

WHO/Mal/229
11 août 1959

ORIGINAL : ANGLAIS



ANALYSE¹ DES DONNEES RELATIVES A L'EVALUATION ET A LA SURVEILLANCE
QUI FIGURENT DANS LE RAPPORT SOUMIS A LA DOUZIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME D'ERADICATION DU PALUDISME - MAI 1959

Les données analysées et commentées ci-après sont tirées des réponses au questionnaire sur 1958 que la Division de l'Eradication du Paludisme à l'OMS avait adressé aux gouvernements. Ce questionnaire et le rapport préparé d'après les réponses des pays, et présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé, avaient pour but de brosser un tableau général de l'état d'avancement des programmes d'éradication du paludisme, et non de rassembler des données en vue d'une analyse des détails techniques; il a paru intéressant d'extraire de cette abondante documentation quelques renseignements permettant de faire une évaluation plus poussée des résultats obtenus ou que l'on pourrait obtenir au moyen de diverses méthodes de contrôle épidémiologique pendant certaines phases ultérieures de l'éradication du paludisme. Il est certain qu'on ne pouvait s'attendre à ce que les réponses au questionnaire fussent parfaitement exactes - en fait, elles ne l'étaient pas - et par conséquent, toutes les conclusions doivent être formulées avec certaines réserves. Néanmoins, on s'est efforcé de n'utiliser que les renseignements qui, d'après les réponses au questionnaire et d'autres informations dont la Division avait connaissance, paraissaient suffisamment dignes de foi.

Il est intéressant de noter qu'en 1958, des opérations de dépistage ou de surveillance d'une assez grande extension étaient en cours dans 32 pays. Voici une liste partielle de ces pays, par régions :

<u>Région africaine</u>	2	Ile Maurice, Swaziland
<u>Région des Amériques</u>	12	Argentine, Costa Rica, El Salvador, Equateur, Fédération des Antilles (Grenade, Jamaïque, Sainte-Lucie, Tobago, Trinité), Guadeloupe, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, Venezuela

¹ Document établi par le Dr P. Yekutiél et le Dr C. W. Göckel, Division de l'Eradication du Paludisme, OMS, Genève

<u>Région de la Méditerranée orientale</u>	4	Iran, Irak, Liban, Syrie
<u>Région de l'Europe</u>	6	Grèce, Roumanie, Espagne, Turquie, URSS, Yougoslavie
<u>Région de l'Asie du Sud-Est</u>	5	Afghanistan, Birmanie, Ceylan, Inde Thaïlande
<u>Région du Pacifique occidental</u>	3	Philippines, Sarawak, Taiwan (Chine)
	<u>32</u>	

On trouvera d'autres renseignements sur le type des opérations de surveillance exécutées dans ces pays en se reportant aux tableaux qui figurent à ce sujet dans les chapitres consacrés aux différentes régions dans le rapport présenté à la Douzième Assemblée mondiale de la Santé.¹

I. Ampleur des opérations de dépistage dans différents pays d'après le pourcentage des frottis de sang examinés par rapport au nombre de la population

Le nombre de frottis de sang examinés par rapport au nombre de la population varie considérablement suivant les pays. Toutefois, il devient de plus en plus évident que, indépendamment du problème de la confiance qu'on peut accorder aux opérations de surveillance et de la qualité des enquêtes épidémiologiques dont les cas constatés ont pu faire l'objet, il faut, pour obtenir des renseignements suffisamment sûrs concernant l'état d'avancement du paludisme, qu'un pourcentage minimum de la population exposée soit examiné. Ce minimum se situe probablement entre 5 et 10 % par an. Dans le tableau I, nous avons divisé les pays ou les zones de différents pays en quatre colonnes, d'après le pourcentage de frottis de sang prélevés par rapport à la population : moins de 1 %, 1 à 5 %, 5 à 10 %, plus de 10 %. Etant donné que, dans la plupart des pays, les opérations de surveillance n'en sont encore qu'à leur phase initiale, il est encourageant de constater que, dans 16 pays ou zones de pays ou îles, la proportion des frottis de sang en 1958 dépassait 5 %. Dans plusieurs cas, il est intéressant de noter non seulement la différence des pourcentages entre des pays entiers, mais aussi, à l'intérieur de certains pays, entre les zones ayant atteint des phases différentes ou entre les

¹ Rapport sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme, document de l'OMS A12/P&B/10 du 4 mai 1959

sources de frottis. De même, on constatera que, dans ces pays, c'est la surveillance active qui est la source principale des frottis. Viennent ensuite les enquêtes, c'est-à-dire en l'occurrence de grandes enquêtes hématologiques portant principalement sur les jeunes enfants et les écoliers.

