

a 62 167

WHO/Ma.1/524
ANNEXE I

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

DIVISION DE L'ERADICATION DU
PALUDISME

15 août 1961

ORIGINAL : ANGLAIS

CLASSEMENT DES CAS DE PALUDISME

1. Introduction - Considérations générales

Pour évaluer la situation du paludisme dans une zone donnée et juger des progrès accomplis dans la voie de l'éradication, on se fonde principalement sur le nombre et la distribution des cas confirmés, classés d'après l'origine de l'infection. Il est donc essentiel que chaque cas soit examiné et analysé avec minutie.

Un classement s'impose non seulement pour obtenir un tableau exact de la situation épidémiologique, mais encore pour décider des mesures à prendre et, en fin de compte, pour vérifier si les critères de l'éradication sont effectivement remplis.

Pour le classement des cas, le Comité d'experts du Paludisme a distingué cinq catégories : cas indigènes, rechutes, cas importés, cas introduits, cas provoqués. Ces expressions donnent toute satisfaction si l'on aborde les problèmes épidémiologiques d'un point de vue purement scientifique, mais, dans la pratique, le classement des cas et l'interprétation des termes ont soulevé plusieurs difficultés. Elles sont évoquées dans les sections suivantes où figurent, en outre, des précisions sur le sens des termes employés; des subdivisions sont aussi indiquées pour quelques grandes catégories et des recommandations formulées quant aux méthodes à suivre pour le classement des cas. Les considérations ci-après supposent principalement que le classement des cas a lieu dans une zone parvenue à la phase de consolidation, mais les interprétations et méthodes proposées pourront être utilisées, moyennant quelques modifications, dans les secteurs qui ont atteint les derniers stades de la phase d'attaque.

2. Importance du classement pour les critères de l'éradication

L'un des critères permettant de confirmer l'éradication a été défini comme suit : "Preuve qu'aucun cas indigène ayant débuté pendant la période de trois ans considérée (trois ans de recherche attentive des cas de paludisme) n'a été découvert" (Comité d'experts du Paludisme, huitième rapport).¹

Si un cas est classé comme indigène, cela signifie que la transmission locale est intervenue avant qu'il soit découvert et qu'elle se produit peut-être encore; conformément au critère précité, l'achèvement de la phase de consolidation dans la zone intéressée considérée se trouve donc retardé.

Les termes rechute, cas importé ou cas provoqué impliquent qu'aucune transmission locale récente ne peut être incriminée. La présence de tels cas n'empêche pas une zone se trouvant à la phase de consolidation de satisfaire au critère susmentionné de trois années sans détection de cas indigènes.

L'emploi de l'expression cas introduit correspond à une situation intermédiaire : il y a eu transmission locale, mais celle-ci n'a pas dépassé le premier maillon et elle avait pour origine un cas importé. Dans cet exemple particulier, l'existence d'une transmission locale n'empêche pas la zone en question de satisfaire au critère des trois ans exempts de cas indigènes. Il découle de ce qui précède que le classement des cas sous les rubriques "rechutes", "cas importés", "cas introduits" ou "cas provoqués" doit être effectué, non seulement avec conscience mais avec minutie, et qu'en l'absence de preuve formelle du contraire, le cas doit être classé comme "indigène".

3. Rechutes

Dans son huitième rapport, le Comité d'experts du Paludisme donne de cette catégorie la définition suivante : "rechute d'une infection préexistante, à en juger par les antécédents du cas et l'absence de cas associés dans le voisinage". En

¹ Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn., 205, 1961.

théorie, cette terminologie est simple et facile à interpréter. Dans la pratique toutefois, les cas de rechutes sont parmi les plus difficiles à classer avec certitude.

