

a 62420

31 juillet 1962

ORIGINAL : ANGLAIS

SUPPLEMENT AU DOCUMENT WHO/Mal/352

Sommaire

	<u>Page</u>
1. In Memoriam - Dr Lewis Wendell Hackett	2
2. Commissions nationales de coordination pour l'éradication du paludisme	3
3. Le système de rapports et notifications dans le programme na- tional d'éradication du paludisme, Inde	7
4. Mesures de lutte contre le paludisme importé de part et d'autre d'une frontière terrestre	16



1. IN MEMORIAM

Le Dr Lewis Wendell Hackett est mort le 28 avril 1962, à l'âge de 77 ans, après une courte maladie.

C'est au progrès de la lutte antipaludique qu'il a le plus contribué au cours de sa longue carrière d'administrateur de la santé publique au service de la Fondation Rockefeller, mais il a appliqué avec un égal succès les techniques de démonstration de mesures de lutte fondées sur de solides principes scientifiques établis sur le terrain par des laboratoires de campagne dans les opérations qu'il a menées contre l'ankylostomiase, la fièvre jaune et de nombreuses autres maladies.

Après dix années d'efforts consacrés à la lutte contre l'ankylostomiase et à l'exécution de vastes plans d'assainissement rural en Amérique centrale et en Amérique du Sud au service de la Fondation Rockefeller, le Dr Hackett fut chargé en 1924 de diriger le projet antipaludique mis sur pied en Italie par l'International Health Board de cette Fondation, à une époque où 38 des 69 provinces de l'Italie étaient impaludées. Un centre d'expérimentation sur le paludisme fut créé à Rome et, progressivement, du personnel fut recruté et chargé de divers travaux, non seulement en Italie, mais aussi en Grèce, en Bulgarie, en Espagne et en Albanie. Des études sur la biologie des moustiques, et en particulier du complexe A. maculipennis, furent effectuées en collaboration avec le Professeur Martini, de Hambourg, et le Professeur Swellengrebel, d'Amsterdam.

Le Dr Hackett a publié en 1937 son ouvrage sur "Le paludisme en Europe". Il a été membre de la Commission du Paludisme de la Société des Nations de 1935 à 1946, et de 1948 jusqu'à sa mort a été inscrit au Tableau OMS d'experts du Paludisme.

La mort du Dr Hackett sera péniblement ressentie par tous les spécialistes des questions de santé publique dont il était le conseiller aussi judicieux qu'expérimenté.

2. COMMISSIONS NATIONALES DE COORDINATION POUR L'ERADICATION DU PALUDISME

Le présent article, rédigé par le Dr C. A. Alvarado, Directeur de la Division de l'Eradication du Paludisme à Genève, a été présenté à la Deuxième Conférence européenne sur l'éradication du paludisme qui s'est tenue à Tanger en mars 1962 et à la réunion technique interrégionale sur l'éradication du paludisme organisée par l'OMS à Téhéran en mai de la même année.

Introduction

De par leur nature même, les programmes d'éradication du paludisme s'étendent à l'ensemble du territoire national dans les pays où ils sont mis en oeuvre. Aussi requièrent-ils la collaboration de toute la collectivité, de ses groupes représentatifs, des organismes publics et des organisations non gouvernementales. La coopération de tous ces éléments, qui participent à des degrés divers et de façon plus ou moins directe à l'exécution des programmes, doit être, compte tenu de la nature des activités entreprises, coordonnée dans le temps et dans l'espace de manière à assurer une action concertée efficace. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de constituer des commissions nationales de coordination pour l'éradication du paludisme. Vu l'extrême diversité qui existe entre les pays sur les plans historique, politique et administratif, cette coordination doit être conçue en fonction des besoins particuliers de chaque pays. Toutefois, comme l'éradication du paludisme est une entreprise nationale, elle doit être assurée en premier lieu à l'échelon national le plus élevé. Comme, d'autre part, la mise en oeuvre du programme passe par diverses phases, à chacune desquelles correspondent des besoins quelque peu différents, il faut soigneusement ajuster cette coordination pour tenir compte de l'évolution du programme, en prévoyant l'apparition des besoins nouveaux.