Les chiffres relatifs au Venezuela appellent des remarques spéciales. D'une manière générale, on pourrait penser que les frottis de sang prélevés dans une zone ayant atteint la phase de consolidation ("B") seraient plus nombreux que dans une zone qui en est encore à la phase d'attaque ("C"); or, au Venezuela, le pourcentage de frottis par rapport à la population, dans la zone "B" est de 9,9 % (c'est-à-dire très satisfaisant) tandis que, dans la zone "C", la proportion des frottis examinés par rapport à la population est de 50,8 %. Ceci est dû au fait que le Venezuela comprend des zones d'une superficie assez limitée où une transmission résiduelle persiste encore en dépit de nombreuses années de pulvérisations et où l'on fait un effort spécial pour étudier et éliminer les foyers résiduels de transmission. Ces mesures spéciales comportent un traitement médicamenteux de masse, contrôlé au moyen d'examen du sang qui, dans certains cas, sont très fréquents - une fois par semaine dans l'ensemble de la population.

En ce qui concerne La Grenade (Fédération des Antilles), on a laissé en blanc le chiffre représentant le pourcentage des frottis effectués, car la zone impaludée à laquelle ce chiffre devrait se rapporter n'est pas nettement définie. Néanmoins, le nombre total de frottis de sang prélevés pendant l'année 1958 représente plus de 10 % de la population globale de l'île.

Le tableau I ainsi que la figure 1, qui se rapportent au chapitre suivant du présent document, ne contiennent que des pourcentages. On trouvera dans les tableaux correspondants du "Rapport sur l'état d'avancement du programme d'éradication du paludisme", les chiffres absolus sur la base desquels ces pourcentages ont été calculés.

II. Pourcentage des frottis de sang et des frottis de sang positifs obtenu dans dix pays par quatre méthodes de dépistage des cas

Du point de vue économique et administratif, il importe d'évaluer l'efficacité des différentes méthodes employées pour le dépistage des cas. On a tenté de le faire dans le passé en ne comparant que "l'indice de positivité" des frottis prélevés par les diverses méthodes, étant entendu implicitement que celles qui permettraient d'obtenir le plus fort pourcentage de frottis positifs seraient considérées comme les plus efficaces. Bien que ce facteur soit certainement important, ce n'est pas le seul qui indique la manière la plus sûre et la plus facile de dépister le plus grand nombre de cas. Dans la figure 1, nous avons comparé, pour dix pays, les indices de positivité obtenus par diverses méthodes et les pourcentages de frottis et de cas donnés par ces méthodes, par rapport au nombre total de frottis et de cas dans le pays. Les frottis prélevés et les cas dépistés grâce aux déclarations des médecins privés et des hôpitaux n'ont pas été inclus dans ce diagramme car, en moyenne, le nombre de cas ainsi constatés est très faible par rapport au nombre total de cas dépistés, bien que la proportion des frottis de sang positifs soit généralement assez forte.

Ce diagramme illustre bien quelques-unes des situations les plus fréquentes. On rencontre très souvent la situation suivante : l'indice de positivité des frottis est maximum avec la surveillance passive (dispensaires ruraux), plus bas avec la surveillance passive (collaborateurs bénévoles) et minimum avec la surveillance active. D'autre part, c'est la surveillance active qui permet d'obtenir de beaucoup le plus grand nombre de cas (et, en général, de frottis), tandis qu'à cet égard, c'est avec la surveillance passive (notamment par les dispensaires ruraux) que ce nombre est le plus faible. Dans le diagramme, les exemples de cette situation sont ceux des pays suivants : Costa Rica, Equateur, Grèce, Taiwan et Venezuela.

Au Guatemala, le tableau des indices de positivité est semblable à celui des autres pays d'Amérique latine mentionnés ci-dessus; mais c'est avec la surveillance passive (dispensaires ruraux) qu'on relève le plus grand nombre de cas et de frottis. Ceci indique que les facteurs épidémiologiques n'entrent pas seuls en ligne de compte et que les facteurs socio-économiques ont un rôle très important

dans la surveillance. Il est bien évident qu'on ne peut, ni ne doit fixer de règles absolues pour n'importe quel pays du monde.

