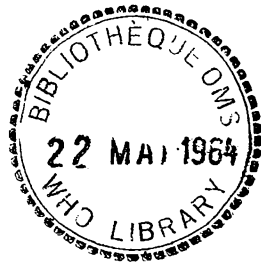


a 63710



WHO/Ma1/429
28 février 1964

ORIGINAL : ANGLAIS

LE MAINTIEN DE L'ERADICATION DU PALUDISME (PHASE D'ENTRETIEN)

par le

Dr H. Frederiksen
United States Agency for International Development,
National Malaria Eradication Program, Inde

L'éradication du paludisme exige autant la recherche des cas fébriles par des visites maison par maison que l'application d'insecticides à effet rémanent. Lorsque la transmission a été interrompue et que le réservoir d'infection a été réduit, il se peut que la recherche active des cas fébriles par des visites périodiques à domicile ne soit plus indispensable et que la vigilance nécessaire pour empêcher la transmission de reprendre puisse se limiter à l'examen des malades atteints de fièvre qui se présentent dans les divers centres de santé. Mais ce qui semble de l'ordre des choses possibles n'est pas toujours réalisable dans la pratique.

En théorie, un réseau de centres de santé peut être assez dense pour que tous, ou presque tous les habitants puissent se rendre dans un centre tout proche lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux. Dans ces conditions, on devrait être à même de rechercher la présence de parasites du paludisme chez les personnes fébriles venues aux consultations, tout au moins lorsque le nombre des cas fébriles accuserait une augmentation. On décèlerait ainsi tous les cas importés ou, du moins, les cas secondaires avec une telle rapidité que des mesures appropriées permettraient d'éviter l'explosion d'une épidémie ou le retour du paludisme sous une forme endémique.

En Inde, on se propose d'ouvrir un nombre suffisant de centres de santé, à la fois curatifs et préventifs, pour que tout habitant se trouve en fin de compte à moins de 5 milles d'un établissement de ce genre ou d'une de ses annexes. Comme il ne sera guère possible de faire mieux dans un proche avenir, on est en droit de se demander si la perspective d'une assistance médicale exercera un attrait assez grand sur les gens ou sur la plupart d'entre eux pour les inciter à parcourir jusqu'à 5 milles soit à pied, soit en voiture pour se rendre au centre. Cette question nous a amenés à étudier le pouvoir d'attraction qu'exerçaient, en mai et juin 1963, six dispensaires du district de Bénarès. Il s'agissait de déterminer s'il était possible, au moins dans un rayon de 5 milles autour d'un centre de soins, d'éviter une reprise éventuelle de l'endémicité paludéenne, en se contentant d'une surveillance passive.

La population rurale desservie par ces six dispensaires est répartie de façon homogène, sa densité étant supérieure à 500 habitants par mille carré; la topographie de cette région est typique de la plaine du Gange. Trois des dispensaires pratiquent la médecine traditionnelle dite "Ayurvedique", les trois autres la médecine moderne ou allopathique. Pour chaque consultation de malade, on a enregistré la date de la visite, le nom de l'intéressé, son âge, son sexe, son domicile et le diagnostic posé; on a aussi noté si le malade s'était présenté personnellement ou si sa maladie avait été déclarée au centre par une autre personne.

Il faut bien entendu juger du nombre des consultations en fonction de la population desservie. Comme la répartition de la population était homogène, la meilleure solution consistait à calculer le nombre de consultations par mille carré, compte tenu de la distance entre le domicile du malade et le dispensaire. On a constaté que, dans un grand nombre de cas, ce n'était pas le malade lui-même qui se présentait; on a donc calculé séparément, pour chaque mille carré, le nombre de visites faites respectivement par les malades eux-mêmes et par d'autres personnes agissant pour leur compte.

Les résultats obtenus ont été très voisins pour les six dispensaires : on n'a donc donné ici (tableau 1 et graphique) que ceux qui concernent le dispensaire de Cholapur (village situé à dix milles au nord de Bénarès) où l'on pratiquait la médecine allopathique.

La fréquentation quotidienne des malades qui se présentent en personne décroît en proportion géométrique, lorsque l'éloignement par rapport au dispensaire augmente en progression arithmétique (voir tableau et graphique). Si l'on admet que, à l'intérieur même d'un cercle d'un demi mille de rayon autour du dispensaire, le nombre total de consultations (en personne ou par personne interposée) ne rend pas pleinement compte de la morbidité et si l'on admet en outre que celle-ci est à peu près uniformément répartie (du moins en l'absence d'épidémie), il y a tout lieu de penser que la proportion des malades habitant à 5 milles au moins du dispensaire qui reçoivent des soins de la part de celui-ci est inférieure à 3,5 % (voir tableau).