1. Rôle et mandat des commissions

Les commissions nationales de coordination ont principalement pour rôle de mettre au point la politique à suivre en matière de coordination, de définir les

responsabilités respectives des différents participants et de faciliter l'exécution des différentes activités comprises dans le programme d'éradication du paludisme. L'éradication du paludisme est une opération "composite" dont tous les éléments sont étroitement interdépendants; l'absence ou l'insuffisance d'un seul de ces éléments aurait inévitablement pour effet de déséquilibrer et d'entraver le déroulement de l'ensemble des opérations. La coordination doit donc permettre de rassembler et de mettre en oeuvre tous les éléments nécessaires pour atteindre en temps voulu chaque objectif intermédiaire.

Si l'on analyse les objectifs mentionnés plus haut, on verra qu'ils sont tous fondamentaux. C'est toutefois l'établissement de la politique à suivre en matière de coordination (politique qui, dans certains cas, devra être approuvée à l'échelon le plus élevé de chacun des organismes représentés) qui constitue la pierre angulaire des fonctions des commissions. Une fois cette politique établie, la définition des fonctions et des responsabilités de chaque organisme participant en découle naturellement. Il ne reste alors plus qu'à étudier les modalités d'application de la politique adoptée afin d'assurer efficacement et sans heurt l'exécution des opérations qui doivent être menées énergiquement et achevées dans des délais déterminés.

2. Composition des commissions

Comme on peut le déduire des observations présentées dans l'introduction, aucun schéma universellement valable ne peut être appliqué en ce qui concerne la composition des commissions nationales de coordination. On verra au paragraphe suivant dans quelles catégories très diverses, suivant le contexte historique, politique et administratif de chaque pays, les membres des commissions peuvent être choisis en tant que représentants des principaux organismes et groupes intéressés.

Il va sans dire que les commissions doivent comprendre en premier lieu les représentants des ministères les plus directement intéressés : santé publique, finances, éducation nationale, défense, etc.; en deuxième lieu viennent les représentants de certains organismes publics comme l'office ou la commission de planification,

les organismes directeurs des caisses d'assurances sociales (des caisses d'assurances pour les accidents du travail, par exemple) et les organismes chargés d'assurer le développement social et agricole; viennent enfin les représentants d'organisations non gouvernementales comme la Croix-Rouge ou le Croissant Rouge, les confédérations syndicales, les églises et mouvements religieux, etc. Ces derniers peuvent être considérés comme des "membres associés", qui ne participent aux travaux des commissions que dans certains cas. Le directeur national du programme d'éradication du paludisme doit être considéré comme membre de droit de la commission, au sein de laquelle il devrait remplir l'office de secrétaire. Les représentants des organismes multilatéraux et bilatéraux qui fournissent une assistance pour le programme remplissent normalement les fonctions de "conseillers" auprès de la commission. La présidence de cette dernière devrait être assurée par le spécialiste le plus éminent des questions de santé publique.

3. Position des commissions

Dans les pays de type fédéral, il est nécessaire de constituer une commission fédérale de coordination à l'échelon national et d'autres commissions de coordination à l'échelon des Etats ou des provinces. Ces dernières commissions devraient se composer de représentants d'organismes qui exercent leurs activités à l'échelon des Etats ou des provinces. Dans ces pays, c'est la commission nationale ou fédérale qui est principalement responsable de la mise au point de la politique générale à suivre en matière de coordination, les commissions des Etats ou provinces étant chargées de définir les responsabilités et d'élaborer les modalités d'application de cette politique.

Dans certains pays, une commission, un conseil ou un office a été créé à l'échelon national pour diriger la mise en oeuvre du programme, mais l'efficacité du rôle que peut jouer un tel organisme en matière de coordination dépend de l'origine et de l'autorité de ses membres. S'il apparaît qu'il n'est pas en mesure de jouer efficacement ce rôle, il convient de constituer une commission de coordination distincte.

