

19 octobre 1963

ORIGINAL : ANGLAIS

a 63659



Supplément au document WHO/Mal/418

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. A la mémoire de Don E. Eyles	1
2. A la mémoire du Dr René G. Rachou	3
3. Contrôle extérieur des résultats des examens des étalements de sang	4
4. Causes d'échec dans les programmes d'éradication du paludisme	4

1. A LA MEMOIRE de Don E. EYLES

Don E. Eyles est mort le 4 octobre 1963 en Malaisie, foudroyé par un infarctus du myocarde à bord d'un bateau, quelques heures seulement avant son départ pour les Etats-Unis qu'il allait regagner avec sa famille. Cette disparition brutale d'un homme de science éminent et du meilleur des collègues est d'autant plus tragique, que Don Eyles s'apprêtait à quitter le "United States Public Health Service", où il avait travaillé pendant 24 ans, pour entrer en fonctions au Centre de Lahore (Pakistan) de l'Institut de Médecine internationale de l'Ecole de Médecine de l'Université du Maryland.

Né à Atlanta, Georgie, en 1915, Don Eyles avait reçu son diplôme de Master of Science en biologie à l'Université Emory et son doctorat en science à l'Université Johns Hopkins de Baltimore.

Pendant les premières années de sa carrière, il s'était intéressé à l'ornithologie et à l'entomologie médicale mais, par la suite, ses travaux ont porté principalement sur l'étude du paludisme importé aux Etats-Unis par les militaires démobilisés et sur l'action curative des médicaments employés contre les infections paludéennes à rechutes, élucidant en particulier la différence entre les effets de la pyriméthamine et ceux de la primaquine sur les formes tissulaires des parasites de la maladie. En 1952, Eyles et ses collaborateurs signalaient l'action curative de la pyriméthamine et de la sulfadiazine, ainsi que l'effet synergique de ces substances dans la toxoplasmose, et leurs conclusions étaient bientôt confirmées dans les formes aiguës et chroniques de cette affection. Par ses travaux sur les rapports entre l'incidence de la toxoplasmose chez les animaux domestiques et sa transmission à l'homme, Eyles a beaucoup ajouté à nos connaissances sur l'épidémiologie de cette maladie.

En 1960, à la suite d'une infection qu'il avait contractée accidentellement dans son laboratoire, Eyles montra que le Plasmodium cynomolgi bastianellii des singes pouvait être transmis à l'homme par un moustique, découverte qui servit de point de départ à des recherches nouvelles et sans cesse plus étendues sur le paludisme simien et son caractère éventuel d'anthropozoonose.

Chargé en 1961 de créer un centre de recherche de l'"US Public Health Service" en Malaisie, Don Eyles partit pour l'Extrême-Orient avec sa femme et ses trois enfants. Dans ce centre aménagé à l'Institut de Recherche médicale de Kuala Lumpur, Eyles et ses collègues malaisiens, américains, britanniques et australiens réalisèrent en moins de trois ans une remarquable série d'études qui ont élargi considérablement notre connaissance du paludisme simien. Ils découvrirent notamment cinq espèces nouvelles de parasites du paludisme affectant les singes et un petit cervidé de Malaisie et parvinrent à établir les rapports qui existent entre ces parasites et un certain nombre de vecteurs anophéliens. Eyles rouvrit ainsi un domaine de nouvelles recherches d'une importance théorique et pratique considérable dont on croyait avoir épuisé l'intérêt et les ressources. L'élan qu'il sut donner à l'étude du paludisme simien est la meilleure preuve de son intuition, de sa détermination, de son autorité et de sa phénoménale énergie. Pendant sa dernière année d'activité, il s'était particulièrement intéressé aux problèmes de la résistance des parasites humains du genre Plasmodium aux médicaments synthétiques et en particulier aux amino-4 quinoléines. Il a laissé de nombreux documents à publier.

