

a 60912

WORLD HEALTH
ORGANIZATIONCONFERENCE SUR LE PALUDISME -
EUROPE DU SUD-ESTBelgrade, 12-14 décembre 1955ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉWHO/Mal/161
EURO/107

2 février 1956

ORIGINAL: FRANCAIS



RAPPORT

Une conférence sur le paludisme a eu lieu à Belgrade du 12 au 14 décembre 1955 sous les auspices communs du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Gouvernement yougoslave. Les participants avaient été envoyés par les Gouvernements des pays suivants: Albanie, Bulgarie, Grèce, Roumanie, Turquie et Yougoslavie.¹

Dans une allocution de bienvenue, le Dr V. Djukanović, Secrétaire de la Commission yougoslave de coopération avec les Organisations sanitaires internationales, rendit hommage à l'effort de coopération internationale dont la Conférence représentait l'aboutissement. Il se référa à la Résolution WHA8.30 de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur l'éradication du paludisme et forma des vœux pour que la réunion constitue un apport de plus au travail constructif de l'OMS.

Au nom du Directeur général de l'OMS et du Directeur du Bureau régional de l'Europe, le Dr W. Bonne souhaita plein succès à la Conférence.

Le Professeur Č. Simić fut élu Président de la Conférence à l'unanimité, et un Comité de rédaction fut nommé.²

Les discussions techniques s'ouvrirent par un exposé de chaque délégation sur l'histoire de la lutte contre le paludisme et sur la situation actuelle dans les divers pays.

¹ Voir liste des participants, page 10

² Voir Comité de rédaction, page 11

Les six pays représentés à la Conférence, contigus du point de vue géographique, ont certaines affinités paludologiques; dans tous, les trois espèces principales de Plasmodium existaient, le paludisme saisonnier a constitué un facteur important de morbidité et de mortalité, et un facteur non moins important de détérioration sociale et économique. Les mêmes vecteurs sont représentés (A. sacharovi (elutus), le groupe de A. maculipennis et A. superpictus) à quelques exceptions près, dans chacun d'eux. Dans tous ces pays également, les administrations sanitaires s'étaient préoccupées, entre les deux guerres, d'organiser la lutte antipaludique de manière plus ou moins intense, et avaient obtenu des succès partiels, mais qui ne permettaient pas de prévoir l'extension de la campagne à tout le territoire. Ce n'est qu'après l'introduction du DDT que les Gouvernements purent enfin établir des programmes de lutte à l'échelle nationale. C'est en 1946 et 1950 (Grèce et Turquie, 1946, Albanie et Yougoslavie, 1947, Roumanie, 1949, Bulgarie, 1950) que l'emploi du DDT devint la méthode de choix dans ces différents pays, et les effets furent ^{partout} spectaculaires comme on devait s'y attendre, étant donné les affinités épidémiologiques auxquelles il a été fait allusion.

Tous les participants ont donné des indications sur la morbidité avant l'utilisation du DDT à effet rémanent et au cours de ces dernières années. Ainsi, en Albanie jusqu'en 1933 et en Bulgarie jusqu'en 1930, on pouvait compter environ un demi-million de cas de paludisme par an. Or, pendant les dix premiers mois de 1955, on n'a enregistré que 1.221 cas, hématologiquement confirmés, en Albanie et 662 seulement en Bulgarie. En Grèce, où certaines années, le nombre des cas de paludisme enregistrés atteignait jadis 1.200.000, on n'a dépisté en 1952 que 408 cas confirmés à l'examen hématologique. En Roumanie, où en 1948 on comptait 338.198 cas de paludisme, au cours des dix premiers mois de l'année 1955, on n'en a enregistré que 325, dont 215 cas hématologiquement confirmés. En Turquie, le taux des hospitalisations dues au paludisme qui était de 8,6% en 1940 n'était plus que de 0,6% en 1954. Enfin en Yougoslavie, le nombre de cas de paludisme, qui s'élevait approximativement à un million en 1935, était tombé à 796 en 1953. En d'autres termes, dans les six pays du sud-est de l'Europe, le paludisme qui, avant les premières pulvérisations du DDT, atteignait quatre à cinq millions de personnes

par an, n'en frappe aujourd'hui que quelques milliers, et ne cause plus, semble-t-il, qu'un très petit nombre de décès.