4. Considérations diverses

Le principe essentiel à appliquer en matière de coordination - principe qui repose sur des facteurs psychologiques bien connus - est que tout participant à l'action menée en vue d'assurer l'éradication du paludisme doit être parfaitement au courant des méthodes employées, de ce qu'on attend de lui, du moment où il doit agir et des moyens à mettre en oeuvre. Il faut d'autre part qu'on lui sache gré de la contribution qu'il apporte à l'oeuvre commune.

La collaboration de certains participants pourra être particulièrement nécessaire au cours de certaines phases du programme. Pendant la phase d'attaque, par exemple, l'armée pourra fournir des moyens de transport, des spécialistes de la logistique et, dans certains cas, assurer la protection des opérations exécutées dans des zones peu sûres. A la marine, pourra être confié le transport des équipes chargées d'effectuer des pulvérisations dans des villages situés au bord de la mer ou sur des flots.

Il incombera aux Ministères de l'Agriculture et des Travaux publics, ou aux organismes chargés d'assurer le développement économique et social, de signaler l'établissement de nouvelles collectivités agricoles ou les concentrations de main-d'oeuvre occasionnées par l'exécution de travaux publics ou industriels, afin qu'il soit possible de repérer ces nouveaux groupes et soit de les inclure dans le cycle normal des pulvérisations, soit d'organiser des opérations spéciales de pulvérisation si les opérations normales sont déjà terminées. Les enseignants pourront prêter leur concours en indiquant à leurs élèves les objectifs et les besoins du programme; les enfants à leur tour pourront faire comprendre à leurs parents que leur coopération est indispensable et qu'ils ne doivent pas s'opposer aux pulvérisations ni détériorer les surfaces traitées. Pendant la phase de consolidation, la notification des cas de paludisme, le dépistage des cas fébriles et le traitement radical des cas positifs requièrent la vigilance et la participation sans réserve de tous les membres des services de santé publique et des professions médicales et paramédicales, ainsi que de tous ceux dont on peut s'assurer la collaboration pour ces activités.

A mesure qu'un programme d'éradication progresse et que le paludisme perd du terrain, de nombreuses collectivités nouvelles viennent s'installer dans des régions auparavant impaludées, en particulier dans celles qui étaient demeurées sous-développées à cause du paludisme. Cet afflux de population risque de poser des problèmes si un porteur de parasites s'introduit dans l'une des nouvelles collectivités et si, du fait de l'inexpérience de celle-ci, aucune mesure n'est prise pour assurer le dépistage rapide de ce porteur et éviter l'apparition de cas nouveaux.

Il est impossible de prévoir a priori les conditions qui pourront se trouver réunies dans tel ou tel cas à tel ou tel moment. Les commissions nationales de coordination doivent donc être à même de s'adapter et de modifier leur composition et leurs responsabilités en fonction des circonstances; il leur faut posséder suffisamment d'autorité pour régler tous les problèmes qui peuvent se poser en matière de coordination et de participation.

3. LE SYSTEME DE RAPPORTS ET NOTIFICATIONS DANS LE PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU PALUDISME, INDE

La note suivante est extraite du rapport établi par le Dr C. W. Göckel, du service d'évaluation épidémiologique, Division de l'Eradication du Paludisme, Genève, sur la visite qu'il a faite en Inde.

Cette visite avait pour objet d'étudier l'organisation des opérations de surveillance et le système de rapports et notifications du programme national d'éradication du paludisme de l'Inde (la présente note porte uniquement sur la deuxième de ces questions). Il est apparu d'emblée que, vu le temps limité dont disposait le Dr C. W. Göckel pour étudier un programme à l'échelle de l'Inde, il devrait se borner à n'en examiner que quelques aspects. Priorité a donc été donnée à l'étude du système de dépistage et des méthodes de collecte et d'exploitation des données épidémiologiques aux divers échelons du programme. Le domaine à étudier, même pour ces deux questions bien délimitées, est cependant tellement vaste que seule une vue d'ensemble a pu être obtenue.

