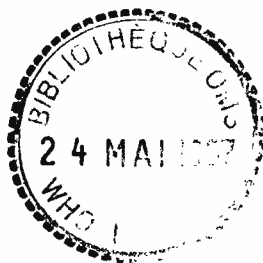


WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

VINGTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE  
DE LA SANTÉ



A20/P&B/SR/2 Corr.1  
22 mai 1967

ORIGINAL : FRANÇAIS  
ET ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DEUXIÈME SEANCE

CORRIGENDA

Page 5, troisième et quatrième lignes à partir du bas :

au lieu de indique que la Tunisie ..... concluants.

lire indique que la Tunisie s'est bornée jusqu'en 1965 à exécuter des campagnes antipaludiques classiques et qu'elle a obtenu des résultats satisfaisants.

Page 5, dernière ligne :

au lieu de quelques cas

lire quelques dizaines de cas

Page 20, cinquième ligne :

au lieu de Dr WONE

lire Dr GAYE

Page 20, troisième ligne à partir du bas :

au lieu de Dr Wone

lire Dr Gaye

Page 23, troisième et quatrième lignes à partir du bas :

au lieu de Au nombre des difficultés ..... sanitaire.

lire Au nombre des difficultés rencontrées figurent celle d'une formation du personnel antipaludique qui le mette à même d'être intégré dans l'infrastructure sanitaire, ainsi que le problème posé par la mise en place de diverses infrastructures sanitaires dans la zone entrant en phase de consolidation, de façon que les résultats obtenus puissent être maintenus.

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

VINGTIEME ASSEMBLEE MONDIALE  
DE LA SANTE



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

A20/P&B/SR/2  
15 mai 1967

ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU PROGRAMME ET DU BUDGET

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DEUXIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève  
Lundi 15 mai 1967, à 9 h.30

PRESIDENT : Dr A. H. THOMAS (Sierre Leone)

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Etat d'avancement du programme d'éradication du paludisme (suite de la discussion) .....	2

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent être adressées par écrit au Chef du Service des Comptes Rendus, Bureau A.843, dans les 48 heures qui suivent la distribution de ce document.

1. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME D'ERADICATION DU PALUDISME : Point 2.4 de l'ordre du jour (résolutions WHA19.13 et EB39.R27; document A20/P&B/1 (suite de la discussion))

Le Dr EL KAMAL (Algérie) indique que, dans son pays, le programme d'éradication est une opération à base régionale, qui s'étend progressivement d'est en ouest. Ce programme exigera certainement beaucoup de temps, mais il est adapté à l'infrastructure sanitaire actuelle et aux effectifs en personnel et permet de concentrer successivement les moyens disponibles sur chacune des régions les plus touchées. Les grandes lignes du programme ont été exposées à la réunion de coordination qui s'est tenue à Rabat en décembre 1966 afin d'harmoniser les actions algériennes avec celles des pays voisins.

Le 17 avril 1967, la campagne de pré-éradication a été inaugurée dans l'est du pays, englobant les départements d'Annaba et de Constantine, qui comptent plus d'un million d'habitants. Un secteur pilote de démonstration a été organisé dans le district de Guelma, dont la population est de 100 000 habitants.

Pour former le personnel nécessaire, une école de techniciens va s'ouvrir prochainement à Annaba, avec l'aide de l'OMS. Elle pourra accueillir des boursiers de l'OMS et des étudiants d'autres pays. L'Algérie espère que la prochaine réunion de coordination se tiendra à Annaba, ce qui permettrait aux spécialistes du paludisme de visiter cette école ainsi que le secteur de démonstration de Guelma.

Si l'on veut que sa campagne antipaludique se déroule dans des conditions satisfaisantes, il faudrait accorder à l'Algérie une aide accrue dans tous les domaines, mais surtout en ce qui concerne l'enseignement et la formation professionnelle.

Seul un personnel compétent et suffisamment nombreux permettra de livrer un combat décisif aux maladies transmissibles.

Le Dr OTOLORIN (Nigéria) dit que la plupart des remarques qu'il désirait formuler ont déjà été faites par le délégué de la Roumanie, et par le Dr Watt dans son compte rendu des délibérations du Conseil exécutif.

Le Directeur général a été invité à étudier les modalités d'un nouvel examen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme. Dans cette stratégie, une place de choix devrait être faite à la Région de l'Afrique, où la situation est la plus sérieuse, comme l'indique le Directeur général dans son rapport. Il conviendra de mettre à profit l'expérience déjà acquise dans d'autres parties du monde et de tenir compte des derniers apports de la recherche. Il est surtout essentiel que chacun des pays africains se voie assigner un rôle bien défini, afin de permettre la coordination de tous les efforts.

Le Dr SAYCOCIE (Laos) exprime la satisfaction de sa délégation devant les résultats déjà obtenus par la campagne mondiale d'éradication du paludisme. Plusieurs pays ont été inscrits au registre officiel des zones où l'éradication du paludisme a été réalisée et l'on a enregistré d'immenses progrès dans beaucoup d'autres pays.

Malheureusement, comme on peut le voir dans l'appendice du document A20/P&B/1, il n'a pas encore été possible de mettre à exécution le programme projeté au Laos. Bien qu'un service antipaludique ait été créé en 1956 avec l'assistance financière de l'Agency for International Development (AID) des Etats-Unis d'Amérique et que

des résultats satisfaisants aient été obtenus au début, ce service a cessé son activité en 1960, en raison de l'insécurité politique qui règne dans le pays. Malgré toute sa bonne volonté et ses efforts financiers, le Gouvernement n'est pas encore en mesure de soutenir un programme de pré-éradication, même limité. Pour l'instant, les opérations consistent simplement à dépister les cas dans certains secteurs, par des visites porte à porte et à traiter les malades.

A la demande du Gouvernement du Laos, le conseiller OMS régional pour le paludisme a visité le pays en mars 1967 et a exprimé l'avis qu'avec l'assistance d'institutions internationales et bilatérales telles que l'OMS, le FISE et l'USAID, il serait possible de reprendre des activités de contrôle limitées dans quelques régions du pays où le Gouvernement met l'accent sur le développement économique. Le Laos attend donc la décision de l'OMS sur la participation de cette Organisation à la lutte contre la plus meurtrière des maladies transmissibles existant dans le pays. Les suggestions de plusieurs délégués concernant l'aide à apporter aux pays qui se trouvent dans une situation analogue à celle du Laos permettent d'espérer que des mesures adéquates seront prises en temps voulu.