A tous ceux de nous qui ont rencontré Don Eyles au Congrès international de Médecine tropicale, à Rio de Janeiro, en septembre 1963, et qui l'ont entendu rendre compte de ses travaux en Malaisie, il a montré l'image d'un homme qui avait toujours hâte de mener à bien sa tâche pour en entreprendre aussitôt une autre.

Les travaux de Don Eyles ont donné lieu à plus de 100 publications. Il a prouvé ses capacités d'administrateur à la tête d'un laboratoire de recherches, et les études qu'il a faites sur divers aspects généraux et particuliers de la parasitologie témoignent de l'universalité de son esprit. L'une de ses principales qualités était son aptitude au travail d'équipe; il ne fait pas de doute qu'il a inspiré aux autres autant de travaux de recherches qu'il en a lui-même effectués. Ses connaissances en ornithologie, en botanique et en entomologie égalaient ses compétences en parasitologie expérimentale. C'était une personnalité d'une intense vitalité, un collectionneur impénitent aussi bien en biologie que dans d'autres domaines, unanimement aimé et admiré de tous ceux qui ont eu la chance de l'approcher au long d'une existence heureuse et féconde mais hélas, trop tôt interrompue.

2. A LA MEMOIRE DU Dr René G. RACHOU

Le Dr René Rachou est mort à San Salvador, El Salvador, le 21 novembre 1963, à l'âge de 46 ans.

Depuis avril 1960, le Dr Rachou était l'épidémiologiste principal de l'équipe OMS/OPS d'enquêtes épidémiologiques pour l'éradication du paludisme. D'abord au Guatemala, puis en El Salvador, il avait étudié les conditions de persistance de la transmission du paludisme.

Grâce à ses remarquables talents d'entomologiste et d'épidémiologiste, il a mis au point, pour les travaux en zones difficiles, une technique à laquelle son nom restera à jamais attaché.

Par sa formation universitaire, le Dr Rachou était admirablement préparé à la carrière qu'il a choisie. Après avoir obtenu son doctorat à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro (Brésil) en 1939, il s'était consacré à des études sur l'assistance sociale, le paludisme, l'entomologie générale et l'hydrobiologie; en 1952, il avait suivi le cours de santé publique de l'Université Johns Hopkins (Etats-Unis). Dès 1940, il était entré au "Serviço de Profilaxia de Malária do Estado de São Paulo", puis en 1943, au Service antipaludique national du Brésil. De 1954 à 1960, il dirigea, au Brésil, le Centre de recherche du "Departamento Nacional de Endemias Rurais".

A maintes reprises, il a représenté le Gouvernement brésilien dans les congrès internationaux de médecine tropicale et du paludisme, ainsi qu'à d'autres conférences et congrès; on lui doit de nombreux articles sur le paludisme et la filariose.

La mort du Dr Rachou prive les services antipaludiques de l'un des épidémiologistes les plus expérimentés et les plus dévoués qu'on ait connus au moment même où l'on avait le plus besoin de lui. Nous adressons ici le témoignage de notre profonde sympathie à sa mère ainsi qu'à ses nombreux amis à travers le monde entier mais plus particulièrement à ceux du Brésil et de l'Amérique centrale où il a travaillé toute sa vie.

Son souhait le plus cher était que ses travaux contribuent à l'éradication du paludisme dans tous ces pays qu'il connaissait si bien. C'est là chose certaine et aucun monument ne pourrait mieux perpétuer sa mémoire.

3. CONTROLE EXTERIEUR DES RESULTATS DES EXAMENS DES ETALEMENTS DE SANG

A sa Quatorzième Session, tenue en 1961, le Comité régional pour l'Asie du Sud-Est, dans sa résolution SEA/RC14/R5, a noté les progrès rapides des programmes nationaux d'éradication du paludisme en Asie du Sud-Est, reconnu qu'il importait de faire examiner convenablement les lames de sang pour assurer le succès de ces programmes et demandé au Directeur régional de fournir aux gouvernements de la Région les moyens voulus pour le contrôle extérieur d'un certain pourcentage des étalements de sang recueillis à l'occasion de leurs programmes nationaux de lutte antipaludique.