Le principal problème que pose le programme indien d'éradication du paludisme n'est pas d'ordre technique, car aucun échec grave n'a encore été enregistré. Il s'agit plutôt d'un problème d'organisation et d'administration tenant à l'ampleur de ce programme gigantesque. En effet, dans l'Inde où l'épidémiologie du paludisme est aussi variée que sur un continent, un seul programme d'éradication porte sur 400 millions de personnes exposées.

L'élaboration d'un programme d'éradication destiné à protéger une telle population constitue donc une tâche immense qui ne peut être menée à bien que si l'on adopte un système d'organisation très strict. Sinon, les services d'éradication seraient submergés sous une masse hétéroclite de problèmes d'organisation différents. Ce principe d'uniformité a été appliqué et cinq échelons principaux ont été établis pour l'exécution du programme d'éradication indien : direction nationale, régions (6), Etats (22), zones et secteurs (390).

Direction nationale : La direction nationale, dont le siège est à Delhi, à proximité du Malaria Institute of India, est responsable de la direction technique de l'ensemble du programme. En théorie, ses fonctions sont surtout d'ordre consultatif mais, en pratique, elle joue un rôle important dans la direction des opérations. Elle centralise en effet toutes les données recueillies à l'échelon des secteurs.

Régions : A cet échelon, les services sont surtout chargés d'assurer le contrôle des opérations techniques et la coordination des activités inter-Etats. Ils n'ont guère de responsabilités sur le plan opérationnel.

Etats : Cet échelon est lui aussi très important, car les responsabilités qui y sont exercées sont d'ordre à la fois technique et opérationnel.

Zones : Comme à l'échelon des régions, les services de zone exercent essentiellement des activités de contrôle, principalement en matière d'évaluation épidémiologique.

Secteurs : Le secteur est l'élément fondamental de l'ensemble du service. Des responsabilités très importantes lui sont dévolues sur les plans administratif et opérationnel. En théorie, chaque secteur, auquel correspond une dotation déterminée de personnel, a la charge d'un million de personnes. C'est toutefois surtout à des fins budgétaires que cette planification rigide est établie. En réalité, les secteurs peuvent comprendre plus ou moins d'un million de personnes. Dans l'Etat de Madras par exemple, ils comptent de 0,7 à 1,5 million de personnes. L'effectif du personnel affecté à chaque secteur varie également suivant les cas. C'est à chaque Etat qu'il appartient de déterminer l'étendue de chaque secteur et de répartir entre les divers secteurs, compte tenu des besoins, le personnel qui lui est globalement affecté.

La division de l'Etat en zones, sous-zones et secteurs ne coïncide généralement pas avec les divisions administratives existantes. Elle est principalement établie en fonction de l'accessibilité des diverses parties de l'Etat. C'est seulement à l'échelon de l'Etat que divisions des services d'éradication et divisions administratives se confondent.

C'est surtout la méthode du dépistage actif qui a jusqu'à présent été appliquée en Inde. Pour l'ensemble du programme, sans exception, ce dépistage est assuré par des visites faites à intervalles de quinze jours. En principe, chaque agent de surveillance est chargé de s'occuper de 10 000 personnes mais, en pratique, ce chiffre varie considérablement suivant l'accessibilité du terrain et suivant qu'il s'agit de villes ou de campagnes. Là encore, le plan laisse une certaine marge de liberté aux autorités de l'Etat.

NOMBRE DE PERSONNES PAR AGENT DE SURVEILLANCE SUIVANT
LA NATURE DU TERRAIN, LES DISTANCES A PARCOURIR, ETC.
(ETAT DE MADRAS)

Terrain	Nombre de personnes par agent de surveillance	Densité moyenne de la population par mille carré	Salaire mensuel de l'agent*
Extrêmement difficile	500 - 2 000	160	130 Rs
Très difficile	2 000 - 5 000	172	105 Rs
Difficile	5 000 - 7 500	336	90 Rs
Ordinaire - Rural	8 000 - 12 500	692	77,80 Rs
Urbain	12 500 - 20 000		

* 4,76 roupies = US \$1.