Il est indispensable d'étudier minutieusement les antécédents pour avoir l'assurance d'une "infection préexistante". La preuve de beaucoup la meilleure et la plus souhaitable est un relevé médical précis établi pendant la première atteinte et attestant que le parasite découvert à l'examen microscopique appartenait à la même espèce que le parasite actuel. C'est là une des nombreuses raisons pour lesquelles, dans les campagnes d'éradication du paludisme, il importe d'établir pour chaque cas détecté une fiche individuelle, classée au nom de la localité en cause. Cette pratique facilitera beaucoup la vérification des antécédents médicaux relatifs aux rechutes. En l'absence d'une telle preuve écrite, le paludologue devra se fier à ses connaissances épidémiologiques et parasitologiques et à ses constatations cliniques pour admettre ou rejeter la possibilité qu'il s'agisse d'une rechute, compte tenu des antécédents du malade. En ce qui concerne le laps de temps écoulé depuis l'atteinte initiale, il ne doit pas, en règle générale, être supérieur à deux ans pour les infections à Plasmodium vivax; dans des circonstances spéciales, des périodes plus longues pourront être admises à titre exceptionnel. Pour les infections à F. falciparum, la limite sera de un an, sauf dans de nombreux secteurs d'Afrique où une marge plus longue devra parfois être envisagée. Quant aux infections à P. malariae, il n'est pas possible d'énoncer à leur sujet une limite précise, la période en question pouvant dépasser deux ans.

Une autre limite concernant le moment auquel l'infection initiale peut avoir été contractée est indiquée dans la Monographie de l'OMS "Terminologie du Paludisme",¹ où l'on ajoute à la définition de la rechute donnée par le Comité d'experts que l'infection devra avoir été contractée avant que l'interruption de la transmission ait été considérée comme acquise dans la localité en cause.

Des difficultés se sont élevées touchant l'interprétation de la seconde partie de la définition adoptée par le Comité d'experts, "... à en juger par ... l'absence de cas associés dans le voisinage". A prendre cette formule à la lettre,

¹ Edition révisée, 1961, à paraître prochainement.

on pourrait penser qu'un cas, que ses antécédents permettent d'identifier comme une rechute, doit néanmoins être classé comme indigène si un ou plusieurs autres cas quelconques, même non indigènes, sont découverts dans le voisinage au même moment ou peu de temps après. Mais, en réalité, il faut entendre par "cas associés" les cas épidémiologiquement apparentés, car l'apparition simultanée de plusieurs cas dans une localité peut être due à une simple coïncidence et non à une relation épidémiologique (transmission). Chaque fois que des cas seront découverts au voisinage d'un cas donné, on soupçonnera une transmission locale et on procédera sur place à une enquête épidémiologique intensive comprenant une étude approfondie des conditions sociales, entomologiques et autres. Si cette enquête fournit une explication raisonnable de la présence des autres cas et démontre l'absence de transmission, le cas considéré pourra être classé comme rechute.

Il convient de noter que le terme rechute s'applique avant tout aux rechutes tardives d'infections contractées naturellement dans la même zone avant l'interruption de la transmission (c'est-à-dire aux rechutes de cas indigènes). Cependant, il s'applique aussi aux rechutes de cas importés, de cas introduits, et - au moins en théorie - de cas provoqués (voir néanmoins le paragraphe 8 "Priorités en matière de classement"). Dans cette deuxième série de cas, il est recommandé de noter sur la fiche individuelle : "Rechute (d'un cas importé, ... etc.)".

4. Cas importés

Dans les sixième et huitième rapports du Comité d'experts, cette catégorie est définie comme suit :

"cas importé, une enquête ayant montré que l'infection a été contractée dans une région reconnue impaludée".

Si, dans un pays donné, toute la zone impaludée (ou précédemment impaludée) se trouve à la même phase du programme d'éradication et peut être considérée comme un tout homogène des points de vue épidémiologique et opérationnel, "cas importé" s'entend simplement d'un cas ayant son origine dans un secteur impaludé situé à l'extérieur du pays. Dans la réalité, toutefois, il arrive souvent que la phase atteinte par les programmes d'éradication varie selon les régions du pays, ou encore, que celles-ci constituent des zones épidémiologiques et opérationnelles géographiquement distinctes.

