



VINGT-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION A

COMMISSION A

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Lundi, 11 mai 1970, à 14 h.30

PRESIDENT : Dr M. ALDEA (Roumanie)

Sommaire

	<u>Page</u>
1. Eradication du paludisme - Mesures prises dans le cadre de la stratégie mondiale révisée (suite)	2

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

1. ERADICATION DU PALUDISME - MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA STRATEGIE MONDIALE REVISEE :
Point 2.4 de l'ordre du jour (résolution WHA22.39; document A23/P&B/1) (suite)

Le Dr KIVITS (Belgique) se joint aux orateurs précédents pour féliciter le Président ainsi que le Vice-Président et le rapporteur de leur élection.

La décision de procéder à un réexamen complet de la stratégie mondiale d'éradication du paludisme vient après une longue période d'efforts, au cours de laquelle d'incontestables succès ont été enregistrés, puisque près de 80 % de la population des zones primitivement impaludées sont maintenant partiellement ou totalement protégées, mais qui, d'autre part, a également réservé des déceptions puisque 97 % de la population de la région africaine exposée à l'infection ne bénéficient pas encore de programmes d'éradication (Actes officiels N° 182, pages 117 et 118). L'optimisme initial a peu à peu fait place à plus de réalisme, et les rapports présentés chaque année à l'Assemblée de la Santé ainsi que les avis des experts ont amené à conclure que si l'éradication doit rester l'ultime objectif, elle ne pourra être atteinte qu'après des délais forts variables selon les pays. De nombreux Etats Membres sont encore dans l'incapacité d'entreprendre de véritables programmes d'éradication et cela, pour des raisons d'ordre économique et administratif bien plus qu'en raison de difficultés techniques. Il serait donc sage d'adapter les méthodes aux possibilités matérielles des pays. La notion de pré-éradication a été adoptée depuis une dizaine d'années et l'on admet aujourd'hui que les méthodes classiques de lutte antipaludique représentent une étape valable et indispensable dans de nombreux pays. Le Dr Kivits pense ici en particulier à l'Afrique où, bien souvent, le paludisme est hyperendémique et où l'équilibre immunitaire entre l'homme et le parasite ne peut être obtenu qu'au prix de la vie de milliers d'enfants, d'entraves à la croissance et au développement intellectuel des écoliers et d'une atteinte à la santé et au rendement professionnel des adultes. Les chiffres communiqués par le délégué du Cameroun et les remarques du délégué de l'Italie montrent à quel point le paludisme peut faire obstacle au développement. C'est pourquoi la délégation belge espère que, dans le cadre de la nouvelle orientation des efforts qui doivent un jour venir à bout du paludisme, les pays africains recevront l'aide nécessaire pour établir ou renforcer les services de santé de base sans lesquels aucune méthode n'est applicable.

La recherche de nouvelles méthodes qui permettront un jour de mettre sur pied de véritables programmes d'éradication ne doit pas faire négliger les méthodes immédiatement applicables, susceptibles de provoquer une réduction rapide de l'incidence clinique du paludisme. En envisageant le problème sous l'angle de l'éradication, on a peut-être perdu de vue dans bien des cas la valeur de méthodes plus simples qui, bien qu'imparfaites, peuvent néanmoins réduire la transmission et diminuer le dommage clinique. L'association selon les possibilités locales de la chimiothérapie ou de la chimioprophylaxie et de mesures contre les moustiques, tant au stade adulte que larvaire, peut avoir pour effet de réduire l'intensité de la parasitémie chez les enfants et aider à établir un état d'immunité. La lutte antipaludique ainsi comprise sera d'autant moins coûteuse qu'elle s'intégrera dans l'ensemble des mesures prises par les services de santé généraux pour combattre d'autres maladies et assurer la protection de l'enfant. Le Dr Kivits se félicite donc d'apprendre que le PNUD et le FISE ont l'intention d'aider les pays à mener des opérations antipaludiques dans le cadre du développement des services de santé généraux. Il espère que les pays qui accordent une assistance bilatérale fourniront en plus des services de techniciens les moyens financiers et techniques qui permettront de réaliser cette protection sanitaire. L'Organisation se doit de continuer à accorder son aide pour toutes les formes de recherches propres à améliorer les techniques actuelles de diagnostic, la chimiothérapie, la chimioprophylaxie, l'immunologie et la lutte contre les vecteurs, et cela non seulement en laboratoire mais également dans le cadre de projets pilotes exécutés sur le terrain. C'est sur la base de données recueillies sur le terrain que des directives peuvent être fournies aux gouvernements au sujet des nouvelles méthodes à appliquer. Le Dr Kivits pense comme le délégué de l'Italie que l'intégration de la lutte antipaludique dans les services de santé généraux ne doit pas faire perdre de vue la nécessité de former des paludologues.

En ce qui concerne la lutte contre les moustiques, le délégué de la Belgique espère que le DDT ne sera pas condamné avec trop de hâte, car cet insecticide reste la meilleure arme actuellement disponible; ce n'est pas son utilisation pour les pulvérisations insecticides, mais bien son introduction dans le circuit alimentaire du fait de l'agriculture qui entraîne pour l'homme, à la longue, une certaine intoxication.

Le Dr RACOVEANU (Roumanie), après s'être associé aux félicitations que les autres délégués ont adressées au Président, aux Vice-Présidents et aux rapporteurs pour leur élection, souligne que le rapport du Directeur général (document A23/P&B/I) apporte une contribution fondamentale à la théorie de l'éradication. Le rapport ainsi que les discussions qui ont eu lieu en commission fournissent une évaluation scientifique des causes de retards ou d'échecs de certains programmes d'éradication et indiquent la direction dans laquelle l'action doit s'engager à l'avenir.

Le délégué de la Roumanie met en relief la corrélation existant d'une part entre les niveaux socio-économiques d'un pays et le degré de développement de son infrastructure sanitaire, et, d'autre part, la possibilité de soutenir un programme d'éradication. Une fois ce principe adopté, il est extrêmement important que l'OMS continue à prêter son assistance pour l'étude des incidences socio-économiques du paludisme et de son éradication, et qu'elle élabore une méthodologie pour l'évaluation socio-économique des programmes en cours d'exécution, ainsi que le recommande la résolution WHA22.39.

Avec l'adoption de la stratégie mondiale révisée, la gamme des activités antipaludiques menées par l'Organisation doit être considérablement élargie et inclure des méthodes de lutte applicables dans les zones où il n'est pas encore possible d'entamer un programme d'éradication. Dans cet ordre d'idées, le Dr Racoveanu souligne le rapport qui existe entre le paludisme endémique et le sous-développement dans certaines zones; il est impossible de rompre ce cercle vicieux en se bornant à mettre en oeuvre un programme d'éradication qui, en l'absence d'autres mesures, ne pourrait qu'être voué à l'échec. La seule issue consiste à appliquer des mesures de lutte, depuis les plus simples comme la distribution de médicaments antipaludiques jusqu'aux plus complexes, qui associent la lutte antivectorielle au traitement des cas, toutes ces mesures ayant pour objectif final la réduction de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme. Bien que demandant un moindre effort financier, pareilles mesures peuvent entraîner des améliorations substantielles dans la situation sanitaire et par ce biais ouvrir la voie au développement socio-économique. A cette fin, le Comité d'experts du Paludisme doit être invité à rédiger un rapport sur l'efficacité et les limites des diverses mesures antipaludiques et à formuler des propositions concernant le type d'action qu'appellent les diverses conditions géographiques et climatiques, compte tenu du degré endémo-épidémiologique du paludisme. L'élaboration d'un tel rapport est d'autant plus nécessaire que, ces derniers temps, les méthodes de lutte n'ont fait l'objet d'aucune analyse critique, les méthodes d'éradication ayant monopolisé l'attention des chercheurs.

Parallèlement au progrès économique et social qu'une protection de la population par des mesures antipaludiques permettra de réaliser, le pays ou la zone intéressé deviendra capable, grâce à son développement, de lancer et d'exécuter un programme d'éradication, qui aura l'avantage de bénéficier des services d'un personnel qualifié formé pendant la période de lutte.