Toutes les délégations ont déclaré que leur Gouvernement désire procéder à l'éradication définitive du paludisme avant une éventuelle apparition de la résistance chez les anophèles, résistance déjà constatée en Grèce et ailleurs.

Les insecticides à effet rémanent ont été utilisés par les divers pays dans les proportions suivantes:

DDT à la dose de $2\text{g}/\text{m}^2$, soit en solution dans le pétrole, soit en émulsion.

HCH, à la dose de 0,25 à 0,30 g d'isomère gamma par m^2 .

Depuis une date plus récente, en Grèce, chlordane à la dose de $1,3\text{g}/\text{m}^2$ ou dieldrine $0,5\text{g}/\text{m}^2$.

Ces produits ont été appliqués une, deux et jusqu'à trois fois par an. Des doses plus faibles - $1\text{g DDT}/\text{m}^2$ - ont été utilisées en Yougoslavie.

Certains pays comme la Roumanie et la Bulgarie ont commencé par traiter les zones à forte endémicité avant de s'attaquer aux zones limitrophes à endémicité faible, alors que d'autres pays ont commencé d'emblée le traitement de toutes les agglomérations d'une zone donnée.

Outre le traitement intégral par pulvérisations, la Roumanie et la Bulgarie ont expérimenté, à petite échelle d'abord, puis sur des zones entières le système des barrières d'insecticides appliquées à la périphérie de grandes collectivités, ou dans les zones limitrophes à faible endémicité, en suspendant parfois les pulvérisations dans les zones où l'on n'enregistre plus de cas depuis 2 ou 3 ans.

En Roumanie et en Bulgarie également, on pratique aussi les pulvérisations "en foyer", c'est-à-dire l'application d'insecticides dans l'habitation du malade et dans quatre ou cinq habitations voisines (méthode "sélective"), dans les zones où le paludisme est sporadique, et dans celles où l'on a suspendu le traitement intégral par pulvérisations.

Dans tous les pays représentés, à côté des pulvérisations d'insecticides chlorés à action rémanente, on a recours à la lutte antilarvaire, à l'aide des mêmes insecticides, pour laquelle l'avion est parfois utilisé, notamment en Grèce. En général, la lutte antilarvaire est employée pour le traitement de

vastes surfaces d'eau, comme les marécages et les rizières, et n'a été menée sur une grande échelle qu'en Grèce. Il faudrait tenir compte, dans l'éventualité de l'apparition de la résistance chez les anophèles, qu'en plusieurs de ces pays des insecticides chlorés ont été, surtout pendant ces dernières années, employés plus ou moins largement en agriculture et sont probablement entrés en contact avec les larves d'anophèles.

L'assainissement des cours d'eau et des zones marécageuses a été pratiqué dans les divers pays participants. Cette méthode est en relation avec les nécessités de l'agriculture plutôt qu'avec celles de la lutte antipaludique, mais elle a contribué à obtenir de bons résultats en diminuant le potentiel paludéen, notamment en Bulgarie.

L'extension des rizières, qui constituaient un danger avant l'introduction des insecticides, peut aujourd'hui être autorisée, mais il est logique, lorsqu'on crée de nouvelles rizières de s'efforcer d'éviter qu'elles n'accroissent le potentiel paludéen de la localité: ce principe s'applique également aux grands travaux hydrauliques comme ceux d'irrigation.

La chimiothérapie est appliquée dans tous les pays avec les divers médicaments existants, en général sous la forme du traitement schizontogamétocide.

La posologie a été pratiquement la même partout mais les schémas de traitement présentent des différences suivant les pays. En Albanie et en Bulgarie, le traitement "anti-rechutes" est administré aux anciens malades au printemps. En Bulgarie, ce traitement est suivi d'un traitement prophylactique clinique (thérapie "suppressiv") jusqu'à la fin de la saison paludique.

