



GROUPE CONSULTATIF SUR LA
STRATEGIE DE L'ERADICATION
DU PALUDISME

Genève, 17-21 mars 1969

RESUME ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES DE L'ETUDE ENTREPRISE
POUR DETERMINER LA VALEUR DES SYSTEMES DE VIGILANCE ACTUELLEMENT APPLIQUES
DANS LES PAYS OU SECTEURS EN PHASE D'ENTRETIEN

Cette étude effectuée d'octobre 1968 à mars 1969 a été réalisée par une équipe de l'OMS composée d'un paludologue* et d'un administrateur de santé publique**. Elle a porté sur un certain nombre de pays appartenant à diverses régions et elle a eu spécifiquement pour objets :

- (a) d'évaluer dans chaque pays l'organisation en place et les moyens disponibles ainsi que l'utilisation qui peut en être faite pour l'entretien de l'éradication réalisée;
- (b) de déterminer l'efficacité avec laquelle l'organisation existante peut assurer l'entretien de l'éradication compte tenu de la situation épidémiologique concrète et des autres besoins sanitaires prioritaires du pays; et
- (c) d'apprécier le niveau de formation du personnel et la qualité des services épidémiologiques de l'administration de la santé publique.

Les données fondamentales et les observations afférentes aux différents systèmes étudiés ainsi que des conclusions préliminaires sont résumées ci-après :

1. INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUES FONDAMENTALES

Ces informations sont résumées dans le Tableau No. 1. Dans tous les pays étudiés, la période de fonctionnement du système de vigilance prise en considération pour l'étude a été d'au moins trois années. Sur les neuf pays ou régions étudiés, le potentiel paludogène moyen résultant de la combinaison du degré de réceptivité et du degré de vulnérabilité a été considéré dans six cas comme étant faible, dans trois comme étant modéré. Il résulte de ces observations que l'épreuve de la valeur des systèmes, étudiée dans de telles situations épidémiologiques

* Dr G. Houel, Planification et Exécution du Programme, Division de l'Eradication du Paludisme, OMS

** Dr P.R.J. Tassin, Administration de la Santé publique, Division des Services de Santé publique, OMS



TABLEAU NO 1. INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUES FONDAMENTALES

Pays et districts étudiés	Période d'observation	Population intéressée par l'étude	Réceptivité moyenne	Vulnérabilité moyenne	Potentiel paludogène moyen	Reprise de la transmission
MACEDOINE	1965-1968	1 406 000	modérée	faible	faible	nulle
TRINITE ET TOBAGO	1965-1968	748 436	modérée modérée	faible faible	faible faible	nulle modérée
JAMAIQUE	1965-1968	1 609 814	modérée	faible	faible	nulle
CEYLAN*	1964-1967	1 939 843	faible	forte	modéré	modérée
<u>INDE:</u>						
KERALA (KOZHIKODE DISTRICT)	1964-1968	2 710 406	modérée	faible	faible	nulle
MADRAS (NORTH ARCOT DISTRICT)	1964-1968	3 570 000	modérée	modérée	modéré	nulle
UTTAR PRADESH:						
1. BARBANKI DISTRICT	1965-1968	1 380 000	faible	faible	faible	faible
2. RAIBARELI DISTRICT	1965-1968	1 411 543	modérée	modérée	modéré	modérée

* Situation existante en 1966.

particulièrement favorables n'est pas absolument probante en cas de succès. Ces conditions sont dues sans doute au fait que l'éradication du paludisme a été le plus souvent réalisée dans des pays ou des régions où le potentiel paludogène est actuellement faible ou modéré. Sur les neuf pays ou secteurs étudiés, le succès du maintien de l'éradication du paludisme, démontré par l'absence de preuve de reprise de la transmission, a été constaté dans cinq pays ou régions (Macédoine, la Trinité, Jamaïque, Kerala, Madras) et l'échec dans quatre pays ou régions (Tobago, Ceylan et deux districts dans l'Etat d'Uttar Pradesh).

