

a 61969

WHO/Mal/301
17 juillet 1961

ORIGINAL : ANGLAIS

L'ORGANISATION DU DÉPISTAGE DANS QUELQUES PROGRAMMES
D'ERADICATION DU PALUDISME AUX AMERIQUES¹

par

A. Lysenko

Division de l'Eradication du Paludisme
Organisation mondiale de la Santé, Genève

1. INTRODUCTION

Dans les programmes d'éradication du paludisme exécutés au Mexique, au Guatemala, à la Jamaïque, à la Trinité, au Venezuela, en Colombie et au Brésil, on accorde une attention particulière à l'amélioration du dépistage, qui constitue l'élément fondamental des opérations de surveillance. L'organisation du dépistage s'inspire généralement des recommandations des Septième et Huitième rapports du Comité OMS d'experts du Paludisme bien qu'il existe évidemment, pour chaque pays, des traits particuliers qui résultent du stade de développement économique, de l'organisation du service de santé publique et du programme d'éradication du paludisme, du degré de participation de la collectivité aux activités antipaludiques, de l'esprit d'initiative des paludologues nationaux, etc. L'objectif de la présente étude est d'analyser les divers types d'organisation du dépistage dans les pays visités et de dégager certains critères d'évaluation applicables à une activité dont l'importance ne cesse de croître dans les programmes d'éradication du paludisme du monde entier.

2. DEUX GROUPES DE PAIS

Deux catégories de personnel de dépistage se rencontrent dans tous les pays : les agents de surveillance ou "évaluateurs"² (qui font partie du personnel du service national d'éradication du paludisme et sont chargés du dépistage actif) et

¹ Extrait d'un rapport (non publié) sur une tournée dans la Région des Amériques, OMS/BSP, septembre-décembre 1960:

² "Evaluadores" au Mexique, "Visitadores rurales tipo A" au Venezuela, "Auxiliares de Evaluacion" au Guatemala.

les déclarants (médecins ou collaborateurs bénévoles qui effectuent le dépistage passif). Il existe cependant des différences notables entre les types de déclarants utilisés dans divers pays. Dans un premier groupe de pays (Mexique, Guatemala, Brésil et Colombie) les collaborateurs bénévoles, en général dépourvus de formation médicale (enseignants, habitants des villages), jouent un rôle important dans le dépistage passif. Dans un second groupe de pays (Venezuela, Jamaïque, Trinité), il n'y a pas de collaborateurs bénévoles et le dépistage passif est confié uniquement au personnel médical et paramédical.

3. ORGANISATION DU DEPISTAGE ACTIF : NOMBRE D'AGENTS DE SURVEILLANCE

Le dépistage actif est effectué par des agents de surveillance. Leurs tâches principales consistent à visiter chaque habitation dans les localités qui ne possèdent pas de poste de déclaration, à contrôler l'activité de ces postes là où il en existe et à surveiller le traitement des cas de paludisme suspects et confirmés. Dans certains pays, les agents de surveillance sont aussi chargés des observations entomologiques de routine (tableau 1). En règle générale, ce sont les agents de surveillance qui, à l'occasion de leurs visites à domicile, recueillent les échantillons de sang des sujets qui manifestent ou ont récemment manifesté un état fébrile; à la Jamaïque et à la Trinité, des lames sont aussi prises sur les cas fébriles hospitalisés ou soignés dans les dispensaires. Dans quelques pays, les visites de porte à porte et les prélèvements de sang sont effectués à la fin de la phase d'attaque, non seulement par les agents de surveillance, mais aussi par les chefs des équipes de pulvérisation (Jamaïque et Mexique).

Le nombre des évaluateurs a considérablement augmenté ces dernières années dans tous les programmes (tableau 2). Dans un programme bien équilibré, le nombre des agents de surveillance varie en fonction de la phase du programme, de l'importance de la population protégée et du nombre des postes de déclaration. Le rapport entre le nombre des agents de surveillance employés dans les pays en 1960 et ces divers facteurs est indiqué au tableau 3.