Le Dr SOEPARMO (Indonésie) fait observer que si l'éradication du paludisme paraît être, en théorie, très simple à réaliser, il s'agit dans la pratique d'une opération extrêmement complexe. Outre les questions d'insecticides, de médicaments et de moyens de transport, le facteur temps joue un rôle très important. Si l'éradication n'est pas réalisée rapidement, il faut s'attendre à de nombreuses désillusions. Comme l'indique le Directeur général dans son rapport, les activités se sont ralenties dans plusieurs pays et c'est là un fait que l'on aurait tort de négliger. Relancer les campagnes n'est pas toujours facile, et cela est même impossible à beaucoup de pays

pour des raisons financières. Il est donc très important de procéder à un réexamen de la stratégie mondiale, comme le recommande la résolution EB39.R27, afin de ne pas se laisser prendre de vitesse par la maladie. Le Dr Soeparmo rappelle pour terminer que le Directeur général a instamment invité tous les pays qui en ont les moyens et le désir à ne négliger aucun effort pour aider les nations moins favorisées à élever leur niveau de santé.

Le Dr DAELLEN (République fédérale d'Allemagne), se référant au chapitre 8 du document A20/P&B/1, déclare que, dans son pays, les problèmes techniques posés par l'essai préalable de nouveaux antipaludiques sur de petits animaux de laboratoire ont été résolus en ce qui concerne l'infection provoquée chez le poulet par les sporozoïtes de Plasmodium gallinaceum et, surtout, l'infection à P. cathemerium chez le canari.

Une étude complète sur la toxicité de l'antipaludique RC12 pour les animaux de laboratoire vient d'être terminée; elle a été conduite suivant les grandes lignes tracées par la Food and Drug Administration des Etats-Unis d'Amérique. L'Allemagne fédérale espère que l'on pourra d'ici peu procéder à l'essai de ce médicament sur des volontaires, en collaboration étroite avec les experts américains.

Un deuxième centre de recherche sur les antipaludiques a été créé en Allemagne fédérale à l'Institut de Chimie appliquée de l'Université d'Erlangen.

Le Dr BAHRI (Tunisie) indique que la Tunisie a exécuté en 1965 une campagne antipaludique classique et qu'elle a obtenu des résultats concluants. La dernière épidémie d'une certaine gravité remonte à 1947; depuis cette date et jusqu'en 1963, il n'a enregistré que quelques cas chaque année; ce résultat est dû à l'implantation

d'un réseau d'infirmiers-hygiénistes itinérants et de laboratoires régionaux spécialisés dans la lutte contre le paludisme et aussi à trois années de lutte contre les invasions de sauterelles par les insecticides. En 1964, cependant, on a constaté une certaine recrudescence de la maladie qui s'explique par son évolution cyclique ainsi que par les répercussions des importantes mesures qui ont été prises en faveur de l'agriculture, telles que le reboisement de millions d'hectares, le forage de plusieurs centaines de puits artésiens et la construction de barrages, ce qui crée des retenues d'eau favorisant la multiplication des gîtes larvaires. Devant cet état de choses et grâce à l'expérience déjà acquise dans l'application des méthodes traditionnelles de lutte antipaludique, qui constituent une forme de pré-éradication, la Tunisie a décidé de passer d'emblée à la première phase de l'éradication proprement dite. Des opérations préparatoires ont débuté en mars 1967 dans les gouvernorats de Sousse et de Kairouan qui comptent ensemble près de 800 000 habitants; elles permettent de former du personnel, de roder le matériel de pulvérisation et de procéder à un dépistage actif; il est prévu que ces opérations s'étendront à l'ensemble du territoire en 1968, à l'exception des quatre gouvernorats du sud, qui sont pratiquement indemnes de paludisme et dans lesquels on se bornera à un dépistage actif des cas et, si nécessaire, à des mesures de chimioprophylaxie.

Pour 1967, l'OMS a fourni à la Tunisie une aide importante sous la forme de services d'experts et de matériel; la Tunisie serait heureuse que cette assistance soit maintenue et même accrue pendant toute la durée d'exécution du programme. La délégation tunisienne tient à cette occasion à remercier de leur soutien le Directeur général et le Directeur régional.

Le Dr WAHEE (Afghanistan) exprime les remerciements de son pays pour l'aide reçue de l'OMS et du FISE, qui a permis de poursuivre le programme antipaludique. Grâce aux applications d'insecticides et de larvicides, on a déjà pu faire entrer une zone en phase de consolidation. Cependant, malgré les efforts de surveillance, la distribution d'antipaludiques et le traitement des foyers d'infection, plusieurs cas ont encore été décelés, ce qui montre la nécessité d'entreprendre une étude approfondie sur les causes de ces épisodes épidémiques. Les techniques de préparation des insecticides et des larvicides sur le terrain ont certes été mises au point, de même que les méthodes de pulvérisation, mais l'explication du phénomène peut se trouver dans d'autres facteurs, tels que la résistance aux insecticides, le refus des habitants d'autoriser les pulvérisations dans leurs maisons et la conduite des opérations selon un schéma purement géographique.

Les régions les plus grandes devraient être subdivisées en zones de moindre étendue. Les besoins en véhicules et en logements s'en trouveraient accrus, mais cela permettrait une surveillance plus étroite et plus fréquente, une meilleure connaissance des populations et d'utiles interventions sur le plan de l'éducation sanitaire. Un autre moyen d'améliorer la situation serait d'accroître le nombre des experts qualifiés envoyés par l'OMS, de constituer des équipes pour le travail d'évaluation à long terme, de multiplier les bourses d'études et d'organiser des cours d'entretien pour les techniciens de laboratoire ainsi que des séminaires de courte durée. Des recherches sur les insecticides paraissent également indispensables, de même qu'une assistance technique accrue de la part de l'OMS et du FISE.