Il est évident que si l'on voulait assurer, au moyen d'un réseau de centres fixes, une surveillance passive de toute la population, il faudrait un nombre de centres tel que la grande majorité de la population habiterait à moins d'un mille d'un établissement de soins. L'étude du pouvoir d'attraction exercé par les centres de santé d'autres régions de l'Inde semble confirmer d'une manière générale les constatations faites dans la plaine du Gange.

Une surveillance active sera donc nécessaire pour compléter, par un service de soins, l'enregistrement et la déclaration des cas fébriles ou de paludisme, jusqu'à ce que les centres fixes permettent d'assurer le contrôle de toute la population ou que le parasite du paludisme ayant disparu, la vigilance soit devenue inutile. On ne peut garantir que l'une ou l'autre de ces deux éventualités se réalisera dans un proche avenir.

Bien qu'une surveillance active s'impose pour que la transmission du paludisme demeure interrompue, il ne s'ensuit pas que la phase d'entretien d'un programme d'éradication du paludisme ne puisse être efficacement intégrée dans l'activité des services généraux de santé. Certaines formes de l'action sanitaire qui s'adressent à l'ensemble de la population peuvent permettre, si elles sont associées, d'aborder les problèmes de santé de façon plus dynamique.

Alors que les soins médicaux peuvent être utilement dispensés dans des centres fixes, il n'est pas raisonnable d'espérer que les populations se rendront

dans ces centres à titre simplement préventif si elles ne s'y présentent pas pour recevoir des soins curatifs. Toutefois, il n'est pas obligatoire que les services de santé exercent leur activité principale entre les murs d'un bâtiment. Les soins curatifs peuvent fort bien n'être considérés que comme l'un des aspects de l'activité du centre de santé, celui-ci constituant alors une base opérationnelle à partir de laquelle le bénéfice de certaines prestations sanitaires essentielles est assuré à toute une région.

On pourrait utiliser comme élément fondamental de l'organisation sanitaire du district un personnel auxiliaire, dont chaque membre aurait une fonction bien définie et dont l'ensemble, travaillant sous la direction de cadres semi-professionnels et professionnels sans vocation ou responsabilités cliniques, s'acquitterait de tâches multiples, faisant ainsi bénéficier la région desservie d'un réseau de services essentiels

Des visiteurs à domicile, dont le seul rôle serait d'aller de maison en maison pour poser des questions aux habitants, seraient en mesure de répondre à de multiples besoins. Chacun d'eux, en procédant à des visites périodiques, à raison d'une par mois et par foyer, par exemple, pourrait s'occuper de 1000 à 2000 foyers. Grâce à ce système, le service sanitaire du district obtiendrait des renseignements épidémiologiques et démographiques qui lui seraient utiles, notamment pour la planification familiale et la planification économique, en même temps que pour le maintien de l'éradication du paludisme et de la variole. Un autre groupe d'auxiliaires pourrait vacciner les nouveau-nés dans les endroits où les visiteurs à domicile auraient constaté un assez grand nombre de naissances, et revacciner les enfants qui entrent à l'école primaire ou en sortent. Un certain personnel semi-professionnel pourrait se spécialiser dans l'étude de toute augmentation de fréquence des cas fébriles, avec prélèvement de lames de sang, le cas échéant, pour que le laboratoire du district puisse déterminer s'il y a ou non atteinte de paludisme.

Il semblerait que l'on puisse confier à un service général de santé la charge de maintenir l'éradication du paludisme et de la variole, ainsi que la responsabilité d'autres activités sanitaires. Néanmoins, il n'est peut-être pas possible dans la pratique, tout au moins avant longtemps, d'assurer ainsi le maintien de l'éradication, qu'il s'agisse du paludisme ou de la variole. En effet, les habitants

des villages ne sont pas seuls à comprendre et à apprécier plus facilement les soins curatifs que les soins préventifs; cette attitude est très fréquente dans toutes les couches de la population et il est loin d'être exclu que la demande de soins curatifs ne soit telle qu'elle ne doive être satisfaite au détriment des mesures de prévention - du double point de vue qualitatif et quantitatif -, notamment dans le cas de maladies qui, comme le paludisme et la variole, auront disparu depuis un certain temps. Les tentations ou les pressions inévitables qui se manifesteront entraîneront peut-être de fausses économies. Si l'on prend des risques et que l'on perde le pari, il n'est pas impossible qu'il faille recommencer toutes les opérations d'éradication dans de vastes régions où le paludisme ou la variole auront réapparu.

