DDT suffisait pour remédier à la situation.

Dans l'ensemble, 4 500 000 personnes environ ont été examinées. Quelque 665 000 cas ont été décelés, dont 250 ont eu une issue fatale. Il apparaît donc que l'incidence du paludisme se situe aux alentours de 18 %, ce qui est très élevé. Le Dr Happi désire par conséquent savoir si l'OMS pourrait aider son pays à acquérir, à un prix modéré, des médicaments antipaludiques en quantité suffisante pour pouvoir assurer la protection de tous les enfants - qui sont les plus vulnérables - jusqu'à ce que le Cameroun soit en mesure d'entreprendre un programme d'éradication.

L'un des aspects les plus intéressants du rapport préparé par le Directeur général est la reconnaissance du fait que le problème du paludisme ne se pose pas de la même façon d'une région à l'autre. Même à l'intérieur d'un pays, il se trouve des zones où l'on ne peut pas lutter contre les anophèles au moyen d'insecticides ayant fait leurs preuves dans d'autres zones. C'est ainsi qu'au Cameroun, le DDT est efficace dans le sud à des doses beaucoup plus faibles que dans le nord du pays. Puisqu'il a été prouvé que, pour le moment, il n'était pas possible d'entreprendre de programme d'éradication du paludisme dans la Région africaine, le Cameroun souhaite qu'un programme spécial soit institué en vue de déterminer les méthodes et la stratégie requises pour la Région, ainsi que les divers insecticides susceptibles d'être employés. Un tel programme pourrait être mené au niveau du Bureau régional pour l'Afrique.

Quant aux services sanitaires de base, ils doivent être développés de manière à pouvoir combattre efficacement toutes les maladies; lorsqu'ils seront suffisamment bien organisés, ils constitueront une infrastructure pour le programme d'éradication du paludisme comme pour la lutte contre les autres maladies.

Le PRESIDENT remercie les délégués qui ont pris la parole d'avoir respecté les limites de temps proposées par le Conseil exécutif, et rappelle que la discussion reprendra l'après-midi.

La séance est levée à 12 heures.