Les progrès de l'éradication doivent alors être évalués séparément dans chacune de ces zones et la dénomination "cas importé" ne doit pas s'appliquer exclusivement aux cas venus de l'étranger mais encore à ceux en provenance d'autres régions du pays. Il importe cependant, pour des raisons tant épidémiologiques qu'opérationnelles, de déterminer si l'origine de l'infection se situe ou non sur le territoire national. De plus, à supposer que le cas ait été détecté dans une "zone de consolidation", on doit chercher à savoir s'il provient d'une "zone d'attaque" du même pays (il en va le plus souvent ainsi) ou d'une autre zone de consolidation du même pays. Dans la deuxième éventualité on ne peut parler de cas importé que si les deux zones de consolidation sont géographiquement distinctes et si la zone d'origine constitue une grande entité administrative indépendante. En conséquence, les cas importés se subdivisent comme suit :

- a) cas importés de l'étranger
- b) cas importés d'une autre zone du pays se trouvant à la phase d'attaque ou à un stade antérieur
- c) cas importés d'une autre zone du pays, géographiquement distincte, ayant atteint la phase de consolidation.

Théoriquement, un cas pourrait aussi être importé d'une zone du même pays se trouvant à la phase d'entretien, mais, dans la pratique, le fait ne se produira que très rarement, ou même jamais.

Ces cas importés de l'intérieur du pays soulèvent un problème quant à leur enregistrement dans les rapports d'ensemble : doivent-ils être portés au compte de la zone de détection ou à celui de la zone d'origine ? Il va sans dire qu'aux fins de l'évaluation épidémiologique correcte d'une campagne nationale d'éradication du paludisme, il importe qu'on sache à la fois d'où vient l'infection et où elle a été découverte, et que l'on doit toujours faire en sorte que le cas soit notifié aux deux endroits. Reste à déterminer auquel des deux le cas doit être attribué dans les relevés. Dans l'éventualité la plus courante, à savoir celle du cas contracté par transmission locale dans une zone d'attaque et importé puis décelé dans une zone de consolidation, le cas doit être enregistré comme importé dans la zone de consolidation, et non comme indigène dans la zone d'attaque. On tient ainsi compte du fait

important que, dans une zone se trouvant à la phase de consolidation, les cas importés imposent des tâches supplémentaires au service de surveillance en fait de traitement et de contrôle post-cure. Dans les rapports d'ensemble, il est donc plus intéressant de consigner ces renseignements relativement au lieu de détection que de faire état d'un cas indigène de plus dans la zone d'attaque où, selon toute vraisemblance, il existait à la même époque d'autres cas indigènes. Cependant, comme il a été indiqué plus haut, cela ne doit pas empêcher d'aviser rapidement le service d'éradication du paludisme de la zone d'origine. Lorsqu'un cas importé dans une zone de consolidation vient d'une autre zone du pays ayant atteint la même phase et où l'infection est due à une transmission locale récente, l'apparition d'un cas indigène dans la zone d'origine a au moins autant d'importance que son importation dans la zone de détection. Dans cette éventualité, somme toute assez rare, le cas doit être consigné deux fois dans le rapport d'ensemble : comme cas indigène pour l'une des zones, comme cas importé pour l'autre. Dans tous les rapports d'ensemble établis pour la totalité d'un pays, des notes et explications spéciales seront données pour chaque cas ainsi enregistré et compté deux fois.

1. Cas introduits

Les sixième et huitième rapports du Comité d'experts donnent du cas introduit la définition suivante :

"cas directement secondaire à un cas importé connu".