En Roumanie, après le traitement schizontocide (avril-octobre) et pendant toute la durée de la saison paludique, on administre la prophylactique clinique hebdomadaire aux malades nouvellement dépistés, ainsi qu'à tous les paludéens enregistrés l'année précédente (cas nouveaux ou rechutes).

En Albanie, Roumanie, Turquie et Yougoslavie, la chimioprophylaxie a été pratiquée sur certains groupes de la population que leur profession expose davantage aux infections paludiques, ou sur des collectivités organisées établies dans les zones impaludées (travailleurs des grands chantiers,

militaires, écoliers etc) auxquels on distribue une dose hebdomadaire de mépacrine (Acrichine), proguanil (Paludrine) ou chloroquine. Dans quelques pays, on a appliqué aussi la chimioprophylaxie aux femmes enceintes et aux mères pendant l'allaitement.

La lutte antipaludique est dirigée par un service national, souvent décentralisé pour les opérations sur le terrain, et faisant partie du département de la santé publique. Des comités de coordination, des comités consultatifs ou des comités d'experts - seuls comme en Yougoslavie ou en Grèce, ou avec des instituts de parasitologie ou de malarologie, comme en Roumanie et Bulgarie - assurent l'uniformité des programmes, des méthodes épidémiologiques et des opérations ou, comme en Turquie et en Grèce, se bornent à la recherche épidémiologique et à la formation du personnel.

La Conférence a exprimé la crainte que, sitôt le paludisme éliminé, les administrations ne se hâtent de démobiliser le service antipaludique, et elle a recommandé qu'au fur et à mesure que ses tâches se réduisent, ce service ne soit pas dissous mais soit appelé à entreprendre de nouvelles fonctions sanitaires.

Hormis la Grèce, aucun des pays représentés à la Conférence n'a signalé de cas de résistance des anophèles aux insecticides.

On sait qu'en Grèce, en septembre 1951, on a constaté une résistance de l'A. sacharovi au DDT. En 1952, chez cette espèce, la résistance s'est étendue au chlordane. A l'heure actuelle, la résistance paraît s'étendre à d'autres espèces d'anophèles (A. maculipennis et A. superpictus), mais il ne sera pas possible de confirmer cette constatation avant que l'étude en cours ne soit terminée.

La surveillance épidémiologique revêt un aspect différent suivant les pays. En Grèce, on surveille activement les villages que l'on sait avoir été impaludés; ils sont visités par des inspecteurs tous les 10, 20 ou 30 jours, suivant la gravité de la menace paludéenne qui pèse sur le village. Les inspecteurs doivent rechercher les cas suspects de paludisme, prélever le sang pour l'examen microscopique et administrer le traitement qui sera poursuivi

si l'examen est positif. En outre, ces inspecteurs sont chargés de déterminer périodiquement la densité anophélienne dans la zone.

Dans les autres pays, les cas de paludisme sont constatés et enregistrés d'ordinaire soit dans les dispensaires soit par le personnel sanitaire au cours de visites à domicile.

Dans l'un et l'autre cas, on procède également à des enquêtes épidémiologiques: en Roumanie, par exemple, lorsqu'on envisage de suspendre les opérations imogocides dans un village, on doit avoir examiné au moins 80% de la population dans tout groupe d'âge pour dépister les cas de splénomégalie et de parasitémie. Tout sujet trouvé porteur de parasites est enregistré sur fiche, fait l'objet d'une enquête épidémiologique, et on procède au contrôle hématologique de tous les habitants de la maison et des maisons voisines.

En Bulgarie, dans les villages où il y a plus de 3 cas de paludisme, on entreprend une enquête épidémiologique totale, qui consiste à interroger toute la population et à examiner le sang de tous les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans et de tous les habitants des maisons voisines de celles des malades.

Il est évident qu'un pays ne peut pas interrompre en toute sécurité les opérations insecticides si en bordure de ses frontières s'étend une zone où la maladie n'est pas contrôlée, où sont présents des porteurs de gamétocytes et des anophèles infectés.

Pour répondre aux vœux exprimés par toutes les délégations, la Conférence a recommandé que l'on étudie et adopte des méthodes afin d'obtenir régulièrement et rapidement des renseignements précis sur l'état du paludisme dans les zones frontalières communes. Ces renseignements permettront aux pays intéressés de prendre des mesures adéquates.