2. INFORMATIONS FONDAMENTALES SUR LES SERVICES DE LA SANTE PUBLIQUE
(cf Tableau 2)

(a) A l'exception de la Jamaïque, dont le plan en est aux prémices, les autres pays étudiés ont un plan sanitaire national, secteur d'un plan de développement économique et social. Ces plans sont plus ou moins élaborés et surtout plus ou moins appliqués, la machinerie et les textes législatifs nécessaires à leur exécution faisant le plus souvent défaut. Les priorités qu'ils établissent sont généralement fondées sur des critères vagues, mais il n'en reste pas moins que le paludisme après avoir occupé la première place pendant les phases d'attaque et de consolidation a rétrogradé au deuxième rang au profit de la protection maternelle et infantile, terme qui recouvre le plus souvent en fait, les activités de planning familial : c'est le cas à Ceylan et en Inde (où à Uttar Pradesh le paludisme vient même en troisième position après l'enseignement médical et para-médical). En Macédoine, il s'agit réellement de protection maternelle et infantile destinée à réduire le taux de mortalité infantile qui est encore élevé. Dans cette seconde position dans l'ordre des priorités, le paludisme ne figure d'ailleurs que parmi les autres maladies transmissibles parfois le "primus inter-pares".

Cependant, et paradoxalement, le paludisme est l'objet d'un effort toujours considérable dans le domaine budgétaire, compte tenu des ressources de ces pays, même si cet effort est encore insuffisant il est toujours supérieur à l'effort consenti pour le développement des services de santé de base. Ceux-ci n'arrivent généralement qu'aux environs de la cinquième position. A la Trinité et Tobago, le paludisme n'a pas été inclus dans la liste des priorités, ainsi que la variole et la fièvre jaune, parce qu'il n'y eut "ni cas, ni morts dus à ces causes durant la période où le plan fut élaboré". Cependant, une haute priorité est attachée aux activités spécifiques nécessaires à l'entretien de l'éradication du paludisme et l'effort consenti du point de vue budgétaire est hors de proportion avec le but à atteindre, encore qu'il soit impossible de ventiler ce qui revient au paludisme et ce qui revient au contrôle d'Aedes aegypti dans leur budget commun.

(b) Il est particulièrement frappant de constater, alors qu'on parle tant d'intégration des campagnes de masse spécialisées dans les services de santé généraux, combien peu souvent et peu complètement intégrées sont les activités

TABLEAU No 2. INFORMATIONS FONDAMENTALES SUR LES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

Pays ou Districts Etudié	Priorité accordée au paludisme par le plan san. nat.	Intégration de la médecine préventive et curative		Couverture par les services de santé généraux				Budget pour l'entretien	
		Degré	Niveaux	Dans l'espace	Dans le temps	Personnel des services généraux de santé publique		Palud.	SCSP
						1	2		
MACEDOINE	No. 2	Totale	Tous	Adéq.	Adéq.	Adéq.	Adéq.	Adéq.	Adéq.
TRINITE	Haute (hors liste)	Nulle	-	Adéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.
TOBAGO	Haute (hors liste)	Nulle	-	Adéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.
JAMAIQUE	Pas de Plan	Nulle	-	Adéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.
CEYLAN	No. 2	Partielle	Intermédiaire et Périphérique	Adéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	-	-
KERALA	No. 2	Partielle	Tous	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.
MADRAS	No. 2	Partielle	Périphérique	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Adéq.	Inadéq.
UTTAR PRADESH	No. 3	Partielle	Périphérique	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.	Inadéq.