M. NISHKU (Albanie) rappelle que l'Albanie était autrefois le pays d'Europe le plus affecté par le paludisme. D'après les statistiques disponibles, l'indice splénique des écoliers atteignait environ 70 % en 1938 et, bien que l'on comptât les cas de paludisme par centaines de milliers, aucune mesure de lutte n'avait été prévue contre cette maladie. Après la libération, le problème a retenu tout spécialement l'attention des autorités, qui sont parvenues à réduire notablement la prévalence de la maladie. Les résultats obtenus jusqu'en 1957 ont montré **que les possibilités d'éradication étaient réelles.** Le Ministère de la Santé publique a donc mis sur pied un programme d'éradication, qui a été lancé en 1958. En 1966, 1 953 000 personnes vivaient dans des zones où la maladie était inconnue, 246 000 dans des régions primitivement impaludées, 1 707 000 dans des régions où l'éradication avait été réalisée, 1 671 000 dans des zones parvenues à la phase d'entretien et 36 000 dans des zones parvenues à la phase de consolidation.

Quatorze cas ont été enregistrés en 1966, dont douze dans des zones parvenues à la phase de consolidation et deux dans des zones parvenues à la phase d'entretien. Des enquêtes épidémiologiques ont montré que six de ces cas provenaient d'infections contractées en 1966, et les autres étaient encore plus anciens notamment un cas d'infection à Plasmodium malariae enregistré dans la zone parvenue à la phase d'entretien et qui était en fait une rechute survenue après une période de latence prolongée. Tous les malades ont été hospitalisés et soumis à un traitement radical. Des mesures ont également été prises pour éliminer les foyers d'infection.

Le Professeur CORRADETTI (Italie) rappelle qu'en 1959 déjà, lors de la Douzième Assemblée mondiale de la Santé, la délégation de l'Italie avait souligné le double danger que comporterait tout retard dans le déroulement du programme mondial d'éradication du paludisme, à savoir : la sélection d'anophèles résistants aux insecticides et de plasmodiums résistants aux médicaments. Elle avait insisté sur la nécessité d'assigner un rang de priorité élevé, dans le budget de l'OMS, aux recherches fondamentales que l'on avait interrompues en commettant l'erreur fatale de croire que les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent permettraient à elles seules de résoudre le problème; elle avait également suggéré que l'on ait recours aux services de spécialistes scientifiques dans les diverses branches de la paludologie et que l'on utilise les possibilités offertes par les instituts existants. Or, aucune attention n'a été prêtée aux mises en garde de la délégation italienne, la doctrine de l'éradication du paludisme par les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent a triomphé et, bien que l'Italie ait renouvelé ses avertissements lors des Assemblées suivantes, la recherche fondamentale a continué de ne recevoir qu'une fraction infime des fonds consacrés par l'OMS à l'éradication du paludisme.

Maintenant que le programme est entré dans la crise prévue par la délégation de l'Italie, tout le monde se rend compte qu'il était chimérique de considérer comme une simple opération technique de routine l'éradication d'une maladie à laquelle plus de 1500 millions de personnes se trouvent exposées, dans des zones qui englobent toutes les régions tropicales, ainsi qu'une grande partie des régions subtropicales et tempérées du monde.

Mais il y a une seconde leçon à tirer, à laquelle tout le monde n'a pas été attentif : c'est qu'il est illusoire de prétendre qu'un pays, quelle que soit sa situation géographique ou socio-économique, n'a besoin que d'avis techniques et d'aide financière pour arriver à résoudre un problème comme celui de l'éradication du paludisme. Cette illusion en a entraîné une autre, à savoir que d'une simple somme d'activités de lutte à l'échelon national pourrait résulter l'éradication mondiale de la maladie. En réalité, si l'on ne parvient pas à enrichir considérablement nos connaissances actuelles sur le paludisme par de nouvelles découvertes fondamentales, l'éradication mondiale ne pourra être réalisée avant longtemps, car elle exigerait un effort coordonné de l'humanité tout entière qui suppose lui-même des modifications radicales de la situation sociale et économique de nombreux pays.

Quoi qu'il en soit, ces observations ne doivent nullement inciter au découragement. La délégation italienne est entièrement d'accord avec les délégués de la Roumanie, du Brésil et d'Israël notamment pour insister sur la nécessité de maintenir et d'améliorer les résultats obtenus.

L'action de l'OMS doit se fonder sur une évaluation réaliste de la situation. S'ils ne peuvent, à eux seuls, nous donner le moyen de réaliser l'éradication mondiale du paludisme, les insecticides et les médicaments actuellement en usage, restent cependant efficaces dans de nombreuses régions sur lesquelles il serait souhaitable de concentrer les efforts.

De nouvelles découvertes scientifiques permettront peut-être d'accomplir de nouveaux progrès vers la solution définitive du problème. Les études sur l'immunisation donnent déjà des résultats encourageants. Les recherches qui se poursuivent

au Laboratoire de Parasitologie de l'Institut supérieur de la Santé publique de Rome et au cours desquelles on a utilisé des parasites irradiés pour la vaccination de rongeurs contre le paludisme, ont également donné des résultats intéressants. Les activités de recherche qui bénéficient de l'aide de l'OMS et dont la liste est donnée aux pages 40 à 45 du document A20/P&B/1, comportent diverses expériences susceptibles de trouver plus tard une application pratique, et leur coût modique devrait inciter la Commission à la réflexion.

L'OMS pourrait demander à des spécialistes de la biochimie et de l'immunologie générales de l'aider dans ses travaux en utilisant dans leurs propres investigations des plasmodiums et des protéines de plasmodium et en priant des généticiens d'employer plus souvent les anophèles comme matériel de recherche. Il serait souhaitable qu'un grand nombre de spécialistes de la recherche pure unissent leurs efforts pour étudier les divers aspects du problème du paludisme afin que les recherches fondamentales dans ce domaine puissent se multiplier. Ce genre d'entreprise ne coûterait presque rien à l'Organisation. Il serait probablement indifférent aux intéressés d'utiliser pour leurs recherches fondamentales du matériel paludique plutôt que d'autres types de matériel et l'OMS pourrait les encourager à le faire.

Il est un autre domaine important où l'Organisation pourrait jouer un rôle capital : celui du relèvement du niveau des connaissances scientifiques chez les paludologues affectés aux projets. En effet, en ce qui concerne la génération actuelle, la plupart d'entre eux ont été formés en vue de l'éradication de la maladie et sont mieux informés sur les pompes et les pulvérisations que sur les plasmodiums, la pathologie, l'immunologie et l'épidémiologie du paludisme. Ayant consacré 39 ans de sa vie à la paludologie, tant sur le terrain qu'en laboratoire, le Professeur Corradetti

sait combien il est difficile d'acquérir des connaissances et une expérience suffisantes, même lorsqu'on a reçu une formation très étendue. Actuellement, pour nombre de paludologues, ces connaissances et cette expérience ne dépassent pas les techniques d'exécution et de surveillance, car l'enseignement qui leur a été dispensé se fondait sur la conviction que le paludisme allait prochainement disparaître de la surface du globe.