L'existence de cette catégorie spéciale se justifie principalement du point de vue épidémiologique par le fait que si la transmission est détectée à un moment où elle n'a pas dépassé le premier maillon de la chaîne, il est encore relativement facile de prendre les mesures appropriées pour empêcher un retour de l'endémicité. La condition selon laquelle l'infection doit avoir pour origine un cas importé rend encore plus vraisemblable la supposition que la transmission ne comporte qu'un seul maillon, supposition qui ne saurait être avancée avec autant d'assurance s'il s'agissait, par exemple, d'un cas directement secondaire à une rechute. Dans la pratique, il sera difficile d'obtenir des preuves concluantes que la chaîne de transmission locale ne comporte qu'un maillon et de découvrir le lien direct entre le cas considéré et un cas importé connu. Une extrême prudence s'imposera donc pour classer un cas

comme "introduit" et, s'il y a doute, on devra le classer comme "indigène". Pour justifier dans la mesure du possible toute décision de classement d'un cas comme "introduit" - décision qui implique que la transmission locale n'a pas été au-delà du premier maillon - on se fera une règle de soumettre la localité à une investigation épidémiologique rigoureuse après la détection du cas. Si cette investigation ne révèle aucun autre cas, on aura une preuve supplémentaire que la transmission s'est bien arrêtée au premier maillon.

6. Cas provoqués

Les sixième et huitième rapports du Comité d'experts donnent du "cas provoqué" la définition suivante :

"Cas provoqué, à en juger par le fait qu'il s'est déclaré au bout d'un temps donné après une transfusion de sang ou consécutivement à une autre injection parentérale à laquelle l'infection peut raisonnablement être attribuée".

Cette définition s'applique principalement aux cas qui résultent d'une transfusion de sang ou d'une autre cause accidentelle. Ce sont, sans aucun doute, les types les plus fréquents de cas provoqués. Néanmoins, il ne faut pas oublier un autre groupe de cas qui rentrent dans la même catégorie, à savoir ceux qui sont provoqués délibérément aux fins de paludothérapie ou d'expérimentation.

Les cas provoqués peuvent en général être identifiés sans grande difficulté d'après l'étude minutieuse des antécédents. Quand il s'agit d'une contamination par transfusion, les preuves épidémiologiques sont généralement nettes et convaincantes même si, comme il arrive fréquemment, l'examen microscopique ne révèle pas la présence de parasites dans le sang périphérique du donneur suspect. On notera ici qu'au cours des dernières phases d'une campagne d'éradication du paludisme, l'apparition de cas provoqués peut dénoter l'existence d'un réservoir de virus qui n'avait pas été décelé par ailleurs; elle doit donc inciter à entreprendre une enquête épidémiologique très complète.

7. Cas indigènes

Lorsqu'il a énoncé (sixième et huitième rapports) les critères permettant de confirmer l'éradication du paludisme, le Comité d'experts n'a pas positivement

défini l'expression "cas indigène". La seule définition qu'il en a donnée s'obtient par exclusion, de sorte que tout cas qui ne peut être rangé dans une des catégories : "rechutes", "cas importés", "cas introduits" ou "cas provoqués" (elles-mêmes nettement définies) doit être considéré comme indigène. La définition officielle du cas indigène serait donc :

"Cas indigène : tout cas qui ne peut être classé avec certitude comme rechute, cas importé, cas introduit ou cas provoqué".

Aux fins des opérations, il faudrait amplifier cette définition en disant :

"Infection paludéenne due - preuve à l'appui ou à défaut de preuve contraire - à une transmission locale récente".

Le terme "récent" est difficilement exprimable en un nombre précis de semaines ou de mois, mais il faut l'interpréter selon une perspective épidémiologique. En restant prudent, on peut dire qu'une "transmission locale récente" s'applique à une période ne dépassant pas un an.

S'il reste toujours souhaitable d'obtenir, grâce à de patientes recherches, une preuve positive de la transmission locale, une règle à suivre est que tous les cas pour lesquels cette preuve ne peut être fournie mais qu'on ne peut ranger avec certitude dans une autre catégorie, doivent être classés comme indigènes (voir aussi plus loin "Cas indéterminables").