TABLEAU 1. FONCTIONS DES AGENTS DE SURVEILLANCE (= EVALUATEURS = VISITEURS RURAUX)
DANS SIX PAYS DE LA REGION DES AMERIQUES

PAYS	Visites de porte à porte	Contrôle de l'activité des		Traitement		Recherches épidémiologiques	Observations entomologiques
		Collaborateurs bénévoles	Postes de déclaration	Présomptif	Radical ou de masse		
Venezuela	+	-	+	+	* +	+	+
Guatemala	+	+	+	+	+	+	-
Mexique	+	+	+	+	+	+	-
Trinité	+	-	-	+	+	+	+
Jamaïque	+	-	+	+	+	+	-
Colombie	+	+	+	+	-	-	-
Brésil (Sao Paulo)	+	+	+	+	+	+	+

* "Visiteurs ruraux du type B"

TABLEAU 2. NOMBRE DES EVALUATEURS EMPLOYES DE 1957 A 1960
(A LA FIN DE CHAQUE ANNEE)

Groupe de pays	Pays	1957	1958	1959	1960
I	Venezuela	361	353	308	407
	Jamaïque	26	16	32	63
	Trinité	31	31	58	71
II	Guatemala	20	11	29	44
	Mexique	57	182	386	981
	Colombie	63	183	166	330
	Brésil (Sao Paulo)	0	0	26	53
	Total	558	776	1 005	1 949

TABLEAU 3. PROPORTION DES AGENTS DE SURVEILLANCE PAR RAPPORT
A LA POPULATION ET AUX POSTES DE DECLARATION (1960)

Groupe de pays	Pays	Début des pulvérisations à couverture totale	Population de la zone impaludée initiale	Nombre de postes de déclaration	Proportion des agents de la surveillance par rapport :		Phase du programme
					à la population	aux postes de déclaration	
I	Venezuela	1950	4 720 000	2 262	1 : 11 000	1 : 5	Entretien et consolidation; petite zone en fin de la phase d'attaque
	Trinité	1958, I	789 000	88	1 : 11 000	1 : 1	Consolidation; petite zone en fin de la phase d'attaque
	Jamaïque	1958, I	1 016 000	168	1 : 16 000	1 : 3	Idem
II	Guatemala	1956, VIII	1 545 000	1 866	1 : 35 000	1 : 42	Fin de la phase d'attaque
	Mexique	1957, I	18 116 000	35 775	1 : 18 000	1 : 36	Fin de la phase d'attaque; petite zone à la phase de consolidation
	Colombie	1958, IX	9 000 000	6 746	1 : 27 000	1 : 20	Phase d'attaque; petite zone en fin de la phase d'attaque
	Brésil (Sao Paulo)	1958, IX	2 200 000	1 614	1 : 41 000	1 : 30	Consolidation; petite zone en fin de la phase d'attaque

La proportion des agents de surveillance par rapport à la population, telle que l'indique le tableau 3, représente une moyenne très approximative pour l'ensemble du pays; bien entendu, cette proportion est plus élevée dans les zones qui ont atteint la phase de consolidation que dans celles qui n'en sont qu'à la phase d'attaque. Voici par exemple les chiffres concernant la Jamaïque :

	<u>Proportion des agents de la surveillance par rapport :</u>	
	<u>à la population</u>	<u>aux postes de déclaration</u>
Zone à la phase de consolidation	1 : 10 000	1 : 2
Zone à la phase d'attaque	1 : 23 000	1 : 3

Le tableau 3 montre que les programmes où cette proportion est la plus forte sont ceux de la Trinité, de la Jamaïque et du Venezuela; elle est la plus faible au Guatemala et au Brésil.