Ces considérations valent en particulier pour le personnel de l'OMS affecté à la lutte antipaludique. Il est indispensable qu'à l'avenir la direction des opérations, à tous les échelons supérieurs, dans les Régions et dans les programmes les plus importants, soit confiée à des hommes très capables et dotés d'une solide formation scientifique, leur choix n'étant déterminé que par le seul critère de la compétence.

La délégation italienne accueille avec satisfaction le dernier paragraphe de la résolution proposée par le Conseil exécutif, priant le Directeur général d'étudier la meilleure manière de procéder à un réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme et de faire rapport sur ses propositions à la vingt et unième Assemblée mondiale de la Santé, encore que l'on ne voie pas très nettement quelle est la stratégie actuelle qui aurait besoin d'être réexaminée. Au cours des six dernières années, en effet, l'OMS s'est trouvée contrainte d'effectuer des mouvements tactiques plutôt que stratégiques, dans une guerre où les plasmodiums et les anophèles, ainsi que les facteurs de milieu et les conditions socio-économiques de la population, ont tous fait la preuve de leur aptitude à réagir de manière fâcheuse. C'est donc en fait à l'élaboration d'une stratégie qu'il faut travailler et l'Assemblée de la Santé a le devoir de donner au Directeur général des indications sur les moyens d'aborder le problème.

Pour lancer une entreprise aussi importante que l'organisation d'une stratégie antipaludique, il n'est pas possible d'enfermer les discussions préliminaires dans le cadre restreint d'un comité d'experts composé de quelques membres seulement. Il ne faut pas oublier que l'éradication du paludisme est la principale activité de l'OMS; qu'elle absorbe une part importante de son budget et qu'elle met en jeu le prestige de l'Organisation. Le plus grand nombre possible de personnes compétentes doit donc participer à ces discussions, y compris tous les paludologues capables de contribuer à la solution des problèmes, même s'ils ne font pas officiellement partie du comité d'experts. En outre, ces discussions préliminaires ne doivent pas se dérouler uniquement entre paludologues. L'expérience acquise en douze années environ d'éradication du paludisme a montré que dans beaucoup de pays - dont la plupart des pays africains - l'éradication ne pouvait être entreprise sans que soit améliorée simultanément la situation socio-économique. Du fait de l'interdépendance de ces deux facteurs, il serait inutile d'élaborer une stratégie sans prendre l'avis d'experts du développement économique et social.

Au moment où l'on s'apprête à aborder le problème de l'éradication du paludisme par une voie nouvelle, il convient d'évaluer chaque facteur scientifiquement et sous tous les angles, avant de décider de ce que sera la stratégie mondiale, et il est probable que, pour être exhaustive et satisfaisante, l'étude préliminaire prendra beaucoup de temps. En attendant, l'OMS doit continuer de fournir une assistance technique aux pays où l'éradication est actuellement réalisable, afin de la mener à bien;

elle doit faciliter la recherche d'appuis financiers aux pays où l'éradication ne peut encore être envisagée - c'est-à-dire surtout ceux de la Région africaine - et où les secours à la population doivent prendre la forme de moyens thérapeutiques et de mesures de lutte contre la maladie; développer la recherche fondamentale et susciter chez ceux qui s'y consacrent un intérêt pour les problèmes du paludisme - les gouvernements des pays exempts de paludisme pouvant certainement favoriser les études fondamentales sans lesquelles la solution définitive restera hors d'atteinte - apporter enfin, son soutien à la formation de paludologues d'un niveau scientifique supérieur.

Nul ne contestera qu'en menant une action dans ce sens, on aurait toutes chances de réaliser de nouveaux progrès vers l'objectif ultime qu'est l'éradication du paludisme.

Le Dr HAFEZI (Iran) déclare que des projets antipaludiques, comportant des applications d'insecticides chlorés, ont été entrepris en Iran dès 1950. A la suite de ces mesures et grâce à l'assistance de l'OMS et du FISE, le programme de lutte antipaludique est devenu en 1957 un véritable programme d'éradication.

Les opérations ont été couronnées de succès dans le nord et plus de la moitié du territoire de l'Iran est exempte de paludisme. Dans le sud, le programme a été freiné par l'apparition d'une résistance du vecteur anophélien au DDT et à la dieldrine, et par les déplacements des tribus. C'est par des projets pilotes que l'on s'est efforcé de surmonter ces difficultés. Les mesures instituées ont compris :

- 1) la distribution aux habitants des villages de sel médicamenté (c'est-à-dire de sel

additionné de médicaments antipaludiques); c'est là un moyen coûteux mais l'action antipaludique obtenue est efficace; 2) l'utilisation d'insecticides phosphorés parmi lesquels le malathion s'est révélé le plus économique et le plus efficace; ce produit sera appliqué dans une vaste région du sud du pays à partir de 1968; 3) des opérations larvicides (une attention particulière étant accordée à l'assainissement et à l'utilisation du poisson prédateur Gambusia affinis); 4) le dépistage des cas et le traitement moyennant une expansion des centres de santé en milieu rural, c'est-à-dire grâce à la création de postes sanitaires qui ont soutenu le programme d'éradication du paludisme, celui-ci faisant maintenant partie intégrante du programme sanitaire national; 5) la coopération et la coordination non seulement à l'intérieur du pays - notamment en ce qui concerne les programmes de santé rurale, mais aussi au-delà des frontières, à la faveur de réunions tenues et projetées avec les voisins immédiats (Afganistan, Irak, Syrie et Turquie); 6) un effort d'éducation sanitaire, comportant la création d'un service de lutte contre l'analphabétisme, en vue de gagner la pleine participation de la population au programme d'éradication.

Sur une population de 26 millions d'habitants, 14 500 000 vivent dans les zones en phase de consolidation; 5 332 000 dans les zones en phase d'attaque; 2 millions dans les zones habitées par des tribus et soumises à des mesures de lutte antipaludique; et 2 775 000 dans la zone où sévit A. stephensi et où l'éradication va être entreprise cette année.