Pendant la période où l'objectif final est l'éradication du paludisme, la Conférence a recommandé non seulement un échange périodique d'informations épidémiologiques, mais également l'application de mesures assurant l'efficacité de la lutte dans les zones frontalières. Cette recommandation pourrait être mise en oeuvre par des accords bilatéraux entre les pays intéressés.

La Conférence a recommandé également que l'on établisse une "zone de protection" d'une profondeur de 20 kilomètres environ de chaque côté de la frontière où les mesures prises doivent être similaires, et comprendre notamment la déclaration obligatoire de tous les cas de paludisme, l'investigation épidémiologique de chaque cas, les prélèvements du sang du malade et de tous les habitants de la maison et des maisons voisines pour examen microscopique. Les nouveaux cas de paludisme découverts dans la zone pendant le mois seraient notifiés mensuellement aux pays signataires des accords susmentionnés et l'apparition de "micro-foyers" serait immédiatement signalée par télégramme.

La Conférence a recommandé en outre que des recherches selon des méthodes uniformes et comparables sur la sensibilité des anophèles aux insecticides, soient entreprises et poursuivies dans chaque pays. Les accords bilatéraux devront prévoir la notification immédiate de toute apparition de résistance chez l'insecte vecteur.

La Conférence a constaté avec satisfaction que plusieurs pays participants ont déjà établi une collaboration étroite et un échange d'informations sur le paludisme dans les régions frontalières. Une convention bilatérale existe déjà entre le Royaume de Grèce et la République de Turquie, un autre accord existe entre la République populaire de Bulgarie et la République populaire de Roumanie, tandis qu'une convention plus large, concernant les maladies infectieuses en général - et qui s'applique donc au paludisme - existe entre la République populaire de Bulgarie et la République populaire fédérale de Yougoslavie. Une convention analogue entre le Royaume de Grèce et la République populaire fédérale de Yougoslavie est en cours de préparation.

Les participants ont exprimé l'opinion que les accords bilatéraux sont des instruments très efficaces pour l'échange d'informations. Quant au niveau auquel l'échange d'informations doit se faire, il appartient aux gouvernements respectifs de le préciser, mais la Conférence a recommandé expressément que cet échange se fasse directement entre les administrations sanitaires nationales.

A titre d'exemple, la Conférence a tenu à mentionner le protocole d'accord signé les 20 et 21 juillet 1955 par les représentants du Gouvernement grec et du Gouvernement turc. Ce protocole prévoit un échange régulier de renseignements sur la lutte antipaludique dans les deux pays, et particulièrement dans la zone frontière de la rivière Evros; il prévoit également des visites réciproques sur les lieux des opérations de lutte, ainsi que des réunions mensuelles d'un "comité" mixte permanent pour la lutte antipaludique dans cette zone.

En outre, eu égard au fait que le traitement des gîtes larvaires par avion est une mesure largement appliquée en Grèce, l'accord prévoit que ce pays assurera la lutte antilarvaire par avion sur l'emplacement de certains gîtes - marécages et rizières - en territoire turc, l'appréciation de cette lutte appartenant aux entomologistes du service sanitaire de Turquie.

Il est prévu par les experts grecs et turcs, que dans une zone s'étendant sur dix kilomètres de chaque côté de la frontière les mesures de lutte antipaludique employées dans le reste des deux pays seront appliquées avec une très grande rigueur: parmi ces mesures figureront des inspections épidémiologiques de tous les villages dans la "zone de protection", à entreprendre tous les 10, 20 ou 30 jours, selon la présence ou l'absence du paludisme, ou la mesure dans laquelle chaque village est menacé. Le personnel chargé de ces inspections doit activement rechercher tous les cas suspects de paludisme, les traiter immédiatement avec des médicaments schizontogamétocides, et faire examiner le sang des sujets suspects au laboratoire.

Les renseignements mentionnés dans le protocole doivent porter sur le nombre et l'emplacement des cas confirmés, les valeurs de la densité anophélienne, relevées à l'aide de la même méthode, les indices paludométriques et naturellement toute donnée importante sur les opérations antipaludiques.