Par conséquent, ainsi que le démontre le cas de la Roumanie (où plus de 200 000 cas étaient enregistrés en 1948, mais où la transmission a cessé en 1962), le lancement d'un programme d'éradication est le couronnement d'un effort progressif de limitation de l'incidence du paludisme, l'éradication commençant au moment où les conditions économiques et sociales garantissent l'achèvement du programme dans les délais prescrits et où l'existence d'un réseau approprié de services de santé de base peut assurer le succès du programme et l'entretien de l'éradication, une fois celle-ci réalisée.

Etant donné que plus de 300 millions de personnes vivent actuellement dans des zones d'endémicité où il n'existe pas de programme d'éradication, il est essentiel que l'OMS intensifie son assistance technique en menant des activités antipaludiques adaptées aux diverses

conditions écologiques humaines qui connaissent ces régions. Tant que du personnel local n'aura pas été formé, les services de conseillers techniques seront nécessaires pour la mise en route d'activités visant à réduire la morbidité et la mortalité imputables au paludisme.

Coordonnés par la Division de l'Eradication du Paludisme du Siège et par les services du paludisme des bureaux régionaux, les réseaux antipaludiques locaux peuvent conserver ou développer leur individualité, tout en collaborant étroitement avec les services de santé publique et le réseau sanitaire de base.

Les opinions sont divergentes en ce qui concerne le moment le plus indiqué pour l'intégration du réseau antipaludique dans les services de santé de base. Se fondant sur le cas de son pays, le Dr Racoveanu estime que ce moment doit se situer à la fin de la phase de consolidation, lorsque l'éradication est devenue une réalité épidémiologiquement démontrée. C'est ce qui s'est passé en Roumanie, où le personnel qualifié des services du paludisme a été affecté à d'autres tâches de médecine préventive, mais seulement après que le succès complet du programme d'éradication a été assuré.

La variété des problèmes qui se posent actuellement ainsi que des difficultés qui surgiront par suite de l'application de mesures antipaludiques considérée comme une étape nécessaire sur la voie de l'éradication dans le monde entier, qui reste l'objectif final, impose la présence d'un puissant organisme technique central chargé d'assurer l'évaluation périodique du développement des programmes de lutte et d'éradication, ainsi que des difficultés que pose leur application.

L'Organisation doit poursuivre ses efforts afin d'empêcher l'apparition d'une attitude d'indifférence vis-à-vis du paludisme ou d'un sentiment de suffisance à l'égard des résultats obtenus jusqu'ici. Il faut se faire à l'idée que l'OMS ne doit pas seulement accorder son appui et son assistance au programme d'éradication, mais qu'elle doit en outre, dans certaines régions, soutenir des programmes de lutte.

L'Organisation pourrait ainsi accorder à l'échelon mondial une assistance technique souple et efficace parfaitement adaptée au niveau socio-économique et aux besoins sanitaires des pays bénéficiaires.

Le Dr TATOČENKO (Union des Républiques socialistes soviétiques) félicite le Président, le Vice-Président et le Rapporteur de leur élection.

La délégation de l'URSS a critiqué pendant plusieurs années la stratégie de l'éradication du paludisme, qu'elle jugeait peu réaliste. On a surtout commis l'erreur, dans le passé, de fonder entièrement cette stratégie sur l'application de moyens techniques, sans tenir suffisamment compte des conditions économiques et sociales et du degré de développement des services de santé. La délégation soviétique constate avec satisfaction que ces conditions sont prises en considération dans la nouvelle stratégie. Il faut reconnaître que l'éradication complète du paludisme à l'échelon mondial est une tâche de longue haleine. Dans les régions où l'éradication n'est pas encore possible, les mesures antipaludiques doivent tendre à amener une diminution de la morbidité et à créer les conditions nécessaires à la réalisation de l'objectif final de l'éradication. Les groupes de population les plus exposés et ceux qui vivent dans les régions les plus importantes du point de vue économique devraient faire l'objet d'une attention spéciale.

La délégation de l'URSS a pris connaissance avec intérêt des mesures prises par l'Organisation en application de la résolution WHA22.39. Elle regrette que le temps ait fait défaut pour permettre au Secrétariat de communiquer à l'Assemblée les informations préliminaires qu'elle avait demandées lors de la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, concernant une révision de la classification des pays à la lumière de la nouvelle stratégie. La délégation a noté qu'un petit nombre de pays seulement ont entrepris une réévaluation des programmes, ce qui s'explique peut-être par le fait que l'idée d'une éradication réalisée par des moyens techniques est trop profondément ancrée dans l'esprit de certaines personnes et de certaines organisations. Il semble que l'Organisation n'ait pas encore suffisamment informé les Etats Membres de la nouvelle stratégie. Des informations à ce sujet devraient être diffusées

aussi rapidement que cela a été le cas pour la stratégie antérieure. Il se peut aussi que le retard apporté par certains pays à la réévaluation de leur programme soit dû au fait que les organisations qui fournissent une aide internationale ou bilatérale n'ont pas encore défini avec précision leur rôle futur. Le Dr Tatočenko espère que les réunions de coordination des activités antipaludiques prévues par l'OMS aideront ces organisations à mettre au point leur stratégie, ce qui ne peut se faire que sur la base de recommandations émanant d'un organisme faisant autorité.

Le délégué de l'URSS souligne l'importance des comités d'experts, dont les travaux ne seront couronnés de succès que si l'on choisit avec soin les personnalités qui les composeront et la documentation qui leur sera fournie. Les documents distribués aux membres de la Commission A présenteraient de l'intérêt pour les experts, en raison de la somme d'informations qu'ils contiennent. Le Dr Tatočenko souhaite que le représentant du Directeur général indique à la Commission les documents qui seront mis à la disposition du Comité d'experts du Paludisme. Le concours de consultants indépendants pourrait être d'un grand secours pour la révision du programme dans différents pays.

La Commission aura l'occasion de revenir sur la question du paludisme lorsqu'elle examinera le projet de programme et de budget pour 1971. L'étendue du programme et les crédits que l'on prévoit d'y consacrer en 1971 correspondent approximativement à ce qu'ils étaient pour 1970 et pour un certain nombre d'années antérieures, ce qui, aux yeux de la délégation de l'URSS, ne se justifie pas, puisque dans bon nombre de régions, la poursuite du programme sur les mêmes bases que précédemment ne donnera pas les résultats recherchés, mais entraînera un gaspillage des ressources en matériel et en personnel. L'Organisation devrait donc entreprendre immédiatement la planification des opérations futures sur la base de la nouvelle stratégie.

La délégation de l'URSS a examiné le problème du paludisme avec une grande attention, non seulement en raison de la gravité et de l'importance qu'il présente du point de vue de la santé publique mais aussi parce qu'on peut en tirer des leçons utiles pour l'évaluation d'autres programmes. Le succès d'un programme quelconque dépendra de la stratégie et de la tactique, qui doivent être élaborées en fonction de paramètres techniques et socio-économiques, ainsi que sur la base d'une étude approfondie de tous les aspects du problème. Des décisions hâtives peuvent conduire à un gaspillage des ressources nationales et retarder la réalisation de la tâche fondamentale : développer les services de santé nationaux.

Le Dr ESCALONA (Cuba) déclare que sa délégation s'associe aux précédents orateurs pour féliciter les membres du bureau de la Commission de leur élection et faire l'éloge du Rapport du Directeur général.

Exposant les grandes lignes du programme d'éradication mis en oeuvre à Cuba, île d'une superficie de 114 000 kilomètres carrés, d'une population de 8,5 millions d'habitants, le Dr Escalona indique que la campagne a débuté en 1959, après le triomphe de la révolution. On a procédé à des recherches en mars 1960 afin de déterminer l'étendue des régions impaludées, les conditions de la transmission et la sensibilité des vecteurs. Le paludisme s'était propagé dans la partie la plus riche et la plus peuplée de la province d'Oriente. Une enquête a été menée dans une zone de 37 502 kilomètres carrés, comptant 2,5 millions d'habitants et plus de 300 000 habitations. Les anophèles se sont révélés résistants à la dieldrine, mais sensibles au DDT; c'est donc ce dernier produit qui a été adopté.