Les crédits budgétaires alloués à la lutte antipaludique sont passés de 32 millions de rials en 1950 à 800 millions de rials pour 1967.

La délégation de l'Iran appuie sans réserve la résolution EB39.R27.



Le Dr NOVGORODCEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) relève que, dans l'introduction au projet de programme et de budget pour 1968 (Actes officiels No 154), le Directeur général considère l'élimination du paludisme comme à moitié réalisée. Mais l'effort qui reste à fournir sera le plus difficile. Le programme de l'Organisation présente de graves insuffisances. Nombre de délégations, et notamment celle de l'Union soviétique, ainsi que beaucoup de paludologues ayant consacré toute leur vie à la lutte contre la maladie, ont appelé l'attention sur les difficultés qui font obstacle au succès de l'entreprise. Le Professeur Sergiev, à qui le prix et la médaille de la Fondation Darling ont été attribués lors de la Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en 1966, a souligné que l'action menée par l'OMS dans ce domaine devrait être analysée avec beaucoup d'esprit critique; moins on tardera à le faire, mieux cela vaudra.

Les premiers succès de la campagne d'éradication ont été remportés dans des pays développés de la zone tempérée. Au contraire, en Asie, en Afrique et dans le Pacifique occidental, il reste de vastes foyers de paludisme, exactement comme il y a 12 ans. Il convient donc d'intensifier les activités aussi rapidement que possible dans certaines régions d'Afrique, où 50 % des décès de nourrissons sont imputables au paludisme. Dans les secteurs où les ressources en matériel et en personnel sont insuffisantes - et même où elles ne manquent pas - il est difficile de mener les opérations avec l'efficacité voulue et bien des pays éprouvent de sérieux doutes quant à la possibilité d'éliminer rapidement le paludisme du monde, peut-être parce que dans bon nombre de cas on n'a pas appliqué la tactique appropriée. Ce n'est donc

pas par hasard que tous les membres du Conseil exécutif, à sa trente-neuvième session, ont appuyé le projet de résolution dont l'Assemblée est saisie, par laquelle le Directeur général serait prié de procéder à un réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme et d'apporter des modifications radicales à la campagne actuelle.

De l'avis de la délégation soviétique, le programme d'éradication du paludisme présente plusieurs défauts. Le premier est d'ordre stratégique. L'OMS et le FISE n'accordent leur assistance qu'aux pays qui sont disposés à entreprendre l'exécution d'un programme d'éradication. Mais pourquoi ne pas aider également les pays qui ne font que commencer la lutte ? Les pays où il existe de vastes foyers de paludisme, qui n'ont pas tous les moyens d'entreprendre un programme d'éradication, ne pourraient que tirer profit d'une action antipaludique, même moins ambitieuse. A cet égard, la délégation soviétique demande instamment au FISE de ne pas mettre fin à son assistance, mais de l'accroître dans toute la mesure du possible.

Le deuxième défaut réside dans le manque de souplesse des principes et méthodes appliqués à l'éradication du paludisme. Au fur et à mesure que le programme se développe, il devient de plus en plus manifeste qu'il existe des situations où les principes de l'OMS cessent d'être valables et où ses méthodes ne sont guère efficaces. On applique les mêmes méthodes dans des pays où le paludisme ne touche que 5 % de la population et dans d'autres où 80 % des habitants y sont exposés. Quant à la méthodologie fondamentale, elle se limitait, au début, à une formule unique : les pulvérisations d'insecticides; heureusement, la situation s'est quelque peu modifiée sous ce rapport.

Le Dr Novgorodcev a été frappé par les paroles du délégué de l'Italie, qui, en disant combien il avait à coeur de voir l'OMS mener à bien sa noble et importante tâche, a insisté sur la nécessité de procéder à des recherches fondamentales. Il y a trente ans déjà on avait fait valoir que le paludisme est un problème local, auquel on ne saurait s'attaquer par des méthodes stéréotypées, et qu'il fallait adopter des solutions différentes dans chaque pays et, pour les grands pays, dans chaque zone.

Un autre défaut consiste dans l'isolement où l'on a parfois maintenu le programme d'éradication du paludisme, considéré comme une tâche prioritaire, mais détaché de ce fait des autres activités curatives et préventives, ainsi que du développement général des services de santé.

Le Directeur général attend des directives de l'Assemblée et bien des délégués ont fait des suggestions utiles. Il ne semble toutefois pas possible d'examiner pour le moment l'ensemble de la question. C'est pourquoi le projet de résolution soumis par le Conseil exécutif paraît répondre aux vœux de l'Assemblée. Il permettrait de faire étudier la question de l'éradication du paludisme - et de la lutte antipaludique - par tout un groupe de spécialistes, comprenant des économistes, ainsi que des représentants des gouvernements. En outre, il donnerait au Directeur général la possibilité d'évaluer les progrès accomplis à ce jour, d'examiner le développement futur du programme, de tirer parti des résultats de la recherche et de faire rapport à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr KIVITS (Belgique) a lu avec une grande satisfaction, mais aussi avec une certaine inquiétude, le rapport sur le paludisme établi par le Secrétariat, qui s'est largement fondé sur les délibérations du Comité d'experts. A l'actif du

programme, il faut inscrire le fait que 77 % des populations qui vivaient primitivement dans les zones impaludées du monde sont actuellement protégées, que 39 % sont complètement débarrassées de la maladie et que 38 % habitent des régions où des opérations d'éradication sont en cours.

Cela dit, il est inquiétant de voir l'ampleur de ce qui reste à faire, ainsi que la lenteur avec laquelle démarrent les nouveaux programmes, et les difficultés à surmonter pour les entreprendre. Vingt-trois pour cent des populations intéressées souffrent encore des conséquences sanitaires et économiques du paludisme. La situation paraît particulièrement grave en Afrique, comme l'a souligné le délégué du Nigéria. Dans les zones impaludées de ce continent, 96,6 % des habitants attendent encore la mise en oeuvre d'un véritable programme d'éradication. Les difficultés sont nombreuses et plus importantes qu'on ne l'avait supposé douze ans plus tôt, lorsque la décision a été prise d'éradiquer le paludisme. Les obstacles d'ordre économique, administratif et politique ne peuvent être surmontés par une intervention de l'OMS. L'Organisation peut conseiller les pays pour l'établissement de l'infrastructure sanitaire, aider à former du personnel et envoyer sur place des équipes consultatives, mais elle ne peut fournir les ressources nécessaires pour payer le personnel et le matériel requis.