1. Quantité
2. Formation pour la vigilance

préventives et curatives au sein de ces services. Il peut paraître paradoxal de vouloir intégrer quelque chose à autre chose qui ne l'est pas. Ceci n'est cependant pas impossible et représente même un fait d'observation courante car le dépistage passif des cas de paludisme peut être intégré aux activités des institutions curatives (dispensaires, consultations externes des hôpitaux), tandis que le dépistage actif peut être partie des fonctions du personnel des institutions préventives (centres de santé), mais cette pratique n'est certes pas recommandable car aux difficultés habituelles inhérentes à la supervision si importante et si souvent insuffisante, se joignent les graves inconvénients d'une supervision parallèle et d'une autorité bicéphale.

(c) La couverture de la population par les services de santé de base est, à l'exception de la Macédoine, insuffisante. Cette insuffisance est due à cinq facteurs principaux :

- le nombre d'institutions préventives et curatives impliquées dans le dépistage des cas,
- la distribution géographique de ces institutions par rapport à la distribution de la population,
- le personnel en terme quantitatif,
- la formation de ce personnel, plus particulièrement pour les activités relevant de la vigilance,
- l'organisation et l'administration des services disponibles.

En bref, on peut dire que les critères de la couverture totale sont remplis en Macédoine. Dans les Iles (Caraïbes et Ceylan), la couverture est insuffisante en raison de différences dans le nombre et la formation du personnel ainsi que dans l'organisation et l'administration des ressources disponibles. Dans les trois états indiens, l'insuffisance de la couverture résulte du nombre d'institutions sanitaires, de leur mauvaise distribution géographique, du nombre et de la formation du personnel.

2.1 Services généraux d'épidémiologie.

Les données afférentes à ces services sont résumées dans le tableau 3.

TABLEAU No 3.

Pays	Niveaux d'organisation	Personnel		Qualités des services
		quantité	qualifi- cation	
Macédoine	tous	adéq.	adéq.	adéq.
Trinité & Tobago	aucun	-	-	-
Jamaïque	aucun	-	-	-
Ceylan	central seulement	adéq.*	adéq.*	adéq.*
Kérala	intermédiaire	inadéq.	adéq.	?
Madras	aucun	-	-	-
Uttar Pradesh	central & interm.	inadéq.	?	?

* au niveau où ils existent évidemment.

Ce tableau est éloquent en soi. En Macédoine, le service d'épidémiologie générale existe et est convenablement structuré. Partout ailleurs, dans les pays visités et même s'il est prévu dans les plans nationaux, ce service n'existe pas encore ou consiste en une section centrale qui commence parfois à se ramifier à l'échelon intermédiaire mais qui manque d'échelon inférieur structuré pour pouvoir faire un travail épidémiologique valable.

Cette déficience n'échappe pas aux autorités mais n'est peut-être pas appréciée à sa juste valeur. Les services spécialisés (paludisme, tuberculose, lèpre, etc.) font leur propre épidémiologie, de manière plus ou moins satisfaisante et il est généralement envisagé soit de développer un service d'épidémiologie générale à partir de l'un d'eux, notamment du paludisme, soit à partir de leur consolidation. L'importance d'une solide formation épidémiologique échappe peut-être en partie aux autorités sanitaires de ces pays.

3. DISPOSITIONS ACTUELLES POUR ASSURER EFFECTIVEMENT L'ENTRETIEN DE L'ERADICATION DU PALUDISME
- 3.1 Intégration du service national d'éradication et des services généraux de santé publique.

Les données y-relatives sont groupées dans le tableau suivant :

TABLEAU No 4.

Pays	Niveaux d'intégration dans les services généraux de la santé publique	Degré d'intégration aux niveaux intéressés	Personnel intégré		Supervision des activités de vigilance intégrées dans les S.G.S.P.**
			Quantité	formation en santé publique	
Macédoine	tous	totale	adéq.	adéq.	adéquate
Trinité	aucun	-	-	-	-
Tobago	aucun	-	-	-	-
Jamaïque	aucun	-	-	-	-
Ceylan*	aucun	-	-	-	-
Kerala	tous	totale	inadéq.	inadéq.	inadéquate
Madras	intermédiaire et périphérique	partielle	inadéq.	inadéq.	inadéquate
Uttar Pradesh	tous	partielle	inadéq.	inadéq.	inadéquate

* Situation qui existait pendant la phase d'entretien de 1964 à 1967.