Les régions non impaludées ont fait l'objet d'une surveillance épidémiologique, en raison de l'existence d'Anopheles albimanus et de l'apparition de quelques cas importés. Une surveillance similaire, accompagnée de pulvérisations, a été exercée dans les zones impaludées. En septembre 1966, une superficie de 416 000 kilomètres carrés, soit 25 % de la région impaludée, était entrée dans la phase d'entretien. En 1967, à la suite de trois autres régressions de la maladie, une zone représentant 45 % de la zone impaludée en était à la phase de consolidation. En mars 1968, la région impaludée tout entière avait atteint la phase de consolidation, mais par mesure de sécurité les pulvérisations se sont poursuivies jusqu'en 1969.

On a constaté une diminution progressive du nombre des cas, qui était de 100 249 en 1962, et une augmentation du nombre des lames examinées. En 1967, le nombre des cas enregistrés était de 46 seulement, dont 39 cas importés; il est tombé à 4 cas importés en 1968 et à 3 cas importés en 1969.

En même temps, l'infrastructure sanitaire s'est développée, et en 1967 l'intégration du programme de lutte antipaludique dans l'action des services généraux de santé publique a été entreprise. Un groupe international d'experts qui s'est rendu dans le pays du 22 au 29 novembre 1969 a reconnu que le service national de l'éradication du paludisme était planifié de manière rationnelle et avait amélioré ses activités de dépistage.

En août 1970, le Gouvernement cubain a demandé que l'équipe d'évaluation de l'OMS vienne constater officiellement l'éradication du paludisme sur le territoire de l'île. Le Dr Escalona cite des passages du rapport de l'équipe, qui déclarait que la totalité du territoire national entrerait vraisemblablement dans la phase de consolidation pendant le second semestre de 1970.

Les raisons de la victoire de Cuba sur la maladie sont les suivantes : premièrement, la prise de conscience par le gouvernement du danger que constituait le paludisme pour le pays; deuxièmement, le fait que des ressources humaines et financières ont été constamment affectées à la réalisation du programme; troisièmement, le développement progressif de l'infrastructure sanitaire et l'intégration des services antipaludiques dans les services généraux de santé publique; quatrièmement, l'importance que la population attache à la santé et son active participation à la campagne; cinquièmement, la possibilité d'utiliser du DDT pendant toute la campagne, aucune résistance à cet insecticide ne s'étant manifestée; sixièmement, le fait qu'il a été relativement facile, Cuba étant une île, d'organiser la surveillance de manière à dépister tous les cas importés; et enfin, ce qui est le plus important, le fait que la campagne a été menée en même temps que la mise en place d'un régime révolutionnaire dont les dirigeants étaient parfaitement conscients des responsabilités qui leur incombaient à l'égard de la santé de la population. C'est pour cette raison que les échecs et les difficultés d'ordre technique ont été évités et que les ressources n'ont jamais manqué, comme a pu le confirmer le groupe international qui a visité le pays.

Le Dr ROBLETO PEREZ (Nicaragua) félicite le Président, le Vice-Président et le Rapporteur de leur élection et adresse des éloges au Directeur général pour son excellent rapport.

La Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé que l'éradication totale du paludisme demeurerait une tâche primordiale et que dans les pays où l'éradication ne paraît pas encore possible, la lutte antipaludique à l'aide des moyens existants devait être intensifiée en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu de la nécessité inéluctable d'adapter les programmes aux conditions locales, de réviser les programmes en cours et d'adopter une stratégie propre à conduire aux meilleurs réalisations.

Le Gouvernement du Nicaragua, avec la collaboration de l'OMS/OPS, de l'AID des Etats-Unis et du FISE, a décidé de revoir sa stratégie de l'éradication du paludisme; il a créé à cet effet un groupe d'étude, qui a conclu que le Nicaragua devrait être classé dans la catégorie 2, celle qui groupe les pays n'ayant pas encore atteint un stade suffisant d'éradication. Ce groupe a procédé à une analyse de la situation présente et passée des coûts et des rendements, des méthodes, etc., aux fins d'élaborer une stratégie réaliste pour l'avenir. La révision a été opérée sous la forme d'une étude visant à mettre au point la méthode et le type d'approche qui offriraient les meilleures chances de conduire à l'éradication.

Le Nicaragua est le pays d'Amérique centrale où la campagne antipaludique pose les problèmes les plus sérieux, du fait que le territoire tout entier, à l'exception de la zone montagneuse, peut être considéré comme impaludé. Dans le secteur le plus peuplé de ce pays, Anopheles albimanus est résistant à la dieldrine, au DDT et au malathion.

En 1968, un plan triennal a été mis à exécution grâce à une contribution du gouvernement, à un prêt de l'AID des Etats-Unis et au concours de l'OMS/OPS et du FISE. On a utilisé le malathion au début de la campagne, puis le DDT. Des résultats substantiels ont été obtenus pendant la première année, mais en 1969 la situation est redevenue très préoccupante, les anophèles ayant montré une résistance généralisée au DDT et au malathion. Le traitement de masse, qui avait été administré à 420 000 habitants du pays, a également donné des résultats décevants.

En 1970, troisième année de la mise en oeuvre du plan, on a utilisé le produit OMS-33 malgré son coût élevé.

La révision du programme d'éradication a démontré qu'en raison de la résistance croissante au DDT et au malathion et malgré l'utilisation de l'OMS-33, il était actuellement impossible d'interrompre la transmission, mais le Dr Robleto Perez espère que de nouvelles armes seront forgées pour la lutte antipaludique.

Le Dr JOSHI (Népal) félicite le Directeur général de son rapport et indique qu'il a lu avec un intérêt particulier le paragraphe 2.2 de ce document où l'on peut lire que les équipes chargées de la révision devraient tenir compte de l'efficacité des mesures de vigilance prises ou prévues par les services sanitaires, ainsi que le paragraphe 3.1 où il est rappelé que dans sa résolution WHA22.39 l'Assemblée a recommandé que l'Organisation aide les pays à dresser des plans à long terme.

Le Népal compte environ 10 millions d'habitants répartis entre les régions montagneuses et les plaines. Les habitants des plaines, en particulier ceux qui vivent à une altitude inférieure à 4000 pieds, étaient autrefois exposés au paludisme, mais les activités d'éradication menées pendant de longues années avec l'aide de l'AID des Etats-Unis et de l'OMS ont radicalement modifié la situation. Une ville prospère s'est développée sur des lieux que l'on considérait autrefois comme hantés par la mort, et la population, éprouvant enfin un sentiment de sécurité, a commencé à s'installer et à cultiver la terre. Il s'agit maintenant en premier lieu de trouver les moyens de maintenir cette atmosphère d'optimisme, c'est-à-dire de mettre en place les services sanitaires de base qui seront chargés de prendre les mesures de vigilance propres à préserver les résultats obtenus. Le pays a été divisé en trois zones aux fins du programme d'éradication : zone est, zone ouest et centre. Il a été décidé d'entreprendre des activités d'entretien dans une partie de la zone centrale, mais en raison d'une grave pénurie de personnel les services sanitaires de base nécessaires n'ont pu être mis en place. Il faudrait établir quelque 250 centres de santé avec tout l'équipement et le personnel nécessaires ainsi que des logements pour le personnel. Des services curatifs et préventifs seraient ensuite intégrés dans les activités de ces centres. En outre il faudrait créer 650 équipes sanitaires mobiles environ - soit une pour 5000 habitants. Un poste sanitaire desservirait environ 25 000 personnes.

Le quatrième plan quinquennal, qui entrera en application en juillet, prévoit la création de 250 centres de santé, mais les fonds alloués à cette fin sont insuffisants. Les besoins en auxiliaires sanitaires ne cessant de croître, on s'efforce d'assurer la formation rapide du personnel nécessaire aux activités antipaludiques, ainsi que de donner aux écoles professionnelles les moyens de former un nombre plus grand d'auxiliaires.

Le gouvernement réexaminera le programme au mois de juillet, avec l'aide de l'OMS et de l'AID des Etats-Unis, mais il lui faudra tenir compte de la situation exposée ci-dessus. Même si le Népal réussit à créer les centres de santé prévus et à les doter d'un personnel assez nombreux, il lui restera à résoudre un problème bien plus difficile, celui du financement de ces centres dont les frais d'exploitation viendront vraisemblablement doubler le chiffre actuel du budget ordinaire de la santé.