4. ORGANISATION DU DEPISTAGE PASSIF. NOMBRE ET STRUCTURE DES POSTES DE DECLARATION

Le dépistage passif est effectué par diverses catégories de déclarants qui constituent ce que l'on appelle un "poste de déclaration des cas de paludisme". Dans les Amériques, ces postes se répartissent en trois types principaux :

- i) services de santé publique des Etats ou des municipalités (hôpitaux, dispensaires, consultations externes, centres de santé publique, etc.);
- ii) services médicaux privés (hôpitaux, dispensaires, médecins); et
- iii) collaborateurs bénévoles (enseignants, pharmaciens, habitants des villages).

En règle générale, le personnel du service national d'éradication du paludisme s'efforce d'obtenir à la fois la collaboration des services médicaux publics et privés qui existent habituellement dans les localités importantes. Les postes d'information dotés de collaborateurs bénévoles sont installés, en premier lieu, dans les grandes localités qui ne possèdent pas de services médicaux. C'est ainsi qu'au Mexique, les collaborateurs bénévoles ont été choisis tout d'abord dans des localités de plus de 500 habitants, Ensuite, ils ont été installés dans les localités de plus de 300 habitants et le plan de 1961 prévoit la sélection de collaborateurs bénévoles dans toutes les localités de plus de 100 habitants, et dans le quart des localités de moins de 100 habitants.

Dans la plupart des pays, chaque poste d'information est pourvu d'une trousse spéciale qui contient le matériel nécessaire aux prélèvements de frottis sanguins et au traitement présomptif des cas. Cet élément, bien qu'indispensable à une collaboration utile, n'est pas le seul facteur d'encouragement et il existe une forte proportion des postes de déclaration ainsi équipés qui sont encore "improductifs".

Les déclarants travaillent généralement à titre bénévole, sans rémunération spéciale. Le Venezuela fait exception à cette règle : les infirmières des dispensaires y reçoivent 1 bolivar (US \$0,33) pour chaque frottis sanguin prélevé sur un fiévreux.

Le nombre des postes de déclaration figure au tableau 3. Il n'existe habituellement qu'un poste par localité, et la proportion de ces postes par rapport au nombre des localités donne donc une idée approximative de la couverture de la zone impaludée par les unités de dépistage passif. Les indications correspondantes sont résumées au tableau 4.

TABLEAU 4. POSTES DE DECLARATION INSTALLEES
DANS LA ZONE IMPALUDEE INITIALE : NOMBRE ET
POURCENTAGE PAR RAPPORT AUX LOCALITES

Groupe de pays	Pays	Nombre de localités	Nombre de postes de déclaration	Pourcentage des postes de déclaration par rapport aux localités
I	Venezuela	34 049	2 262	6,6
	Jamaïque	2 899	168	5,8
II	Guatemala	9 080	1 866	20,5
	Mexique	98 700	35 775	36,2
	Colombie	27 957	6 746	24,1
	Brésil (Sao Paulo)	9 533	1 614	16,9

On voit que la couverture des localités par les postes de déclaration est beaucoup plus élevée dans les pays du second groupe que dans ceux du premier groupe. Les rapports indiquent qu'il existe à la Trinité 88 postes de déclaration, mais ceux-ci ne sont pas assez nombreux pour le programme d'éradication. Ils ne possèdent pas de trousseaux spéciales et n'effectuent pas de prélèvements sanguins sur tous les cas fébriles; leur seule "collaboration" effective consiste à envoyer des lames prises sur les sujets cliniquement suspects de paludisme.

5. RENDEMENT DES AGENTS DE SURVEILLANCE ET DES POSTES DE DECLARATION

Le tableau 5 montre la proportion totale d'habitants examinés dans la zone impaludée initiale dans le cadre des activités de dépistage actif et passif (= "taux d'examens annuels").

Si un taux d'examen annuel d'au moins 10 % est pris comme critère d'un dépistage satisfaisant (huitième rapport du Comité d'experts du Paludisme), les seuls pays à avoir atteint ce chiffre sont le Venezuela depuis trois ans, la Trinité depuis deux ans et la Jamaïque en 1960. Le Guatemala n'en est pas très éloigné, le Mexique s'en approche assez lentement, mais régulièrement, tandis que la Colombie en est encore à ses débuts et a un long chemin à parcourir.