Comparativement à ce qui est prévu dans d'autres programmes, le nombre d'habitants par agent de surveillance est très élevé, en particulier si l'on tient compte du fait que celui-ci doit faire une tournée complète tous les quinze jours. Si ce système peut néanmoins fonctionner, et si un pourcentage très élevé de la population est visité au cours de chaque tournée, c'est probablement parce que les conditions suivantes sont remplies :

- Chaque tournée comprend 13 "jours de surveillance", et deux tournées complètes sont faites chaque mois. Cela implique qu'au cours de ces tournées l'agent est souvent appelé à travailler le dimanche.
- Les horaires de travail sont strictement respectés.
- Les itinéraires sont étudiés et établis avec le plus grand soin. Tant pour les agents que pour les inspecteurs, ils sont prévus non seulement jour par jour, mais heure par heure.

- Les tâches supplémentaires - nouvelle visite à des habitations où l'agent a auparavant trouvé porte close, rédaction des rapports, discussions d'équipe, etc. - doivent être exécutées en dehors des heures normales de travail.
- Chaque visite à domicile, pendant laquelle l'agent pose des questions-types, ne doit pas durer plus de deux minutes. Cette durée n'est prolongée que s'il est nécessaire de faire un prélèvement de sang.
- Un système de contrôle rigoureux est appliqué.

Mais on constate parmi les agents de surveillance un taux de renouvellement élevé, de 12 à 33 % sur une période de 18 mois dans certains sous-secteurs.

On observe également, probablement du fait des horaires très chargés, un assez faible taux annuel d'exams, d'environ 5 % en moyenne.

Dans certaines zones urbaines de l'Etat de Madras, on emploie des femmes comme agents de surveillance. D'après les autorités locales, elles s'acquittent extrêmement bien de leur tâche et se montrent même supérieures à leurs collègues masculins. Elles ont en effet plus facilement accès aux habitations lorsque des femmes s'y trouvent seules et leur niveau d'instruction est légèrement supérieur à celui des hommes. Leur travail est généralement contrôlé par des inspectrices.

Pour quatre agents de surveillance, on compte un inspecteur qui est généralement lui-même un ancien agent. Les inspecteurs sont également tenus de suivre strictement l'itinéraire prescrit.

Tous les agents et tous les inspecteurs sont porteurs d'un carnet sur lequel le chef des services de surveillance peut porter les critiques ou les appréciations auxquelles lui paraît donner lieu le travail de l'intéressé. Le porteur du carnet doit contresigner ces observations et formuler ses propres remarques sur la page opposée, ce qui facilite considérablement le contrôle continu du travail accompli. Cette méthode n'est pas employée ailleurs, mais elle paraît efficace et son adoption pourrait être recommandée pour d'autres programmes.

La coopération d'autres services de santé qui pourraient se charger du dépistage passif en est encore au stade embryonnaire. La direction nationale du programme d'éradication du paludisme a l'intention de promouvoir cette forme de dépistage à l'avenir, en s'inspirant de l'expérience acquise à Ceylan, où un agent rétribué par les services d'éradication du paludisme doit être détaché auprès de chaque grand service de consultations externes dépendant d'un hôpital ou d'un dispensaire, à seule fin de prélever des étalements de sang sur tous les sujets fébriles.

Nous allons maintenant examiner le système de rapports et notifications en commençant par l'agent de surveillance. Celui-ci tient à jour deux registres d'après lesquels il établit ses rapports d'activité :

- a) Un registre des visites à domicile par village, sur lequel il note chaque visite, ainsi que le nombre des cas fébriles qu'il a rencontrés et des étalements de sang qu'il a prélevés. Le registre fournit ces renseignements par mois et par tournée. A la fin de chaque tournée, les renseignements inscrits sur le registre sont unifiés et transmis à l'inspecteur sur la formule S.F.1.
- b) Un second registre est établi pour les étalements de sang recueillis. Il comporte les mêmes rubriques que la formule S.F.2 jointe aux étalements envoyés au laboratoire de secteur.