De nouveaux problèmes techniques se posent continuellement, beaucoup plus complexes qu'au début. Il faut donc, dans l'exécution des programmes, suivre de plus près les recommandations des experts. On devra aussi s'employer à découvrir des méthodes perfectionnées - immunologiques et autres - si l'on veut maîtriser des espèces biologiques qui se défendent de mieux en mieux contre les attaques de l'homme.

Il est satisfaisant de constater que la recherche s'intensifie, notamment en ce qui concerne le plasmodium humain; peut-être sera-t-on ainsi amené à essayer de nouveaux produits chimiothérapeutiques et prophylactiques.

La délégation belge approuve le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif et attache une importance particulière au paragraphe 4. On peut se demander cependant s'il ne faudrait pas mentionner aussi dans la résolution la nécessité d'intensifier le programme de recherche.

Le Dr WONE (Sénégal) rappelle que le paludisme a été pendant des siècles l'endémie No 1 de l'Afrique. Le tribut qu'il prélève chaque année est si grand que la population et les services médicaux ne croient pas encore à la possibilité d'une éradication complète. Les populations qui ne connaissent que les manifestations aiguës de l'accès palustre réagissent avec apathie. Quant aux médecins, s'ils sont conscients de la valeur de la thérapeutique antipaludique sous toutes ses formes, ils considèrent l'éradication totale comme une vue de l'esprit.

L'éradication a bien été réalisée dans nombre de pays, mais la faible superficie, le caractère insulaire ou le climat froid ou tempéré ont été, dans tous ces cas, des alliés non négligeables. Le contexte africain est tout différent, avec ses vastes étendues et ses conditions écologiques favorisant la pullulation des insectes vecteurs. La rareté du personnel médical et paramédical, ainsi que la modicité des budgets nationaux ne facilitent pas les choses. Enfin, il y a une absence totale de coordination entre les actions entreprises par les divers pays.

Il reste cependant une poignée d'administrateurs africains de la santé publique qui ne se sont pas laissés gagner par le pessimisme et qui ont pu bénéficier de la chaleur et de la conviction des exposés faits par les délégués d'autres pays. Le Dr Wone juge indispensable de repenser le grave problème de la lutte antipaludique, et la délégation sénégalaise votera pour le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) annonce que son gouvernement demandera au Comité d'experts d'inscrire son pays sur le registre des zones où le paludisme a été éliminé.

Le Dr PEREDA (Cuba) explique que son pays a satisfait en 1966 à toutes les exigences prévues pour un programme d'éradication du paludisme et qu'il a été visité par une équipe d'évaluation composée de membres du BSP et du Ministère de la Santé publique. Cette équipe a constaté qu'en 1965, il y avait eu 127 cas de paludisme, et 36 seulement en 1966. Les services de santé collaborent énergiquement à l'exécution du programme. Le dépistage est rapidement suivi de mesures appropriées. Les laboratoires procèdent aux enquêtes épidémiologiques avec le plus grand soin. Dans ces conditions, les circonstances sont favorables à une prompt éradication. Au cours du premier trimestre de 1967, l'intégration de la campagne antipaludique dans l'action des services de santé généraux, avec la collaboration de l'OMS - par l'intermédiaire du BSP - et du FISE, a progressé de façon satisfaisante.

Le Dr ALAN (Turquie) se réfère aux précisions données au sujet de la Turquie à la page 82 du document A20/P&B/1. Après un quart de siècle d'expérience de la lutte antipaludique, la Turquie a lancé en 1957 un programme d'éradication, qu'elle croyait pouvoir mener à bonne fin en cinq ans. Dix ans se sont écoulés et les opérations ne sont pas encore terminées. Une bonne partie du pays en est à la phase de consolidation, mais la transmission se maintient dans le Sud-Est. On espère pouvoir réaliser l'éradication d'ici à 1971. La délégation turque tient à remercier l'OMS et le FISE du soutien qu'ils ont apporté à la mise en oeuvre du programme en Turquie. Bien des

délégués ont mentionné les difficultés rencontrées et les lacunes du programme, et ont souligné la nécessité de la recherche. Le Dr Alan considère, lui aussi, qu'il y a lieu de réexaminer le programme d'éradication du paludisme, mais qu'il ne faut pas se laisser aller au pessimisme.

La délégation turque approuve le projet de résolution soumis par le Conseil exécutif.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) fait observer que si le milieu ambiant n'est pas favorable au vecteur dans son pays, on y enregistre néanmoins un bon nombre de cas importés des pays riverains de la Mer rouge, notamment du Yémen. Il a constaté que le tableau de la page 108 du document A20/P&B/1 énumérait les pays où aucun programme n'a été entrepris, mais que le texte ne faisait aucune allusion à ces Etats. Le Secrétariat pourrait-il donner des précisions à leur sujet ?

Le délégué du Koweït fait siennes les opinions émises par le délégué de l'Italie dans sa remarquable intervention, et appuie l'idée de procéder à un réexamen de l'ensemble du programme.

M. ZAARI (Maroc) note que le rapport traite des activités de pré-éradication menées dans son pays, et il se propose d'apporter quelques précisions sur l'avenir de la campagne. Les restrictions budgétaires de 1965 ont retardé l'établissement de l'infrastructure sanitaire et la formation du personnel. Un nouveau plan triennal a été mis en train pour les années 1966, 1967 et 1968. La formation du personnel est actuellement assez avancée et le travail des laboratoires est en voie d'amélioration. Les résultats obtenus dans certains secteurs de démonstration ont été, après évaluation, jugés très satisfaisants par les experts de l'OMS.

Après trois années de pulvérisations dans certaines régions, on peut estimer que la transmission est interrompue et la phase de consolidation atteinte. Ainsi, sur les côtes de la Méditerranée et de l'Atlantique, où la transmission était la plus intense, on peut maintenant passer à la phase de consolidation. L'année 1968 verra donc, dans les différentes phases de l'éradication, un progrès plus important qu'on n'aurait pu le penser de prime abord.

L'OMS a mis à la disposition du Gouvernement marocain tous les moyens en son pouvoir pour faciliter l'éradication et le Gouvernement lui apporte une collaboration entière. Le Dr Zaari espère que les autres institutions internationales pourront contribuer de façon plus efficace au succès de l'entreprise.