Le rendement comparatif des agents de surveillance et des postes de déclaration (c'est-à-dire le nombre de lames produites par chacun d'eux) est indiqué au tableau 6.

Comme on le voit, tous les pays du premier groupe qui ont atteint un taux d'examens annuel conforme à l'objectif fixé ont eu recours - presque uniquement dans le cas de la Trinité, ou en majeure partie dans le cas du Venezuela et de la Jamaïque - aux procédés de dépistage actif. Dans les pays du second groupe, en revanche, le dépistage passif est utilisé plus souvent que le dépistage actif, surtout au Guatemala et, dans une large mesure également, au Mexique et au Brésil. De tous les pays visités, c'est le Guatemala qui recueille la plus grande proportion de lames en provenance des postes de déclaration.

Le tableau 7 montre le rendement comparatif des divers types de postes de déclaration dans les pays visités, avec ou sans collaborateurs bénévoles.

A la Jamaïque comme au Venezuela, les centres de santé publique constituent la principale source de renseignements pour le dépistage passif. Dans les pays qui emploient des collaborateurs bénévoles, ces derniers fournissent la plus grande partie des lames (Guatemala, Mexique, Colombie, Brésil). D'une façon générale, la collaboration des services médicaux privés est la moins satisfaisante, sauf peut-être à la Jamaïque.

TABLEAU 5. POURCENTAGE DE LA POPULATION DE LA ZONE IMPALUDEE INITIALE EXAMINEE
PAR LES AGENTS DE SURVEILLANCE ET LES DECLARANTS (1957-1960)

Groupe de pays	Pays	Nombre de lames examinées				Pourcentage de lames par rapport au nombre d'habitants			
		1957	1958	1959	1960	1957	1958	1959	1960
I	Venezuela	319 289	482 436	503 777	576 310	6,8	10,2	10,7	12,2
	Trinité	-	52 159	101 923	103 027	-	6,6	12,9	13,1
	Jamaïque	-	39 726	35 765	184 534	-	3,9	3,5	18,1
II	Guatemala	25 232	62 119	108 047	115 311	1,6	4,0	7,0	7,5
	Mexique	175 089	403 663	821 598	1 212 770	1,0	2,2	4,5	6,7
	Colombie	-	-	329 268	376 784*	-	-	3,6	4,2*
	Brésil (S. Paulo)	-	-	-	89 007**	-	-	-	4,0**

* Janvier/juin et octobre/novembre seulement.

** Janvier/septembre seulement.

TABEAU 6. NOMBRE ET POURCENTAGE DE LAMES RECUEILLIES PAR LES ORGANES DE DEPISTAGE ACTIF ET PASSIF

Groupe de pays	Pays	Type de dépistage	1957		1958		1959		1960	
			Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
I	Venezuela	Actif	297	93,2	461	95,6	463	92,1	240	85,3*
		Passif	21	6,8	21	4,4	40	7,9	41	14,7*
	Trinité	Actif	-	-	49	95,8	100	98,7	102	99,4
		Passif	-	-	2	4,2	1	1,3	603	0,6
	Jamaïque	Actif	-	-	-	-	22	64,3	153	83,4
		Passif	-	-	-	-	12	35,7	30	16,6
II	Guatemala	Actif	5	30,0	18	29,5	11	10,7	39	34,0
		Passif	13	70,0	43	70,5	96	89,3	76	66,0
	Mexique	Actif	142	81,6	305	75,7	633	77,1	883	73,4
		Passif	32	18,4	97	24,3	188	22,9	320	26,6
	Colombie	Actif	-	-	-	-	323	98,3	301	80,1**
		Passif	-	-	-	-	5	1,7	74	19,9**
Brésil (S. Paulo)	Actif	-	-	-	-	-	-	67	76,3	
	Passif	-	-	-	-	-	-	21	23,7	

* Janvier/juin seulement.