On rencontre aussi assez souvent la situation suivante : non seulement c'est avec la surveillance active qu'on relève le plus grand nombre de frottis et de cas, mais encore les indices de positivité obtenus par ce moyen sont plus élevés que les indices obtenus par d'autres moyens. Telle est, par exemple, la situation à Ceylan et en Roumanie. Il serait intéressant de faire une analyse plus précise des raisons qui sont à l'origine de cet état de choses, lequel est probablement dû en grande partie à l'épidémiologie du paludisme local; il ne faut cependant pas oublier que les facteurs sociaux et administratifs jouent aussi un certain rôle. Il est intéressant de constater qu'au Pérou les enquêtes paludométriques ont révélé à la fois le plus grand nombre de cas et l'indice de positivité le plus élevé. Ceci s'explique sans aucun doute par le fait qu'en 1958 une fraction importante des opérations d'évaluation se rapportait à des enquêtes pré-éradication.

III. Bons et mauvais usages des enquêtes paludométriques

L'expression "enquête paludométrique"¹ désigne essentiellement ici les enquêtes portant sur un échantillon de population relativement petit, se limitant principalement aux groupes d'âges jeunes - nourrissons, jeunes enfants, écoliers - et faites une ou deux fois par an au plus. Ce sont encore les enquêtes paludométriques qui, pendant la phase des enquêtes pré-éradication et durant les premières années de la phase d'attaque, sont le meilleur moyen de déterminer la situation de départ et de mesurer la fréquence du paludisme. Toutefois, dès que les faibles pourcentages de frottis positifs obtenus indiquent que cette méthode grossière n'est plus assez efficace, il faut la remplacer par les méthodes de dépistage et de surveillance du paludisme. Jusqu'ici ce principe n'a pas été respecté partout.

¹ Les enquêtes paludométriques comprennent des enquêtes spléniques et des enquêtes parasitologiques. Le questionnaire de 1958 contenait seulement des chiffres relatifs à des enquêtes parasitologiques; en conséquence, le présent document ne fait aucune mention des indices spléniques.

Dans certains pays, la force des traditions établies a conduit à l'usage indûment prolongé des grandes enquêtes paludométriques, même lorsque les opérations de dépistage et de surveillance avaient déjà commencé. Un tel chevauchement des efforts ne se justifie pas et deviendra sans doute fort rare à l'avenir, mais il nous donne une bonne occasion (qui est probablement la dernière) de comparer l'efficacité des enquêtes paludométriques, d'une part, et du dépistage des cas de paludisme (dans le cadre de la surveillance) d'autre part. Le tableau II indique, pour un certain nombre de pays, le pourcentage de frottis positifs obtenus au moyen d'enquêtes paludométriques, d'une part, et par les opérations de surveillance, d'autre part. Nous avons également inclus dans ce tableau les nombres absolus de frottis prélevés et de cas constatés, estimant que l'utilité de la méthode doit être appréciée non seulement d'après l'indice de positivité des frottis, mais aussi en fonction du nombre absolu de cas dépistés et de l'effort relatif nécessaire. D'une manière générale, nous pensons que, lorsque les indices parasitaires des enfants et des adultes déterminés par les enquêtes paludométriques, tombent à moins de 3 %, la méthode est devenue superflue et doit être remplacée par le dépistage des cas. (Néanmoins, les enquêtes visant à déterminer les indices parasitaires des nourrissons devraient continuer jusqu'à ce que le résultat tombe à zéro. Dans la plupart des cas, ces deux phénomènes seront d'ailleurs simultanés, c'est-à-dire qu'au moment où les indices parasitaires généraux tomberont à 3 % ou au-dessous, les indices parasitaires des nourrissons seront déjà nuls.)

L'Argentine ("D"),¹ le Guatemala ("C"), le Pérou ("C") et les Philippines ("C") sont des pays où, dans les zones qui n'ont pas encore été traitées par des pulvérisations ou qui ont atteint la phase d'attaque, les enquêtes paludométriques révèlent des indices parasitaires variant entre 5 et 12 %, égaux ou supérieurs aux nombres obtenus au moyen des opérations de surveillance dans les mêmes zones.