Après consultation avec l'Organisation mondiale de la Santé, le Gouvernement de l'Inde a accepté de créer un centre de contrôle extérieur des étalements de sang et de fournir le personnel nécessaire moyennant remboursement des frais par l'OMS.

Le Centre régional de Contrôle extérieur des étalements de sang s'est ouvert en juin 1963 à l'Institut central de Recherche de Kasauli, Inde. Il permet d'assurer des contrôles indépendants sur une fraction des lames déjà examinées par les techniciens de l'éradication du paludisme dans les Etats Membres de la Région. Son personnel, qui peut vérifier 4000 lames de sang par mois, se compose de quatre techniciens de l'Institut national des Maladies transmissibles de Delhi et d'un technicien de l'OMS.

Au cours de ses trois premiers mois d'activité, le Centre a reçu des lots de lames d'Afghanistan, de Birmanie et de Ceylan.

4. CAUSES D'ECHEC DANS LES PROGRAMMES D'ERADICATION DU PALUDISME

Dans un rapport du personnel technique du Bureau régional OMS-OPS pour les Amériques concernant l'éradication du paludisme dans la Région des Amériques et le rôle de l'Alliance pour le progrès à cet égard (TFH/7 (Eng) 11 March 1963) ont paru deux tables énumérant d'une part les causes d'échec dans les programmes d'éradication du paludisme et, d'autre part, les causes possibles de persistance de la transmission lorsque la méthode d'attaque employée repose sur des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations.

Ces tables constituent un guide précieux pour tous ceux qui travaillent directement ou indirectement à l'éradication du paludisme. Plus on est prompt à déceler les points faibles et à prendre les mesures correctives nécessaires, plus on a de chances d'interrompre rapidement la transmission et moins la campagne d'éradication risque d'être coûteuse pour les gouvernements et les organismes qui les aident.

Table No 1

CAUSES D'ECHEC DANS LES PROGRAMMES D'ERADICATION DU PALUDISME

A. Causes techniques

1. La zone impaludée n'a pas été délimitée exactement
2. On connaît mal la période de transmission, notamment :
 - a) les variations saisonnières dans les zones d'endémicité
 - b) la fréquence des poussées épidémiques ou des recrudescences de la maladie dans les zones d'épidémicité
3. On connaît mal les espèces auxquelles appartiennent les vecteurs, faute de recherches sur les points suivants :
 - a) Détermination et vérification de l'espèce
 - b) Biologie
 - c) Modifications du comportement
 - i) suivant la région
 - ii) suivant la saison
 - d) Résistance aux insecticides
 - i) Irritabilité
 - ii) Résistance
4. On connaît mal les habitudes et les coutumes de la population de la région à traiter par pulvérisation d'insecticides, notamment en ce qui concerne :
 - a) les types dominants d'habitation
 - b) l'utilisation des insecticides à des fins agricoles ou sanitaires

5. Les plans établis ne tiennent pas compte des facteurs épidémiologiques locaux
6. Le programme dépasse les possibilités du pays
7. Les travaux d'analyse sont trop lents et les résultats sont mal interprétés

B. Causes opérationnelles

1. Insuffisances de la reconnaissance géographique
2. Mauvaise préparation des pulvérisations et des enquêtes épidémiologiques :
 - a) Itinéraires mal conçus
 - b) Manque de personnel
 - c) Personnel mal formé
 - d) Irrégularités et retards dans les approvisionnements
 - e) Pénurie de moyens de transport
 - f) Imprévision sur le plan météorologique
 - g) Accroissement démographique
 - h) Autres facteurs
3. Couverture incomplète, défectueuse ou irrégulière de la zone impaludée par les opérations de pulvérisation
4. Pulvérisations défectueuses
 - a) Personnel mal préparé
 - b) Encadrement insuffisant
5. Difficultés de transport
 - a) Mauvaises routes
 - b) Circulation interrompue
 - i) Inondations pendant la saison des pluies
 - ii) Abaissement du niveau des eaux pendant la saison sèche
 - c) Insuffisance ou mauvais état des moyens de transport