** Janvier/juillet et octobre/novembre seulement.

6. EFFICACITE DES METHODES DE DEPISTAGE ACTIF ET PASSIF

Le tableau 8 montre l'efficacité des diverses méthodes de dépistage, c'est-à-dire le nombre et la proportion de lames positives produites.

L'efficacité du dépistage actif est très grande dans tous les pays du premier groupe et, parmi les pays du second groupe, en Colombie où le système des collaborateurs bénévoles en est encore à ses débuts. Au Mexique, les agents de surveillance et les déclarants fournissent un nombre à peu près égal de lames positives, alors qu'au Guatemala et à Sao Paulo (Brésil), l'efficacité du dépistage passif est bien supérieure à celle du dépistage actif.

Il est à remarquer que la proportion des lames positives découvertes avec le dépistage passif est aussi élevée, et le plus souvent même plus élevée, que la proportion des lames fournies par les postes de déclaration (figure 1). Il est facile d'entrevoir tous les avantages que des pays tels que la Colombie, la Trinité, le Venezuela et le Brésil retireraient d'une plus large utilisation de la méthode passive, peu coûteuse et efficace.

7. DISCUSSION

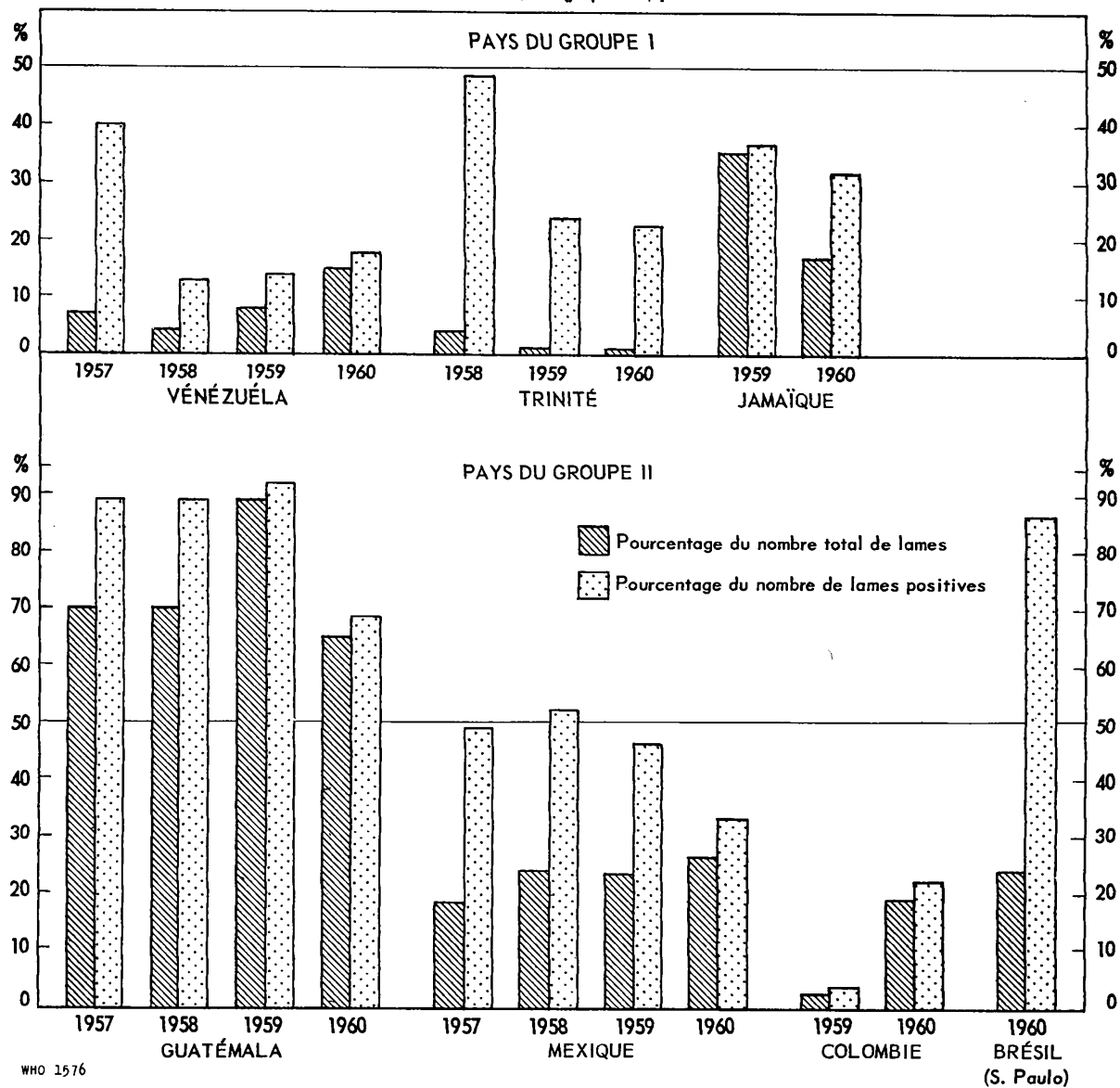
Comme on a pu le constater, les divers pays visités présentent des différences importantes quant à l'organisation, au rendement et à l'efficacité du dépistage actif et du dépistage passif. Il est difficile de comprendre exactement la raison de ces différences. Nous ne connaissons pas toujours l'origine des facteurs qui déterminent l'organisation du dépistage dans les divers programmes et il n'existe pas non plus de critères objectifs permettant d'évaluer ces facteurs. Dans les débuts, il y a deux éléments au moins dont il faut tenir compte :