L'île Maurice, la Roumanie, la Turquie ("B") et la Birmanie sont des pays où, au cours des derniers stades de la phase d'attaque ou pendant la phase de consolidation, les enquêtes paludométriques ont révélé des indices parasitaires extrêmement bas et, malgré l'examen d'une grande masse de frottis de sang, n'ont

¹ Zone non traitée régulièrement par des pulvérisations

permis de trouver qu'un nombre de cas relativement faible par rapport au nombre de cas dépistés par les opérations de surveillance exécutées simultanément dans les mêmes zones. Ainsi, à l'île Maurice, l'examen de plus de 60 000 frottis lors d'enquêtes paludométriques a livré 18 cas, alors que les opérations de surveillance, au cours desquelles 1700 frottis seulement furent examinés, permirent d'en dépister 38. Le cas de la Birmanie mérite d'être commenté; en effet, non seulement le nombre de cas dépistés à la suite de l'examen de 50 000 frottis prélevés lors d'enquêtes paludométriques était relativement faible, mais 67 000 autres frottis prélevés pendant ces enquêtes n'ont pas été examinés - évidemment faute de temps et de microscopistes (il a déjà été décidé de réduire considérablement l'emploi des enquêtes paludométriques en Birmanie dans les zones où s'organisent des opérations de surveillance).

IV. Fréquence annuelle des nouveaux cas de paludisme en 1958 dans certains pays

Il serait souhaitable d'avoir un certain tableau de l'état d'avancement de l'éradication du paludisme dans les différents pays, non seulement en ce qui concerne les opérations (étendue de l'évaluation dans les opérations de surveillance, nombre de frottis examinés, nombre de frottis positifs, etc.) mais aussi du point de vue épidémiologique proprement dit. En particulier, il semblerait nécessaire de pouvoir déterminer les raisons pour lesquelles des zones sont déclarées avoir atteint la phase de consolidation d'après des données de ce genre et non parce que les pulvérisations ont été interrompues. Il nous a semblé que, si le taux de fréquence "admissible" des cas nouveaux pour ces zones peut varier très largement selon les conditions épidémiologiques locales, il y a cependant une fréquence maximum qui serait admissible pour une zone ayant atteint la phase de consolidation. En d'autres termes, l'existence d'une fréquence de cas nouveaux supérieure à ce maximum conventionnel signifierait que le degré de transmission est encore trop élevé, qu'il reste encore trop de foyers résiduels de parasites et qu'on n'aurait pas dû interrompre les pulvérisations. Sur la base des renseignements tirés à ce sujet de divers rapports établis dans le passé, on a conclu, de façon préliminaire, que cette fréquence annuelle maximum des nouveaux cas de paludisme se situe aux environs de 0,5 pour mille.¹ Il est clair que ces taux ne doivent pas être calculés

¹ En URSS, le paludisme n'est qualifié de maladie de masse que si le taux annuel de fréquence des cas nouveaux dépasse 1 pour mille (WHO/Mal/222, page 48).

sur la base de déclarations ou d'opérations de dépistage incomplètes, ni sur la base de dénominateurs qui ne coïncident pas exactement avec les numérateurs (cas dépistés). A l'avenir, il sera possible de calculer exactement ces données d'après les renseignements contenus dans les rapports sur la surveillance qu'il est proposé d'établir tous les trois mois; dès à présent, nous avons essayé d'obtenir certaines données sur ce point en calculant les taux de fréquence nouvelle d'après les renseignements contenus dans les réponses aux questionnaires pour 1958. Le tableau III contient un résumé de ces données. Nous n'avons choisi que les pays où l'on pouvait s'appuyer tout au moins sur un système de dépistage paraissant approfondi et complet. Les zones et la population auxquelles se rapportent les cas n'étaient pas toujours nettement définies; c'est pourquoi nous avons dû utiliser comme dénominateurs les populations de pays tout entiers ou de zones ayant atteint une certaine phase dans un pays donné; les taux obtenus ne peuvent donc pas toujours être considérés comme exacts, et il est probable que les chiffres réels sont un peu plus élevés. D'après les renseignements reçus en réponse au questionnaire, Taiwan est jusqu'ici le seul pays pour lequel on puisse donner un taux exact pour la population placée sous surveillance.