Le Dr JOSHI (Népal) indique que l'OMS et l'AID aident son pays à exécuter ses plans d'éradication. La campagne d'éradication du paludisme absorbe la moitié du budget de la santé du Népal, mais elle a obtenu des résultats spectaculaires. On commence à occuper aujourd'hui bien des secteurs jusqu'ici inhabités et laissés en friche, où la population avait peur de s'installer à cause du risque de paludisme. Grâce aux insecticides, 4,5 millions d'habitants sont actuellement protégés contre la maladie. Les secteurs qui atteindront l'année suivante la phase de consolidation comptent un million d'habitants. Au nombre des difficultés rencontrées figurent la pénurie de personnel spécialisé et l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire.

Le Dr Joshi remercie l'OMS et le FISE de l'aide qu'ils ont apportée à son Gouvernement pour mettre en route son programme d'éradication du paludisme.



Le Dr BANA (Niger) dit qu'en 1961, il avait suivi à Yaoundé un séminaire au cours duquel la stratégie préconisée par l'OMS pour l'éradication du paludisme avait été expliquée en détail. Deux ou trois ans plus tard, le Bureau régional avait demandé au Gouvernement du Niger d'envoyer du personnel à Lomé pour y être préparé au travail d'éradication. Mais, étant donné les maigres effectifs dont il disposait, le Dr Bana n'avait pas jugé possible de priver ses services de santé d'éléments qui, lorsqu'ils reviendraient de leur stage, auraient encore à attendre longtemps avant de pouvoir entreprendre le travail pratique pour lequel ils avaient été formés.

A l'époque, le Niger s'était également informé auprès de l'OMS de la situation des pays voisins en ce qui concerne les plans d'éradication du paludisme. Aujourd'hui encore, le document qu'examine la Commission fait apparaître une étonnante disproportion dans les activités antipaludiques des différents pays d'Afrique puisque 15 d'entre eux n'ont encore rien entrepris dans ce sens.

Le Dr Bana souhaite donc que l'on répète le séminaire de Yaoundé. Avec le Directeur régional pour leur montrer la voie, les pays d'Afrique pourraient alors définir leur politique d'éradication du paludisme. Il est également très important, étant donné la teneur du paragraphe 3 de la résolution EB39.R27, que leurs besoins en matière d'assistance soient précisés.

Le Dr AUJOULAT (France) constate, comme le Dr Kivits, que l'intérêt manifesté par l'Assemblée de la Santé pour l'éradication du paludisme n'a pas faibli depuis le lancement du programme il y a douze ans. C'est plutôt l'atmosphère qui a changé : l'enthousiasme et la foi de la jeunesse ont fait place à un réalisme né des échecs et des difficultés. Qu'un comité d'experts ait cru pouvoir dresser un bilan mondial

des résultats de l'éradication du paludisme peut paraître prématuré à certains, mais tel n'est pas l'avis du Dr Aujoulat. Il estime qu'il faut dresser ce bilan car le tableau des échecs et des succès qu'il offrira pourrait agir comme un stimulant. Des résultats considérables et qui intéressent de vastes secteurs du monde, non seulement en Europe mais aussi en Asie et en Amérique, ont été obtenus. Malheureusement, on trouve encore au compte débiteur de ce bilan la Région africaine, la seule où aucun progrès n'ait été accompli.

On a déjà parlé d'une nouvelle stratégie pour l'éradication du paludisme en Afrique. Le Dr Aujoulat est d'accord avec le délégué du Niger pour estimer que la situation doit être réexaminée dans son ensemble. La réunion du Comité régional de l'OMS qui s'est tenue à Kinshasa en septembre 1966 s'est déroulée dans une ambiance de déception, à tel point que le Comité s'est demandé si ce n'est pas le mot "éradication" lui-même qui devrait être éradiqué.

Cependant le Comité régional n'est pas allé jusqu'à proposer d'abandonner l'éradication et le Dr Aujoulat estime qu'il n'y a aucune raison pour que l'Afrique reste le seul continent du monde où l'on ne parvienne pas à vaincre le paludisme.

Bien que les recommandations du Comité d'experts du paludisme ne couvrent pas l'ensemble du problème, elles méritent l'attention de l'Assemblée de la Santé. Les obstacles à l'éradication du paludisme en Afrique ne sont pas, au premier chef, d'ordre administratif ou opérationnel. Tout le monde sait que l'éradication coûte cher et que l'on pourrait trouver l'argent nécessaire si toutes les organisations multilatérales et internationales intéressées acceptaient de s'attaquer au problème et de considérer l'éradication du paludisme comme l'un des piliers du développement.

Certains pays ont été déçus parce qu'ils n'avaient pas compris que la lutte durerait si longtemps, ni ce que coûterait la consolidation une fois que l'éradication aurait été réalisée. Le rapport souligne avec juste raison dans quelle regrettable situation finit par se trouver un pays qui, pour des raisons budgétaires, est obligé d'abandonner la lutte après être arrivé à un stade déjà avancé de sa campagne.

Le Dr Aujoulat ne pense pas que le problème financier soit plus difficile à résoudre que celui posé par la pénurie de personnel. Sans personnel, il serait difficile de réaliser l'éradication mais, si l'on dispose des cadres nécessaires, il devient facile de former rapidement des agents capables d'exécuter un programme de désinsectisation.

Le Comité d'experts a raison d'attirer l'attention des membres de l'Organisation sur la nécessité de redresser les conditions de base - **administratives et opérationnelles** - qui exercent une influence sur les programmes de pré-éradication ou d'éradication, mais le Dr Aujoulat estime qu'il faut chercher plus loin les raisons qui font de l'Afrique une zone difficile : ce sont les conditions épidémiologiques propres aux régions tropicales africaines, sur lesquelles il conviendrait de faire plus de lumière, et à partir desquelles il faudrait repenser le problème de l'éradication du paludisme sur le continent africain.

Le Dr Aujoulat a relevé avec satisfaction dans le rapport du Comité d'experts une définition de la "zone difficile" qui, à son avis, s'applique particulièrement bien à l'Afrique :

"Une zone difficile est une aire géographiquement définie où une analyse épidémiologique valable révèle que la transmission du paludisme persiste, en dépit d'opérations complètes, régulières et suffisantes de couverture totale au moyen

d'insecticides rémanents, et où des enquêtes approfondies montrent que cette persistance n'est pas due à des lacunes d'ordre administratif ou opérationnel; des mesures supplémentaires s'imposent alors pour empêcher la réapparition de nouveaux cas.