- i) le degré de développement des services de santé publique dans les pays intéressés;
- ii) le degré de développement et d'efficacité de l'éducation sanitaire de la population.

On comprend facilement que le système de dépistage et de déclaration des cas puisse être directement influencé par le degré de développement des services de santé publique. Ainsi, la Jamaïque, la Trinité et le Venezuela, qui possèdent des

FIG. 1

Pourcentage du nombre total de lames et du nombre de lames positives recueillies par les postes de déclaration (dépistage passif).



services sanitaires assez bien organisés, n'emploient pas de collaborateurs bénévoles. Au contraire, cette catégorie de personnel joue un rôle important au Mexique, au Guatemala, en Colombie et au Brésil (Etat de S. Paulo) où les services de santé publique sont moins développés. Le bon fonctionnement du service de dépistage passif au Mexique et au Guatemala est peut-être dû à l'action d'éducation sanitaire efficace et permanente qui a lieu dans ces pays : on sait en effet que le siège central des activités antipaludiques de chacun de ces pays et tous les bureaux de zone du Mexique possèdent des sections spéciales dotées d'éducateurs sanitaires expérimentés et que ceux-ci font beaucoup pour expliquer à la population l'intérêt national et individuel du programme d'éradication et l'importance de la coopération du public. Dans ces pays, la grande majorité des habitants connaissent les principes fondamentaux du programme d'éradication du paludisme et collaborent d'une façon ou d'une autre avec le service national d'éradication. On pourrait citer beaucoup d'exemples d'une collaboration de ce genre de la part des enseignants, des chefs des villages et de leurs habitants, jeunes et vieux, hommes et femmes. En Colombie, l'éducation sanitaire vient seulement de commencer et il reste beaucoup à faire. Néanmoins, les responsables du service national d'éradication du paludisme reconnaissent l'importance et la valeur de cette activité : un film sur "La lutte antipaludique en Colombie" a été réalisé récemment et est actuellement présenté au public.

Au Mexique et au Guatemala, ce ne sont pas seulement les collaborateurs bénévoles, mais encore la majorité des institutions médicales - assez peu nombreuses il est vrai - qui collaborent efficacement au dépistage passif. Il en est tout autrement dans certains pays dotés de services sanitaires développés. Là, il n'y a pas de collaborateurs bénévoles mais, ce qui est assez préoccupant, les services de santé ne contribuent guère au dépistage du paludisme. En raison de ce manque de collaboration de la part des institutions médicales, la participation de la population est également très médiocre. Dans ce cas, le dépistage passif ne joue qu'un rôle auxiliaire (Venezuela) ou n'existe pratiquement pas (Trinité).