** S.G.S.P. = Services généraux de santé publique.

Ce tableau est en majorité conforme à ce que l'on pouvait s'attendre à la lecture du tableau No 2. C'est ainsi que la Trinité et Tobago, la Jamaïque et Ceylan, au moment où certaines zones étaient entrées en phase d'entretien n'ont pas intégré leur activité de vigilance avec les services généraux de santé publique et ceci, eu égard à l'état du développement des services de santé de base, paraît justifié. En revanche, la Macédoine est un bon exemple de l'avantage que présente l'intégration des activités de vigilance dans un réseau de services de santé de base bien développé.

Dans les trois pays de l'Inde, l'intégration est partielle soit qu'elle ait été effectuée à certains niveaux seulement, soit qu'elle se soit faite à tous les niveaux, mais d'une manière limitée en termes de polyvalence.

L'intégration immédiate et complète n'étant pas là non plus recommandable étant donné le niveau de développement des services de santé de base, les essais partiels et progressifs et de développement contrôlé de la polyvalence des fonctions des travailleurs de santé de base méritent d'être suivis avec attention.

La formation des travailleurs venus des services du paludisme en vue d'exercer d'autres fonctions dans d'autres domaines de la santé publique, laisse jusqu'à présent, beaucoup à désirer. Elle se réduit essentiellement à un entraînement en service sur le terrain.

3.2 Systèmes de vigilance actuellement en vigueur dans les pays étudiés.

Ces systèmes sont décrits dans le tableau suivant :

TABLEAU No 5.

Pays	Dépistage passif		Dépistage actif et fréquence		Conforme à la situation épidémiologique	Conforme au niveau de développement des services gén. de S.P.
	intégré	non intégré (activé)	intégré	non intégré		
Macédoine	oui	-	-	-	oui	oui
Trinité	-	oui	-	bisannuel	non	oui
Tobago	-	oui	-	bisannuel	non	oui
Jamaïque	-	oui	-	-	oui	oui
Ceylan	oui	-	-	-	oui	oui
Kerala	oui	-	mensuel	-	oui	oui
Madras	-	oui	-	mensuel	oui	oui
Uttar Pradesh	oui	-	mensuel	-	oui	oui

Il est remarquable que dans tous les pays étudiés, le système adopté soit approprié au niveau actuel de développement des services généraux de la santé et qu'il ne soit pas conforme à la situation épidémiologique dans un seul pays (Trinité et Tobago). Le dépistage passif qui est complètement activé dans trois pays (Trinité et Tobago, Jamaïque, Madras) existe dans tous les pays ou régions étudiés. Dans les quatre pays où il est adopté, le dépistage actif n'est intégré aux activités de la médecine préventive que dans deux (Kerala et Madras).

3.3 Données afférentes à l'évaluation de l'organisation générale actuelle des services de la vigilance.

Ces données sont résumées dans le Tableau No 6.

Il est à noter que dans l'ensemble des pays étudiés, les principales activités de la vigilance ont été planifiées d'une façon adéquate. Il n'en est cependant pas de même pour les activités suivantes : observations entomologiques et éducation sanitaire dont la planification est déficiente dans tous les pays. Les activités entomologiques sont soit inexistantes soit inappropriées. C'est là une importante lacune étant donné le rôle capital qu'elles doivent jouer dans la détermination de la réceptivité. Il en est de même pour l'éducation sanitaire indispensable pour entretenir tant dans le public que dans le corps médical l'idée d'un retour possible du paludisme et l'intérêt des mesures de vigilance. Les dispositions prévues pour la supervision, en particulier à l'échelon le plus périphérique, sont considérées comme inadéquates dans trois cas (Ceylan, Kerala, Uttar Pradesh).