8. Priorités en matière de classement

Un problème de priorité se pose parfois quand un cas présente des éléments qui se prêtent à deux classements différents. On a déjà étudié une situation de ce genre à propos des cas importés d'une zone à l'autre dans un même pays et qui peuvent être classés comme indigènes au lieu d'origine (par exemple, une zone d'attaque du pays) ou comme importés au lieu de détection (par exemple, une zone de consolidation du pays). Nous avons indiqué la solution à choisir en pareille occurrence.

Un autre exemple est fourni par les cas, assez fréquents dans la pratique, qui se présentent soit comme des rechutes, soit comme des cas importés selon qu'on s'attache davantage à tel ou tel aspect. Les règles ci-après sont de nature à faciliter la décision :

- a) tout cas détecté pour la première fois dans une localité et dû à une infection contractée en dehors de la zone considérée doit, sans exception, être classé comme importé, qu'il s'agisse ou non de la première manifestation de la maladie chez le sujet;
- b) tout cas qui a d'abord été détecté, puis reconnu comme importé dans une zone doit, s'il présente ultérieurement une rechute dans la même zone, être classé cette fois comme rechute (ce qui signifie, du point de vue opérationnel, que le traitement et la surveillance post-cure dans cette zone ont été insuffisants).

9. Cas impossibles à classer - Cas indéterminables

Dans chaque campagne d'éradication du paludisme, quelle que soit la qualité des services épidémiologiques, on rencontre inévitablement des cas qui, pour des raisons variables, sont impossibles à classer.

Il convient de distinguer :

- a) les cas qui ne peuvent être classés parce qu'on n'a pas effectué, ou pas pu effectuer, les investigations voulues;
 - b) les cas qui ont fait l'objet d'investigations appropriées mais quant à la nature et à l'origine desquels il n'a pas été possible d'arriver à une conclusion valable.
- a) Le défaut d'enquête peut être dû à des raisons opérationnelles, par exemple : manque de personnel au moment de la détection et impossibilité de procéder à des recherches utiles longtemps après. Il arrive aussi qu'après diagnostic positif à l'examen du sang, on ne puisse pas retrouver le malade, soit parce qu'il a quitté la localité pour une destination inconnue, soit parce que la lame de sang n'était pas convenablement identifiée. Dans les rapports trimestriels d'ensemble sur les opérations de surveillance ou les rapports analogues, de tels cas devront être indiqués comme "non classés", étant entendu qu'il s'agira toujours de cas qui, pour les raisons mentionnées plus haut, ou pour des raisons similaires, n'auront pas fait l'objet de recherches appropriées. Si, dans une série de rapports successifs, les cas "non classés" représentent une forte proportion du total, ce sera un indice que les opérations épidémiologiques laissent à désirer et la direction du service d'éradication

devra s'en préoccuper. Il pourra être nécessaire, en fin de compte, de classer ces cas comme indigènes, en l'absence de preuve excluant cette solution.

b) Parfois les recherches voulues auront été faites mais n'auront pas apporté d'indices suffisants pour conclure à une rechute ou à un cas importé, introduit ou provoqué, ni fait la preuve d'une transmission locale. Il s'agira habituellement de cas isolés apparaissant dans une localité où aucune infection n'aura été découverte depuis longtemps et où aucun autre cas n'aura été détecté au cours de l'enquête épidémiologique ou de la période d'observation minutieuse qui l'aura suivie. Conformément à ce qui a été dit précédemment, ces cas devront être immédiatement classés comme indigènes et consignés comme tels dans les rapports trimestriels et autres. Il faudra cependant noter dans le résumé figurant sur la fiche individuelle que le cas a dû être considéré comme indigène parce qu'en dépit de recherches minutieuses aucune preuve concluante n'a pu être obtenue quant à sa véritable nature. Pour les besoins du service, on pourra indiquer sur la fiche : "Cas indigène, isolé, origine indéterminable, aucune transmission ultérieure". Ces mentions seront utiles au moment où l'on examinera si l'éradication peut être déclarée réalisée; il est possible en effet d'admettre un certain nombre de cas de ce genre pendant la phase de consolidation - et ceci bien qu'ils soient classés comme indigènes - si les conditions particulières à chacun d'eux sont suffisamment connues et si l'absence de transmission ultérieure dans la localité est bien établie.