Les programmes d'éradication du paludisme lancés par l'OMS ont atteint le point où il ne saurait être question de faire machine arrière. Les pays qui, prenant la tête du mouvement, ont mis en oeuvre des campagnes nationales d'éradication dans le cadre d'un effort proclamé mondial, risquent de se trouver dans une situation délicate si tous les pays où le paludisme persiste ne s'attaquent pas rapidement à cette maladie.

On ne peut débarrasser un pays unique, ni même la moitié du monde, du paludisme. L'éradication est indivisible et les bénéfices qu'elle est appelée à rapporter comme les sacrifices qu'elle exige doivent être partagés par tous ou par personne. Puisque l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de débarrasser le monde du paludisme, on ne peut se contenter des efforts partiels accomplis par les pays qui s'intéressent à ce programme d'éradication ou chez lesquels la fréquence des cas de paludisme constitue un grave problème. Même lorsque cette maladie, dans un pays donné, ne représente qu'une menace relativement peu sérieuse, elle doit être éliminée, faute de quoi il faudra ailleurs mettre en oeuvre des mesures coûteuses pour que le paludisme ne réapparaisse pas.

Le maintien de l'éradication du paludisme - qui ne présenterait pas de difficultés s'il s'agissait d'une phase temporaire visant à pallier tel ou tel défaut mineur de synchronisation dans les divers programmes mondiaux - est actuellement une opération qui n'a pas de fin. La notion de "maintien de l'éradication du paludisme"

se traduit en pratique par la perpétuation des efforts là où la maladie a disparu, parce qu'au-delà des frontières on néglige de lutter contre un fléau qui, lui, ne respecte pas les frontières. Il y a une certaine ironie dans le fait que certains pays sont empêchés de participer au combat mondial contre le paludisme parce qu'ils ne pourraient assurer le "maintien de l'éradication" faute d'une infrastructure sanitaire préexistante. Tout d'abord, la transmission peut être interrompue et le réservoir d'infection diminué, même en l'absence d'un réseau de centres de santé; en second lieu, le système de surveillance active pourrait constituer l'infrastructure à partir de laquelle on assurerait à la région intéressée certains services sanitaires fondamentaux, y compris le maintien de l'éradication. Seule la synchronisation des opérations de lutte contre le paludisme, en faisant disparaître le parasite et en rendant inutiles les activités de la phase d'entretien, est capable de briser le cercle vicieux que constitue la durée indéfinie de cette phase destinée à "maintenir" l'éradication du paludisme.