4. EVALUATION DES OPERATIONS DE VIGILANCE

Elle est résumée dans les Tableaux Nos 7 et 8.

Sur les quatre pays ou régions où il existe (Trinité et Tobago, Kerala, Madras et Uttar Pradesh) le dépistage actif n'a été jugé adéquat que dans un seul (Madras). Le dépistage passif qui fonctionne dans tous les pays, n'est considéré comme satisfaisant que dans deux pays (Macédoine et Jamaïque), l'examen des lames que dans quatre cas (Macédoine, Jamaïque, Kerala, Madras), le contrôle des laboratoires et des lames que dans quatre cas (Macédoine, Jamaïque, Kerala, Madras).

Les enquêtes épidémiologiques et l'application des mesures correctives sont jugées adéquates dans cinq pays (Macédoine, Trinité et Tobago, Jamaïque, Kerala, Madras).

Les observations entomologiques et l'éducation sanitaire n'ayant pas été planifiées comme il le faut, leur exécution n'est pas satisfaisante eu égard aux besoins de la vigilance.

TABLEAU N° 6 - EVALUATION DE L'ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES DE LA VIGILANCE

Pays ou district	Notification des cas	Enquêtes épidémiologiques	Observations entomologiques	Examen des lames et laboratoires	Contrôle des examens des lames	Mécanisme des mesures correctives	Supervision générale des activités de vigilance	Éducation sanitaire
MACEDOINE	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate
TRINITE ET TOBAGO	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate
JAMAIQUE	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate
CEYLAN *	adéquate	adéquate	inadéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	inadéquate	inadéquate
KERALA	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate	inadéquate
MADRAS	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate
UTTAR PRADESH	adéquate	adéquate	inadéquate	adéquate	adéquate	adéquate	inadéquate	inadéquate

* Situation existante en 1966

TABLEAU NO 7 EVALUATION DES OPERATIONS DE VIGILANCE (a)

Pays ou districts	Dépistage actif		Dépistage passif		Examen des lames		Contrôle des laboratoires et des examens	Notification des cas
	quant.	qualit.	quant.	qualit.	délai	qualit.		
MACEDOINE	-	-	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	adéquat	adéquate
TRINITE ET TOBAGO	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	adéq.	inadéquat	adéquate
JAMAÏQUE	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	adéq.	adéquat	adéquate
CEYLAN *	-	-	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	adéquat	adéquate
KERALA	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	adéq.	inadéquat	adéquate
MADRAS	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	adéq.	adéq.	adéquat	adéquate
UTTAR PRADESH	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	adéq.	inadéq.	inadéquat	adéquate

* Situation existante en 1966

TABLEAU NO 3 EVALUATION DES SERVICES DE VEIGILANCE (b)

Pays ou districts	Enquêtes épidémiologiques		Application des mesures correctives		Observations entomologiques		Education sanitaire
	délat	qualit.	délat	qualit.	quant.	qualit.	
MACEDOINE	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
TRINITE ET TOBAGO	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
JAMAIQUE	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
CEYLON *	adéq.	inadéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
KERALA	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
MADRAS	adéq.	adéq.	adéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate
UTTAR PRADESH	adéq.	inadéq.	adéq.	inadéq.	inadéq.	inadéq.	inadéquate

* Situation existante en 1966

5. MESURES POUR PREVENIR LA REINTRODUCTION DU PALUDISME DANS LES PAYS

Ces mesures sont résumées dans le tableau suivant :

TABLEAU No 9.