L'inspecteur rassemble et unifie les renseignements reçus des agents de surveillance sur les formules S.F.1 et les reporte sur la formule S.F.3, qui est ensuite expédiée au secteur par le canal du sous-secteur. Il prend d'autre part copie de la formule S.F.2 et la transmet sans délai au laboratoire. L'inspecteur doit en outre résumer les renseignements figurant sur la formule S.F.2 et les reporter sur une formule abrégée, S.F.2A, où sont principalement notées la date à laquelle les étalements de sang ont été recueillis et celle à laquelle ils ont été transmis au sous-secteur ou envoyés au bureau du secteur. Sur cette même formule, le laboratoire note la date de réception et d'examen des étalements, ce qui permet de vérifier qu'aucun retard ne survient dans leur expédition. Le responsable du sous-secteur n'établit pas de rapport unifié; il se borne à tenir à jour un registre des cas de fièvre par village.

Le secteur tient également à jour un registre des cas de fièvre par village, ainsi qu'un registre des cas de paludisme. Les rapports reçus sont rassemblés et unifiés à l'échelon du secteur sur des formules S.F.4. Sur la formule S.F.5 est porté le nombre des cas de paludisme par sous-secteur, ainsi que des indications détaillées sur les espèces de parasites, l'origine de l'infection et le traitement radical. Les formules S.F.4 et S.F.5 constituent conjointement le rapport de surveillance du secteur, qui doit être établi en cinq exemplaires. Chacun des échelons supérieurs, y compris la direction nationale, en reçoit un exemplaire.

Les résultats négatifs des examens hématologiques sont communiqués au sous-secteur et à l'inspecteur et sont résumés sur la formule S.F.2B. Lorsque l'examen d'un étalement donne des résultats positifs, l'inspecteur en est immédiatement avisé par télégramme, après confirmation par le responsable du secteur, et reçoit des directives concernant le traitement radical de la personne atteinte.

En plus du registre des cas de paludisme, le secteur conserve, pour chaque cas, un dossier qui contient :

- le questionnaire rempli,
- les résultats de l'enquête épidémiologique,
- des renseignements concernant le traitement radical,
- le résultat des examens de contrôle.

Les services du secteur conservent, sous forme graphique, divers renseignements concernant le nombre des visites à domicile et des étalements de sang recueillis par village, le nombre des étalements de sang recueillis par les agents de surveillance, etc. Ces services ne calculent pas de taux ou de pourcentages, mais utilisent exclusivement des chiffres absolus.

Les services des sous-zones et des zones reçoivent copie des rapports de surveillance de secteur, sur lesquels ils doivent porter des observations, mais qu'ils ne sont pas chargés d'unifier. Comme les services des secteurs, ils tiennent à jour un registre des cas de paludisme, mais sans y reporter de renseignements épidémiologiques détaillés. Les services de la sous-zone tiennent à jour des graphiques et des cartes analogues à ceux qu'établissent les services du secteur.

A l'échelon de l'État, les rapports de surveillance des secteurs sont unifiés mensuellement et une copie du rapport de synthèse ainsi établi est expédiée au bureau régional et à la direction nationale. Les services de l'Etat notent également l'identité et les caractéristiques des cas de paludisme confirmés sur un registre analogue à celui que tiennent les services des zones.

A la direction nationale, les rapports émanant des 390 secteurs sont reçus mensuellement et reportés sur des registres distincts pour chaque secteur. A cet échelon, certains calculs et certains taux sont établis. L'une des caractéristiques les plus remarquables de ce système de rapports et de notifications est l'effectif très réduit du personnel de bureau qui est employé à chaque échelon pour l'établissement des rapports, l'unification des données et les calculs. Cela est particulièrement frappant à l'échelon national où 14 commis seulement sont employés à cette tâche, et doivent s'occuper, en outre, de données relatives aux opérations de pulvérisation et d'autres données pertinentes reçues par la direction générale.