"Les facteurs responsables de l'existence de zones difficiles sont principalement liés à la résistance des anophèles vecteurs aux deux principaux groupes d'insecticides actuellement utilisés, et à la transmission extra-domiciliaire résultant des habitudes de l'homme ou du moustique."

Une nouvelle stratégie implique donc non seulement une réunion de l'ensemble des responsables des problèmes de santé dans les pays africains, mais certaines mises au point de caractère scientifique qui permettraient d'élaborer de nouvelles armes et de nouvelles méthodes d'attaque. Le Dr Aujoulat est convaincu que l'un des principaux obstacles à l'éradication réside dans la dispersion des efforts, qui fait que des pays ont atteint un certain stade de la pré-éradication tandis que d'autres n'ont même pas commencé. Autant qu'il le sache, à peine plus de la moitié des pays d'Afrique ont entrepris l'éradication du paludisme, la plupart n'en étant encore qu'à la pré-éradication. A moins que l'on ne parvienne à synchroniser les activités des différents pays, les chances de succès seront maigres.

Cependant, l'OMS mène depuis plusieurs années une action énergique qu'il considère comme essentielle pour l'Afrique, à savoir l'exploration de la résistance de Plasmodium aux amino-quinoléines et des anophèles aux insecticides. Fort heureusement, la première ne semble pas poser de graves problèmes pour l'Afrique, mais il n'en va pas de même pour les anophèles africains. Dans certains pays, la résistance

ne se manifeste pas seulement vis-à-vis de la dieldrine mais également vis-à-vis du DDT. Ce fait suffit à lui seul pour justifier tous les travaux de recherche sur le terrain entrepris par l'OMS avec de nouveaux insecticides tels que OMS-33 ou OMS-658. Le Dr Aujoulat est satisfait de savoir, toutefois, que l'on s'est décidé à admettre que les insecticides seuls ne permettaient pas de remporter la victoire et qu'il fallait également avoir recours à d'autres méthodes, soit larvicides, soit chimiothérapeutiques. Voilà des années que l'on insiste justement sur ceci : tant que les insecticides n'auront pas fait la preuve de leur succès foudroyant et général en Afrique, il faudra recourir à la chimiothérapie de masse.

Une grande importance doit être accordée aux recherches immunologiques organisées par l'OMS, notamment à celles qui concernent les aspects plasmodicides des diverses actions des immunoglobulines. On ignore encore où ces recherches conduiront, mais il est légitime d'espérer qu'on arrivera à mettre au point un vaccin antipaludique.

Sur le plan thérapeutique, bien que les études entreprises en Afrique donnent à penser que le cycloguanil et les solutés injectables à action retard sont peut-être plus utiles en prophylaxie qu'en thérapeutique, il faut se rappeler que le chemin de la victoire passera toujours par la prophylaxie. Aussi l'OMS doit-elle être encouragée dans cet effort de recherche. Seules des recherches menées sur plusieurs fronts - résistance des vecteurs, immunologie, chimioprophylaxie - permettront de modifier complètement les perspectives de la lutte contre le paludisme en Afrique.

Le Dr BEDAYA-NGARO (République centrafricaine) souligne que le paludisme reste une des principales maladies endémiques dans son pays et que ses répercussions socio-économiques y sont très sérieuses. Les moyens de lutte nationaux sont maigres et la prophylaxie a été décevante car on n'a pas été en mesure de la poursuivre aussi longtemps qu'il l'aurait fallu. Pour arriver à une prophylaxie spontanée il faudrait simultanément élever le niveau de vie et abaisser le prix des produits alimentaires. D'autre part, l'efficacité dans l'emploi des insecticides, qui sont très coûteux, suppose une action conjuguée de tous les organismes s'occupant d'urbanisme, d'hygiène et de génie rural. D'importants crédits sont donc nécessaires et le Dr Bedaya-Ngaro espère que son pays recevra une aide appropriée des organisations internationales et des pays qui en ont les moyens.

Le Dr LOBO NOGUEIRA da COSTA (Portugal), après avoir félicité le Directeur général de son rapport sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme, constate que ce document, qui est d'un haut niveau technique, s'améliore d'année en année.

Le Portugal n'a reçu ni aide ni conseils car il n'en avait pas demandé. Cependant, toutes les activités d'éradication qui ont été entreprises au Portugal ont été stimulées et encouragées par l'OMS.

Depuis 1950, le paludisme indigène a complètement disparu du pays, mais on enregistre encore des cas importés. Le Comité d'experts a fort justement insisté sur la nécessité d'une vigilance générale et d'une surveillance propre à préserver les pays qui se sont débarrassés du paludisme de l'importation de cas en provenance de pays encore impaludés. Au cours de l'année dernière, 250 cas de paludisme importé ont été enregistrés au Portugal. Le problème commence à prendre des proportions inquiétantes.

Le Dr da Costa estime que les promoteurs de la campagne d'éradication mondiale du paludisme ont fixé le terme de cette campagne avec trop d'optimisme. Partageant l'avis du délégué de l'Italie, il estime qu'il y aurait intérêt à prévoir des conventions ou des traités régionaux de lutte antipaludique tels que celui qui a été conclu entre le Portugal et l'Espagne. D'autres pays de la Région européenne pourraient s'inspirer de cet exemple. Des accords du même genre pourraient être, aussi, utilement conclus entre des pays ayant réalisé l'éradication et des pays se trouvant encore à la phase de pré-éradication ou à la phase d'attaque.

Le Dr da Costa souscrit à la résolution EB39.R27 du Conseil exécutif; il estime qu'un réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme est pleinement justifié et sera probablement très fructueux.

De toute évidence, une réunion consacrée aux modalités d'exécution des programmes d'éradication s'impose avec urgence. Puisque les difficultés administratives constituent toujours le plus gros des obstacles à surmonter, l'expérience des pays qui ont atteint la phase d'entretien peut certainement aider les pays des régions moins développées à s'acheminer plus sûrement vers cette phase.

Pour l'examen de la stratégie qui sera appliquée à l'avenir, il faudrait prévoir non seulement la participation de spécialistes de l'immunologie mais aussi celle des médecins de la santé publique ayant la responsabilité des programmes d'éradication dans leurs pays respectifs.

La séance est levée à 11 h 50.