Pays	Informations d'origine nationale ou internationale	Interception des visiteurs suspects d'être infectés	Coordination avec les services d'immigration	Avertissement aux voyageurs internationaux arrivant dans le pays
Macédoine	inadéquate	oui	non	non
Trinité & Tobago	inadéquate	oui	non	oui
Jamaïque	inadéquate	oui	oui	non
Ceylan	inadéquate	oui	non	non
Kérala	inadéquate	oui	oui	oui
Madras	adéquate	oui	oui	oui
Uttar Pradesh	adéquate	oui	oui	non

Il a été observé qu'un effort est fait dans tous les pays pour prendre certaines mesures propres à prévenir la réintroduction du paludisme. En particulier, dans tous les pays, les individus suspects parce qu'ils proviennent de pays ou de régions infectés font l'objet d'un examen sanguin.

Les fonctionnaires responsables au niveau intermédiaire ou périphérique des services de la vigilance ne sont pas suffisamment bien informés de la situation épidémiologique existante dans les districts ou les pays voisins, particulièrement en ce qui concerne l'évolution du potentiel paludogène.

Les voyageurs internationaux susceptibles de contracter le paludisme ou de l'importer dans les pays ne font l'objet d'un avertissement systématique que dans trois pays (Trinité et Tobago, Kérala et Madras).

6. FACTEURS DE SUCCES DE LA VIGILANCE

6.1 Le niveau du potentiel paludogène, qui a été trouvé faible ou modéré dans les pays où le maintien de l'éradication est considéré comme une réussite, a certainement contribué dans une certaine mesure à ce succès (Macédoine, Trinité, Jamaïque, Kérala, Madras). A la Trinité, ce facteur explique sans doute le succès de la vigilance malgré les nombreuses insuffisances constatées dans le mécanisme de celle-ci.

6.2 Le niveau de développement des services généraux de la santé publique a été le principal facteur de succès de la vigilance en Macédoine, en particulier la complète intégration de la médecine préventive et curative et l'existence d'un bon service général d'épidémiologie. A la Trinité et à la Jamaïque, ce facteur a été secondaire, le système de vigilance en vigueur n'étant pas intégré avec les services généraux de la santé publique dont il n'utilise que les facilités physiques. Dans les états du Kérala et de Madras, ce facteur n'a pu influencer le succès de la vigilance, car le développement des services généraux de la santé publique est insuffisant eu égard aux besoins de la vigilance.

6.3 L'existence d'une organisation verticale et non intégrée avec les services généraux de la santé publique a été un facteur de succès important dans trois pays sur cinq (Trinité, Jamaïque, Madras). Ces pays ont conservé le personnel expérimenté qui a participé à la campagne d'éradication ainsi que des moyens d'action autonome importants.

6.4 Le bon fonctionnement des laboratoires, la rapidité de la notification des cas, la promptitude et la qualité des enquêtes épidémiologiques, la célérité et l'efficacité des mesures correctives ont été des facteurs importants du succès de la vigilance. Ils ont sans doute le plus contribué aux succès dans les pays où les insuffisances de dépistage des cas étaient associées à un faible potentiel paludogène (Trinité et Kérala).

7. FACTEURS D'INSUCCES DE LA VIGILANCE

7.1 L'insuffisance de la planification de la vigilance n'a été un facteur d'échec que dans deux cas (Tobago et Ceylan).

7.2 L'insuffisance de développement des services généraux de la santé publique n'a contribué à l'échec de la vigilance que lorsque le système de vigilance est intégré à ces services (Uttar Pradesh). Dans ce cas, elle est surtout responsable de l'insuffisance du dépistage passif et du dépistage actif, qui sont les opérations les plus intégrées. Les autres opérations de la vigilance, qui relèvent de mécanismes moins intégrés sont moins sensibles à cette insuffisance.

7.3 Le défaut de coordination entre le service national de l'éradication du paludisme et les services généraux de santé publique n'a été une cause d'échec que dans un seul pays (Ceylan).

7.4 L'insuffisance du dépistage des cas (passif et/ou actif), due le plus souvent à une supervision défectueuse, a été une des principales causes d'échec dans trois cas (Ceylan, Tobago, Uttar Pradesh).