Il ne serait guère utile d'aider les pays intéressés à dresser des plans pour la phase d'entretien, sans leur procurer les moyens nécessaires pour les exécuter. En outre, l'échec de la phase d'entretien dans un pays aurait des conséquences néfastes pour les pays voisins. Il est donc indispensable que l'OMS cherche une solution au problème du financement des programmes dans les pays qui n'ont pas les moyens de maintenir les résultats obtenus, si l'on veut atteindre l'objectif final : l'éradication absolue du paludisme.

Le Dr HASAN (Pakistan) rend hommage au Directeur général pour son rapport. La délégation pakistanaise apprécie particulièrement les efforts faits pour réexaminer la stratégie de l'éradication du paludisme, en tenant compte des expériences passées, et la recherche de nouvelles techniques, de nouvelles méthodes et de nouveaux insecticides. Elle se félicite également de voir que l'OMS s'efforce de coordonner ses activités avec celles d'autres organismes apportant leur assistance en ce domaine pour favoriser la mise en commun des ressources dans l'intérêt d'un meilleur rendement.

Le programme entrepris au Pakistan a subi des revers dans certaines régions, notamment dans celle de l'ouest, où la transmission a fait sa réapparition dans des zones qui étaient prêtes à passer aux phases d'attaque et de consolidation. Ces reculs sont apparemment dus à l'insuffisance et à l'irrégularité de l'approvisionnement en DDT et, partant, à l'impossibilité de procéder aux traitements insecticides avec régularité et aux doses requises. Pour donner suite à la résolution WHA22.39, le Gouvernement va toutefois réexaminer son programme. Il a déjà, en consultation avec l'OMS, composé l'équipe chargée de la révision. Cette équipe, qui comprend deux paludologues envoyés, l'un par l'OMS, et l'autre par l'AID des Etats-Unis, un économiste également envoyé par cet organisme et un certain nombre d'experts relevant du Ministère de la Santé, doit commencer ses travaux dans le courant du mois.

Ces révisions seront certes utiles, mais il n'en reste pas moins que le succès du programme dépend essentiellement de l'existence d'une solide infrastructure sanitaire au moment où le pays se prépare à aborder la phase d'entretien. Comme cette infrastructure fait défaut dans de nombreuses parties du Pakistan, et comme les plans visant à intégrer le programme d'éradication dans les activités des centres de santé ruraux n'ont pas encore été exécutés, le gouvernement envisage de lancer au cours du quatrième plan quinquennal, qui entrera en application en juillet, un programme extraordinaire pour la formation d'un personnel paramédical multidisciplinaire, dont la majorité des membres seront chargés des activités antipaludiques. La délégation pakistanaise espère que l'OMS aidera le gouvernement pakistanaise à élaborer ce programme de formation et à intégrer le programme d'éradication dans les activités des services de santé de base.

A la différence de certains membres de la Commission selon qui l'OMS devrait axer ses efforts sur la lutte antipaludique classique plutôt que sur l'éradication du paludisme, la délégation pakistanaise pense que dans les pays n'ayant pas encore de programme d'éradication la lutte antipaludique peut être une mesure intérimaire valable, à condition que l'objectif ultime reste l'éradication, mais que dans les pays qui exécutent actuellement un programme d'éradication le retour à la lutte antipaludique serait désastreuse sur le plan psychologique. Il vaudrait mieux que l'OMS aide ces pays à maintenir les résultats acquis et à atteindre leur objectif aussi rapidement que possible.

Le Dr IMAM (République Arabe Unie) après avoir félicité le Directeur général de son excellent rapport, indique que l'incidence du paludisme dans la République Arabe Unie a considérablement baissé ces dernières années malgré le développement de la culture du riz - les rizières constituant les gîtes larvaires par excellence du principal vecteur de la maladie dans le pays, Anopheles pharoensis. La faible incidence observée à l'heure actuelle est attribuable à un certain nombre de facteurs, en particulier à l'application régulière de larvicides dans les gîtes larvaires situés près des villes, à la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent dans les zones entourant les foyers et au traitement gratuit des malades par les unités de santé rurales établies dans tout le pays. On peut encore citer comme facteurs importants l'amélioration du niveau de vie de la population rurale, la faible capacité infectante d'Anopheles pharoensis et la faible virulence du parasite prédominant, Plasmodium vivax.

L'Institut d'entomologie médicale procède à des travaux de recherches sur les moyens de lutte biologique utilisables contre les larves d'anophélinées ainsi que sur l'application de techniques modernes au diagnostic du paludisme dans les zones d'hypoendémicité, et il effectue des études écologiques et biologiques sur Anopheles sergenti, vecteur du paludisme dans les zones désertiques et dans les oasis. La possibilité d'une invasion de la Haute Egypte par Anopheles gambiae n'a jamais été perdue de vue, moins que jamais depuis la formation du lac Nasser à la suite de la construction du Grand barrage. Les rives du lac font l'objet d'enquêtes régulières et tous les bateaux allant du Soudan au Grand barrage sont traités avec des insecticides rémanents et de la poudre de pyrèthre. On procède également au traitement larvicide de tous les gîtes larvaires situés dans la zone du barrage d'Assouan afin qu'une ceinture exempte de moustiques protège la région contre l'invasion d'Anopheles gambiae.

Le Gouvernement de la République Arabe Unie fait très grand cas de l'assistance apportée à son pays par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture et par l'OMS pour l'exécution du projet d'Assouan, ainsi que du concours que lui ont prêté les autorités sanitaires du Soudan pour la lutte contre les moustiques dans la région du lac Nasser.

Le Dr EDORH (Togo) adresse ses vives félicitations au Directeur général pour son excellent rapport. Il ne voit que peu de choses à ajouter à l'intervention faite lors de la séance précédente par le délégué du Cameroun, car elle résumait en substance ce qui se passe au Togo, en ce qui concerne les études épidémiologiques, parasitologiques et entomologiques, la formation du personnel, les pulvérisations et la recherche opérationnelle.

Au Togo, petit pays de 56 000 kilomètres carrés, peuplé de 1 800 000 habitants, le paludisme est considéré comme une grande endémie car c'est de cette maladie que souffrent 20 % des patients qui viennent consulter les services médicaux. La campagne contre le paludisme est en cours depuis près de seize ans : elle a commencé en 1954 par la formation du premier paludologue togolais. Le Togo est enfin arrivé au stade dit de pré-éradication, mais ses progrès sont entravés par le fait que les pays voisins n'en sont pas au même stade. Pour donner suite aux recommandations des experts du paludisme et à l'adoption d'une nouvelle stratégie, le Togo a intégré l'action antipaludique aux activités de santé publique et de santé de base en commençant par créer à Vogon, avec l'assistance de l'OMS, une zone pilote de formation, de démonstration et de recherche opérationnelle en santé publique. Le programme pilote est étendu à d'autres régions et dès que l'infrastructure sanitaire couvrira tout le territoire national, le Togo adoptera une position précise au sujet de la campagne d'éradication du paludisme, compte tenu de la situation des pays voisins et amis. Le Togo remercie l'OMS de tout ce qui a déjà été fait en matière de lutte contre le paludisme et il est prêt à appliquer la nouvelle stratégie. En attendant, ses efforts portent sur le développement des services de santé de base.

Le Dr SILVA (Nigéria) fait l'éloge du rapport très complet du Directeur général. Au Nigéria le paludisme reste la principale maladie transmissible ayant une importance économique et l'une des principales causes de décès chez les nourrissons et les enfants. Le Gouvernement nigérian a toujours coopéré avec l'OMS dans les efforts déployés pour combattre et extirper le paludisme; malheureusement ses efforts n'ont pas abouti et l'exécution de deux projets pilotes d'éradication a prouvé que l'interruption de la transmission serait longue à réaliser dans la zone de savanes tout au moins.