Les considérations qui précèdent montrent que le classement des cas de paludisme en diverses catégories peut rarement s'effectuer en fonction du seul examen d'un cas individuel et qu'une conclusion définitive ne peut être formulée qu'après une sérieuse investigation et une évaluation critique de la situation qui règne dans la localité entière (foyer). Ce principe peut être énoncé de la façon suivante :

Le classement des cas de paludisme ne doit jamais être effectué sur la base du seul examen des cas considérés. Ce premier examen ne peut servir qu'à indiquer un classement provisoire, lequel devra être confirmé - ou infirmé - par les résultats d'une enquête épidémiologique complète dans la localité et d'une étude de tous les facteurs en cause.

a 62 167

WHO/Mal/324

ANNEXE II

TABLEAU I

DONNEES TRIMESTRIELLES SUR LES OPERATIONS DE SURVEILLANCE

Pays District

Année Trimestre Phase

| Phase du programme | Zone soumise simultanément à des activités de dépistage actif et passif | Zone soumise à des activités de dépistage soit actif, soit passif |
|--|---|---|
| <p>1. <u>Dépistage passif des cas</u></p> <p>1.1 Nombre approximatif d'habitants soumis au dépistage passif des cas</p> <p>1.2 Nombre de stations de dépistage :</p> <p>a) unités sanitaires</p> <p>b) collaborateurs bénévoles</p> <p>2. <u>Dépistage actif des cas</u></p> <p>2.1 Nombre d'habitants soumis au dépistage actif des cas</p> <p>2.2 Nombre effectif de ménages visités au cours du dépistage actif des cas</p> <p>2.3 Espacement moyen des visites</p> <p>2.4 Nombre de personnes vues au cours du trimestre *</p> <p>2.5 Nombre d'agents de surveillance en exercice le dernier jour du trimestre</p> | | |

* Compter une unité pour chaque visite; par exemple, si une personne a été vue trois fois au cours du trimestre, consigner le chiffre "3".

Observations :

TABLEAU II
RENSEIGNEMENTS TRIMESTRIELS SUR L'ORIGINE
DES LAMES HEMATOLOGIQUES

Pays District
Année Trimestre Phase

| | Nombre de lames examinées | Nombre de lames positives |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. <u>Dépistage passif des cas</u> | | |
| 1.1 Unité sanitaire (SDP) ⁺ | | |
| 1.2 Collaborateurs bénévoles (SDP) ⁺ | | |
| 1.3 Médecins privés ou institutions médicales (autres que SDP) et déclarations obligatoires* | | |
| 2. <u>Dépistage actif des cas</u> (enquêtes porte à porte sur les cas fébriles) | | |
| 3. <u>Examens hématologiques massifs</u> | | |
| 4. <u>Enquêtes épidémiologiques</u> (autour des cas confirmés de paludisme) | | |
| 5. <u>Surveillance ultérieure</u> (des cas con- firmés de paludisme) | | |
| 6. <u>Enquêtes spéciales</u> ^{**} | | |
| | | |
| | | |
| Total : | | |

⁺ SDP = Station de dépistage du paludisme.

* Autres que celles déjà incluses sous les rubriques 1 à 6.

** Spécifier le type d'enquête. Les enquêtes sur les nourrissons doivent toujours figurer sous la rubrique 6 et non pas sous la rubrique 3.

N.B. : Aucune lame ne doit être comptée plusieurs fois.