En plus de données relatives au dépistage actif, identiques à celles qui figurent dans le rapport de secteur sur les opérations de surveillance, le "rapport technique" portant principalement sur les opérations de pulvérisation contient des données relatives aux enquêtes paludométriques en cours, ainsi que des statistiques de morbidité paludéenne communiquées par les dispensaires et hôpitaux. Pour ces dernières, une distinction est établie entre les cas décelés par le seul diagnostic clinique et ceux qui ont été confirmés par un examen microscopique.

Le tableau ci-après indique l'origine et les voies d'acheminement des divers rapports concernant les opérations de surveillance.

RAPPORTS SUR LES OPERATIONS DE SURVEILLANCE
PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU PALUDISME, INDE

ECHELON	REGISTRES	FORMULES
Agent de surveillance	a) registre des visites à domicile par village (d'après lequel est établie la S.F.1) b) registre des cas de fièvre (d'après lequel est établie la S.F.2)	S.F.1 0 S.F.2 0
Inspecteur		S.F.3 0 S.F.2A 0 Télégramme 0
Sous-secteur	Registre des cas de fièvre par village	S.F.3 unifié 0
Secteur	a) registre des cas de fièvre b) registre des cas de paludisme	Examens micros.pos. 0 S.F.2B 0 Rapport de surv. S.F.4 0 ← → S.F.5 0
Sous-zone	Registre des cas de paludisme	← ←
Zone	Registre des cas de paludisme	← ←
Etat	Registre des cas de paludisme	← ← Rapport de surv. unifié 0
Région		← ← 0 ↓
Direction nationale	Registre des rapports de surveillance par secteur	↓ ↓ ↓

- LEGENDE : 0 = origine du rapport ← = copie seulement
- S.F.1 = relevé quotidien établi par l'agent de surveillance
 - S.F.2 = rapport sur les étalements de sang recueillis par l'agent de surveillance
 - S.F.2A = réception et expédition des étalements de sang
 - S.F.2B = communication des résultats de l'examen des étalements de sang (négatif)
 - S.F.3 = rapport bimensuel de l'inspecteur
 - S.F.4 = rapport mensuel de surveillance (indications sur les cas fébriles)
 - S.F.5 = rapport mensuel de surveillance (dépistage des parasites et traitement)

4. MESURES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME IMPORTE DE PART ET D'AUTRE D'UNE FRONTIERE TERRESTRE

La présente note est fondée sur les renseignements que le Directeur par intérim des Services médicaux dans le Bornéo du Nord a bien voulu nous communiquer au sujet de l'importation de cas de paludisme à travers la frontière qui sépare le Kalimantan du Bornéo septentrional.

Le Bornéo du Nord a commencé de mettre en oeuvre un programme d'éradication le 1er juillet 1961, après avoir effectué pendant quelques années des opérations de lutte antipaludique. L'exécution du programme avance de façon satisfaisante et certaines zones sont presque parvenues à la phase de consolidation; celle-ci est déjà atteinte dans l'île de Labouan. Dans les districts situés à la frontière du Kalimantan, quelques poussées de paludisme ont été enregistrées et, bien que l'existence de certains mouvements de population entre le Kalimantan et le Bornéo septentrional fût déjà connue, l'importance de ces mouvements et les itinéraires suivis n'avaient pas fait l'objet d'études approfondies.

En vue de contrôler ces mouvements, des postes de contrôle ont été créés aussi près que possible de la frontière; mais, pour des raisons d'ordre administratif, quelques-uns d'entre eux ont été implantés à une certaine distance pouvant aller jusqu'à une trentaine de kilomètres. Ces postes devaient relever l'identité des personnes pénétrant dans le Bornéo septentrional, préparer et examiner des étalements du sang de chacune de ces personnes et leur délivrer une carte indiquant le résultat de cet examen (positif ou négatif) et, le cas échéant, de quel type de parasite du paludisme elles étaient porteuses. Les voyageurs devaient ensuite présenter cette carte lorsqu'ils sollicitaient un emploi, et se soumettre à un traitement radical. Une dose unique de chloroquine-pyriméthamine était administrée à tous les voyageurs, positifs ou négatifs, avant qu'ils ne quittent le poste de contrôle.