Lorsque le Centre OMS de préparation à l'éradication du paludisme fonctionnait à Yaba (Lagos), la question revenait sans cesse de savoir si les ressources financières, le cadre administratif et les méthodes adoptées permettraient de venir à bout du paludisme dans l'Afrique tropicale. Les médecins se rendaient compte que leur connaissance de la maladie telle qu'elle sévit dans les tropiques présentait de nombreuses lacunes, par exemple en ce qui concerne la morbidité après la première enfance, ou la nature et le degré de la protection immunologique résultant d'une exposition prolongée à l'infection. Les plans sanitaires nationaux du Nigéria accordent un rang de priorité élevé à la création et au développement de l'infrastructure sanitaire, en particulier dans les zones rurales. Les autorités centrales n'ont cependant pas cessé

d'appeler l'attention des gouvernements des Etats fédérés et des autorités sanitaires locales sur le paludisme, les invitant régulièrement à participer aux programmes de lutte contre les moustiques. Plusieurs autorités municipales ont entrepris de tels programmes et le service antipaludique fédéral continue d'aider les ministères de la santé des Etats en leur envoyant des experts chargés de former du personnel et de donner des avis sur les problèmes que posent les moustiques. La recherche en matière de paludisme se poursuit activement dans les universités. Un Comité d'experts en épidémiologie relevant du Conseil national de la Santé étudie le paludisme ainsi que d'autres maladies et donne ses avis au Conseil au sujet de la lutte contre les maladies transmissibles et de leur éradication.

Le Nigéria a été fortement encouragé par la décision de l'OMS de réviser la stratégie du paludisme et il espère que l'Organisation continuera à l'aider à combattre le paludisme et à développer ses services de santé de base. Par ailleurs, la délégation nigériane est heureuse de noter que le Centre OMS de recherches immunologiques et de formation créé à Ibadan fait oeuvre très utile et continue à donner à des médecins et à des techniciens de la recherche africains une formation aux techniques immunologiques. Le Dr Silva invite instamment l'OMS à encourager d'autres pays de la Région africaine à envoyer des médecins et des techniciens acquérir une formation dans ce centre. Elle espère également que l'OMS continuera à stimuler la recherche sur les aspects immunologiques du paludisme jusqu'à ce qu'une méthode de lutte susceptible de donner de bons résultats en Afrique ait été trouvée, comme cela a été fait dans le cas de la variole. Le contenu du paragraphe 6.8 du rapport (document A23/P&B/1) lui paraît particulièrement encourageant à cet égard.

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) rappelle que Chypre a été l'un des premiers pays à réaliser l'éradication du paludisme, puisqu'il y est parvenu entre 1945 et 1950, date après laquelle il n'y a plus eu de nouveau cas. L'utilisation du DDT pendant la phase d'entretien ne semble pas avoir comporté de risques pour la vie rurale. Chypre est profondément reconnaissante au FISE de sa décision de continuer à financer les activités que cet organisme exécute conjointement avec l'OMS.

Le Dr AKIM (République-Unie de Tanzanie) constate que presque tout ce qu'il voulait dire a déjà été exprimé par d'autres orateurs, en particulier par ceux qui représentent les pays situés dans la même région épidémiologique. La délégation tanzanienne se félicite de voir que l'OMS a renoncé à sa notion rigide de l'éradication du paludisme et adopté une stratégie plus souple qui présente un grand intérêt pour l'Afrique tropicale, située au coeur du problème mondial, pour ce qui est à la fois de la prévalence de la maladie et de la complexité du problème.

En Tanzanie 10 % des malades hospitalisés sont atteints de paludisme et la transmission se poursuit sans interruption tout au long de l'année dans une grande partie du pays. Tous les plans d'éradication précédents établis conformément aux méthodes de l'OMS ont échoué en raison de difficultés d'ordre économique, technique et opérationnel et la Tanzanie désire intensifier et renforcer les diverses activités de lutte qu'elle exerce depuis le début du siècle. Pour cela, une aide de l'OMS est nécessaire d'urgence.

Un an s'est écoulé depuis que l'Assemblée a recommandé la nouvelle stratégie pour les pays qui, comme la Tanzanie, ne sont pas encore en mesure d'exécuter un programme complet d'éradication. L'OMS devrait faire le maximum pour encourager la lutte antipaludique et la meilleure façon d'aider l'Afrique tropicale serait de promouvoir et d'entreprendre les activités suivantes : élaboration sur la base des connaissances actuelles de programmes de lutte réalisables; recherche opérationnelle en vue d'un meilleur usage des connaissances et des techniques de lutte existantes; recherche appliquée en vue de la solution des problèmes particuliers que posent les activités antipaludiques des pays de cette région.

Le Dr SOUPEKIAN (Iran) déclare que dans le cadre de son nouveau plan actuellement en cours l'ensemble du territoire iranien en est, soit à la phase de consolidation, soit à la phase d'attaque. Les activités de la phase de consolidation touchent quelque 16 millions d'habitants, soit 62 % de la population, et celles de la phase d'attaque 10 millions, soit 38 % de la population (l'Iran compte au total 26 millions d'habitants). Les enquêtes épidémiologiques faites au cours des dernières années ont révélé des progrès significatifs. Le budget annuellement consacré à l'éradication du paludisme s'élève à \$11 millions. Afin de tirer tout le parti possible des crédits ouverts et du personnel disponible, on a décidé d'engager comme fonctionnaires permanents les agents employés aux activités antipaludiques, qui participent maintenant également au programme d'immunisation et de surveillance des maladies transmissibles, après avoir reçu la formation nécessaire. Les effets psychologiques d'une telle politique ont été des plus satisfaisants.

Par ailleurs, le développement du réseau rural de services de santé de base continue comme prévu, et on envisage la possibilité d'intégrer le programme d'éradication du paludisme dans le réseau général des services sanitaires.

Le Dr FOFANA (Mali) félicite le Directeur général de l'excellence de son rapport. Il a noté avec intérêt les travaux de recherche entrepris au Nigéria pour maîtriser le paludisme dans la zone de savane, travaux dont l'aboutissement est attendu avec impatience. Le paludisme est un problème prioritaire et d'importance primordiale pour les pays africains. Il ressort des déclarations des orateurs précédents que toutes les précautions doivent être prises pour éviter la réintroduction de la maladie; c'est pourquoi, pendant longtemps encore, le problème du paludisme demeurera une préoccupation majeure des autorités sanitaires.

Les énormes problèmes d'organisation, d'infrastructure et de financement que pose un programme d'éradication ne permettent pas au Mali d'envisager la mise en route d'un tel programme dans un délai rapproché. Le pays s'emploie cependant à lutter contre la mortalité et la morbidité dues au paludisme par un programme de prévention qui couvre les principaux centres de la région de Niger. Ce programme est intégré aux activités des services ruraux de lutte contre les endémies et la réalisation en est poursuivie par l'infrastructure sanitaire existante dans les zones urbaines. L'espoir qu'avait fait naître la possibilité d'éradiquer le paludisme dans un délai raisonnable avait fait négliger un certain nombre de petits moyens. Il a été ainsi nécessaire de réapprendre aux populations la manière de lutter contre les gîtes larvaires et la valeur de la chimiothérapie. C'est pourquoi la nouvelle stratégie doit mettre l'accent en particulier sur la recherche immunologique. Le délégué du Mali salue l'initiative du Comité mixte FISE/OMS tendant à soutenir les activités antipaludiques dans les pays où l'éradication n'est pas encore jugée réalisable. Sans cette aide, même l'action minimale consistant à protéger les mères et les enfants, en période de haute transmission, poserait d'énormes problèmes à beaucoup de pays africains.

M. LOBO DA COSTA (Portugal) félicite le Directeur général pour son excellent rapport. En 1969 l'éradication du paludisme a progressé moins favorablement qu'au cours de la première moitié de la décennie 1960-1970. La situation s'est aggravée dans certains pays d'Amérique latine; il y a eu une épidémie grave en Asie du Sud-Est, et le paludisme continue à poser un sérieux problème de santé dans plusieurs pays de la Région européenne. A moins d'intensifier la campagne mondiale d'éradication, les avantages acquis risquent d'être reperdus.

Au point de vue technique, la situation est plus favorable qu'elle ne l'était au début de la campagne. La recherche scientifique a permis de mettre au point des méthodes améliorées de diagnostic et des insecticides nouveaux et efficaces; d'autre part, la chimiothérapie et l'immunologie font des progrès. On peut citer d'autres facteurs favorables, tels que le développement économique, l'amélioration des communications et le renforcement de la coopération internationale. Comme l'a dit le représentant du Venezuela à la Conférence de Téhéran, la campagne par insecticides contre les vecteurs est une condition préalable indispensable, notamment dans les pays d'endémicité palustre, au succès de toute campagne d'éradication.