Compte tenu de ces réserves d'ordre général, nous pouvons encore tirer certaines conclusions des chiffres présentés. Le tableau III montre que, dans tous les pays où une consolidation effective est atteinte dans l'ensemble du pays ou dans une certaine partie de celui-ci, la fréquence annuelle des nouveaux cas de paludisme est inférieure à 0,5 pour mille et, le plus souvent, très inférieure à ce chiffre. C'est le cas de l'île Maurice, du Swaziland, du Venezuela et de La Trinité (zone "B"), d'Israël, du Liban, de la Roumanie, de la Bulgarie et, dans la Région de l'Asie du Sud-Est, d'une petite zone de l'Inde ayant atteint la phase de consolidation. Dans la Région du Pacifique occidental, c'est aussi le cas de Taiwan. Il est intéressant de noter qu'en Grèce, le chiffre est de 0,5 pour mille alors qu'en Roumanie et en Bulgarie, les chiffres correspondants sont très inférieurs; cela montre qu'il reste encore certains problèmes à résoudre en Grèce.

La comparaison des taux de fréquence des cas nouveaux dans les zones se trouvant à la phase de consolidation ("B") et dans les zones à la phase d'attaque ("C") pour les mêmes pays semble confirmer également l'hypothèse quantitative énoncée ci-dessus. Au Venezuela, le taux de fréquence est de 0,07 dans la zone en phase de consolidation et de 1,9 dans la zone en phase d'attaque. En Iran, le taux de fréquence est de 0,06 dans la zone "B" et de 0,5 dans la zone "C" (il est à noter que pour ce pays, les deux taux sont probablement très inférieurs à la fréquence réelle). Au Swaziland, le taux de fréquence est de 0,1 dans la zone "B" et de 3,0 dans la zone "C".

TABLEAU I

ETENDUE DES OPERATIONS DE DEPISTAGE DES CAS DANS DIFFERENTS PAYS, D'APRES LE POURCENTAGE DE FROTTIS DE SANG PRELEVES ET EXAMINES PAR RAPPORT AU NOMBRE DE LA POPULATION

Pourcentage de frottis de sang par rapport au nombre de la population *			
Plus de 10 %	5 % à 10 %	1 % à 5 %	Moins de 1 %
Région de l'Afrique :			
Ile Maurice 11,1 EP		Dahomey 1,0 EP Cameroun français "C" 1,5 EP Ghana 1,46 HP Libéria "C" 1,1 EP Sénégal "C" & "D" 4,0 EP Swaziland 4,8 SA Ouganda 2,4 HP	Rhodésie du Sud 0,73 EP** Union Sud-Africaine 0,4 EP** Haute-Volta 0,83 ** D'après réponse au questionnaire, opérations de surveillance également exécutées mais pas de renseignements fournis.
Région des Amériques			
Honduras britannique 10,8 EP Costa Rica 14,7 SA Fédération des Antilles : La Grenade EE Ste Lucie 14,6 SA Panama 11,8 S Venezuela Total 10,7 SA Venezuela "C" 50,8 SA	Mexique "B" 7,5 SA La Trinité (sans Tobago) 5,7 SA Venezuela "B" 9,9 SA	Argentine 1,8 SA Colombie 1,6 EP Antilles britanniques : La Dominique 2,4 EE La Jamaïque 2,5 EP Equateur 2,5 SA El Salvador 3,6 EP Guinée française 2,5 SPb La Guadeloupe 3,2 SA Guatemala 4,2 SPb Honduras 2,1 HP La Martinique 1,2 EP Mexique Total 2,4 SA Paraguay 1,8 HP	Bolivie 0,76 EP Brésil (Sao Paulo) 0,17 SPb Guyane britannique 0,3 EP République Dominicaine 0,73 EP Haïti 0,5 EP Nicaragua 0,8 SA Pérou 0,8 SA
Région de la Méditerranée orientale			
Liban Total 15,1 SA Liban "C" 25,0 SA Syrie "B" 22,2 EP	Irak 5,0 SA Liban "B" 8,6 EP	Egypte 2,0 EP Iran 3,0 SA Jordanie 1,8 EP Somalie (ital.) 3,8 HP Soudan 3,6 HP Syrie Total 1,8 EP	Ethiopie 0,09 EP Somalie française 0,25 SPb Libye 0,2 EP Arabie Saoudite 0,57 EP
Région de l'Europe			
	URSS 9,5 S Turquie "B" 6,0 EP	Portugal 1,2 EP Grèce 3,2 SA Roumanie 3,8 SPb Turquie Total 4,8 EP Yougoslavie "B" & "C" 1,5 SPb	Algérie 0,1 SPb Espagne 0,31 SPb Yougoslavie Total 0,62 SPb
Région de l'Asie du Sud-Est			
		Afghanistan 1,2 EP Ceylan "C" 1,8 SPb Thaïlande 1,4 SA Inde "B" 1,7 SA	Birmanie 0,5 EP Ceylan "B" 0,61 SPb Népal 0,13 EP Inde portugaise (Goa) 0,08 ?
Région du Pacifique occidental			
Sarawak 10,2 SA	Brunéi 5,65 EP Taiwan 7,5 SA Nouvelle Guinée occidentale 6,8 HP	Cambodge 3,7 EP	Hong Kong 0,11 EP Laos 0,91 EP