La délégation bulgare, se fondant sur son expérience, a proposé que dans la "zone de protection" tous les cas de paludisme soient hospitalisés, là où cette mesure est possible, et soient soumis à un traitement obligatoire consistant en une période de thérapie suivie d'un traitement prophylactique clinique (traitement suppressif) ou un traitement anti-rechutes. Tout cas suspect devra aussi être traité et soumis au contrôle hématologique trois fois pendant la première année et une fois au printemps suivant. Sans être soumis à la déclaration obligatoire, les cas suspects devront faire l'objet d'un enregistrement spécial. Le "foyer" et le "para-foyer", c'est-à-dire l'habitation du malade et les habitations voisines, devront être traitées par des pulvérisations d'insecticides.

La Conférence, ayant exprimé sa satisfaction pour les résultats obtenus au cours de la réunion de Belgrade, a recommandé que d'autres conférences soient convoquées périodiquement pour discuter:

- a) des résultats obtenus grâce à l'application des mesures recommandées par la présente conférence;
- b) de l'existence de foyers résiduels de transmission et des méthodes à adopter pour en assurer l'extinction, et
- c) des données recueillies sur le degré de sensibilité des vecteurs aux insecticides.

Pendant ces réunions, des échanges de vue de caractère général auront lieu sur le développement des programmes antipaludiques en cours, et la Conférence a souhaité que l'OMS collabore à l'organisation de ces réunions.

La Conférence a tenu à exprimer toute sa gratitude au Gouvernement de la République fédérale populaire de Yougoslavie pour son hospitalité et sa collaboration, qui ont efficacement contribué au succès de la réunion.

PARTICIPANTS

ALBANIE

Dr C. Pistoli
Vice-Ministre de la Santé publique
Tirana

Dr A. Ashta
Chef de la Section antipaludique, Ministère de la Santé publique
Tirana

BULGARIE

Dr D. Dimtshev
Directeur de l'Institut de Parasitologie
Sofia

Dr G. Stantshev
Chef de Département, Ministère de la Santé publique et de
l'Assistance sociale
Sofia

GRECE

Dr G. Alivizatos
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Athènes

Dr G.D. Georgopoulos
Directeur du Service antipaludique, Ministère de la Prévoyance sociale
Athènes

ROUMANIE

Professeur M. Ciuca
Directeur de l'Institut de Parasitologie médicale
Bucarest

Professeur G. Lupascu
Directeur adjoint, Institut de Parasitologie médicale
Bucarest

Dr E. Ungureanu
Professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine
Jassy

Dr I. Spinu
Directeur, Direction de la Lutte antiépidémique
Ministère de la Santé
Bucarest

ROUMANIE (suite)

Dr M. Maurer
Directeur de l'Institut de Expertisa ai Recuperarea
Bucarest

TURQUIE

Dr M.S. Ögen
Directeur général de la Lutte antipaludique, Ministère de
l'Hygiène et de l'Assistance sociale
Ankara

Dr M.K. Olcar
Directeur de l'Ecole d'Hygiène
Ankara

YUGOSLAVIE

Dr Č. Simić
Professeur de Parasitologie
Belgrade

Dr B. Richter
Parasitologiste, Institut Central d'Hygiène
Zagreb

Dr I. Grujić
Chef du Service de Lutte antipaludique en Bosnie-Herzégovine
Sarajevo

Dr M.T. Lepes
Chef du Département de Parasitologie, Académie médicale militaire
Belgrade

Représentants de l'OMS - Representatives of WHO

Dr W.M. Bonne
Directeur, Division des Services des Maladies Transmissibles

Dr E.J. Pampana
Chef de la Section du Paludisme

M. R. Pavanello
Fonctionnaire pour l'Assainissement, Bureau régional de l'Europe

Comité de Rédaction - Drafting Committee

Dr D. Dimitshev
Dr G.D. Georgopoulos
Professeur G. Lupascu
Dr M.K. Olcar
Dr C. Pistoli
Dr B. Richter