Dans les pays où les conditions géographiques, économiques et culturelles favorisent le paludisme, la réduction de la morbidité et de la mortalité représenterait un premier pas dans la direction de la santé et du progrès. La stratégie de l'éradication doit être modifiée et simplifiée, notamment en ce qui concerne ses aspects opérationnels.

Les provinces européennes du Portugal sont entièrement indemnes de paludisme depuis 1958, mais on a constaté une augmentation progressive du nombre des cas importés - 240 cas en 1967, 1300 en 1968 et 2400 en 1969. Les cas importés étaient dus à Plasmodium vivax alors que l'agent causal local le plus courant est P. falciparum. Le Portugal est maintenant dans la phase d'entretien et la surveillance y fonctionne avec efficacité, conformément aux normes établies par l'Assemblée de la Santé en 1960. Il n'y a eu que 11 cas de recrudescence en 1968 et 10 cas en 1969.

Le délégué du Portugal attend avec intérêt la réunion du Comité d'experts chargé de réexaminer la stratégie de l'éradication et insiste sur la nécessité d'évaluer les problèmes du dépistage actif, en tenant compte du coût et de la difficulté des opérations.

Dans le domaine de la coordination, M. Lobo da Costa souligne le profit tiré de l'accord signé entre l'Espagne et le Portugal.

Se référant à l'annexe 10 des Actes officiels N° 180 il précise que, contrairement à ce qui y est déclaré, le Portugal n'a pas reçu d'aide spéciale de l'OMS pour l'éradication du paludisme, et qu'il n'a pas davantage présenté de demande officielle de certification de l'éradication dans ses provinces européennes.

Le Dr SEPERIZA (Chili) félicite de leur élection le Président et les autres membres du Bureau de la Commission et remercie le Directeur général du rapport intéressant et complet qu'il a présenté dans le document A23/P&B/1.

Bien que le Chili soit à l'heure actuelle indemne de paludisme, le Dr Seperiza comprend parfaitement le danger que ce fléau représente pour l'humanité. Le délégué de la Belgique a fort bien défini la situation lorsqu'il a souligné les effets tout particuliers de la maladie dans les pays en voie de développement, où elle a des répercussions extrêmement graves sur la main-d'oeuvre et par conséquent sur la productivité et le développement économique, sans parler du terrible gaspillage de vies humaines qui en résulte. Aussi la délégation chilienne pense-t-elle que l'OMS devrait attribuer à la lutte contre le paludisme la priorité qui lui revient, et poursuivre sa campagne pour l'éradication totale; la médecine, profession dont la tâche est universelle, devrait mettre en oeuvre tous les moyens dont elle dispose pour relever le niveau de santé dans le monde entier.

Le paludisme sévissait autrefois à l'état endémique dans l'Arica, région de quelque 200 000 habitants, à l'extrême nord du Chili, mais il n'a pas pu s'étendre au sud à cause d'une zone aride bordant la région impaludée, où il n'y avait ni cours d'eau ni eaux stagnantes. Par ailleurs, le Chili a eu le bonheur de bénéficier des services d'un éminent paludologue italien, installé dans le pays depuis de nombreuses années, le Dr Juan Noé, professeur de biologie, connaissant parfaitement tout ce qui touche aux anophélins et à Plasmodium. Vers 1940, avant qu'on ne commence les aspersions de DDT, une campagne vaste et énergique avait été lancée pour assécher les marais des régions impaludées et, selon la technique utilisée en Italie, traiter les gîtes larvaires au kérosène ou au pétrole. La campagne avait été financée grâce à des fonds fournis par le Gouvernement et par le Bureau sanitaire panaméricain. En 1945, les anophèles avaient complètement disparu, mais on a continué à traiter les eaux stagnantes afin d'empêcher une réapparition de la maladie.

Le Professeur OMAR (Afghanistan) félicite le Président et ses collaborateurs de leur élection.

La moitié environ des 16 millions d'habitants de l'Afghanistan vivent dans des régions impaludées et le pays a connu des difficultés particulières dans la province du nord, où le paludisme était autrefois hypoendémique, mais où il était devenu hyperendémique par

suite de l'aménagement de cours d'eau et de canaux d'irrigation fait pour permettre à la population de cultiver le riz, ce qui a complètement modifié l'écologie de la province et a obligé à la ramener de la phase de consolidation à la phase d'attaque. Malheureusement, au cours de la période de 20 ans pendant laquelle le DDT a été utilisé dans la région en question, Anopheles hyrcanus, l'un des deux principaux vecteurs, est devenu résistant, tandis que l'autre, Anopheles pulcherrimus, est en train de devenir indifférent à l'insecticide; en bref, le nombre des cas positifs de paludisme est en augmentation. Il s'agit là d'un problème technique qui exige une stratégie nouvelle.

Le Ministère de la Santé publique consacre le quart de son budget à la lutte contre le paludisme, tout en maintenant l'autonomie financière de l'Institut du Paludisme. On a reconnu la nécessité de doubler le personnel et les moyens de transport, et la province a été divisée en trois zones d'action afin que tous les foyers puissent être traités par l'insecticide aussi rapidement que possible. On a également proposé que le Gouvernement encourage la culture du coton à la place de celle du riz et qu'on remplace le DDT par la dieldrine, bien que cette dernière soit certainement plus coûteuse et plus toxique.

Le délégué de l'Afghanistan remercie l'OMS et en particulier le Dr Taba, Directeur régional, de l'aide apportée à son pays et il exprime l'espoir que le FISE maintiendra également son appui et sa coopération, compte tenu du fait que la vie des mères et des enfants est gravement menacée; il espère que l'AID des Etats-Unis acceptera également de concentrer ses efforts sur des projets sanitaires d'une telle importance.

Le Dr BAHRI (Tunisie) félicite le Président et le Rapporteur de leur élection.

Actuellement, trois années après le début de la campagne d'éradication, la Tunisie en est au stade de la consolidation et de la surveillance; la transmission est pratiquement arrêtée en dépit des graves inondations de l'automne 1969. Ce succès a été obtenu grâce à l'importance de l'infrastructure de base, qui comprend notamment dans toutes les zones rurales de nombreuses équipes de microscopistes capables de poser le diagnostic de chaque nouveau cas dans un délai de huit jours. Le deuxième facteur a été le recours à la lutte antilarvaire conjuguée avec l'aspersion des maisons par des insecticides rémanents, et le troisième facteur la coordination des activités avec celles des pays limitrophes. Un comité permanent a été établi pour coordonner les campagnes menées dans les trois pays du Maghreb. Pour ces raisons, la Tunisie est persuadée qu'elle parviendra en temps voulu à l'éradication totale.

Sir Herbert BROADLEY (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) rappelle que le Dr Bernard, Sous-Directeur général, a parlé dans son discours inaugural des consultations entre l'OMS et le FISE et de leur collaboration pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale révisée de l'éradication du paludisme. Certains orateurs se sont également référés au rapport du Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires que, pour sa part, il s'abstiendra toutefois de commenter, puisque ce rapport doit être soumis à la quarante-sixième session du Conseil exécutif de l'OMS.