C'est au personnel du service national d'éradication du paludisme de ces pays qu'incombe actuellement presque toute la responsabilité du dépistage et il s'acquitte de sa tâche d'une manière très satisfaisante. Mais cela ne résout pas la question de savoir qui sera ultérieurement chargé du dépistage et des autres activités de surveillance dans la phase d'entretien.

TABLEAU 7. POURCENTAGE DES LAMES RECUEILLIES DANS QUELQUES PROGRAMMES PAR DIVERS
TYPES DE POSTES DE DECLARATION

Type de poste de déclaration	Guatemala 1960	Colombie Etat de Monteria oct. 1959/août 1960	Jamaïque 1959	Jamaïque Juin et août/déc. 1960
Collaborateurs bénévoles	70,7	53,8	-	-
Centres de santé publique	21,6	36,6	60,2	74,0
Hôpitaux	4,7	7,5	11,1	12,7
Services médicaux privés	3,0	2,1	28,7*	13,3*

* Y compris les dispensaires des grandes exploitations agricoles.

TABLEAU 8. NOMBRE ET POURCENTAGE DE LAMES POSITIVES OBTENUES
PAR LES METHODES DE DEPISTAGE ACTIF ET PASSIF

Groupe de pays	Pays	Type de dépistage	1957		1958		1959		1960	
			Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
I	Venezuela	Actif	537	59,9	984	86,5	780	85,6	530*	82,5
		Passif	360	40,1	154	13,5	131	14,4	112	17,5
	Trinité	Actif	-	-	191	50,8	74	76,2	10	76,9
		Passif	-	-	185	49,2	23	23,7	3	23,1
	Jamaïque	Actif	-	-	-	-	210	62,7	91	67,4
		Passif	-	-	-	-	125	37,3	44	32,6
II	Guatemala	Actif	384	10,0	1 417	11,1	656	8,2	962	31,6
		Passif	3 475	90,0	11 377	88,9	7 328	91,8	2 082	68,4
	Mexique	Actif	2 246	51,2	1 577	47,8	1 704	53,2	2 368	67,0
		Passif	2 141	48,8	1 722	52,2	1 498	46,8	1 167	33,0
	Colombie	Actif	-	-	-	-	3 984	95,5	4 914**	77,4**
		Passif	-	-	-	-	188	4,5	1 438	22,0**
Brésil (Sao Paulo)	Actif	-	-	-	-	-	-	877	13,0	
	Passif	-	-	-	-	-	-	5 859	87,0	

* Janvier/juin seulement.