On avait procédé dès 1957 à des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent et à l'administration bisannuelle d'un traitement chimiothérapique de masse dans le district intéressé où l'indice parasitaire des nourrissons atteignait 71 % avant que ces mesures ne fussent prises. Cet indice est tombé à zéro au début de 1959 et il est demeuré nul pendant toute l'année 1960. En 1961, des opérations de surveillance

ont été entreprises dans la région et, au cours de l'année, 19 cas positifs ont été découverts, dont 14 à très faible distance de la frontière du Kalimantan.

Les enquêtes qui ont alors été faites ont révélé que les mouvements de population étaient très fréquents entre les villages situés de part et d'autre de la frontière, les habitants de ces villages étant unis par des liens de parenté et se rendant d'un village à l'autre pour s'y approvisionner les jours de marché. On a depuis constaté qu'à ces petits déplacements s'ajoutaient ceux des autochtones franchissant des distances beaucoup plus grandes pour rendre visite à des parents et à des amis domiciliés de l'autre côté de la frontière; certains d'entre eux venaient de localités du Kalimantan situées jusqu'à 80 kilomètres au sud de la frontière.

Du 1er avril au 31 décembre 1961, l'un des postes de contrôle a examiné 238 Indonésiens qui allaient travailler dans des plantations et a décelé parmi eux 10 cas positifs. Dans un autre poste, 25 Indonésiens, dont l'un a été trouvé positif, ont été examinés du 19 novembre au 31 décembre 1961. Dans un troisième poste, qui n'avait été ouvert qu'à partir du 22 décembre, 15 personnes, toutes négatives, ont été examinées. Dans le quatrième poste, qui contrôle les mouvements de personnes venant à la fois de l'Indonésie et du Sarawak, 80 voyageurs, tous négatifs également, ont été examinés.

Au moment où s'est réunie la Dixième Conférence sur le Paludisme à Bornéo, on pensait que l'importation du paludisme pourrait être contenue par le système des postes de contrôle, mais on espérait aussi que la République d'Indonésie exécuterait dès que possible un projet d'éradication dans le nord du Kalimantan. Il est maintenant évident que ce système sera insuffisant, du fait : du libre passage de la frontière par les populations frontalières et par des personnes qui parcourent dans certains cas des distances considérables pour rendre visite à des parents et à des amis; de la diversité des itinéraires suivis, à partir de divers points de la frontière, par les personnes qui vont chercher du travail dans le Bornéo du Nord; de l'attraction exercée par les colonies d'Indonésiens du Bornéo septentrional sur des amis, des parents et d'autres personnes qui cherchent du travail et qui peuvent contourner les postes de contrôle primitivement créés avec la coopération des planteurs. Il serait évidemment impraticable de contrôler la frontière sur toute la longueur; il est probable qu'il

faudra établir dans le Bornéo du Nord une zone frontalière de protection dans laquelle il sera nécessaire de poursuivre les opérations de la phase d'attaque tant que la région frontalière du Kalimantan n'aura pas été traitée par des pulvérisations. Pour établir le tracé méridional de cette zone de protection, il y aura lieu de tenir compte des barrières naturelles que constituent les jungles inhabitées. Le territoire dont on envisage actuellement de faire une zone de protection compte 6000 habitants, mais il sera peut-être possible de réduire son étendue lorsque de nouvelles opérations de surveillance auront été effectuées. La continuation des pulvérisations dans cette zone risquerait de favoriser l'apparition de souches résistantes du vecteur. Aussi serait-il extrêmement souhaitable que la République d'Indonésie entreprenne dès que possible les opérations de la phase d'attaque dans la région du Kalimantan qui est limitrophe du Bornéo septentrional.