Pour donner une idée de la position du FISE en ce qui concerne la nouvelle stratégie de l'éradication du paludisme, Sir Herbert rappelle la déclaration faite par M. Labouisse, Directeur général du FISE, devant le Conseil d'administration de cet organisme, lors de la session qu'il a récemment tenue à New York. M. Labouisse a dit que l'état de chaque campagne antipaludique ferait l'objet d'une appréciation sérieuse et réaliste, non seulement en ce qui concerne ses aspects techniques mais aussi du point de vue des facteurs administratifs, opérationnels et financiers. Le FISE participera à ces réexamens, qui devraient permettre de déterminer si une campagne donnée a de bonnes chances d'aboutir à l'éradication, et dans la négative, quelles autres mesures de lutte il serait nécessaire de prendre. Le FISE continuera à appuyer pendant un laps de temps limité les campagnes offrant de bonnes chances de succès. Pour ce qui est des autres campagnes il retirera progressivement son assistance, en accord avec les gouvernements intéressés, mais il maintiendra une aide limitée à la lutte antipaludique en contribuant au développement des services de santé ruraux, en particulier dans les zones de haute endémicité. Dans les pays où on estime qu'à l'heure actuelle l'éradication du paludisme n'est pas réalisable mais où la maladie représente un risque important pour la santé des mères et des enfants

(comme c'est le cas dans la plus grande partie de l'Afrique), le soutien à la lutte antipaludique se fera par le biais des services de santé ruraux. Une assistance du FISE à de nouveaux programmes d'éradication du paludisme pourra être envisagée lorsque seront réalisées toutes les conditions faisant de l'éradication un but accessible, y compris l'existence d'un réseau adéquat de services de santé ruraux. Cette position correspond aux propositions contenues dans le rapport du Directeur général (document A23/P&B/1) et aux recommandations du Comité mixte des Directives sanitaires.

Lors de la même réunion du Conseil d'administration du FISE, M. Labouisse avait présenté pour approbation de nouvelles recommandations affectant plus de US \$2 500 000 à des campagnes d'éradication du paludisme en cours dans neuf pays de l'Asie du centre-sud, de la Méditerranée orientale et des Amériques. Cette somme est inférieure à certaines affectations de crédits consentis par le FISE au cours des années précédentes, mais elle est en harmonie avec la nouvelle stratégie mondiale. Le représentant du FISE informe à ce propos le délégué de l'Afghanistan que le Conseil d'administration du FISE, lors de la session en question, a été saisi d'une proposition tendant à maintenir en 1971 une contribution substantielle à la campagne d'éradication du paludisme en Afghanistan.

Répondant aux interventions faites au cours du débat général lors de la session du Conseil d'administration du FISE, M. Labouisse a également déclaré que toute diminution temporaire de l'assistance au programme d'éradication du paludisme serait plus que compensée par l'augmentation de l'aide aux programmes de protection maternelle et infantile, aide portant aussi sur les aspects de planification familiale de ces programmes. En 1970, le Conseil d'administration dispose de près de US \$20 millions pour l'ensemble des activités sanitaires. Cet aspect de la coopération entre les deux organisations sera examiné plus en détail lorsque la coopération entre l'OMS et le FISE sera discutée au titre du point 2.16.1 de l'ordre du jour.

Le Dr SAMBASIVAN, Directeur de la Division de l'Eradication du Paludisme, constate que 37 délégués ont pris la parole au cours de la discussion sur l'éradication du paludisme; il est clair, en dépit des doutes exprimés par certaines délégations, que la question continue à susciter un très large intérêt. De nombreux délégués ont présenté des exposés intéressants concernant les programmes en cours dans leur pays, les résultats qu'ils ont obtenus et les problèmes auxquels il se trouvent confrontés, et certaines délégations ont mentionné spécialement les mesures prises par leur gouvernement pour donner effet à la résolution WHA22.39 adoptée par la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé au sujet de la stratégie mondiale révisée de l'éradication du paludisme.

A propos de l'intégration, deux tendances d'opinion se sont dégagées, l'une favorable à une intégration aussi précoce que possible, et l'autre - représentée en particulier par le délégué de la Roumanie - préconisant que l'intégration ne soit tentée que lorsqu'on est parvenu à l'éradication. Le Dr Sambasivan, pour sa part, ne saurait se prononcer en faveur de l'une ou l'autre option : c'est là affaire de jugement, à l'échelon national, en fonction des conditions locales.

Le Dr Sambasivan rappelle l'intéressant exposé fait par le délégué des Pays-Bas sur les difficultés typiques d'ordre administratif, opérationnel, sociologique et financier auxquelles se sont heurtées les opérations de lutte contre le paludisme dans une partie du territoire de Surinam représentant 10 % de la population, et en particulier la difficulté qu'il y a à retenir le personnel dans les zones rurales. De même, le délégué du Venezuela a parlé de la nécessité de limiter la rotation, très importante, du personnel en adoptant de nouvelles mesures d'encouragement à la stabilité. C'est là un problème qui se pose dans de nombreux pays et auquel il faudra certainement trouver une solution si l'on veut garantir l'efficacité des opérations sur le terrain. Les délégués des Pays-Bas et de l'Irak ont l'un et l'autre souligné la nécessité d'une stratégie nouvelle de l'éradication du paludisme, et le Dr Sambasivan espère que ces pays approuveront les recommandations adoptées par la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

Le délégué de l'Irak a en outre formulé plusieurs observations intéressantes sur la nécessité d'une certaine souplesse dans l'introduction de techniques nouvelles et il a souligné les avantages que présente le dépistage passif par rapport au dépistage actif. Le Dr Sambasivan, pour sa part, pense que l'objectif est, dans les deux méthodes, une prompte mise en évidence des cas et que le choix de l'une plutôt que de l'autre dépendra uniquement des conditions locales et des moyens financiers dont on dispose. En ce qui concerne l'annexe 10 des Actes officiels No 180, le délégué de l'Irak a également soulevé la question, très pertinente, de savoir s'il est de quelque intérêt de présenter une liste de pays parvenus à diverses phases de l'éradication du paludisme sans indiquer de façon précise pour chacun d'eux les chiffres de population en cause. Il convient de remarquer à cet égard que les chiffres de population peuvent donner une image inexacte de la réalité; c'est ainsi, par exemple, que sur le total de 690 millions de personnes vivant dans des zones parvenues à la phase d'entretien, plus de 280 millions appartiennent à un seul pays.

Le délégué des Etats-Unis d'Amérique a suggéré que des directives concernant les révisions de la stratégie soient mises au point en consultation avec les autres organismes d'assistance; l'OMS tiendra certainement compte de cet impératif en même temps que la nécessité de la recherche, qui a été également soulignée.

Le délégué de l'Indonésie a rappelé que le paludisme était le problème de santé publique le plus important dans son pays; devant les dépenses énormes que représentent les opérations d'éradication et de lutte contre le paludisme, le Gouvernement indonésien se demande s'il ne serait pas plus avantageux d'affecter à d'autres projets tous les fonds actuellement consacrés à ces opérations. Il semble qu'un dilemme de ce genre ne puisse être résolu qu'en fonction des conditions et des besoins prioritaires particuliers aux pays. Il faut néanmoins espérer que l'Indonésie pourra parvenir à assurer l'appui financier nécessaire à la poursuite des campagnes antipaludiques.

Le délégué de l'Italie a de nouveau évoqué un certain nombre de points intéressants et il a souligné en particulier l'intérêt de la formation et de la recherche. Le Dr Sambasivan a lui-même toujours considéré la recherche comme un élément extrêmement important; le rapport du Directeur général sur la stratégie mondiale révisée de l'éradication du paludisme a bien souligné cet aspect.

Le délégué de l'URSS a fort justement fait observer que jusqu'à présent dix-sept pays seulement envisageaient de réviser leurs programmes d'éradication du paludisme conformément aux recommandations de la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Il n'est pas exact de dire que les autres ont différé leur décision en raison d'un manque d'information de la part de l'OMS. En fait, il s'est écoulé très peu de temps entre la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et la préparation du rapport. L'OMS a fait tout ce qui était en son pouvoir pour informer les gouvernements et la sixième conférence asiatique s'est penchée tout spécialement sur la difficulté d'amener les autorités nationales à saisir tous les prolongements de la stratégie révisée de l'éradication du paludisme. A ce propos, il convient de souligner que chaque fois qu'un programme existant a dû être révisé, c'est précisément à l'élément le moins satisfaisant de ce programme qu'il a fallu donner la priorité. Le délégué de l'URSS a demandé quels seraient les documents mis à la disposition du Comité d'experts de l'éradication du paludisme : il y aura environ 30 documents, outre tous ceux sur lesquels se sont fondées les équipes de révision de la stratégie pour leurs études concernant les différents pays.