6. Encadrement insuffisant ou inadéquat
 - a) des opérations de pulvérisation
 - b) des travaux d'épidémiologie
7. Evaluation épidémiologique défectueuse
 - a) Insuffisance numérique ou mauvaise répartition des postes de notification
 - b) Prises d'échantillons de sang trop peu nombreuses pour le dépistage du paludisme dans chacune des localités impaludées
 - c) Trop long délai entre la collecte des échantillons de sang et leur examen au laboratoire
 - i) Retards dans l'envoi des échantillons au laboratoire
 - ii) Disproportion entre le nombre des échantillons envoyés et le nombre de microscopistes disponibles
8. Vérification inadéquate des diagnostics microscopiques
9. Investigation épidémiologique des cas, trop superficielle pour permettre leur classification
10. Mauvaise organisation du dépistage actif, lorsqu'il est indiqué
11. Echec ou insuffisance des recherches entomologiques, relatives à :
 - a) l'évaluation du comportement des vecteurs
 - b) la réaction des vecteurs aux insecticides
12. Insuffisances, inexactitudes ou retards affectant la documentation épidémiologique
 - a) lors de l'enregistrement
 - b) lors de la mise en tableau
 - c) lors de l'analyse

C. Causes administratives

1. Manque d'intérêt pour le programme, ou ignorance de ses objectifs et de ses conditions d'exécution de la part des organes exécutif ou législatif du pays :

- a) on n'accorde pas à la campagne l'importance et le rang de priorité qu'elle mérite
 - b) les ressources financières nécessaires ne sont pas fournies en temps voulu
 - c) l'aide de l'administration fait défaut
 - d) le soutien officiel est négligé
2. Compression brutale des crédits au cours des opérations
 3. Législation spéciale inexistante ou insuffisante
 4. Procédures administratives incompatibles avec l'efficacité et l'exécution rapide de diverses mesures
 5. Manque de coopération de la part des autres départements que la campagne intéresse directement ou indirectement
 - a) Transports
 - b) Communications
 - c) Finances
 - d) Education
 - e) Santé
 - f) Agriculture
 - g) Défense
 - h) Divers
 6. Ingérence d'organismes étrangers à la campagne
 7. Manque d'autorité, d'autonomie et de liberté d'action chez les responsables de la campagne
 8. Pénurie de personnel professionnel et auxiliaire due aux facteurs suivants :
 - a) Rétribution insuffisante
 - b) Instabilité de l'emploi
 - c) Incertitude quant à l'avenir

9. Difficulté de recruter et de conserver le personnel travaillant sur le terrain, en raison :
 - a) des bas salaires
 - b) du genre de travail demandé
10. Approvisionnement difficiles et défectueux
11. Mauvaise organisation des services administratifs avant et pendant les opérations

Table No 2

CAUSES POSSIBLES DE PERSISTANCE DE LA TRANSMISSION LORSQUE LA
METHODE D'ATTAQUE EMPLOYEE REPOSE SUR DES
PULVERISATIONS D'INSECTICIDE A EFFET REMANENT
A L'INTERIEUR DES HABITATIONS

A. Causes relatives aux opérations de pulvérisation

1. Couverture incomplète quant au nombre d'habitations traitées :
 - a) Habitations omises par l'équipe de pulvérisation
 - i) Habitations fermées
 - ii) Opposition des occupants
 - b) Habitations construites dans l'intervalle des cycles de pulvérisation
 - i) Habitations nouvelles (accroissement démographique)
 - ii) Habitations nouvelles (développement économique et social)
2. Couverture incomplète quant aux surfaces traitées
 - a) Construction de cloisons nouvelles dans les habitations traitées
 - i) ajoutées en une seule fois
 - ii) ajoutées progressivement
 - b) Remplacement de parois traitées par de nouvelles parois
 - c) Modification des surfaces traitées
 - i) Pose de papier
 - ii) Lessivage
 - iii) Peinture