* Les nombres indiquent le pourcentage pour chaque pays.

Les lettres indiquent les sources principales de dépistage :

EP = Enquêtes paludométriques; S = Surveillance non spécifiée; SA = Surveillance active

SPb = Surveillance passive (dispensaires ruraux); EE = Equipe d'évaluation

HP = Hôpitaux privés

"B" = Zone à la phase de consolidation

"C" = Zone régulièrement traitée par des pulvérisations

"D" = Zone non traitée régulièrement par des pulvérisations

FIG. 1

POURCENTAGE DE FROTIS DE SANG ET DE FROTIS POSITIFS DETERMINÉ DANS DIX PAYS PAR QUATRE MÉTHODES DE DÉPISTAGE *

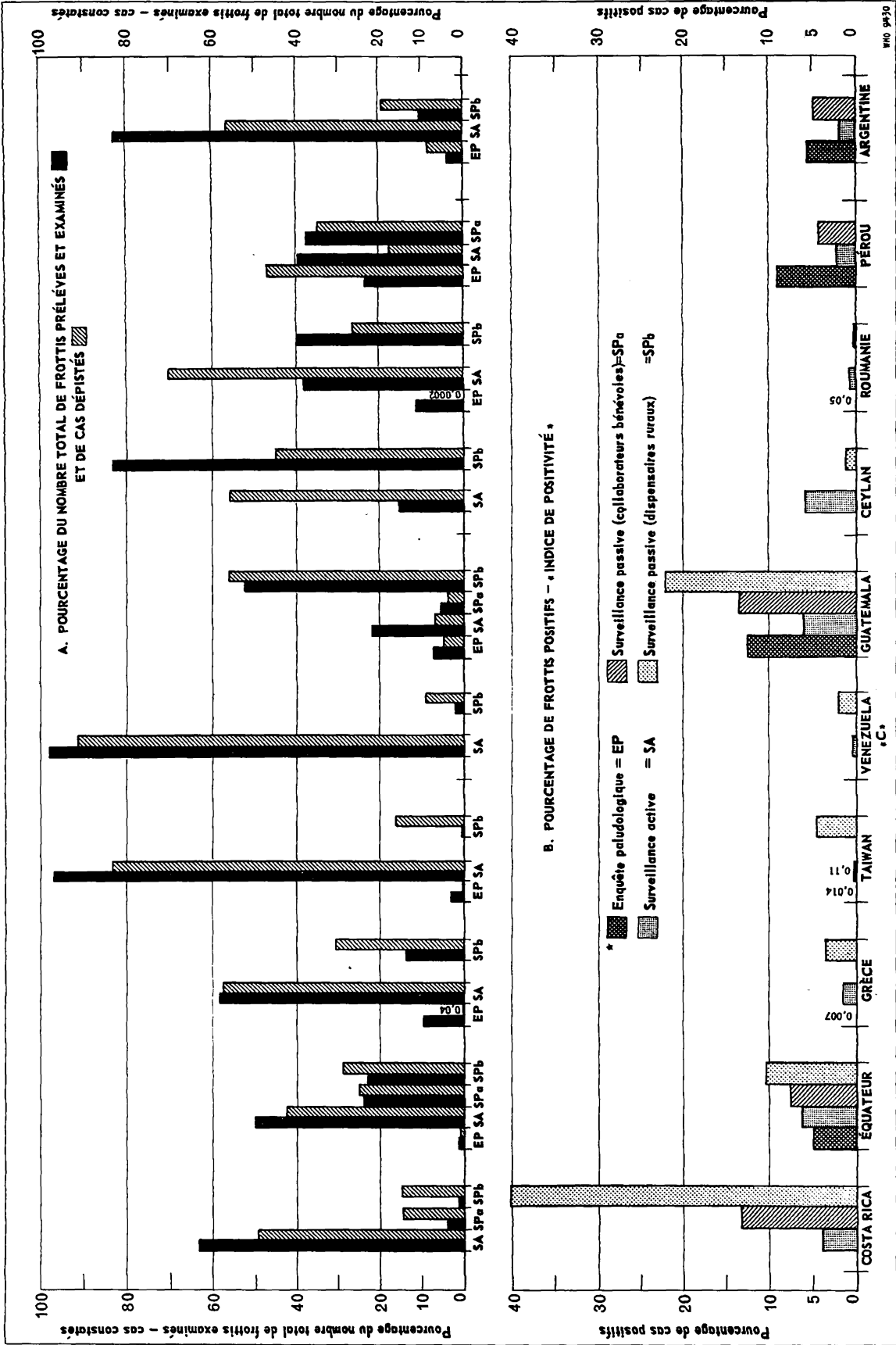


TABLEAU II
COMPARAISON DES POURCENTAGES DE FROTTEMENTS DE SANG POSITIFS OBTENUS
PAR LES ENQUÊTES PALUDOMETRIQUES ET PAR LES METHODES DE SURVEILLANCE

Pays	Phase	Pourcentage de		Enquête paludométrique (EP)			Surveillance (S)			Observations sur les méthodes employées	Autres observations
		Population examinée	Frotte- ments positifs	Nombre de frotte- ments examinés	Cas dé- pistés	Pourcentage de frotte- ments positifs	Nombre de frotte- ments examinés	Cas dé- pistés	Pourcentage de frotte- ments positifs		
Région de l'Afrique : Ile Maurice		11,1	0,17	62 180	18	0,03	1 684	36	2,3	SA nettement supérieure aux EP	
Région des Amériques : Argentine	D	0,53	7,5	1 708	94	5,5	3 623	204	5,6	Les deux méthodes sont égale- ment efficaces	