Le délégué du Pakistan a indiqué que pour préserver les résultats acquis, son pays se trouvait dans l'obligation de lancer un programme choc de développement des services ruraux de santé qui utiliserait le personnel de l'éradication du paludisme comme personnel polyvalent après une formation appropriée. De nombreuses délégations ont mentionné la question du développement des services de santé de base, mais il ne semble pas qu'il y ait rien de particulier à ajouter sur le sujet. Comme, toutefois, plusieurs orateurs ont mentionné spécialement la question de la recherche, le Dr Sambasivan suggère, si le Président n'y voit pas d'inconvénient, de demander au Dr Lèpes, Chef du service de la Recherche et de l'information technique, de répondre aux diverses questions qui ont été posées.

Le Dr LEPES, Chef du service de la Recherche et de l'information technique pour le paludisme, se bornera à répondre à quelques questions relatives à certains aspects particuliers de la recherche. Tout d'abord, répondant à une question du délégué de la Turquie concernant les observations réunies sur l'embonate de cycloguanil qui est un antipaludique retard, il explique que les essais cliniques et les essais sur le terrain effectués depuis plusieurs années ont montré que ce composé avait une action antipaludique prolongée. L'embonate de cycloguanil, qui est un embonate du métabolite dihydrotriazinique du proguanil, a été employé soit seul sous la dénomination CI-501, soit associé avec un sulfone, la DADDs (diacétamido-4,4' diphénylesulfone) sous la forme d'une préparation connue sous la dénomination CI-564. Pour les essais cliniques, le CI-501 a été administré à la dose de 16,5 mg par kg de poids corporel chez les enfants et de 5 mg par kg de poids corporel chez les adultes. La dose totale administrée a été dans la plupart des cas de 140 mg in toto pour les enfants de six mois à quatre ans, de 280 mg pour les enfants de cinq à dix ans et de 350 mg pour les sujets de plus de dix ans. Le CI-564 a été administré le plus souvent à raison de 88 mg de chaque composé in toto. Pour citer un exemple, une évaluation clinique et des essais sur le terrain ont été faits en 1966 en Nouvelle-Guinée sur plus de 500 individus. Black (1966) a publié les observations qu'il avait faites en Australie sur 24 cas; d'autres auteurs ont rapporté des travaux similaires : McGregor en Gambie en 1966, Clyde au Tanganyika en 1963 puis au Pakistan (comme Contacos à partir de 1965), au Nigéria et au Sénégal, et enfin plus récemment - en 1967 et 1968 - au Guatemala, où ses trois études ont porté au total sur plus de 11 000 individus. De l'ensemble des observations faites, il semble se dégager que l'effet retard de l'embonate de cycloguanil varie selon les espèces de parasites et selon qu'il existe ou non une parasitémie latente chez le sujet lorsqu'on lui administre le médicament. L'efficacité varie également en fonction de la souche locale de l'espèce et selon que le proguanil a déjà été largement utilisé ou non dans la région. D'une façon générale, on a pu obtenir une protection allant jusqu'à six mois dans les cas d'infection à Plasmodium vivax chez des malades ne présentant pas de parasitémie latente au moment où le médicament a été administré. En ce qui concerne P. malariae, la protection pouvait se prolonger jusqu'à cinq mois, et pour P. falciparum elle était de quatre mois environ lorsque P. falciparum n'était pas résistant au proguanil. Dans les cas de résistance de P. falciparum au proguanil, l'association de l'embonate de cycloguanil à la DADDs pouvait conférer une protection de deux à trois mois. Il est clair, toutefois, que l'embonate de cycloguanil, tout en étant un antipaludique retard plein de promesses, comporte un certain nombre de limites notamment lorsqu'une résistance au proguanil est apparue dans la région où l'on veut l'utiliser. Son emploi se heurte par ailleurs à une difficulté que l'éducation sanitaire permettrait peut-être de surmonter : l'injection du produit est très douloureuse, quoiqu'elle le soit beaucoup moins avec la préparation la plus récente qu'elle ne l'était à l'origine. On peut ajouter que l'embonate de cycloguanil pourrait être employé avec profit dans les régions où la saison de transmission est courte et notamment dans les zones à P. vivax où le proguanil n'a pas été très largement employé auparavant. Un certain nombre d'articles ont été publiés sur l'embonate de cycloguanil, mais l'article de Clyde paru dans le Journal of Tropical Medicine and Hygiene (72, 4, avril 1969, pp. 81-85) résume l'ensemble des observations qui ont été relevées.

Le délégué de la Jordanie a posé une question sur l'emploi d'un composé organo-phosphoré, l'Abate (OMS-786), ou sulfure de bis-(thiophosphate de O,O-diméthyle et de O-p-phénylène), qui a été utilisé depuis 1964 à titre expérimental et dans des essais sur le terrain comme larvicide. Pour cet usage, il est apparu comme présentant une très faible toxicité pour les mammifères; une expérience sur les rats albinos de sexe mâle a montré que ces animaux pouvaient supporter une dose extrêmement élevée, soit 8600 mg par kg de poids corporel pour la CL₅₀, tandis que les femelles résistaient à une dose de 1300 mg par kg de poids corporel par voie buccale et à une dose de 4000 mg par kg de poids corporel en administration cutanée. On a constaté en outre qu'utilisé en applications larvicides dans l'eau, il n'exerçait qu'une action toxique très faible sur les poissons. En ce qui concerne la toxicité sur l'être humain, des expériences pratiquées sur des volontaires ont montré que l'homme pouvait supporter facilement

jusqu'à 265 mg d'Abate par jour pendant cinq jours sans effet toxique. De plus, une dose quotidienne de 64 mg pendant quatre semaines n'a entraîné aucune manifestation toxique. Selon un rapport de 1968 par Mihdadi concernant des observations faites en Jordanie, l'Abate s'est révélé efficace contre un certain nombre d'anophèles tels que A. claviger, A. d'thali, A. multicolor, A. turkhudi, A. sergenti et superpictus et contre l'espèce Culex à raison de 62,5 g par hectare. D'autres essais ont été faits au Pakistan oriental et au Nigéria tant sur le terrain qu'en laboratoire, et aux Etats-Unis sur A. quadrimaculatus. En ce qui concerne l'Afrique, il est apparu qu'un dosage de 0,0006 partie par million est suffisant pour la CL₅₀ sur les larves de A. gambiae. Dans la plupart des cas, toutefois, le produit a été employé à la dose de une partie par million. En résumé, on peut dire que l'Abate est un larvicide prometteur et qu'il sera certainement utilisé plus largement non seulement dans les essais sur le terrain mais aussi dans le cadre de certains programmes de destruction des moustiques. Il existe sur le marché sous plusieurs formes : concentré émulsifiable - déjà très connu - solution huileuse (cette préparation exigeant l'association avec des solvants en raison de sa faible solubilité), granules et enfin poudre dispersable dans l'eau.

Passant à la question de la recherche fondamentale sur le paludisme, le Dr Lepes indique que l'OMS est convaincue de son importance. Au début, le programme de recherche visait surtout à définir une méthodologie qui serait immédiatement applicable à l'éradication du paludisme, mais au cours des douze années qui ont suivi, les activités de recherche ont été en fait converties pour la plupart en activités de recherche fondamentale. Il est sans nul doute urgent de poursuivre la recherche sur l'immunité paludique, et l'attention accrue dont a bénéficié cette question a entraîné des progrès considérables au cours des dernières années, tant en ce qui concerne la compréhension des mécanismes immunitaires chez l'homme et de l'élaboration des anticorps que la mise au point de techniques qui doivent aboutir un jour à la vaccination contre le paludisme. Le Professeur Corradetti a parlé d'une de ses expériences, au cours de laquelle il est parvenu, avec un fractionnateur de cellules Ri-Bi, à préparer un antigène conférant une protection d'au moins 90 jours contre une espèce homologue; il a montré comment on pouvait obtenir un antigène qui, s'il n'est pas absolument pur et déshydro-soluble, peut néanmoins provoquer la formation d'anticorps protégeant l'animal contre des espèces homologues. Au cours des deux dernières années, de grands progrès ont été accomplis dans la voie de la vaccination contre le paludisme et si, sans aucun doute, de nombreux problèmes restent encore à résoudre, on se trouve désormais devant une entreprise encourageante. Un groupe consultatif doit se réunir dans le courant de l'année pour étudier la question et préparer la voie qui conduira au succès final.

La séance est levée à 17 h.35.