TABLEAU

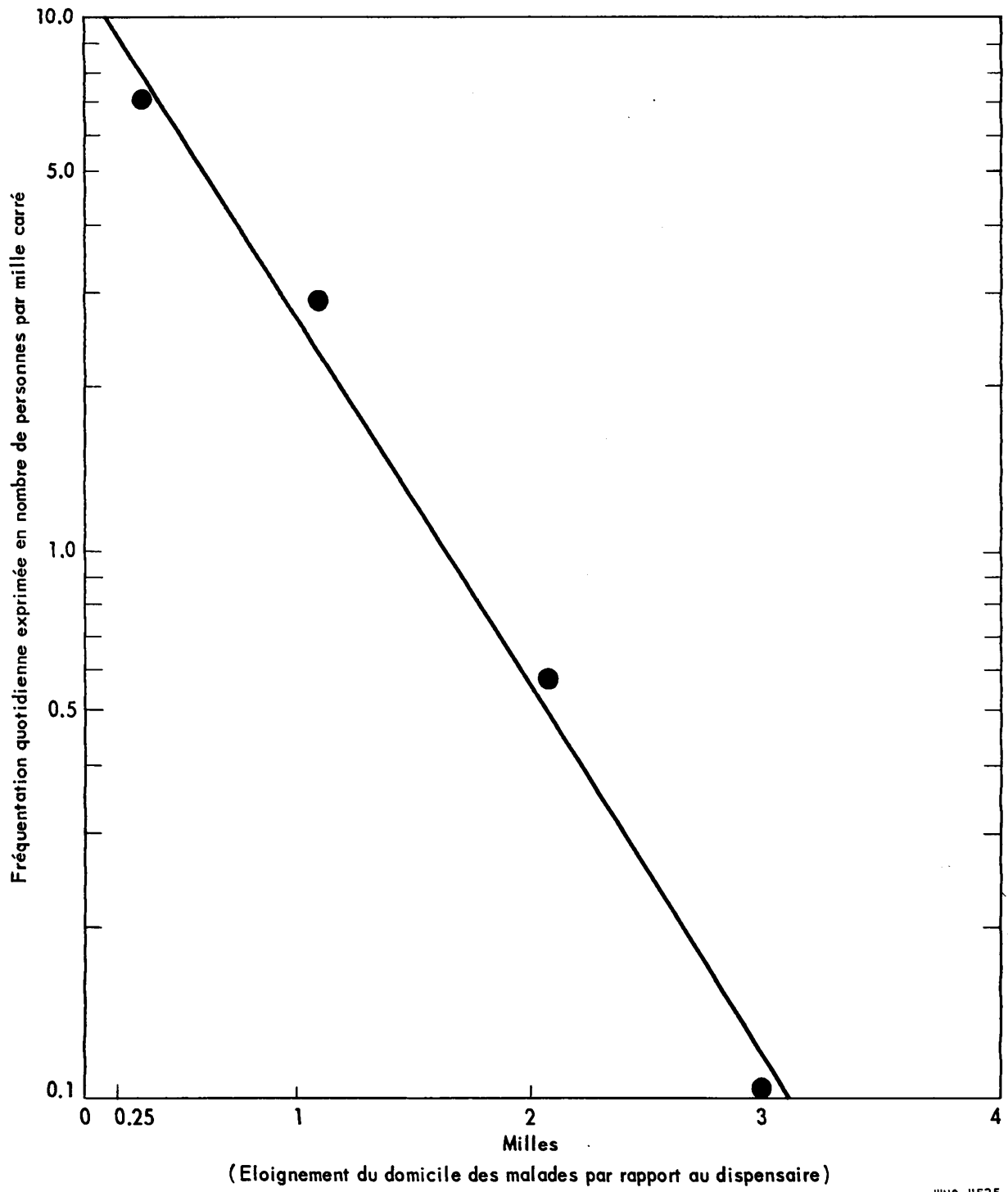
Fréquentation quotidienne du dispensaire allopathique de Cholapur* (District de Bénarès, P.U.)
en mai et juin 1963, exprimée en fonction de l'éloignement du domicile des malades
par rapport au dispensaire

Eloignement du domicile des malades	Rayon (en milles) de cercles concentriques successifs	0-0,5	0,5-1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	3,5-4,5	4,5-5,5	Total 0-5,5
Etendue de la zone**	Surfaces déli- mitées par les différents cercles con- centriques	0,8	6,3	12,6	18,8	25,1	31,1	94,7
Fréquenta- tion quoti- dienne	Total	9,1	41,1	15,4	5,4	2,8	0,4	74,2
	Par personne interposée	3,5	22,2	7,4	3,4	1,7	0,3	38,5
	Par les malades eux-mêmes	5,6	18,9	8,0	2,0	1,1	0,1	35,7
Fréquenta- tion quoti- dienne par mille carré	Total	11,4	6,5	1,2	0,3	0,1	0,0	0,8
	Par personne interposée	4,4	3,5	0,6	0,2	0,1	0,0	0,4
	Par les malades eux-mêmes	7,0	3,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,4
Indice de fréquenta- tion quoti- dienne par mille carré	Total	100,0	57,3	10,7	2,6	1,0	0,1	7,0
	Par personne interposée	38,4	31,0	5,2	1,6	0,6	0,1	3,5
	Par les malades eux-mêmes	61,6	26,4	5,5	1,0	0,4	0,0	3,5

* 600 habitants.

** Plus de 500 habitants au mille carré.

FRÉQUENTATION QUOTIDIENNE, PAR LES MALADES EUX-MÊMES, DU DISPENSAIRE ALLOPATHIQUE DE CHOLAPUR (DISTRICT DE BÉNARÈS, P.U.) EN MAI ET JUIN 1963, EXPRIMÉE PAR MILLE CARRÉ DE SURFACE EN FONCTION DE L'ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE DES MALADES PAR RAPPORT AU DISPENSAIRE (EN MILLES)



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.

On notera que les résumés de travaux non publiés représentent souvent des rapports préliminaires d'investigations; les conclusions de ces travaux peuvent donc être sujettes à des révisions ultérieures.

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.