Fédération des Antilles : La Grenade		plus de 10 %	0,5	4 662*	5	0,11	5 328	44	0,8	SA supérieure à EP	* Renseignements four- nis par l'équipe d'évaluation ESP/OMS
La Jamaïque		2,5	0,4	21 024	0	0	9 073	139	1,5	S nettement supérieure à EP	
Ste-Lucie	C	14,3	0,35	3 710	2	0,05	6 951	36	0,5	S supérieure à EP	
Guatemala	C	4,2	20,6	4 316	541	12,5	49 710	8 122	21,2	EP supérieure à S	
Panama	C	11,8	6,5	1 121	235	23,5	77 203	2 153	2,8	EP nettement supérieure à S, malgré un nombre de frot- tis beaucoup plus faible	
Paraguay	C	1,8	3,7	5 714	154	2,7	744	8	1,0	EP légèrement supérieure à SA	
Pérou	C	0,8	4,5	5 514	490	8,9	17 629	546	3,1	EP supérieure à S	
Région de la Méditerranée orientale : Iran		3,0	1,0	19 451	377	2,0	362 646	3 430	0,95	EP supérieure à SA	Activités principales dans la zone "C"
Syrie	B	22,2	0,41	15 598	116	0,75	12 656	0	0	EP supérieure à SA	
Région de l'Europe : Grèce		3,2	1,56	13 918	1	0,007	100 556	1 942	1,9	S très supérieure à EP	
Roumanie		3,8	0,3	26 921	14	0,05	179 613	710	0,4	S très supérieure à EP	
Turquie	B	6,0	1,0	72 743	88	0,12	64 561	1 357	2,1	SA très supérieure à EP mais dans "C" plus que dans "B"	
Turquie	C	8,6	1,7	448 824	774	0,17	93 235	8 032	8,8		
Yougoslavie	C	1,57	5,0	4 288	4	0,1	22 581	1 143	5,0	S très supérieure à EP	