7.5 Une organisation inadéquate des laboratoires ou des examens erronés des lames ont contribué à l'insuccès de la vigilance dans les trois pays précités.

7.6 Les défauts constatés dans l'exécution des enquêtes épidémiologiques dans deux pays (Ceylan et Uttar Pradesh) sont un autre facteur d'échec.

8. CONCLUSIONS GENERALES

La valeur des principes généraux se rapportant aux impératifs techniques, opérationnels et administratifs du maintien de l'éradication, qui sont exposés dans le douzième rapport du Comité d'experts du Paludisme¹, a été vérifiée par l'expérience de plusieurs années de la phase d'entretien dans les pays étudiés. Néanmoins, l'application de ces principes se heurte à un certain nombre de difficultés, variables selon les conditions locales.

La première de ces difficultés réside dans les modalités de l'intégration des activités de vigilance avec les activités des services généraux de santé publique. En effet, si l'intégration reste souhaitable et demeure le but ultime à plus ou moins longue échéance, il ne faut pas en revanche vouloir intégrer à tout prix et à n'importe quel moment. La précipitation et le manque de planification dans ce domaine peuvent conduire à des catastrophes. Le fait qu'un programme d'éradication du paludisme soit arrivé à la phase d'entretien ne doit pas entraîner automatiquement son intégration. Il faut, si le développement des services de santé de base n'a pas été planifié en fonction des besoins de vigilance - ce qui est généralement le cas, faire une étude précise et approfondie du stade de développement de ces services. L'étude doit porter plus particulièrement sur l'application pratique, l'exécution, le rendement des services fournis par les différentes institutions sanitaires et les services d'épidémiologie.

Comme il a été mentionné plus haut, il est recommandé d'intégrer a priori les services préventifs et curatifs au sein des services généraux de santé publique. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler que dans des pays aux ressources limitées et où les besoins en soins se multiplient et sont insatisfaits, une telle intégration risque de se faire aux dépens des services préventifs, débordés et finalement négligés au profit de la demande toujours plus pressante des services de soin. Le manque d'esprit de santé publique de la profession médicale et paramédicale est un facteur aggravant auquel il est difficile de remédier.

Dans de telles conditions, une intégration limitée et progressive, basée sur l'expérimentation, impliquant l'adjonction successive d'activités supplémentaires aux activités fondamentales des travailleurs de santé de base est à considérer.

Une autre de ces difficultés d'application de ces principes est l'insuffisance de la connaissance et de l'exploitation du potentiel paludogène. Celui-ci qui est la résultante de la réceptivité et de la vulnérabilité existantes dans une zone donnée, s'est révélé un facteur primordial de la stratégie de la vigilance. L'étude de sa dynamique laisse à désirer dans la majorité des pays étudiés à cause de l'ignorance du concept lui-même et des méthodes pour en apprécier l'incidence. En particulier, l'étude de la réceptivité mériterait une meilleure approche grâce

¹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1966, 324.

à l'application de critères entomologiques bien définis et pratiques. Le personnel responsable des services d'épidémiologie de la vigilance devrait être mieux informé de l'importance du concept de potentiel paludogène et entraîné aux nouvelles méthodes d'étude de la vulnérabilité et de la réceptivité.

La connaissance du potentiel paludogène et de sa dynamique devrait être mieux exploitée non seulement pour la planification de la vigilance, mais encore pour une adaptation continue de celle-ci aux variations toujours possibles de la situation épidémiologique. Dans les pays disposant de ressources limitées, une meilleure rationalisation des systèmes de vigilance basée sur une étude approfondie du potentiel paludogène pourrait conduire à des formules plus économiques. Par exemple, le développement prioritaire des services de santé de base dans les zones à potentiel paludogène très faible permettrait peut-être dans les régions où le dépistage actif est nécessaire en raison du développement insuffisant des services de santé, de supprimer ce dernier dans ces zones. D'autres priorités sanitaires y trouveraient par la même occasion leur profit.