** Janvier/juillet et octobre/novembre seulement.

8. CONCLUSIONS

- i) On a essayé d'analyser les activités des services d'éradication du paludisme au Mexique, au Guatemala, à la Jamaïque, à la Trinité, au Venezuela, en Colombie et au Brésil en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du dépistage - élément essentiel des opérations de surveillance.
- ii) Pour évaluer de manière appropriée les activités de dépistage entreprises dans le cadre des programmes d'éradication, on dispose de divers indices qui sont, notamment : la proportion des habitants examinés pour le dépistage des parasites du paludisme ("taux d'examens annuel"); la proportion des postes de déclaration par rapport aux localités d'une zone naguère impaludée; le rendement et l'efficacité comparés des méthodes active et passive de dépistage, de même que le rendement comparatif - en matière de dépistage passif - des divers types de postes de déclaration.
- iii) D'après ces critères, il semble que parmi les pays qui ont recours à des collaborateurs bénévoles, ce soit le Mexique qui possède le système de dépistage le mieux organisé et le plus efficace; on peut en dire de même de la Jamaïque et du Venezuela pour les pays qui n'emploient pas de collaborateurs bénévoles.
- iv) Un bon programme d'éducation sanitaire joue un rôle important dans l'organisation du dépistage, comme c'est le cas au Mexique et au Guatemala.
- v) La mise en place de postes de déclaration devrait commencer dès le début de la campagne d'éradication, lorsqu'il est relativement facile de convaincre le personnel médical et les collaborateurs bénévoles de l'utilité de leur participation. La collaboration ainsi instituée faciliterait sans doute l'introduction de la chimiothérapie dans le programme; en outre, les personnes participant au dépistage prendraient mieux conscience de la valeur de leurs efforts puisqu'elles observeraient la disparition progressive de la maladie au lieu de n'intervenir qu'à la fin de la campagne, c'est-à-dire à un moment où les résultats obtenus ne sont plus guère perceptibles.
- vi) Il serait utile d'élaborer des critères précis pour évaluer les opérations de dépistage dans des conditions différentes et à divers stades du programme. Ces critères faciliteraient aussi la tâche des équipes d'évaluation qui sont chargées de déterminer les zones où l'éradication du paludisme est effectivement réalisée.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie le Dr Oswaldo da Silva, Chef de la section d'Eradication du Paludisme du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques/BSP des utiles remarques qu'il a bien voulu formuler au sujet de la présente étude.

SOURCES DE RENSEIGNEMENTS

I. Rapports du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques/BSP

1. Status of Malaria Eradication in the Americas, VI Report, CSP15/16, 1958 (document ronéographié)
2. Informe sobre el Estado de la Erradicacion de la Malaria en las Americas, VII Report, CD11/23, 1959 (document ronéographié)
3. Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas, VIII Report, 1960 (document ronéographié)
4. Third Quarterly Report, July-September, 1960, AMRO-117 (document ronéographié)

II. Mexique

1. Résumé de la mise en oeuvre du programme d'éradication du paludisme au Mexique, 1960 (document dactylographié)
2. Mexique-53, Rapport annuel, 1960 (document dactylographié)
3. Luis Vargas & A. A. Ugalde "Evaluacion Epidemiologica de la Erradicacion del Paludismo en 1959, Tercer Ano de Cobertura Integral". Salub. Publ. Mex., 1959, 2, 257

III. Guatemala

1. Informe Anual, 1960, Guatemala-1 (document dactylographié)
2. Rapport mensuel, janvier 1961, Guatemala-1 (document dactylographié)

IV. Trinité

1. Malaria Eradication Programme, Trinidad and Tobago, Annual Report, 1960 (document ronéographié)
2. Malaria Eradication Programme, Trinidad and Tobago, Annual Report, 1960 (document dactylographié)

V. Jamaïque

1. Jamaica-2, Annual Report, 1959 (document ronéographié)
2. Jamaica-2, Monthly reports, January/December, 1960 (documents ronéographiés)

VI. Venezuela

1. Memoria y Cuenta, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Año 1960, Caracas 1961
2. Cuestionario sobre Algunos Aspectos del Programa de Erradicacion de la Malaria a Medios del Año 1960 (document ronéographié)
3. Técnicas de Evaluacion y Vigilancia y sus Exitos en Venezuela, Maracay, 1960 (document ronéographié)
4. A. Gabaldon, l'Eradicacion du paludisme au Venezuela, 1958 (document ronéographié)

VII. Colombie

1. J. A. Concha y Venegas, Informe del Servicio Nacional de Erradicacion de la Malaria - SEM - Campana directa del Ministerio de Salud Publica, 1960 (document ronéographié)
2. Colombia-5, Rapports mensuels, janvier/juillet, octobre/novembre 1960 et janvier 1961 (documents dactylographiés)
3. Productividad de los Puestos de Informacion por Tipo de Puesto (Monteria, octubre, 1959 - juillet, 1960). Datos provisionales (document dactylographié)

VIII. Brésil

1. Brésil-41, Rapport annuel 1960 (document dactylographié)
2. Brésil-41, Rapports mensuels, janvier/décembre 1960 (documents dactylographiés)