TABIEAU II
COMPARAISON DES POURCENTAGES DE FROTTIS DE SANG POSITIFS OBTENUS
PAR LES ENQUÊTES PALUDOMÉTRIQUES ET PAR LES MÉTHODES DE SURVEILLANCE (suite)

Pays	Phase	Enquête paludométrique (EP)				Surveillance (S)			Observations sur les méthodes employées	Autres observations	
		Population examinée	Frottis positifs	Nombre de frottis examinés	Cas dépistés	Pourcentage de frottis positifs	Nombre de frottis examinés	Cas dépistés			Pourcentage de frottis positifs
Région de l'Asie du Sud-Est :											
Afghanistan		1,2	3,36	21 852	371	1,7	8 640	652	7,5	SA supérieure à EP	* 57 000 autres frottis non examinés * Prélèvés pour la plupart dans la zone "C"
Birmanie		0,5	1,1	49 461 *	210	0,43	14 852	503	3,4	SA supérieure à EP	
Thaïlande		1,4	1,05	84 369 *	4 835	5,6	85 104	12 945	15,2	SA supérieure à EP	
Région du Pacifique occidental :											
Philippines *	B			606 573	1 097	0,18	156 451	6 957	4,45	SA supérieure à EP	* Renseignements EP datant de 1957 * Renseignements SA datant de 1958
Philippines *	C			89 445	6 272	7,0	446 414	31 360	7,0	SA et EP également efficaces	
Sarawak	C	7,1	3,5	11 722	429	3,7	13 004	427	3,3	EP légèrement supérieure à S	
Taiwan		7,5	0,12	14 584	2	0,014	494 877	625	0,12	S supérieure à EP	

EP = Enquêtes paludométriques

S = Surveillance (active et passive associées)

SA = Surveillance active

TABLEAU III

FREQUENCE ANNUELLE DES CAS NOUVEAUX DE PALUDISME
(TAUX POUR MILLE HABITANTS)
EN 1958 POUR CERTAINS PAYS

Région et pays	Total	B	C	Observations
<u>Région de l'Afrique :</u>				
Ile Maurice	<u>0,2</u>			
Swaziland	0,3	<u>0,1</u>	3,0	
<u>Région des Amériques :</u>				
El Salvador	6,5			
Equateur	2,0			
Guatemala	8,0			
Venezuela	0,2	<u>0,07</u>	1,9	Taux pour la zone où l'on considère que le paludisme est extirpé : 0,04
La Trinité	0,5	0,06*	0,6	*Taux pour l'île de Tobago où l'on considère que l'éradication complète du paludisme est réalisée.
<u>Région de la Méditerranée orientale :</u>				
Irak	0,17	0,06	0,4	Les taux concernant ces deux pays ne sont importants que pour comparer les zones B et C dans le même pays. Les cas indiqués sont ceux qui ont été dépistés principalement au cours des activités de surveillance; mais comme on ne disposait d'aucun chiffre concernant les populations placées sous surveillance, les taux sont calculés pour l'ensemble de la population, et il est probable que les taux effectifs sont beaucoup plus élevés.
Iran	0,3	0,06	0,5	
Israël	<u>0,015</u>			
Liban	<u>0,05</u>	0,03	0,07	

TABLEAU III
FREQUENCE ANNUELLE DES CAS NOUVEAUX DE PALUDISME
(TAUX POUR MILLE HABITANTS)
EN 1958 POUR CERTAINS PAYS (suite)

Région et pays	Total	B	C	Observations
<u>Région de l'Europe :</u>				
Grèce	0,5	0,6		
Roumanie	<u>0,01</u>			
Turquie	0,8	0,6	1,5	
URSS	<u>0,03</u>			
Bulgarie		<u>0,2</u>		
<u>Région de l'Asie du Sud-Est :</u>				
Afghanistan	2,0			Renseignements provenant de rapports détaillés des zones sous surveillance
Ceylan			0,26	
Inde		0,02		Ce taux ne se rapporte qu'à une petite zone se trouvant à la phase de consolidation
Thaïlande	1,4			
<u>Région du Pacifique occidental :</u>				
Taiwan		<u>0,3</u>		Taux exact pour la population sous surveillance
Philippines		1,3(2,6)	20,9(41)	Concerne les zones sous surveillance pendant six mois (fréquence annuelle estimée)

Les chiffres soulignés sont tous les taux inférieurs à 0,5 pour mille

B = Phase de consolidation

C = Phase d'attaque