Observations :

TABLEAU III

RENSEIGNEMENTS TRIMESTRIELS SUR LES ESPECES DE PARASITES ET SUR L'ORIGINE DE
L'INFESTATION DES CAS CONFIRMES DE PALUDISME PAR GROUPE D'AGE

Pays District
Année Trimestre Phase

A.

| Espèces de parasites | Nombre d'infections |
|------------------------------|---------------------|
| Plasmodium <u>vivax</u> | |
| Plasmodium <u>falciparum</u> | |
| Plasmodium <u>malariae</u> | |
| Plasmodium <u>ovale</u> | |
| Mixtes | |
| Non déterminées | |

B.*

| Origine de l'infection | Groupe d'âge | | | | Total |
|--------------------------------|------------------|--------------|---------------|-------------------|-------|
| | Moins de 1 an | 1 à 4 ans | 5 à 14 ans | 15 ans et plus | |
| Cas indigène | | | | | |
| Rechute | | | | | |
| Cas importé a) | | | | | |
| Cas importé b) | | | | | |
| Cas importé c) | | | | | |
| Cas provoqué | | | | | |
| Cas introduit | | | | | |
| Origine non déterminée** | | | | | |
| Total | | | | | |
| Pour le trimestre considéré | | | | | |
| Pour les trimestres précédents | | | | | |

- a) Cas importé = de l'étranger
- b) Cas importé = du pays même - zone en phase d'attaque
- c) Cas importé = du pays même - zone en phase de consolidation

* Consigner sous III B. le nombre effectif des cas qui ont fait l'objet d'investigations au cours du trimestre considéré - qu'ils aient été dépistés au cours des trimestres précédents ou pendant le trimestre considéré. Les cas pour lesquels une investigation est en cours mais non achevée devront être consignés sur le prochain relevé trimestriel.

** Ne doivent figurer dans cette catégorie que les cas qui ne peuvent faire l'objet d'une investigation. Ceux qui sont soumis à enquête mais dont l'origine ne peut être clairement précisée ("non déterminable") doivent être enregistrés sous "cas indigène".

Observations :

TABLEAU IV

RENSEIGNEMENTS TRIMESTRIELS SUR LE TRAITEMENT RADICAL

Pays District
 Année Trimestre Phase

| Médicament (s) | | Nombre total de : | | | |
|------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Appella- tion | mg de base par com- primé | Cas confirmés de paludisme | | | Nombre de comprimés administrés |
| | | Rencontrés | Traitement commencé | Traitement terminé | |
| | | | | | |

Observations :

TABLEAU V

RENSEIGNEMENTS TRIMESTRIELS SUR LES SERVICES DE LABORATOIRE

Pays

Année Trimestre Phase

| | |
|---|--|
| 1. Nombre de microscopistes employés à plein temps dans les laboratoires du service d'éradication du paludisme le dernier jour du trimestre | |
| 2. Nombre de microscopistes employés à temps partiel dans les laboratoires du service d'éradication du paludisme le dernier jour du trimestre | |
| 3. Nombre de lames positives réexaminées | |
| 4. Nombre de lames négatives réexaminées | |
| 5. Proportion du nombre total des lames qui sont examinées dans les laboratoires non rattachés au service d'éradication du paludisme | |

Observations :

Le but des documents de la Série WHO/Mal est le suivant :

- a) mettre le personnel de l'OMS, les instituts nationaux, les chercheurs et les travailleurs de la santé publique au courant de l'évolution des recherches sur le paludisme et des progrès de l'éradication du paludisme au moyen d'exposés succincts relatifs à quelques problèmes en cause;
- b) distribuer, aux catégories de lecteurs indiquées ci-dessus, les rapports d'opérations et autres communications qui présentent un intérêt particulier, mais qui ne sont pas normalement imprimés dans les publications de l'OMS;
- c) communiquer aux intéressés différents articles qui sont destinés à la publication mais qui, en raison de leur actualité, méritent d'être rapidement connus.

La parution d'un article dans cette série ne constitue donc pas une publication officielle et un tel article peut donc, avec l'accord de l'auteur et de l'OMS, être publié dans un périodique de l'OMS ou ailleurs.

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs. La mention des manufactures et des produits commerciaux n'implique pas que ces maisons ou leurs produits soient recommandés ou approuvés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres.