L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée, reliée à l'Organisation des Nations Unies. Au sein de l'OMS, quelque 150 pays échangent leurs connaissances, mettent en commun leur expérience et unissent leurs efforts pour élever le plus possible le niveau de santé des populations. L'OMS s'intéresse essentiellement aux problèmes que les pays et territoires ne peuvent résoudre isolément par leurs propres moyens. Ainsi, elle cherche à éliminer ou s'emploie à combattre le paludisme, la schistosomiase, la variole et d'autres maladies transmissibles, ainsi que certaines affections cardiovasculaires et le cancer. Il est d'autres activités encore où la collaboration internationale s'impose: établir des étalons internationaux pour des substances biologiques ainsi que des normes pour les pesticides et les appareils de pulvérisation, préparer une pharmacopée internationale, élaborer le Règlement sanitaire international et veiller à son application, réviser les listes internationales de maladies et causes de décès, rassembler et diffuser des renseignements épidémiologiques, recommander des dénominations communes pour les préparations pharmaceutiques, favoriser l'échange d'informations scientifiques. Dans bien des régions, des progrès doivent encore être accomplis en certains domaines: santé maternelle et infantile, nutrition, soins infirmiers, santé mentale, hygiène dentaire, médecine sociale et médecine du travail, hygiène du milieu, administration de la santé publique, enseignement et formation professionnelle, éducation sanitaire de la population. C'est pourquoi l'Organisation résrve une part de ses ressources pour fournir aide et conseils et diffuser, le plus souvent par ses publications, les dernières acquisitions de la science dans ces domaines. Depuis 1958, les connaissances se sont considérablement enrichies dans diverses branches de la médecine et de la santé publique, grâce à un vaste programme international de recherches et à la coordination des travaux. Ce programme, dont les divers aspects se reflètent dans les publications de l'OMS, prend toujours plus d'ampleur.

Chronique OMS

Cette revue est rédigée par l'OMS à l'intention du corps médical et des personnes qui participent aux œuvres de santé publique. On peut y suivre mois par mois le développment des activités entreprises dans les différents pays, avec la collaboration de l'OMS. On y trouve aussi des résumés et comptes rendus détaillés d'autres publications de l'OMS. La *Chronique OMS* est publiée en anglais, espagnol, français et russe.

Abonnement (12 numéros): Fr. s. 45,—

Le numéro: Fr. s. 5,—

Reproduction et traduction autorisées à condition de faire figurer la mention: **Chronique OMS. Des justificatifs devront être envoyés au Chef du Bureau des Publications,** Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé

Ce périodique contient des articles techniques, en anglais ou en français, émanant de médecins et d'autres hommes de science travaillant dans le domaine de la santé publique. Une traduction intégrale en russe est également publiée.

Abonnement (6 numéros): Fr. s. 100,—

Santé du Monde

Magazine d'informations illustré, destiné à familiariser le grand public avec les travaux de l'OMS dans les diverses parties du monde et à montrer les aspects les plus frappants des activités de santé publique. Cette publication paraît en anglais, espagnol, français, russe, allemand, arabe, italien, persan et portugais.

Fr. s. 25,—

Les autres publications de l'OMS: la *Série de Rapports techniques,* la *Série de Monographies,* les *Cahiers de Santé publique,* le *Rapport de Statistiques sanitaires mondiales,* le *Recueil international de Législation sanitaire,* etc., sont décrites dans un catalogue, dont on peut obtenir un exemplaire gratuit sur simple demande. Prix sujets à modification sans préavis.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l'appellation « pays ou zones » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones. Les articles signés expriment les vues de leurs auteurs et ne correspondent pas nécessairement aux conclusions ou à la politique adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé. De même, les textes fondés sur les rapports de groupes d'experts réunis par l'Organisation mondiale de la Santé expriment les vues collectives des participants et ne représentent pas forcément les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

CHRONIQUE OMS

3 Contrôle des substances psychotropes

10 Le paludisme en 1976

20 Le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale dans les années 1970, *T. Strasser*

29 La santé publique internationale entre les deux guerres — 3, *N. Howard-Jones*

43 En bref

45 Notes et informations

Feu la variole en Asie — Flambée de paludisme en Turquie — Un réseau de centres de la nutrition va être mis en place dans la Région africaine — Dangers de l'eau de boisson pour la santé: normes pour le plomb et les nitrates — Boissons alcoolisées: statistiques internationales, 1950-1972 — Bilan de l'aide internationale pour les soins de santé primaires — Plans décennaux de développement recommandés par les experts pour atteindre les objectifs de la Décennie de l'eau et de l'assainissement — Une nouvelle bibliothèque médicale régionale de l'OMS s'ouvre à Téhéran — Nouveaux Représentants de l'OMS au Népal et en Thaïlande.

50 Publications de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé, Genève Vol. 32, N° 1, Janvier 1978

Dans les pages qui suivent...

La Convention unique de 1961 sur les Stupéfiants a pour objet de protéger les gens, dans le monde entier, des effets de drogues obtenues surtout à partir de plantes cultivées dans des pays en développement, telles que le pavot à opium et le coca (feuilles). La Convention de 1971 sur les Substances psychotropes vise le même objectif en ce qui concerne les substances fabriquées par l'industrie pharmaceutique. L'article qui débute à la page 3 donne un rapide historique de la Convention de 1971, résume les responsabilités assignées à l'OMS et expose les vues d'un récent Comité d'experts de l'OMS sur la façon dont l'Organisation peut et doit remplir ses obligations à cet égard.

Parmi les travaux de recherche sur le paludisme patronnés ou soutenus par l'OMS en 1976 figurent des études sur la biologie et le métabolisme du parasite, sur les relations hôte/parasite, sur la chimiothérapie, sur l'épidémiologie et sur la lutte antipaludique. Beaucoup de gouvernements et d'organismes de financement ont reconnu que la situation mondiale en matière de paludisme était grave et qu'elle nécessitait une action immédiate. On trouvera à la page 10 une description de cette situation en 1976 et des progrès les plus marquants réalisés dans la recherche.

Au cours des années 1921-1923, d'importants changements sont survenus à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge (LSCR). Le fervent enthousiasme qui avait poussé le public à soutenir les activités de la Croix-Rouge en temps de guerre n'avait pu survivre à trois années de paix. L'une des premières activités sacrifiées fut la *Revue internationale d'Hygiène publique*. En janvier 1923, la Ligue avait complètement modifié son orientation. Au lieu de l'organisation d'hygiène dynamique et universelle envisagée par Davison, la Ligue allait désormais avoir pour rôle essentiel de coordonner les activités de secours et d'éducation pour la santé. Entre-temps, le Comité provisoire d'Hygiène prenait de plus en plus d'importance. Entre octobre 1921 et janvier 1923, il centra son action sur les domaines suivants: organisation d'un service de renseignements épidémiologiques, travaux de la Commission des Epidémies en Europe orientale où sévissaient encore épidémies et famine, développement de la standardisation biologique internationale, échange de personnel de santé publique et révision de la Classification internationale des maladies, patronnée à l'origine par la LSCR. En septembre 1922, l'Assemblée de la SDN décida de rendre permanente l'Organisation provisoire d'Hygiène (page 29).

Variole majeure: le dernier cas

La confirmation de l'éradication de la variole au Bangladesh par la commission internationale d'experts médicaux le 14 décembre 1977 marque d'une pierre blanche l'histoire des maladies épidémiques dont souffre l'humanité. Ainsi, le dernier cas de variole enregistré dans ce pays en octobre 1975 était aussi le dernier cas de variole majeure sur la Terre (voir page 45).

Chaque fois que l'on tente de définir la place qu'occupe aujourd'hui le rhumatisme articulaire aigu dans la santé mondiale, il faut tenir compte des facteurs socio-économiques. Provisoirement, on considère que cette maladie est fonction du développement social global. Sa prévalence a considérablement diminué dans les sociétés riches et il est probable qu'elle diminue aussi dans les pays qui, bien que moins privilégiés, se développent rapidement, mais elle persiste dans les pays les moins développés. Malheureusement, c'est dans ces régions où elle est le plus nécessaire que la prévention systématique par la pénicilline se heurte aux plus grandes difficultés, en raison de la priorité accordée à des problèmes encore plus urgents. La stratégie de la lutte contre le rhumatisme articulaire aigu par la pénicilline doit être adaptée à la situation locale (page 20).

L'incidence du paludisme a pris, depuis quelques années, des proportions inquiétantes dans les régions agricoles fertiles d'Adana d'Içel et de Hatay, sur la côte méditerranéenne de la Turquie. Alors que le nombre de personnes infectées était inférieur à 1 pour 1000 jusqu'en 1974, il atteint maintenant 22 pour 1000 dans ces régions et l'on estime qu'à la fin de 1977 le nombre des cas confirmés au laboratoire pourrait atteindre environ 120 000 (page 45).

Chronique OMS, **32**: 3-9 (1978)

Contrôle des substances psychotropes

Responsabilités de l'OMS aux termes de la nouvelle Convention *

Aux termes de la Convention de 1971 sur les Substances psychotropes, l'OMS porte la lourde responsabilité d'évaluer les médicaments psychoactifs — anciens et nouveaux — et de dire, en fonction de leur rapport avantage/risque, s'ils devraient faire l'objet d'un contrôle national et international et dans quelle mesure. L'article qui suit retrace l'historique de cette convention (qui n'est entrée en vigueur qu'en 1976), résume les importantes responsabilités qu'elle assigne à l'OMS et donne un aperçu de ce qu'ont été les vues d'un récent comité OMS d'experts sur la manière dont l'Organisation peut le mieux s'acquitter de sa mission.

Depuis le début du siècle, les nations essaient d'unir leurs efforts pour contrôler les médicaments susceptibles d'entraîner un abus. La première de ces tentatives a été la Conférence de Changhai, en 1909, qui a conduit à la Convention de La Haye de 1917 dont l'objectif était le contrôle de l'opium, de la morphine, de l'héroïne et de la cocaïne.

Après la seconde guerre mondiale, une nouvelle nécessité est apparue, celle de contrôler les médicaments synthétiques dont il était fait abus. En 1948, le protocole de Lake Success (New York, Etats-Unis d'Amérique) a mis en place un dispositif par lequel les nouveaux produits synthétiques — désignés par l'OMS — passaient automatiquement sous contrôle international. C'est ce protocole qui a assigné à l'Organisation la tâche d'évaluer les médicaments à placer sous contrôle international.

Ces différents textes ont été remplacés par la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants qui simplifiait et uniformisait les traités antérieurs. La Convention unique, toujours en vigueur, vise à protéger la santé des gens, dans le monde entier, des effets de drogues obtenues surtout à partir de plantes cultivées dans des pays en développement, telles que le pavot à opium, le cannabis et le coca (feuilles), ainsi que de drogues synthétiques du même type. Aux termes de la Convention unique, l'OMS conserve la responsabilité d'évaluer ces substances et d'adresser des recommandations quant à leur contrôle à la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies.

* D'après KHAN, I. ET AL. WHO's programme in drug dependence, with special emphasis on developing countries (communication présentée au sixième Congrès mondial de Psychiatrie, Honolulu, 28 août-3 septembre 1977) et d'après le projet de rapport du Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, Genève, 26 septembre-1er octobre 1977. Membres du Comité: Dr E. A. Babayan, Moscou, URSS; Dr B. S. Fiop, Dakar, Sénégal; Dr Louis S. Harris, Richmond, VA, Etats-Unis d'Amérique; Dr J. Jacob, Paris, France; Dr P. Kielholz, Bâle, Suisse; Dr J. Razani, Téhéran, Iran; Dr C. R. Schuster, Chicago, IL, Etats-Unis d'Amérique; Dr M. I. Soueif, Le Caire, Egypte; et Dr T. Yanagita, Kawasaki, Japon. Participaient aussi à la réunion des représentants des organes des Nations Unies qui s'occupent des questions de stupéfiants, de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants, du Conseil international sur les problèmes de l'Alcoolisme et des Toxicomanies et de l'Organisation internationale de Police criminelle. Le rapport final du Comité d'experts sera probablement publié en 1978 dans la Série de Rapports techniques de l'OMS.

Au cours des dix années suivantes, d'autres types de substances psycho-actives, naturelles et surtout synthétiques — hallucinogènes, barbituriques, amphétamines — sont apparus en grand nombre et ont donné lieu à de fréquents abus dans de nombreuses parties du monde. C'est l'inquiétude causée par ce phénomène qui a provoqué la réunion à Vienne, en 1971, de la Conférence plénipotentiaire dont est issue la Convention de 1971 sur les Substances psychotropes. Celle-ci est entrée en vigueur le 16 août 1976 après avoir été ratifiée par 40 pays. La Convention de 1971 ne remplace pas la Convention unique mais la complète plutôt. En effet, cette dernière ne porte que sur les stupéfiants alors que la Convention de 1971 englobe d'autres types d'agents psychotropes qui exigent un contrôle international. Elle vise à protéger la santé des gens, dans le monde entier, des effets de substances fabriquées essentiellement par l'industrie pharmaceutique.

Dispositions de la Convention de 1971

Selon les termes de son préambule, la Convention a pour objet, étant donné le problème de santé publique et le problème social qui résultent de l'abus de certaines substances psychotropes, de prévenir et de combattre l'abus de ces substances et le trafic illicite auquel elles donnent lieu. Elle tente d'y parvenir par l'application de mesures rigoureuses visant à limiter l'usage de ces substances à des fins légitimes, tout en reconnaissant que leur utilisation « à des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances psychotropes à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée ».

Comme le précise l'article 2 de la Convention, pour être justiciable d'un contrôle, il faut qu'une substance psychotrope puisse provoquer

i) 1) un état de dépendance, et

2) une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur...

Toutefois, la preuve qu'une substance peut produire les effets mentionnés ci-dessus n'est pas nécessaire si cette substance est capable de produire

ii) des abus et des effets nocifs comparables à ceux d'une substance du Tableau I, II, III ou IV.

Ce critère de similarité — mais non d'identité — permet de placer sous contrôle des substances qui pourraient ne pas engendrer de dépendance physique telles que les hallucinogènes et étendra probablement la gamme de celles auxquelles la Convention est applicable.

Les quatre tableaux de la Convention contiennent déjà un total de 32 substances. Au tableau I figurent en principe les hallucinogènes, qui sont soumis à des mesures de contrôle encore plus strictes que celles dont les stupéfiants font l'objet aux termes de la Convention unique. Au tableau II figurent en principe les amphétamines et des stimulants analogues du système nerveux central sur lesquels s'exerce un contrôle moins strict que sur les substances du tableau I. Les tableaux III et IV contiennent respectivement des barbituriques à action rapide et à action prolongée et des dépresseurs analogues du système nerveux central. Au tableau IV, qui est celui des substances les moins sévèrement contrôlées, figurent aussi des tranquillisants mineurs.

Obligations de l'OMS aux termes de la Convention de 1971

Aux termes de la Convention, l'OMS recommande à la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies la mise sous contrôle national et international de substances psychotropes et les modalités de ce contrôle. Elle peut proposer — de sa propre initiative ou à la demande d'un pays Membre, partie à la Convention — l'inscription d'une nouvelle substance dans un tableau, le transfert d'un tableau à un autre d'une substance déjà sous contrôle, ou la suppression du contrôle exercé sur une substance. Les recommandations de l'OMS sont déterminantes en matière médicale et scientifique. Toutefois, c'est à la Commission qu'il appartient d'approuver en dernier ressort l'inscription d'une substance dans tel ou tel tableau, compte tenu des recommandations de l'OMS ainsi que de facteurs d'ordre économique, social, juridique et administratif.

Sur quels éléments doit se fonder l'OMS pour recommander — ou non — la mise sous contrôle d'un médicament? La Convention stipule que l'évaluation de l'OMS doir indiquer « la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus, le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social et le degré d'utilité de la substance en thérapeutique ». En faisant intervenir la notion d'utilité thérapeutique par rapport au risque d'abus, la Convention de 1971 se différencie de la Convention unique et des traités antérieurs dans lesquels la décision de soumettre un médicament à un contrôle reposait avant tout sur son aptitude à provoquer l'abus et à engendrer la dépendance.

ORGANES ET ORGANISMES S'OCCUPANT DU CONTROLE INTERNATIONAL DES DROGUES

Dans le système des Nations Unies, la **Commission des Stupéfiants**, commission technique du **Conseil économique et social** (ECOSOC), est le principal organe délibérant s'occupant du contrôle international des drogues. La Commission, composée de 30 Etats Membres élus par le Conseil économique et social, est chargée de fonctions spécifiques qui lui sont attribuées par les dispositions des traités internationaux sur les stupéfiants et les substances psychotropes. En vertu des mêmes traités, l'**Organe international de Contrôle des Stupéfiants**, doté de son propre secrétariat, est un organe indépendant composé de 13 membres élus par le Conseil économique et social sur la base de « leurs compétences, leur impartialité et leur désintéressement »; il exerce un certain nombre de fonctions de contrôle qui lui sont confiées par ces traités. De plus, diverses fonctions concernant l'application des conventions internationales incombent au **Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies**, lequel s'acquitte de cette tâche par l'intermédiaire de la **Division des Stupéfiants de l'ONU** qui assure aussi le secrétariat permanent de la Commission des Stupéfiants. Bien que les traités internationaux ne lui assignent aucune fonction de contrôle, le **Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues** (FNULAD), créé en 1971, joue un rôle important et complète le système en finançant des programmes et des projets ayant pour but de soutenir le contrôle national et international des drogues. Ces programmes et projets sont exécutés par la Division des Stupéfiants et par les institutions spécialisées de la famille des Nations Unies, dont l'**Organisation mondiale de la Santé** (OMS). L'OMS est d'ailleurs chargée par les traités de certaines fonctions spécifiques importantes et en rapport étroit avec les travaux de la Commission des Stupéfiants.

Recommandations du Comité d'experts de la Pharmacodépendance

Le Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance s'est réuni à Genève du 26 septembre au 1er octobre 1977 pour formuler des directives destinées à aider l'Organisation à évaluer les trois éléments déjà mentionnés: aptitude à provoquer l'abus, problèmes de santé publique et problèmes sociaux résultant de l'abus et utilité thérapeutique. Nous étudierons les points de vue et les recommandations des experts en fonction de chacun de ces éléments.

Aptitude à provoquer l'abus

Le Comité a procédé à une analyse très détaillée des méthodes qui permettent d'évaluer les propriétés psychotropes et toxicomanogènes des médicaments chez l'animal. Elles vont de la simple observation des troubles locomoteurs après une dose unique d'un médicament, jusqu'à des études raffinées des modifications physiques et comportementales qui apparaissent au cours d'expériences d'auto-administration continue.

Chez l'homme, les experts ont recommandé qu'on procède, avant toute évaluation spécifique d'un médicament, à une étude minutieuse des dosages en allant des doses minimales efficaces

C'est la vague d'abus des amphétamines et d'autres médicaments dont aucun traité international n'assurait le contrôle qui a donné naissance à la Convention de 1971 sur les Substances psychotropes. Celle-ci est entrée en vigueur en 1976, et elle assure déjà le contrôle de 32 substances parmi lesquelles les stimulants du système nerveux central.

jusqu'à celles qui produisent des effets secondaires indésirables. Les données physiologiques, comportementales et, si possible, pharmacocinétiques ainsi obtenues sont d'une utilité inappréciable pour la planification d'études plus complexes de l'aptitude à entraîner l'abus. Elles doivent aussi mettre en évidence toute toxicité existante ou potentielle.

Comme toujours quand il s'agit d'études sur l'homme, les expériences doivent être soumises à un contrôle extérieur et n'être faites que sur des volontaires. Les études sur l'aptitude des médicaments à entraîner l'abus posent aujourd'hui au monde un problème difficile en raison de l'attitude de plus en plus réticente de la société à l'égard de ces expériences.

Les données recueillies sur l'animal et, le cas échéant, sur l'homme permettent tout d'abord de prévoir la probabilité qu'un médicament puisse donner lieu à un abus, ainsi que les risques engendrés par cet abus. L'étape suivante consiste à prévoir la probabilité que, dans une société ou une culture donnée, certains sujets fassent effectivement un usage abusif du médicament. Cette prédiction ne doit pas se fonder seulement sur le potentiel d'induction de la dépendance que présente la substance, mais sur des facteurs socio-économiques, sur l'accessibilité de la substance, sur son usage thérapeutique et sur les antécédents du sujet en matière d'abus de drogues. La dernière étape consiste à prédire quel danger courent tant le sujet que la société s'il est effectivement fait abus de la substance.

Problèmes sociaux et de santé publique engendrés par l'abus

L'usage non médical d'un médicament ne constitue pas en lui-même un problème de santé publique. Ce qui compte, c'est la mesure dans laquelle cet usage peut être nocif. Les professionnels de la santé connaissent bien les problèmes de santé publique habituellement associés à l'abus des médicaments, tels que l'hépatite sérique, la mort par dose excessive, les incapacités physiques consécutives aux accidents de la circulation causés par la drogue, les lésions du système nerveux central et d'autres tissus organiques et les effets adverses sur le fœtus.

On doit se montrer très prudent quand on cherche à identifier les problèmes sociaux créés par l'abus des drogues. Tout d'abord, il faut admettre que les difficultés d'ordre social auxquelles se heurtent les toxicomanes ne sont pas toutes dues à la consommation de drogues. En fait, l'usage non médical de médicaments est parfois le *symptôme* de difficultés préexistantes. Le Comité a reconnu cependant que de l'abus des drogues naissaient habituellement de graves problèmes sociaux:

— perturbation des relations interpersonnelles de l'usager;

— répercussions sociales adverses s'exerçant sur beaucoup de personnes.

Pour déterminer si un certain type de comportement constitue un problème dans la société où il survient, il faut absolument tenir compte de l'opinion tant des organes officiels que de la collectivité elle-même. Si leurs points de vue ne concordent pas, une étude plus approfondie s'impose.

Le Comité a recensé plusieurs sources nationales et internationales de renseignements utilisables pour l'évaluation des problèmes sociaux et de santé publique, mais il a conclu qu'il allait falloir créer des dipositifs qui permettraient de rassembler des données plus spécifiquement axées sur ce dont l'OMS a besoin pour s'acquitter des devoirs qui lui incombent aux termes de la Convention.

Utilité thérapeutique

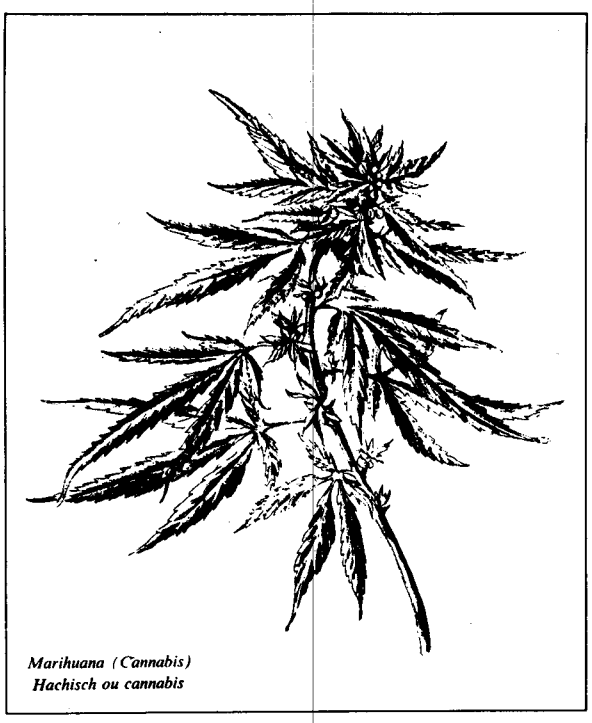
A l'opposé de la Convention unique sur les Stupéfiants, la Convention sur les Substances psychotropes requiert de l'OMS qu'elle évalue l'utilité thérapeutique d'une substance qu'il est proposé de placer sous contrôle. Le degré d'utilité du médicament doit être mis en balance avec les risques possibles ou connus résultant de son abus et le rapport obtenu doit être pris en considération pour déterminer le type de contrôle auquel sera soumis le médicament.

Etant donné l'utilité thérapeutique établie et l'emploi — nécessaire et légitime — très répandu de beaucoup des médicaments qui figurent déjà dans les tableaux de la Convention de 1971 les répercussions de celle-ci sur la pratique médicale sont probablement plus grandes que celles des autres accords internationaux de contrôle des drogues.

Il existe des méthodes scientifiques éprouvées pour évaluer l'efficacité et la sécurité des médicaments mais l'évaluation de l'utilité thérapeutique quant à elle n'est complète que si elle tient compte des facteurs suivants:

► L'utilité thérapeutique peut changer avec le temps. De nouveaux effets — souhaités ou indésirables — peuvent être découverts et le caractère de nécessité du médicament peut augmenter ou diminuer.

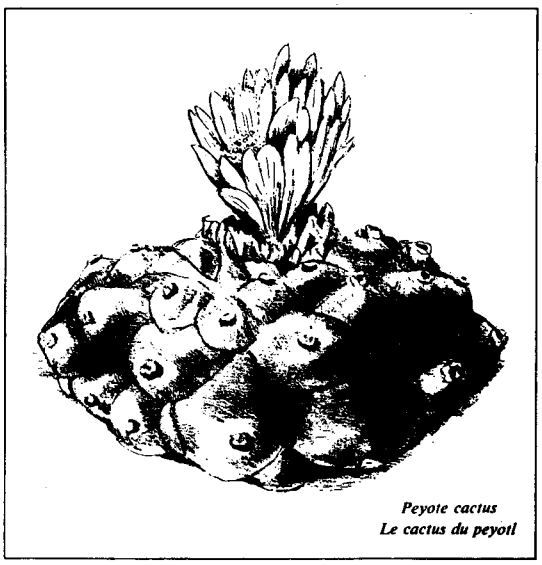
► Quand il s'agit de substances qui ne sont pas reconnues par la loi comme des médicaments et



Marihuana (Cannabis)
Hachisch ou cannabis

Opium poppy
Le pavot, source de l'opium

Coca leaves
Feuilles de coca



Peyote cactus
Le cactus du peyotl

Peter Davies — OMS

La Convention unique de 1961 sur les Stupéfiants a pour objet d'assurer le contrôle des substances dérivées des plantes ci-dessus, ainsi que des préparations synthétiques de même type. La Convention de 1971 sur les Substances psychotropes complète la Convention unique en plaçant sous contrôle international d'autres substances psycho-actives — dérivées de plantes ou synthétiques — telles que la mescaline tirée d'un cactus, le peyotl (en bas à droite). Le seul chevauchement entre les deux Conventions tient à ce que celle de 1961 assure le contrôle du cannabis en tant que plante, alors que l'usage des ingrédients actifs que l'on en extrait — les isomères du tétrahydrocannabinol — est régi par la Convention de 1971.

n'ont donc pas à satisfaire à des normes officielles d'efficacité ou de sécurité, il appartient à l'OMS d'étudier toutes les données pertinentes afin de déterminer si elles ont une utilité thérapeutique.

► Il arrive qu'on découvre que certains médicaments mis au point pour une indication clinique donnée ait d'autres applications thérapeutiques plus utiles. Un contrôle par trop rigoureux aux premiers stades de la mise au point d'un médicament risque d'empêcher de telles découvertes.

► La disponibilité et le coût d'un médicament ont des répercussions sur son utilité et il en va de même du savoir et de l'expérience de ceux qui le prescrivent ou l'administrent.

► Quand on évalue l'utilité thérapeutique et les dangers d'une substance en vue de son usage dans les pays en développement il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs particuliers. Ces pays importent souvent des médicaments psychotropes de pays industrialisés; leur population présente des caractéristiques environnementales, culturelles et génétiques qui peuvent avoir une influence sur les effets de la substance; en l'absence de contrôle le risque d'apparition de problèmes de pharmacodépendance est particulièrement grand dans ces populations.

Enfin il convient aussi de mesurer ce qu'il en coûte de placer un médicament sous contrôle. Quand le nombre des personnes dans le monde qui ont besoin d'une substance pour des raisons médicales est très élevé, le contrôle peut coûter très cher. Il faut faire une estimation approximative de ce coût, tout en sachant qu'il peut être très difficile de le mettre en balance avec la mortalité et les autres dépenses dues à l'abus qui peut être fait de la substance. Par contre, il faut savoir que le coût total de l'abus ne peut en aucun cas être imputé au médicament considéré. La véritable question est celle-ci: quelle diminution des dépenses de caractère social et de santé publique peut-on attendre du contrôle d'une substance donnée? Même si elle est placée sous contrôle, il restera peut-être possible de l'obtenir illicitement ou de la remplacer par une autre substance. Les avantages du contrôle d'une substance peuvent se révéler très inférieurs au coût de l'abus qui pourrait en être fait.

Recommandations générales

En conclusion, le Comité d'experts a recommandé que l'OMS:

— crée ou renforce les dispositifs permettant d'obtenir les données (pharmacologiques, chimiques, épidémiologiques, etc.) dont elle a besoin pour évaluer les médicaments auxquels les dispositions de la Convention de 1971 sont susceptibles de s'appliquer:

— aide, sur leur demande, tous les Etats Membres à mettre au point des méthodes de rassemblement de ces données et leur fournisse, le cas échéant, des avis et une assistance pour former du personnel;

— guide et soutienne des études transculturelles en vue d'assurer une collecte plus uniforme des renseignements sur l'abus des drogues;

— facilite la mise au point de méthodes visant à améliorer la caractérisation pharmacologique et toxicologique des substances psychotropes existantes et des substances nouvelles, en tenant compte des besoins particuliers des pays en développement en matière de méthodes simples ou spécialisées.

Bénéfices à attendre de la Convention de 1971

Alors que la Convention unique sur les Stupéfiants a été ratifiée pratiquement par tous les pays, la Convention sur les Substances psychotropes n'a reçu jusqu'à présent que 47 ratifications de pays qui sont surtout consommateurs plutôt que producteurs de substances psychotropes, mais on espère que dans un proche avenir tous les pays exportateurs adhèreront à la Convention. En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé a non seulement prié le Directeur général d'adresser au Secrétaire général des Nations Unies et à la Commission des Stupéfiants les notifications et évaluations que l'OMS est appelée à faire aux termes de la Convention, mais elle a aussi invité instamment les Etats Membres qui ne sont pas encore parties à la Convention à prendre les mesures nécessaires pour y adhérer.[1]

On peut escompter d'importants bénéfices de la ratification de la Convention de 1971 et de l'application de ses dispositions et l'une des priorités de l'OMS est d'en faire prendre conscience à tous les pays du monde. En ratifiant la Convention, un pays peut:

— aider l'OMS à faire placer une nouvelle substance sous contrôle s'il découvre qu'il peut en être fait abus, et envoyer à l'Organisation les données nécessaires

[1] Actes officiels OMS, N° 240, 1977, p. 8 (résolution WHA30.18).

— réduire l'abus des drogues sur son territoire en appliquant les dispositions de la Convention sur la prescription, l'étiquetage et l'enregistrement des médicaments et sur la conduite à tenir à l'égard de ceux qui en abusent

— rendre les ministères ou organismes gouvernementaux, surtout ceux qui sont chargés de l'approvisionnement en médicaments, plus forts face aux pressions économiques en faveur de l'importation de certaines substances psychotropes.

La ratification universelle de la Convention de 1971 est indispensable pour que soient couronnés de succès les efforts déployés par la communauté mondiale en vue de limiter au strict nécessaire l'emploi des substances psychotropes et d'en éviter l'abus.

Banque de données sur les virus dans les aliments

Le programme OMS de virologie alimentaire gère une banque de données sur les virus présents dans les denrées alimentaires et sur les effets sur la santé publique des virus transmis par les aliments. Les rapports ainsi rassemblés concernent :

a) les propriétés des virus qui exercent une influence sur leur transmissibilité ;

b) la présence de virus dans des denrées alimentaires, mise en évidence par des examens de laboratoire, ou par une poussée épidémique d'une maladie humaine ;

c) d'autres preuves de la présence de virus dans des aliments ;

d) les méthodes de dépistage des virus transmis par les aliments ; et

e) des études sur la stabilité ou l'inactivation des virus dans les aliments.

Chaque rapport est établi à partir d'une ou plusieurs sources d'information (le plus souvent des articles de journaux) du monde entier et a été préparé par un virologiste de laboratoire. Le système de restitution des données a pour objet de fournir des renseignements précis sur des sujets spécifiques aux autorités de contrôle des denrées alimentaires, aux épidémiologistes qui s'occupent des poussées épidémiques de maladies transmises par des aliments, aux chercheurs et au personnel de laboratoire qui s'occupent d'hygiène alimentaire et aux planificateurs de programmes de recherche. Pour qu'ils puissent être renseignés de la façon la plus rapide et la plus précise, les utilisateurs du système recevront des formules de demande d'information dont les questions sont établies en fonction des possibilités du système de restitution. Ces formules et des renseignements complémentaires sur le programme peuvent être demandés au service de la Santé publique vétérinaire, Division des Maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

Chronique OMS, **32**: 10-19 (1978)

08567

LE PALUDISME EN 1976*

En 1976, le situation épidémiologique en matière de paludisme est restée préoccupante dans de nombreux pays. Tandis qu'on ne constatait aucun changement en Afrique au sud du Sahara, le nombre des cas de paludisme notifiés a continué d'augmenter dans certains secteurs d'Asie méridionale et d'Amérique moyenne. La situation est restée inchangée, ou s'est plutôt améliorée dans plusieurs parties d'Amérique du Sud, d'Asie du Sud-Est, du Pacifique occidental et du bassin méditerranéen, mais il s'est produit une poussée épidémique dans les plaines du sud de la Turquie. On peut donc dire que la situation s'est détériorée en 1976, aussi plusieurs pays ont-ils déployé des efforts encore plus grands pour freiner l'avance du paludisme en essayant d'adapter leurs stratégies à la situation épidémiologique et aux ressources disponibles.

En raison de problèmes techniques graves (polyrésistance des vecteurs aux insecticides, comportement exophile des vecteurs, ou migration de populations), de contraintes administratives (touchant au financement ou à l'organisation), ou à la suite de catastrophes naturelles (tremblements de terre, cyclones ou inondations), plusieurs programmes d'éradication du paludisme en Amérique moyenne ont été transformés, après une évaluation appropriée, en programmes intégrés à long terme de lutte antipaludique. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la détérioration de la situation épidémiologique et la pauvreté des ressources ont conduit certains pays à adapter progressivement les objectifs du programme antipaludique aux moyens disponibles. Plusieurs pays des Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale ont aussi modifié leurs programmes en fonction de la réalité des faits. Plusieurs pays de la Péninsule arabe coordonnent leurs activités antipaludiques. La Région africaine éprouve d'énormes difficultés à mettre en œuvre la stratégie antipaludique approuvée par le Comité régional de l'Afrique en 1973, c'est-à-dire assurer la protection des groupes les plus vulnérables et de ceux qui revêtent une importance socio-économique. Toutefois, la décision du Nigéria de lancer un programme de lutte antipaludique d'envergure nationale incitera peut-être d'autres gouvernements de la Région à amplifier les activités antipaludiques menées sur leurs territoires. Bien qu'ils aient à subir les conséquences de la crise économique et de l'inflation qui sévissent actuellement dans le monde, beaucoup de pays en développement sont déterminés à entreprendre une action d'envergure contre le paludisme. Cette attitude traduit l'inquiétude croissante suscitée par la grave détérioration de la situation dont de nombreux délégués se sont faits l'écho lors des dernières réunions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Ce dernier a prié le Directeur général « d'affirmer le rôle directeur de l'Organisation mondiale de la Santé dans la promotion et la coordination des actions antipaludiques mondiales » et invité instamment les gouvernements des pays dans lesquels le paludisme reste un problème majeur de santé publique « à mettre résolument en œuvre des activités antipaludiques basées sur une appréciation réaliste de la situation et à accorder de façon soutenue toute la priorité nationale que ces activités méritent ».[1]

Au 31 décembre 1976, la population des zones primitivement impaludées du monde s'élevait à 2 048 millions d'habitants dont quelque 436 millions (21 %) vivaient dans des régions où l'éradication du paludisme était considérée comme réalisée et 1 260 millions (62 %) dans des régions où des actions antipaludiques étaient en cours. Le reste, soit 352 millions (17 %) vivaient dans des secteurs où l'on ne prenait aucune mesure antipaludique.

* Préparé par le Dr A. Noguer, le Dr W. Wernsdorfer, le Dr R. Kouznetsov et M. J. Hempel, service du Paludisme, Division du Paludisme et autres Maladies parasitaires, OMS, Genève.

[1] Résolution EB.59.R13. Actes officiels OMS, N° 238, partie I, page 11.

Tableau 1. Action antipaludique dans les Régions de l'OMS: situation au 31 décembre 1976 [a]

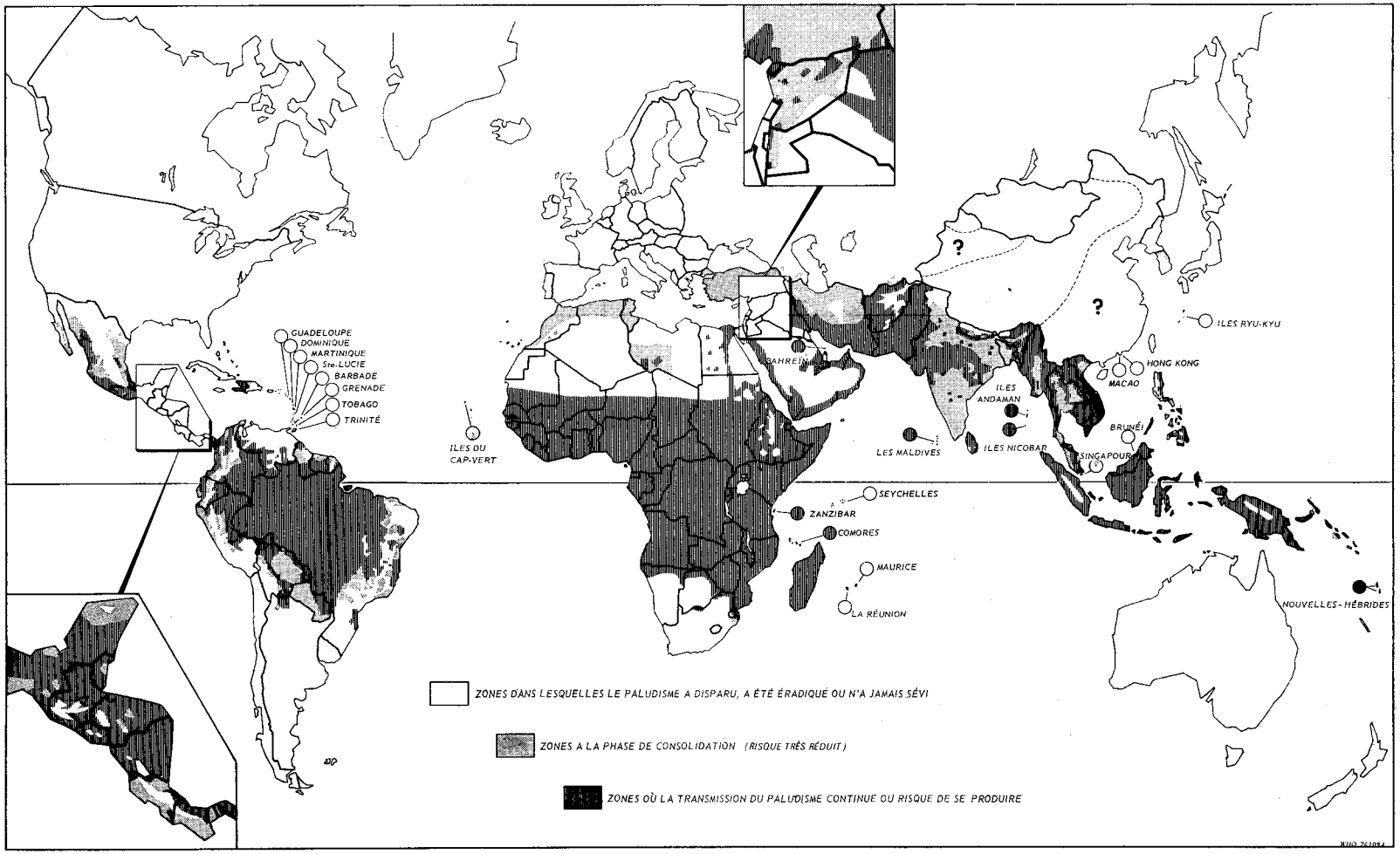
Description des zones	Population (en milliers d'habitants)						
	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental [b]	Total
Zones où le paludisme n'a jamais été indigène, ou a disparu sans mesures antipaludiques spéciales	28 476	356 829	69 224	442 623	44 683	204 635	1 146 470
Zones primitivement impaludées	255 891	213 523	888 291	367 757	231 600	90 908	2 047 970
Zones où l'éradication aurait été réalisée (phase d'entretien)	8 159	101 668	0	304 320	6 768	15 062	435 977
Zones où le risque de paludisme persiste	247 732	110 855	888 291	63 437	224 832	75 846	1 611 993
Zones où les principales mesures antipaludiques sont:							
surveillance (dépistage actif et traitement des cas)	356	56 590	572 961	55 533	92 215	31 866	809 521
lutte antivectorielle extensive	13 012	48 500	258 294	6 709	101 624	17 833	445 972
chimioprophylaxie ou chimiothérapie de masse	2 604	205	0	1 195	905	99	5 008
Zones où aucune mesure antipaludique n'est appliquée	231 760	6 560	57 036	0	30 088	26 048	351 492
Population totale	284 367	570 352	957 515	810 380	276 283	295 543	3 194 440

[a] Les changements par rapport aux chiffres pour 1975 sont dus non seulement aux fluctuations de la situation mais aussi à une restructuration des programmes antipaludiques.

[b] Sauf la République populaire de Chine.

Tableau 2. Progrès de l'action antipaludique (1961-1976)

Description des zones	Population (en millions d'habitants)			
	1961	1966	1971	1976
Zones libérées du paludisme (mesures de vigilance)	317 (32,8%)	633 (52,4%)	728 (49,3%)	436 (25,7%)
Zones à la phase de surveillance	75 (7,7%)	330 (27,3%)	299 (20,3%)	809 (47,7%)
Zones d'application de mesures antivectorielles extensives ou de chimioprophylaxie	576 (59,5%)	246 (20,3%)	448 (30,4%)	451 (26,6%)
Total	968 (100%)	1 209 (100%)	1 475 (100%)	1 696 (100%)
Zones ne bénéficiant d'aucune mesure antipaludique particulière	452 (31,8%)	426 (26,1%)	351 (19,2%)	352 (17,2%)
Total général	1 420 (100%)	1 635 (100%)	1 826 (100%)	2 048 (100%)



Evaluation épidémiologique du paludisme, décembre 1976

L'action antipaludique menée par les pays des six Régions de l'OMS durant l'année 1976 est résumée dans le tableau 1. Les progrès de l'action antipaludique mondiale pour les années 1961-1976 sont présentés dans le tableau 2.

Bilan régional

Région africaine

Bien que le paludisme ait été éradiqué de Maurice et de la Réunion, on a continué à signaler des cas indigènes à Maurice en 1976, après la petite épidémie de 1975 et l'on s'attache à renforcer les activités de vigilance.

Dans les régions continentales au sud du Sahara, les mesures antivectorielles sont restées limitées aux grandes villes et à la frange méridionale des zones de répartition du paludisme. Ces mesures ont été intensifiées en 1976 autour des ports et des aéroports internationaux. Plusieurs pays (notamment le Cameroun, le Congo, la Haute-Volta, la République Malgache, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et le Sierra Leone) ont procédé à des campagnes de masse d'administration de médicaments pour protéger les groupes particulièrement vulnérables de la population. Ces pays et quelques autres s'efforcent aussi de rendre les médicaments antipaludiques accessibles à la population grâce à un réseau de plus en plus étendu de projets d'autoassistance. Ces activités antipaludiques ont assuré un certain degré de protection à 6,5 % de la population exposée.

Le Bureau régional de l'OMS, à la demande des Gouvernements du Bénin, de la Gambie, de la Haute-Volta, du Libéria, du Mozambique, de Sao Tomé-et-Principe, du Sénégal et du Sierra Leone, a fourni à ces pays des services consultatifs sur la planification, l'exécution et l'évaluation de leurs activités antipaludiques. En outre, les programmes de développement des services de santé de base en cours d'exécution aux Comores, en Guinée, au Nigéria et au Togo ont aussi bénéficié de services consultatifs concernant les activités antipaludiques. Durant l'année 1976, les pays de la Région n'ont signalé aucun changement important de la sensibilité des vecteurs aux insecticides. Malgré des enquêtes approfondies, rien n'est venu confirmer les rapports de certains médecins suggérant l'existence de foyers de paludisme à falciparum résistant à la chloroquine.

Région des Amériques

Les 12 pays et zones d'où le paludisme avait été éradiqué sont restés libres de la maladie. Dans un second groupe de 7 pays, les perspectives d'éradication sont bonnes car les réactions aux mesures antipaludiques ont été jusqu'à présent satisfaisantes. L'Argentine, le Panama et le Paraguay ont signalé de nouveaux progrès; des zones de ces deux derniers pays sont passées à des phases plus avancées du programme. Dans ce même groupe, le Belize, le Costa Rica, la Guyane française et la République Dominicaine ont signalé des épidémies limitées de paludisme consécutives à des importations massives de cas et à une réduction de l'efficacité de la surveillance. Mais la situation a pu partout être maîtrisée grâce à l'application rapide de mesures d'urgence. Dans un troisième groupe composé de 15 pays et zones, les objectifs du programme sont 1) la préservation de l'acquis dans les zones où la transmission du paludisme avait été précédemment interrompue et 2) la mise en place d'un système efficace de lutte antipaludique dans les zones où de vastes mesures de contrôle n'ont donné que des résultats médiocres. Dans quelques pays de ce groupe — Brésil, Haïti, Mexique et Venezuela — la situation épidémiologique générale s'est améliorée. Dans d'autres, elle s'est plus ou moins dégradée, surtout dans les zones où les précédents mesures de contrôle n'étaient pas suffisamment efficaces. Ces zones regroupent 29 % de la population des zones primitivement impaludées.

La stratégie antipaludique adoptée en 1975 dans la Région des Amériques a bénéficié d'un soutien actif du Bureau régional et de ses conseillers régionaux et nationaux pour le paludisme. En 1976, au cours de la planification et de la mise en œuvre des activités, plusieurs pays ont fait le point des programmes et modifié certains projets en vue de les adapter aux conditions locales. Le Brésil, l'Equateur, le Guatemala, Haïti, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay et la République Dominicaine ont signalé une nette progression de l'emploi d'associations de différents moyens de lutte antipaludique. Le recours à la chimiothérapie antipaludique s'est beaucoup développé dans de nombreux programmes. En plus de leurs services consultatifs techniques, l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la Santé ont continué de contribuer à l'approvisionnement en insecticides, en médicaments, en véhicules et en fournitures de laboratoire.

A la fin de 1976, sur 214 millions d'habitants des zones primitivement impaludées, 102 millions (48 %) vivaient dans des zones où l'éradication du paludisme était considérée comme réalisée, 57 millions (27 %) dans des zones soumises à de vastes opérations de surveillance et 49 millions (23 %) dans des zones protégées par des mesures de lutte antivectorielle (surtout des pulvérisations d'insecticides

à effet rémanent à l'intérieur et à l'extérieur des maisons).

Bien que l'absence de progrès soit due, la plupart du temps, à des difficultés administratives et opérationnelles, on a constaté que les problèmes techniques (résistance des vecteurs aux insecticides, résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine et facteurs sociaux liés au comportement et aux activités de l'homme) jouaient un rôle de plus en plus important.

A l'heure actuelle, 20% environ de la population des zones impaludées vit dans des secteurs où les vecteurs sont résistants aux insecticides courants. La situation est devenue critique dans 4 pays d'Amérique centrale où la résistance aux insecticides de remplacement, tels que le propoxur, continue à augmenter en intensité et en étendue. En 1976, en plus du Brésil, de la Colombie, de la Guyane, du Panama, du Surinam et du Venezuela, l'Equateur et la Guyane française ont aussi signalé la présence de souches de *P. falciparum* résistantes à la chloroquine.

Région de l'Asie du Sud-Est

En 1976, la situation en matière de paludisme s'est encore détériorée dans 5 des 8 pays de la Région: Bangladesh, Birmanie, Inde, Indonésie et Thaïlande. Quant aux 3 autres — Maldives, Népal et Sri Lanka — ils ont signalé un léger progrès par rapport à 1975. Dans tous les pays de la Région sauf quelques rares zones, il faut considérer que la population des zones initialement impaludées est à nouveau exposée au risque de paludisme. Bien que la couverture des activités de dépistage des cas ait diminué dans la plupart des programmes, le nombre des cas dépistés et confirmés a continué d'augmenter et dépassait 6,5 millions (données incomplètes) à la fin de 1976, contre 6 millions en 1975.

Conscient de la gravité de la situation, le Gouvernement de l'Inde a décidé de doubler les crédits alloués au programme dont il a commencé à réviser et à réorienter les activités. Le nouveau plan vise à prévenir la mortalité par paludisme en fournissant gratuitement des antipaludiques à toutes les personnes atteintes de fièvre, en intensifiant les mesures antipaludiques dans les zones particulièrement importantes du point de vue économique et en préservant les avantages acquis par l'extension des opérations de pulvérisation d'insecticides à toutes les zones où l'incidence parasitaire annuelle dépasse 2 pour 1000. Pour garantir la participation active des services de santé généraux aux activités antipaludiques, le Gouvernement projette une intégration partielle de services antipaludiques et des services de santé généraux aux échelons périphérique et intermédiaire. En même temps, le Gouvernement encourage la population, ainsi que les *panchayats* (conseils de village), les chefs de village et les notables à participer aux activités antipaludiques.

Le Bangladesh a adopté une nouvelle approche de la lutte antipaludique en décidant la fusion du service d'éradication du paludisme et des services de santé généraux, sauf le long de la frontière avec la Birmanie où les mesures antipaludiques comportent de vastes opérations de lutte antivectorielle. Les activités antipaludiques ont été améliorées et intensifiées aux Maldives, au Népal et à Sri Lanka.

A la fin de 1976, sur les 888 millions d'habitants des zones primitivement impaludées, 573 millions (65%) vivaient dans des zones sous surveillance (ce chiffre inclut les 400 millions d'habitants de zones libérées antérieurement du paludisme et où l'on applique des mesures focales), 258 millions (29%) étaient protégés par de vastes opérations de lutte antivectorielle et 57 millions (6%) vivaient dans des zones qui ne bénéficiaient d'aucune sorte de protection contre le paludisme.

La résistance des vecteurs du paludisme au DDT et de *P. falciparum* à la chloroquine pose un grave problème à plusieurs pays de la Région, la population des zones atteintes se chiffrant respectivement à 280 millions et 60 millions d'habitants. Bien que l'OMS ait considérablement accru son aide aux huit programmes antipaludiques, cela ne suffit pas à compenser la brutale diminution de l'aide bilatérale et des autres formes d'assistance internationale au cours des cinq dernières années.

Région européenne

En 1976, les pays d'Europe continentale sont restés libres du paludisme, sauf quelques foyers de transmission étroitement circonscrits en Grèce et dans des zones de l'URSS situées en bordure de pays impaludés. Depuis cinq ans, on observe une augmentation régulière du nombre de cas importés dans des secteurs libres ou libérés du paludisme. La plupart continue à provenir d'Afrique. Cependant, du fait de la détérioration progressive de la situation en matière de paludisme en Asie, le nombre et la proportion des cas importés de cette région du monde tend à augmenter. Le taux annuel de létalité des cas importés se situe entre 1% et 2,5%. Dernièrement, quelques très petites épidémies de paludisme dues à des cas importés ont été signalées dans des zones réceptives d'Europe, ce qui prouve que l'on pourrait fort bien assister à un retour de l'endémicité paludique si le système de surveillance se relâchait.

Hors du continent européen, on a signalé des progrès de la lutte antipaludique en Algérie et au Maroc. Par contre, au sud-est de la Turquie où l'on se heurte à de graves problèmes techniques et opérationnels, le nombre des cas a beaucoup augmenté. Des mesures d'urgence doivent être prises pour limiter l'extension de la poussée épidémique et arrêter la propagation de l'infection à l'intérieur et à l'extérieur de ce pays. L'Algérie, le Maroc et la Turquie bénéficient d'une assistance de l'OMS sous forme de personnel et de fournitures.

Région de la Méditerranée orientale

Chypre, Israël et le Liban qui sont les pays où l'éradication du paludisme avait été réalisée n'ont signalé aucun cas indigène bien que la situation troublée à Chypre et au Liban ait accru le potentiel paludogène et réduit les activités de vigilance. Dans 3 des 6 pays qui mettent en œuvre des programmes d'éradication (Jordanie, Libye et Tunisie), les progrès ont continué d'être satisfaisants. Dans les 3 autres (Irak, Iran et Syrie), de nouveaux foyers actifs mais circonscrits de paludisme ont été décelés dans des zones qui avaient été libérées de la maladie. Les mouvements de population entre les zones impaludées et les zones indemnes, le relâchement des opérations de surveillance et l'aggravation des problèmes techniques et administratifs sont responsables de cette dégradation. On a observé une amélioration de la situation épidémiologique dans certaines zones du Soudan et du Pakistan où ont été effectuées des pulvérisations de malathion. Une petite épidémie de paludisme à Bahreïn (causée par des cas importés) et quelques poussées plus importantes à l'est et au nord-est de l'Afghanistan ont été endiguées par la prompte application des mesures appropriées.

A la fin de 1976, 232 millions de personnes vivaient dans les zones initialement impaludées de la Région; 7 millions (3%) vivaient dans des zones où l'éradication du paludisme avait été réalisée, 103 millions (44%) dans des zones protégées par de vastes opérations antivectorielles (y compris 1 million de personnes protégées par la chimioprophylaxie ou la chimiothérapie de masse), 92 millions (40%) dans des zones protégées par des activités de surveillance et 30 millions (13%) dans des zones qui ne bénéficiaient d'aucune forme de protection. L'intégration des activités antipaludiques dans les services de santé généraux s'est poursuivie dans tous les pays. En Ethiopie et au Pakistan, c'était un objectif à court terme, en Afghanistan et au Soudan un objectif à moyen terme et dans les autres pays (notamment l'Arabie Saoudite) un objectif à long terme. La formulation d'un plan à moyen terme en vue de l'exécution d'un programme coordonné de lutte antipaludique dans la Péninsule arabe a été un événement d'importance; le soutien financier et l'effectif de personnel nécessaires sont actuellement à l'étude.

En ce qui concerne la résistance vectorielle aux hydrocarbures chlorés, la situation est restée inchangée et, jusqu'ici, aucune résistance de *P. falciparum* aux amino-4 quinoléines n'a été signalée dans la Région. L'OMS a soutenu les programmes antipaludiques de 13 pays en leur fournissant des services consultatifs et en participant à la planification, à l'évaluation et à la coordination des activités.

Région du Pacifique occidental

D'une manière générale, la situation s'est légèrement améliorée. Dans les pays et zones où l'éradication est considérée comme réalisée, le paludisme n'a pas réapparu. Les opérations antipaludiques ont été intensifiées en République démocratique populaire lao et dans le sud de la République socialiste du Viet Nam et, dans le nord de ce dernier pays, la maladie est bien maîtrisée. De nouveaux progrès ont été signalés dans la Péninsule de Malaisie où les activités d'éradication du paludisme ont été étendues à l'ensemble de la population. Une zone peuplée de quelque 1,3 million d'habitants est entrée dans la phase de consolidation ce qui porte à 4,15 millions (39%) la population totale parvenue à cette phase. De vastes opérations antipaludiques ont permis de continuer à améliorer la situation au Sabah et au Sarawak (Malaisie), aux Philippines et aux îles Salomon. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a signalé une certaine amélioration de l'organisation des mesures antipaludiques.

A la fin de 1976, sur les 91 millions d'habitants vivant dans les zones primitivement impaludées de la Région (à l'exclusion de la Chine), 15 millions (16%) vivaient dans des zones où l'éradication du paludisme était considérée comme réalisée et 32 millions (35%) dans des zones où la transmission du paludisme était présumée interrompue, tandis que 18 millions (20%) étaient protégés par de vastes mesures de lutte antivectorielle.

Un supplément d'information sur la répartition des souches de *P. falciparum* résistantes aux amino-4 quinoléines a été recueilli aux Philippines et en République démocratique populaire lao. La présence de souches de *P. falciparum* résistantes à la chloroquine a été signalée pour la première fois en Papouasie-Nouvelle-Guinée. L'OMS soutient les programmes antipaludiques de huit pays de la Région et six pays bénéficient régulièrement des services consultatifs de l'Organisation.

Programmes et coordination

Après avoir passé en revue leurs objectifs et décidé de mettre en œuvre des programmes à long terme, plusieurs pays ont pris fortement conscience de ce que la population devait participer à cette mise en œuvre. Toutefois, la participation de la collectivité n'en est encore, bien souvent, qu'au premier stade de la planification ou reste à mettre en application. Voici quelques exemples pour illustrer cette situation: au Nigeria, il est prévu de faire participer la population au programme antipaludique qui en est actuellement au stade de la planification; dans l'Empire Centrafricain, en République-Unie du Cameroun et au Sénégal, la population rurale contribue financièrement à l'achat des médicaments antipaludiques destinés à protéger la collectivité; dans plusieurs programmes de la Région des Amériques, des collaborateurs bénévoles prennent part depuis plusieurs années aux activités de surveillance du paludisme; lors d'une consultation sur le paludisme qui a eu lieu à New Delhi en avril 1977, des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont déclarés persuadés que leurs collectivités rurales possédaient un grand potentiel d'auto-assistance et que, pour que la lutte antipaludique soit efficace, il fallait que la collectivité y collabore. Certains pays ont remarquablement réussi à faire participer la collectivité à la lutte contre le paludisme et à l'éradication finale de la maladie.

Parmi les priorités de l'OMS figurent le développement des services de santé dans le cadre d'un plan global de développement et l'intégration des activités antipaludiques menées à l'échelon périphérique dans l'action des services sanitaires. Toutefois, du fait d'erreurs d'interprétation et d'une exécution hâtive et mal planifiée, on a parfois abouti à une désorganisation des activités antipaludiques et à une brusque recrudescence de la maladie. Ces expériences ont incité plusieurs pays à adopter une approche plus prudente, c'est-à-dire à faire tout d'abord un essai limité d'intégration des activités antipaludiques dans les services sanitaires généraux, ou de tenter cette intégration dans des projets pilotes.

Autrefois, la plupart des pays qui cherchaient à réaliser l'éradication du paludisme créaient à cet effet des conseils qui se sont révélés d'excellents instruments de coordination des activités et de répartition des responsabilités entre les services nationaux directement ou indirectement concernés par l'épidémiologie des maladies transmissibles et la lutte contre ces affections. Depuis quelques années, beaucoup de ces conseils ont été supprimés ou ont cessé de fonctionner parce qu'on s'intéressait de moins en moins à la lutte antipaludique. Cependant, en application des recommandations du Comité ad hoc du Conseil exécutif de l'OMS sur le paludisme et des résolutions adoptées par les comités régionaux et comme suite à l'action menée par les directeurs régionaux de l'OMS, des conseils nationaux de la lutte antipaludique/éradication du paludisme ont été remis en activité dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et des Amériques. Au Nigéria, un comité national de coordination assume la responsabilité globale de la planification et de la mise en œuvre du programme national de lutte antipaludique.

Pour être pleinement efficace, la coordination nationale doit être complétée par une coordination internationale et les recommandations de l'OMS à ce sujet ont été suivies par de nombreux pays. C'est ainsi que les Etats riverains du Sénégal, du Ruzizi et du Mékong mènent une action antipaludique coordonnée; en 1976, huit réunions inter-pays de coordination de la lutte antipaludique ont eu lieu dans la Région des Amériques; les responsables des programmes antipaludiques exécutés en Irak, en Jordanie, au Liban, en Syrie et en Turquie se sont réunis régulièrement une fois par an; l'Inde et le Pakistan d'une part, l'Afghanistan, l'Iran et le Pakistan d'autre part ont coordonné leurs plans de lutte antipaludique le long des frontières. Les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et ceux qui font partie de l'Association des Nations du Sud-Est asiatique ont également tenu des réunions de coordination à intervalles réguliers.

Dans certains cas, la coopération inter-pays et internationale dépasse de très loin le simple soutien aux activités antipaludiques. L'Inde, en coopération avec l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), envisagent de mettre en place les installations nécessaires pour la production annuelle de 500 millions de comprimés de chloroquine dont le pays a besoin. La République socialiste du Viet-Nam projette de construire une usine de fabrication du DDT pour répondre aux besoins du pays; ce projet doit être réalisé en coopération avec l'OMS et l'Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (ONUDI) et quelques pays, notamment l'Inde, pourraient y apporter leur concours technique.

Conformément aux termes de sa Constitution, l'OMS a aidé à promouvoir l'assistance bilatérale et internationale. C'est ainsi qu'en coopération avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) elle encourage le recours à des méthodes bio-environnementales de lutte anti-

paludique chaque fois que c'est faisable. On est en train de mettre sur pied avec la coopération du PNUE et de la FAO un programme relatif aux systèmes de lutte contre les animaux et les plantes nuisibles. Le FISE, en coordination avec l'OMS, renforce son assistance aux programmes antipaludiques dans le cadre de l'action qu'il mène pour élever le niveau de santé des enfants (et fournit, par exemple, 30 millions de comprimés de chloroquine pour soutenir le programme indien). En dépit de difficultés financières graves, le PNUD continue à soutenir des activités antipaludiques au Kampuchea démocratique, au Népal, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République démocratique populaire lao, aux îles Salomon et ailleurs encore.

En plus de ces activités de coordination, l'OMS a coopéré avec la plupart des pays et territoires impaludés. Elle a assuré une coopération technique à 75 projets antipaludiques et envoyé des fournitures et du matériel à 66 d'entre eux.

Formation

Pour stimuler et favoriser la formation de personnel professionnel apte à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer les programmes de lutte antipaludiques, l'OMS a accordé son soutien à l'organisation et au déroulement de cours universitaires sur le paludisme et d'autres maladies parasitaires. Ces cours sont sanctionnés par un grade de « Master » en santé publique et sont donnés en anglais à l'Ecole de Santé publique de l'Université de Téhéran et en espagnol à l'Ecole de Santé publique de Mexico.

Toutefois, c'est aux seuls centres nationaux qu'incombe la responsabilité des cours de perfectionnement et de la formation de personnel d'exécution et de personnel technique, or ces centres sont souvent à court de ressources et de personnel enseignant. L'OMS les aide à coordonner leurs activités d'enseignement et à assumer des tâches multilatérales, régionales ou interrégionales. Elle leur fournit aussi des manuels et des aides pédagogiques ainsi que du personnel enseignant, et organise des cours sur la méthodologie pédagogique moderne. La coopération de l'OMS porte aussi sur l'organisation de séminaires, de conférences-ateliers et de réunions techniques consacrés à des sujets particuliers qui correspondent aux objectifs nationaux, régionaux et internationaux prioritaires. Malgré une réduction notable par rapport aux années précédentes, l'OMS a continué à accorder des bourses d'études pour une formation technique spécifique à l'étranger.

Recherche

L'année 1976 a été marquée par un renouveau d'intérêt pour la recherche sur le paludisme. Beaucoup de gouvernements et d'organismes de financement ont reconnu que la situation mondiale en matière de paludisme était grave — hyper- et holo-endémicité stables dans de vastes zones d'Afrique et recrudescence majeure du paludisme en Asie — et qu'elle nécessitait une action immédiate sous forme d'une technologie améliorée ou nouvelle en vue de mesures antipaludiques efficaces et économiquement réalisables, que seule la recherche fondamentale et appliquée doit permettre de trouver.

Les perspectives technique de la recherche sur le paludisme se sont considérablement améliorées depuis que Trager et Jensen ont réussi, au début de 1976, la culture de formes érythrocytaires asexuées de *P. falciparum* [2] ainsi que de gamétocytes. Cette percée ouvre des voies nouvelles aux études immunologiques et aux recherches sur la biologie, la physiologie et la morphologie du parasite, ainsi que sur l'action des médicaments antipaludiques.

Parmi les travaux de recherche sur le paludisme patronnés ou soutenus par l'OMS en 1976 figurent des études sur la biologie et le métabolisme du parasite, sur les relations hôte/parasite, sur la chimiothérapie, sur l'épidémiologie et sur la lutte antipaludique. Quelques-uns des progrès les plus importants sont décrits ci-après.

Biologie des parasites du paludisme. Plusieurs instituts ont mis au point de nouvelles méthodes de séparation, de préparation et de purification des parasites, ou ont amélioré les procédés existants. On a observé une inhibition significative des cultures *in vitro* de la souche Palo Alto Ouganda de *P. falciparum* dans les hématies de nyctipithèques ou les hématies humaines quand on y ajoutait un mélange de sérums contenant des immunoglobulines G prélevés sur des sujets originaires de zones d'endémicité palustre en Afrique, alors que des sérums du même type prélevés sur des sujets originaires d'une zone non impaludée n'inhibaient pas la multiplication du parasite. Dans d'autres études, on a constaté que des concentrations subagglutinantes de diverses phytohémagglutinines pouvaient réduire la sensibilité d'hématies normales de singe à l'infection par le parasite simien *P. knowlesi.*

Des *études comparées de la membrane* ont montré qu'une glycoprotéine de poids moléculaire élevé, présente dans les érythrocytes non infectés de

[2] TRAGER, W. & JENSEN, J. B., *In vitro* cultivation of malaria parasites. Cultivation of erythrocytic stages. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **55**: 363-364 (1977) (résumé en français).

singes, se trouvait en quantité réduite dans les cellules infectées par *P. knowlesi*. Lors d'autres travaux sur des hématies de souris infectées par *P. chabaudi*, on a mis en évidence une autre glycoprotéine de poids moléculaire élevé. Il serait intéressant de savoir à quel stade du développement du parasite cette protéine apparaît dans la cellule hôte et si elle est antigénique.

Il ressort d'études sur le *métabolisme du parasite* que le falciparum trouvé dans le sang d'enfants nigérians ne présente pas d'activité de la glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), ce qui concorde avec l'observation selon laquelle la déficience en G6PD des hématies humaines pourrait conférer un certain degré de protection contre les infections à falciparum. Un soutien a été accordé à d'autres études sur les enzymes et sur le métabolisme des nucléotides et des lipides chez les parasites du paludisme des rongeurs et du paludisme des simiens, parce que la connaissance de ces mécanismes biologiques a des répercussions directes sur la mise au point de médicaments antipaludiques, sur les techniques de culture et sur la compréhension des réactions immunologiques.

Immunologie. On est parvenu à immuniser des singes rhésus contre le paludisme simien en leur administrant de multiples doses de sporozoïtes. On a constaté que la vaccination des singes au moyen de mérozoïtes leur conférait une immunité contre l'infection expérimentale par des souches de parasites hétérologues; cette immunité était plus grande que celle que conféraient des infections traitées par des médicaments. On a constaté que le vaccin préparé à partir de mérozoïtes conservait son activité lorsqu'il était congelé ou lyophilisé. Des études sur l'induction de l'immunité chez des souris placées sous chimiothérapie font ressortir le rôle essentiel des parasites vivants dans l'immunogenèse. Des antipaludiques à effet radical tels que la chloroquine se sont révélés moins favorables à l'induction de l'immunité que des médicaments à action modérément suppressive. D'autres études sur l'immunogenèse chez les rongeurs, effectuées au moyen de sang irradié, montrent que la résistance induite à l'infection paludéenne est liée à une aptitude génétique qui favorise la production d'anticorps.

Dans le domaine de la *sérologie*, l'épreuve d'immunoadsorption liée à une enzyme (ELISA) appliquée au paludisme a été encore améliorée et adaptée au format d'une lame de microscope qui peut être utilisée sur le terrain et qui permet de faire des économies de réactifs. Les centres collaborateurs OMS de Londres et de Nimègue pour le développement des techniques sérologiques et pour les préparations sérologiques standard pour le paludisme, ont dispensé, au centre et ailleurs, des cours de formation en sérologie du paludisme, examiné du matériel sérologique provenant d'autres origines et fourni des antigènes paludéens et des réactifs standard à des institutions des cinq parties du monde.

De vastes études séro-épidémiologiques menées en Iran, au Nigéria, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Sri Lanka, au Surinam et en URSS ont permis d'établir les mérites relatifs de diverses techniques sérologiques et d'en confirmer l'usage pour le contrôle et l'évaluation épidémiologiques et pour le triage des donneurs de sang. Des techniques sérologiques servant à identifier des substances des groupes sanguins humains et les haptoglobines ont aussi été utilisées pour distinguer les différents sangs qui composent le repas de l'anophèle vecteur. On a constaté une association nette entre l'ahaptoglobinémie, une parasitémie croissante et l'intensité de la transmission du paludisme.

Des progrès ont été réalisés dans l'emploi des techniques d'identification des gènes-enzymes et de celles de fluorescence en bande pour la différenciation des espèces du complexe *Anopheles gambiae*. La fluorescence en bande est facile à appliquer sur le terrain. Des études sur onze vecteurs du paludisme ont fourni de nouveaux renseignements sur la génétique de la résistance de ces espèces aux insecticides. On a entrepris des études cytogénétiques et des études gènes-enzymes sur les espèces du complexe *A. gambiae* pour tenter de mettre en évidence les caractéristiques comportementales et physiologiques particulières à des dispositions chromosomes/gènes spécifiques.

Chimiothérapie. Une méthode spectrofluorométrique de dosage de la chloroquine dans les liquides biologiques a été rendue plus précise en sorte qu'elle permet des évaluations de l'ordre de 5 ng-2 μg/ml. Il ressort d'études sur la sensibilité *in vitro* de *P. falciparum* à la chloroquine aux Philippines que le point de rupture entre les parasites sensibles et les parasites résistants, par rapport aux résultats des épreuves *in vivo*, paraît se situer à la concentration de 1,0 nmol de chloroquine par ml de sang défibriné. Des études sur les interactions médicament/parasite et sur les profils de biodisponibilité des médicaments ont permis de mieux comprendre leur valeur et leurs modes d'action dans différentes situations.

Pour tenter de trouver de nouveaux composés antipaludiques, on a synthétisé plusieurs nouveaux dérivés triazine (les amino-4, 6 et 8 quinoléines, les amino-9, 6 quinoléines et les quinoléine-quinones) et l'on a évalué leur activité antipaludique. Les études précliniques et cliniques d'une

amino-4 benzo(g)quinoléine (Dabechin (G 800)) en URSS ont donné des résultats prometteurs.

Autres activités. Un projet de recherche sur le terrain concernant l'épidémiologie du paludisme et la lutte contre cette affection dans l'Etat de Bénin (Nigeria) a été organisé et mis en œuvre. Il englobe plusieurs prototypes de biotopes et devrait être pleinement opérationnel en 1977.

Dans le cadre du programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, la première réunion du groupe de travail scientifique sur l'immunologie du paludisme a eu lieu en juillet 1976. Les recherches sur le paludisme entreprises en 1977 au titre du programme spécial devraient accélérer et intensifier notablement les activités menées dans ce secteur.

Contamination virale du vaccin antiamaril

« Au cours des dix dernières années, une grande expérience a été acquise en matière d'épreuves de recherche des agents contaminants et nombre de ces épreuves seraient applicables au vaccin antiamaril. Dans plusieurs pays, le virus de semence a été débarrassé des virus de la leucose aviaire (VLA) qui le contaminaient. Le vaccin est produit actuellement en œufs provenant d'élevages qu'on sait exempts de VLA, ce qui fournit un vaccin dénué de contaminant vivant décelable. Un tel vaccin, fabriqué dans un pays, a été administré à l'homme depuis sept ans sans qu'aucun effet fâcheux ait été noté. Cependant, pour le moment, il est difficile d'approvisionner convenablement tous les laboratoires en œufs embryonnés exempts de VLA; c'est pourquoi il n'a pas été possible de formuler des normes relatives exclusivement au vaccin exempt de VLA. On applique depuis plus de 30 ans du vaccin antiamaril préparé à partir de la souche du 17 D qu'on sait maintenant contenir des virus de la leucose aviaire, sans qu'on ait noté de réaction adverse à long terme associée à cette vaccination. Il serait certes souhaitable de faire préparer un vaccin exempt de virus contaminants. Mais une telle décision se justifierait difficilement compte tenu des nombreux obstacles qu'elle rencontrerait. En revanche, dans le cas de la fabrication de vaccins exempts de VLA, il convient d'utiliser du virus de semence ainsi que des embryons exempts de VLA et le vaccin doit satisfaire à ces normes mais, en outre, il doit avoir été démontré par une épreuve appropriée qu'il est exempt de VLA. »

Extrait de: Série de Rapports techniques OMS, N° 594, 1976 (Vingt-septième rapport du Comité OMS d'expert de la Standardisation biologique), p. 26.

Chronique OMS, **32**: 20-28 (1978)

Le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale dans les années 1970 *

T. Strasser [1]

Le dernier événement de l'Année mondiale du Rhumatisme a été la deuxième conférence internationale sur la rhumatologie préventive, qui s'est tenue à Lisbonne du 1er au 3 décembre 1977, sous le patronnage de la Ligue internationale contre le Rhumatisme et de l'OMS. L'Organisation y était représentée par deux membres du personnel du Siège. Voici ce que pense l'un deux, le Dr T. Strasser, de la situation actuelle en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale: tendances de la morbidité et de la mortalité, facteurs socio-économiques et approches de l'action préventive et de la lutte contre ces affections.

Il y a trente ans, sur les seize lits que comptait la salle de la principale clinique médicale d'une ville d'Europe où je m'initiais aux secrets de l'auscultation cardiaque, une demi-douzaine étaient d'ordinaire occupés par des malades — le plus souvent jeunes — atteints de rhumatisme articulaire aigu en pleine évolution ou de cardiopathie rhumatismale grave. Aujourd'hui, dans cette ville complètement transformée, il semble que la vieille salle soit à peu près le seul endroit demeuré inchangé, à ceci près qu'on reste parfois des mois sans y voir un seul cas de rhumatisme articulaire aigu. On peut être intrigué par cette modification du tableau de la morbidité en moins d'une génération ou, au contraire, la considérer comme un progrès normal de la médecine. On a toutefois un sentiment certain de déjà vu quand on visite les hôpitaux de certains pays tropicaux où les malades atteints de pancardite rhumatismale, de sténose mitrale grave et d'insuffisance tricuspidienne s'amassent dans les salles de cardiologie comme ils le faisaient autrefois dans les hôpitaux des pays maintenant riches.

Qu'en est-il aujourd'hui du rhumatisme articulaire aigu, ainsi que de la cardiopathie rhumatismale, l'une des rares maladies chroniques que l'on peut vraiment prévenir? Quelle est l'ampleur du problème à l'échelle mondiale et qu'en savons-nous? Quels sont les problèmes cruciaux que pose la prévention du rhumatisme articulaire aigu?

Fréquence

Il est très difficile de déterminer la fréquence du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale dans ce monde polarisé qui est le nôtre.

Les statistiques de mortalité, outre leur intérêt généralement limité, indiquent toujours les taux les plus élevés dans les groupes d'âge les plus vieux, ce qui va à l'encontre de l'expérience courante selon laquelle l'espérance de vie des malades atteints de cardiopathie rhumatismale est considérablement réduite. En outre, il n'existe presque aucune statistique de mortalité pour les pays en

* Le texte original complet de cet article a paru la première fois dans *Public Health Reviews*, 5: 207-234 (1976). Nous donnons ici la traduction de ce texte légèrement modifié et reproduit avec l'autorisation du rédacteur en chef de cette revue.

[1] Médecin, service des Maladies cardio-vasculaires, OMS, Genève, Suisse.

Mortalité par cardiopathie rhumatismale et rhumatisme articulaire aigu, dans un certain nombre de pays, pour le groupe d'âge 15-24 ans [a]

Pays	Année	Décès pour 100 000 [b]	Rang parmi les causes de décès [b]
Bulgarie	1974	3,3	2
Roumanie	1973	3,8	2
Pologne	1973	1,9	3
Portugal	1974	3,0	3
Italie	1973	1,7	4
Yougoslavie	1973	1,6	4
Espagne	1973	1,5	5
Israël	1973	0,8	6
Grèce	1974	0,8	8
Tchécoslovaquie	1973	0,8	9
Etats-Unis d'Amérique	1973	0,5	11
France	1973	0,4	12
Hongrie	1974	0,7	12

[a] D'après *l'Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, 1973-1976*, Vol. I, Genève, OMS, 1976.

[b] Non compris les accidents et les états mal définis.

développement où le rhumatisme articulaire aigu paraît poser un problème beaucoup plus difficile que dans les pays dotés de services sanitaires perfectionnés. Toutefois, si nous ne prenons en compte que les chiffres de mortalité pour les groupes d'âge jeunes (15-24 ans) pour lesquels le diagnostic devrait être plus exact, et que les pays qui possèdent des statistiques de mortalité fiables, nous constatons que le rhumatisme articulaire aigu occupe un rang élevé dans la liste des causes de décès: entre le deuxième et le quatrième dans six pays d'Europe en 1973 et 1974 (voir tableau).

De très nombreuses publications ont été consacrées depuis 20 ou 30 ans à la fréquence du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale dans presque toutes les parties du monde. Il y a assez peu de taches blanches — c'est-à-dire de zones pour lesquelles on ne possède aucune données — sur la carte du monde représentée à la figure 1. Des enquêtes épidémiologiques ont été faites dans de nombreux pays; dans beaucoup d'autres, il existe au moins des données sur les hospitalisations ou des statistiques de mortalité et, dans quelques-uns, le rhumatisme articulaire aigu est une maladie à déclaration obligatoire. Des réunions et des séminaires de l'OMS ont été consacrés à l'étude du problème et de son importance dans plusieurs pays en développement.[2-6] Ce que nous savons de l'incidence et de la prévalence de la maladie reste néanmoins très limité et il est très difficile d'obtenir des données fiables sur l'incidence. Beaucoup d'enquêtes n'indiquent pas le dénominateur de la population,[7] ni les critères utilisés pour le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu (dans les enquêtes de prévalence); quant aux hospitalisations, elles ne fournissent pas un tableau exact de la fréquence de la maladie.

Les taux de prévalence du rhumatisme articulaire aigu, bien que difficiles à comparer, demeurent l'indication la plus significative de l'impact de cette affection sur la santé des populations. On les calcule habituellement d'après les résultats de l'examen systématique de groupes d'écoliers. Ce type d'investigation est relativement facile à effectuer et peut donner des informations satisfaisantes sur l'aspect le plus pertinent de la maladie: l'insuffisance valvulaire chez le sujet jeune. Les taux de prévalence chez les enfants d'âge scolaire, enregistrés dans différentes parties du monde, vont d'un chiffre très faible jusqu'à un maximum de 33 pour 1000, mais le mode de sélection des groupes fait qu'ils sont rarement représentatifs. Souvent, on étudie des groupes à haut risque (habitants des taudis et d'autres zones défavorisées) dans le but légitime de faire ressortir l'importance du problème du rhumatisme articulaire aigu, mais on rend ainsi impossible l'extrapolation à l'ensemble de la population.

Le recul du rhumatisme articulaire aigu

L'incidence du rhumatisme articulaire aigu, comme sa prévalence, régresse dans presque tous les endroits pour lesquels on dispose de données continues. (Les meilleurs renseignements viennent du Danemark où le rhumatisme articulaire aigu est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1878). Il existe une concordance remarquable entre toutes les informations — ou presque — recueillies sur ce recul qui paraît lié au développement socio-économique. Le Japon signale que la prévalence du rhumatisme articulaire aigu chez les écoliers, qui était de 4,6 pour 1000 en 1958, a marqué une baisse spectaculaire pour ne plus atteindre que 0,1 pour 1000 en 1971. En Yougoslavie, la mortalité par

[2] WHO Programme on Rheumatic Fever Prevention. Report on a consultation held in Cairo, 19-22 February 1972. Document OMS non publié CVD/RF/75.5, en anglais seulement.

[3] Premier séminaire régional sur la prévention des maladies cardiovasculaires d'origine infectieuse, en particulier les cardiopathies rhumatismales et sur la lutte contre ces maladies. Manille, 5-12 novembre 1968. Bureau régional OMS du Pacifique occidental, Manille, Philippines.

[4] Second Regional Seminar on the Prevention and Control of Cardiovascular Diseases. Manila, 31 March-5 April 1975. Bureau régional OMS du Pacifique occidental, Manille, Philippines.

[5] Seminar on the prevention of major cardiovascular diseases, Teheran, 10-16 December 1972. Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte.

[6] The community control of rheumatic fever and rheumatic heart disease. Report of a meeting held in Prague, Czechoslovakia. Document OMS non publié CVD/76.1, en anglais seulement.

[7] QUINN, R. W. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Public Health Reviews*, 2: 155-184 (1973).

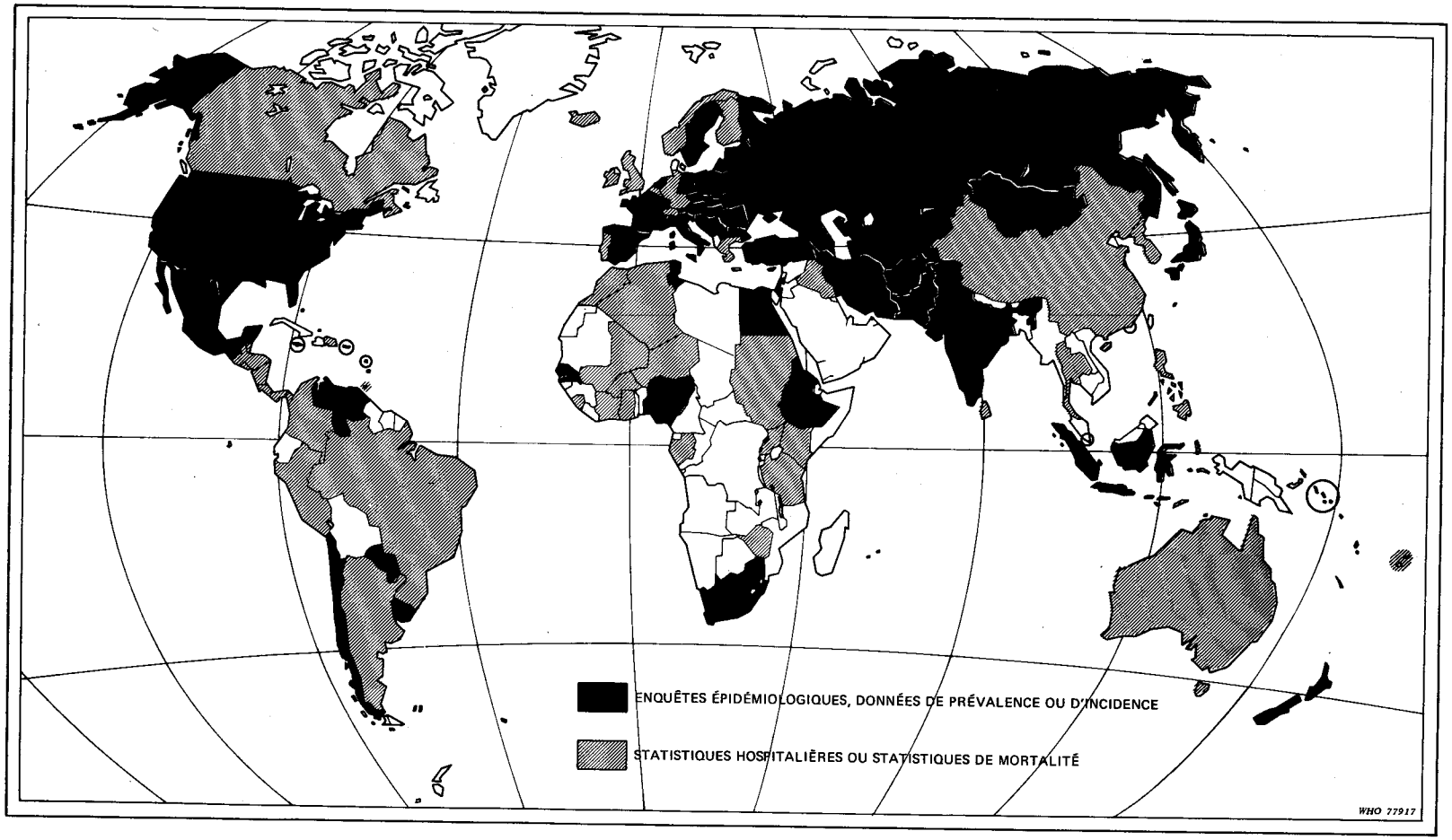


Fig. 1. Types d'informations épidémiologiques existant dans le monde sur le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale.

rhumatisme articulaire aigu a diminué de moitié au cours des dix dernières années. Les consultations externes pour rhumatisme articulaire aigu ont été neuf fois moins nombreuses en 1972 qu'en 1960 et les consultations pour cardiopathie rhumatismale, 2,8 fois moins nombreuses. A Jérusalem, on a signalé que la prévalence de la cardiopathie rhumatismale avait baissé de 90% entre les années 1950 et le début des années 1970. Au Venezuela, les rapports indiquent que la mortalité par cardiopathie rhumatismale a été 2,2 fois moins élevée en 1969 qu'en 1950. Dans les pays développés où la fréquence du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale était déjà faible depuis quelque temps, elle continue à baisser, bien que de façon moins spectaculaire. La plupart de données viennent des Etats-Unis d'Amérique où diverses villes signalent une incidence décroissante du rhumatisme articulaire aigu; à Nashville par exemple, elle est tombée de 0,15 pour 1000 en 1963 à 0,06 pour 1000 en 1969. A Moscou et dans d'autres parties de l'URSS aussi, on a observé une diminution de la prévalence de la cardiopathie rhumatismale.

Il semble également que la maladie perde de sa gravité. Plusieurs publications ont mentionné une modification du tableau du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale,[8] bien que la question des critères de diagnostic du rhumatisme articulaire aigu n'ait pas encore été réglée.[9,10] Un rapport venu d'Angleterre indique que la gravité de la cardite a diminué mais non son incidence par crise de rhumatisme articulaire aigu. Selon une observation faite au Japon en 1964, 49% des malades atteints de cardiopathie rhumatismale présentaient une insuffisance mitrale et 35%, une sténose mitrale. En 1971, la proportion des malades atteints de sténose mitrale avait considérablement diminué. La même étude a montré que 90% des malades hospitalisés pour rhumatisme articulaire aigu avant 1966 présentaient une cardite, contre 60% seulement en 1970 et 1971. Le tableau de la mortalité due à la cardiopathie rhumatismale semble avoir considérablement changé. Au Royaume-Uni, la plupart des décès par cardiopathie rhumatismale, durant les années 1940, étaient dus à une défaillance cardiaque, tandis qu'en 1971 la plupart d'entre eux étaient en rapport avec des opérations du cœur. Aux Etats-Unis d'Amérique toutefois, on n'a observé qu'une légère diminution de la mortalité.

Le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale sont-ils différents sous les tropiques?

Même si l'on ne visite qu'en passant un hôpital d'un pays en développement des tropiques, on a l'occasion de voir beaucoup de cas extrêmement graves de rhumatisme articulaire aigu et de cardiopathie rhumatismale. Il est tentant d'en déduire que la maladie est généralement plus grave dans les zones tropicales, c'est-à-dire que son tableau clinique diffère de celui qu'on observe actuellement dans les pays développés. Dans une étude faite en Inde, on a constaté que, sur 8000 personnes atteintes de cardiopathie rhumatismale, plus de la moitié souffraient de sténose mitrale, et que, parmi celles-ci, plus du quart avaient moins de 20 ans (sténose mitrale juvénile). Plus de 75% de malades souffrant de sténose mitrale étaient gravement atteints — grade 3 ou grade 4—, 40% présentant une dyspnée nocturne paroxystique et 30% des hémoptysies. D'autres pays tropicaux, tels que l'Ouganda, signalent aussi la forme « juvénile » de sténose mitrale grave, bien que la seule différence, par rapport à la cardiopathie rhumatismale observée en Angleterre par exemple, réside probablement dans son début plus précoce. Au Sénégal, le tableau clinique de la maladie est souvent celui que l'on connaissait il y a cent ans, avec défaillance cardiaque et pancardite.

Une récente étude *prospective* [11] du profil clinique de la cardiopathie rhumatismale en Inde — la première de ce type effectuée dans un pays en développement — montre que les *premières* crises de rhumatisme articulaire aigu chez les enfants offrent un tableau clinique qui ressemble de très près à celui qu'on observe dans les pays développés. Une différence n'apparaît que lors des récidives de la maladie qui entraînent une aggravation des complications cardiaques. Shaper [12] résume ainsi le problème: le mot « tropical » dans ce contexte désigne moins le climat lui-même que l'écologie du rhumatisme articulaire aigu dans laquelle entrent la pauvreté, le surpeuplement, les mauvaises conditions de logement et la pénurie grave de services sanitaires. Le climat n'est qu'une variable qui peut agir sur les états pathologiques, la forte chaleur favorisant la propagation des streptocoques pharyngés.[13] La différence entre la cardiopathie rhumatismale telle qu'elle se présente dans les pays tropicaux et telle qu'on l'observe dans les pays plus développés de

[8] MARKOWITZ, M. & GORDIS, L. *Rheumatic fever*. Philadelphia, Saunders, 1972.

[9] DAVIES, A. M. ET AL. Progress and pitfalls in rheumatic fever prevention. *Annals of Indian Academy of Medical Sciences*, 9: 85-95, (1973).

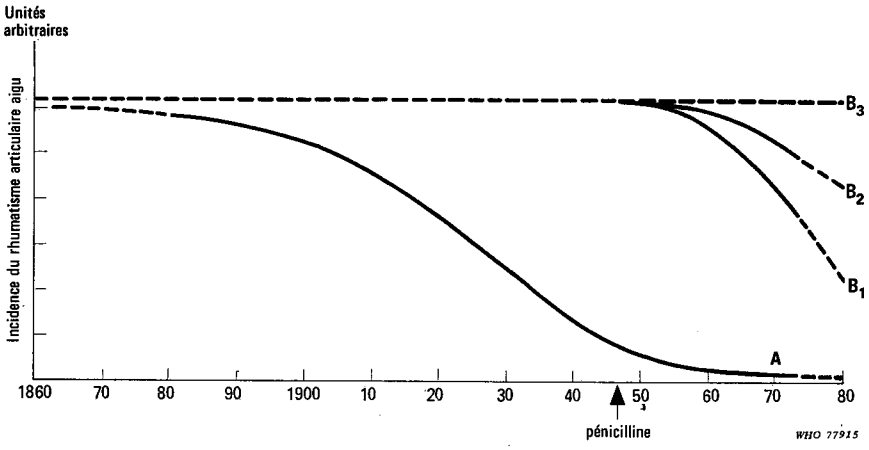
[10] EL KHOLY, A. ET AL. The clinical patterns of rheumatic fever in an Egyptian community. In: HAVERKORN, M. J. ed. *Streptococcal disease and the community*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1974.

[11] SANYAL, S. K. ET AL. The initial attack of acute rheumatic fever during childhood in North India. *Circulation*, 49: 7-12 (1974).

[12] SHAPER, A. G. Cardiovascular disease in the tropics — I, Rheumatic heart. *British medical journal*, 3: 683 (1972).

[13] STOLLERMAN, G. Streptococcus, rheumatic fever and rheumatic heart disease. In: SHAPER, A. G. ET AL., *Cardiovascular diseases in the tropics*. London, British Medical Association, 1974.

Fig. 2. Le rhumatisme articulaire aigu dans son contexte historique. La courbe A est caractéristique des pays industrialisés. Les courbes B_1-B_3 s'appliquent à des pays à des degrés divers de développement.



la zone tempérée pourrait bien être fonction des différences socio-économiques écrasantes qui séparent les deux catégories de pays, confirmant une fois de plus le vieil adage selon lequel le rhumatisme articulaire aigu est une maladie « sociale », c'est-à-dire une maladie des pauvres. Le fait que le rhumatisme articulaire aigu soit plus précoce dans les zones tropicales doit être dû, en partie tout au moins, à ce que les enfants en bas âge sont relativement plus nombreux et qu'ils sont plus exposés aux streptocoques par les mauvaises conditions dans lesquelles ils vivent. De même, la gravité de la cardiopathie rhumatismale dans ces zones pourrait bien être due au plus grand nombre de récidives d'infection (parce que les sujets sont plus exposés) et au manque de soins médicaux. Dans beaucoup des cas graves, la médecine n'est intervenue que tardivement, et c'est là un élément essentiel à considérer quand on envisage l'action préventive, ce que nous ferons plus loin.

Le rhumatisme articulaire aigu dans son contexte historique

Essayons de situer le rhumatisme articulaire dans son contexte historique. Très schématiquement (et, pour les courbes en pointillé, de façon spéculative), on peut représenter l'incidence du rhumatisme articulaire aigu comme dans la figure 2. La courbe de prévalence suit les modifications de l'incidence avec un décalage dans le temps qui est fonction de la durée de vie des malades atteints de cardiopathie rhumatismale. A la fin des années 1880, le décalage était très probablement plus court qu'il ne l'est maintenant; il a augmenté vers le milieu du XXe siècle, parallèlement avec les progrès de la médecine et l'amélioration des soins médicaux.

Le déclin de l'incidence a commencé au siècle dernier et, dans les pays développés (courbe A), il était pratiquement achevé avant que commence la prophylaxie par la pénicilline. (On n'a pas pu évaluer avec certitude l'influence de la prophylaxie par la pénicilline sur l'incidence du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale, bien qu'il existe quelques rapports montrant qu'une prophylaxie bien organisée peut réduire l'incidence des premières crises et des récidives.) [8, 14] Après les années 1950, la courbe d'incidence du rhumatisme articulaire aigu s'aplatit et devient une asymptote. L'éradication totale du rhumatisme articulaire aigu est, en fait, un « espoir déçu », comme le disait très justement Markowitz en 1970.[15] Même dans les pays les plus développés, il reste des enclaves de pauvreté où les conditions socio-économiques continuent à favoriser l'apparition du rhumatisme articulaire aigu. En outre, il existe de nombreux cas dans lesquels la cardiopathie rhumatismale se développe insidieusement sans manifestation de rhumatisme articulaire aigu. Ces cas sont impossibles à prévenir s'il n'existe pas une surveillance étroite et continue visant à déceler les infections streptococciques cliniquement inapparentes. Le streptocoque β-hémolytique — un microbe universel — ne sera jamais éradiqué; la proportion des porteurs de germes est telle que, même théoriquement, l'éradication n'est pas possible.

Les courbes B de la figure 2, en grande partie spéculatives, représentent la situation dans trois types de pays en développement. On part du principe, assez arbitrairement, que la morbidité actuelle par rhumatisme articulaire aigu dans le

[14] TARANTA, A. ET AL. Community resources for the management of patients with rheumatic heart disease. *Circulation*, **44**: A273-A283 (1971).

[15] MARKOWITZ, M. Eradication of rheumatic fever: an unfulfilled hope. *Circulation*, **41**: 1077 (1970).

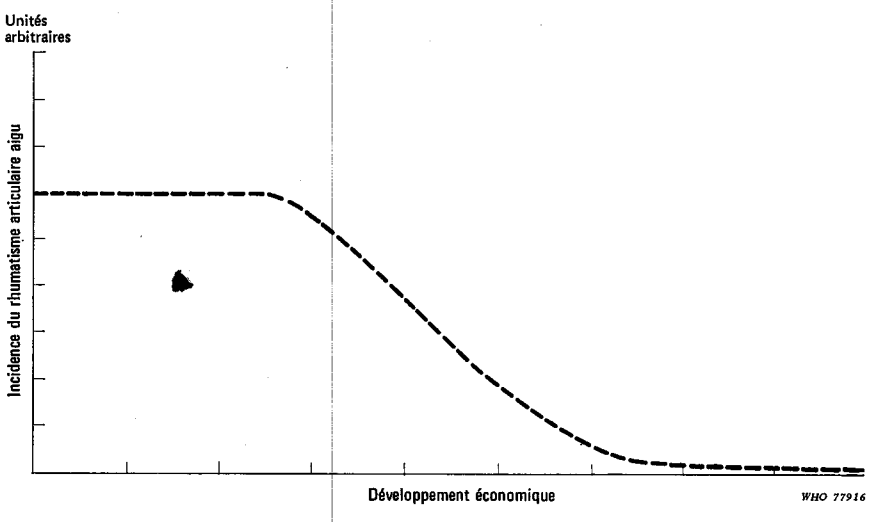


Fig. 3. Le rhumatisme articulaire aigu en tant que fonction du développement socio-économique: illustration schématique au moyen d'unités arbitraires.

monde en développement est approximativement du même ordre de grandeur que ce qu'elle était dans les pays maintenant développés. Il n'y a pas longtemps qu'on dispose de renseignements sur un certain nombre de pays en développement et, comme nous l'avons déjà dit, les taux paraissent décroître dans quelques-uns au moins d'entre eux. On peut considérer que, dans les pays où le développement socio-économique se fait à un rythme rapide, comme Singapour, le recul du rhumatisme articulaire aigu sera plus rapide qu'il ne l'était dans les pays aujourd'hui industrialisés. En dehors des avantages que l'on peut escompter de très vastes projets de logements tels que ceux qui sont en cours à Singapour, il est probable que la prophylaxie par la pénicilline appliquée à l'échelon national accélérera le déclin du rhumatisme articulaire aigu. C'est l'hypothèse que traduit la courbe B_1. La courbe B_2 montre ce que l'on prévoit dans les pays qui se développent à un rythme plus lent. La courbe B_3, applicable aux pays les moins développés, illustre l'hypothèse selon laquelle, dans l'avenir prévisible, le rhumatisme articulaire aigu ne régressera pratiquement pas.

Le dénominateur commun des diverses hypothèses représenté dans la figure 2 est le développement socio-économique. Si l'on remplace en abcisse le temps par la situation socio-économique — en unités arbitraires —, on peut envisager une courbe unique qui représente la morbidité par rhumatisme articulaire aigu et cardiopathie rhumatismale comme une fonction du développement socio-économique (fig. 3). Au dessous d'un certain seuil, il est probable que le développement n'exerce aucune influence appréciable sur l'incidence du rhumatisme articulaire aigu. Dans un tel contexte, de plus, d'autres problèmes de santé peuvent revêtir une importance si écrasante que le rhumatisme articulaire aigu passe complètement à l'arrière-plan. A l'autre extrême, quand un pays est parvenu à un assez haut niveau de développement, le déclin ralentit jusqu'à ce que soit atteint un certain niveau résiduel de morbidité par rhumatisme articulaire aigu.

Nul n'est besoin de souligner que les figures 2 et 3 sont, en grande mesure, spéculatives. Leur objet est d'illustrer le concept du rhumatisme articulaire aigu = maladie sociale et de situer l'intervention médicale préventive dans le contexte du développement socio-économique.

Prévention du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale

Il est possible de prévenir le rhumatisme articulaire aigu quand une infection par un streptocoque du groupe A est diagnostiquée et convenablement traitée dès le début (*prévention primaire*). La cardiopathie rhumatismale, et son aggravation, peuvent être prévenues en empêchant la récidive des infections streptococciques par une prophylaxie régulière de longue durée au moyen de pénicilline (de préférence des injections intramusculaires de benzathine benzylpénicilline [16]) chez les sujets qui ont des antécédents de rhumatisme articulaire aigu (*prévention secondaire*).

Que la prévention soit possible, à titre individuel, ne fait pas de doute, mais voyons maintenant comment se pose le problème à l'échelon de la collectivité.

[16] Dénomination commune internationale (DCI) de la benzathine pénicilline.

Pour prévenir un seul cas de cardiopathie rhumatismale, il faut diagnostiquer et traiter plusieurs milliers de cas d'infections streptococciques de la gorge;[9, 17] ce qui veut dire qu'on doit rechercher la présence de streptocoques chez un nombre cinq fois plus grand de sujets souffrant de maux de gorge, soit des dizaines de milliers. Faute d'un programme spécial, combien de ces infections sont-elles diagnostiquées et convenablement traitées, même quand il existe d'excellents services sanitaires de base et un très bon service de santé scolaire? L'étude analytique de 6000 enfants, pour lesquels ces conditions étaient remplies et qui manquaient l'école en raison d'une infection des voies respiratoires supérieures, a montré que beaucoup d'entre eux qui risquaient très peu d'être atteints d'une infection streptococcique recevaient des antibiotiques, tandis que 20% seulement de ceux pour lesquels la probabilité d'une angine à streptocoque était très forte bénéficiaient d'un traitement par la pénicilline. Selon les résultats d'une enquête faite dans un autre pays riche, 9% seulement des malades atteints d'une angine streptococcique voyaient un médecin. Pourtant, l'identification de ces infections *est* possible — à grands frais toutefois [18, 19] — dans le cadre de projets spéciaux englobant des collectivités tout entières ou de vastes groupes d'écoliers et recourant à du personnel bénévole tel que des enseignants, ou des mères d'enfants inclus dans le projet qui auraient été spécialement formées à cet effet. De tels projets de prévention primaire ne sont toutefois pas sans présenter des difficultés. Dans l'un d'eux,[19] en dépit d'une surveillance intensive, 81% seulement des enfants dont les prélèvements de gorge contenaient des streptocoques A ont finalement reçu de la pénicilline. En plus des difficultés d'organisation, le coût élevé de ces projets constitue un obstacle à leur mise en œuvre à grande échelle.

Comme l'immunisation contre les streptocoques du groupe A n'est pas encore passée dans la réalité, l'un des meilleurs moyens d'aborder la prévention primaire consiste à assurer en priorité la surveillance des collectivités fermées telles que les cantonnements militaires, les internats ou même les classes scolaires, afin d'y déceler la menace d'épidémie d'infection streptococcique. Même une telle approche, qui devrait se révéler plus fructueuse, est très difficile à organiser et à maintenir. La surveillance des familles, en particulier des frères et sœurs des enfants qui ont déjà eu une crise de rhumatisme articulaire aigu, est une autre activité pratique et importante de prévention primaire, car ceux-ci sont indéniablement plus exposés aux streptocoques que les enfants des familles-témoins. Les enfants auxquels on administre de la pénicilline par voie buccale à titre de prévention secondaire présentent souvent des infections masquées et risquent de propager le microbe dans la famille.

Ceci nous amène à la prévention secondaire qui est la base même de l'approche médicale de la prophylaxie antirhumatismale. Des groupes d'experts de l'OMS ont souligné l'importance d'une prophylaxie continue des récidives par la pénicilline,[20, 21] et elle a souvent été réaffirmée par ailleurs.[14] Le problème est d'ordre pratique: comment appliquer des mesures de prévention secondaire à l'échelon de la collectivité?

L'un des principaux obstacles à surmonter est l'indiscipline des malades. Au cours d'une étude aux Etats-Unis, on a constaté que 28% seulement des étudiants en première année d'université auxquels on avait recommandé la prophylaxie prenaient vraiment le médicament. Au cours d'une autre étude consacrée à des enfants soumis à un programme spécial de prophylaxie secondaire de longue durée, on a observé que 36% seulement suivaient le traitement prophylactique.[22] Il est possible de déterminer les causes de ce phénomène, mais il n'est pas facile de les éliminer. Souvent, toutefois, le principal facteur limitant paraît être la pénurie de pénicilline ainsi que de personnel médical et auxiliaire.

La prophylaxie secondaire peut être développée de façon satisfaisante grâce à des programmes relativement simples de lutte dans la collectivité. L'OMS a proposé le lancement de programmes pilotes de ce type dans diverses parties du monde.[23] Sa formule est simple. Toutes les personnes dont on sait qu'elles ont eu un rhumatisme articulaire aigu sont inscrites dans un registre dont on se sert pour vérifier si elles se soumettent au traitement prophylactique et reçoivent régulièrement leurs injections de benzathine benzylpénicilline. Les « abstentionnistes » reçoivent la visite d'une infirmière ou d'une assistante sociale qui, par ce contact personnel, tente d'inciter le malade et sa famille à poursuivre la prophylaxie à long terme.[2, 5, 6, 23] Le plan de l'OMS fait l'objet d'une

[17] STRASSER, T. Il controllo della febbre reumatica — Rassegna internazionale. *Clinica terapeutica*, 59: 15 (1971).

[18] GORDIS, L. Effectiveness of comprehensive care programs in preventing rheumatic fever. *New England journal of medicine*, 289: 331-335 (1973).

[19] ROSENSTEIN, B. Streptococcal infections and their control in the inner city: The Sinai-Druid, Baltimore experience. *Connecticut Medicine*, 37: 8-10 (1973).

[20] Série de Rapports techniques OMS, N° 126, 1957 (*La prévention du rhumatisme articulaire aigu*: deuxième rapport du Comité d'experts des Maladies rhumatismales).

[21] Série de Rapports techniques OMS, N° 342, 1966 (*La prévention du rhumatisme articulaire aigu*: rapport d'un Comité d'experts de l'OMS).

[22] GORDIS, L. ET AL. Why patients don't follow medical advice: A study of children on long-term antistreptococcal prophylaxis. *Journal of pediatrics*, 75: 957-968 (1969).

[23] STRASSER, T. & ROTTA, J. La lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales: aperçu des activités de l'OMS. *Chronique OMS*, 27: 49-55 (1973).

étude de faisabilité à la Barbade, à Chypre, en Egypte, en Inde, en Iran, en Mongolie, au Nigéria et au Sénégal. Dans l'un au moins de ces centres, on a déjà pu démontrer qu'il était pratiquable dans un milieu relativement peu évolué.[24]

Adapter l'approche à la collectivité

Les programmes communautaires doivent faire appel à des techniques adaptées aux conditions locales. On ne peut pas se contenter de transplanter les approches et les méthodes sophistiquées qu'utilisent les sociétés riches dans un environnement doté d'une technologie moins développée. Par exemple, les registres électroniques automatisés du rhumatisme articulaire aigu, dont on se sert dans certains programmes des Etats-Unis d'Amérique, ne sont évidemment pas à la portée d'un pays en développement, ni même de beaucoup de pays d'Europe. Par contre, dans les pays où la médecine est socialisée, les policliniques et les dispensaires peuvent permettre d'effectuer un contrôle systématique sans déployer autant d'efforts qu'en nécessiterait un programme spécialement créé à cet effet. Il faut trouver la solution pratique la mieux adaptée à chaque environnement socio-culturel. Même les programmes communautaires simples conçus par l'OMS doivent être exécutés en tenant compte des conditions locales.

Dans les pays en développement où les hôpitaux sont souvent les principales — et parfois les seules — institutions sanitaires, l'essentiel du travail que nécessite la prévention du rhumatisme articulaire aigu incombe d'ordinaire aux services de consultations externes. Cette formule est pratique pour deux raisons: d'une part, la prophylaxie antirhumatismale est confiée à des mains compétentes et, d'autre part, l'hôpital commence à assumer le rôle de centre de santé communautaire, ce qui est certainement une initiative très positive. Toutefois, quand il existe un centre de santé communautaire, il doit assumer la pleine responsabilité du programme prophylactique.

Le rôle des visiteurs (visiteuses) d'hygiène est essentiel pour assurer la prophylaxie et la surveillance à long terme des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. Il n'est pas nécessaire qu'ils aient une formation médicale. D'après une expérience faite en Iran,[6] on a obtenu d'excellents résultats pour une dépense minime en envoyant des garçons de l'école secondaire au domicile des malades « absentéistes ». Il est plus important que les visiteurs d'hygiène aient un bon contact avec la population qu'une formation technique poussée. Ils devraient toutefois posséder un savoir de base suffisant pour leur permettre d'avoir une influence sur les familles chez lesquelles ils se rendent et de jouer convenablement leur rôle d'éducateurs pour la santé.

> La condition *sine qua non* de tout programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu dans une collectivité est l'existence de services de santé convenablement structurés. Un tel programme ne peut fonctionner « en l'air ». Il faut qu'il soit relié à d'autres programmes sanitaires communautaires et fermement ancré dans les services généraux du pays. L'expérience retirée de plusieurs projets de l'OMS montre que les programmes pilotes de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu dans la collectivité, quand on essaie de les mettre en œuvre de façon indépendante, ne dépassent jamais le stade pilote et sont finalement voués à l'échec à moins qu'on ne parvienne à les rattacher aux services sanitaires de la collectivité.

Il convient de recourir chaque fois que possible aux services de santé scolaire. C'est quand il est mené dans les écoles primaires que le dépistage des cas est le plus profitable; le rhumatisme articulaire aigu touche aussi les enfants d'âge préscolaire, mais en plus petit nombre et le dépistage porte à porte est difficile et coûteux. Selon certaines expériences,[6] la prophylaxie secondaire peut aussi s'effectuer dans les écoles mais, dans beaucoup de cas, c'est le service de consultations externes de l'hôpital qui est le point focal.

L'information de l'omnipraticien et l'éducation du public constituent aussi des composantes indispensables de tout programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu dans la collectivité. Elle peut revêtir de multiples formes qui varieront selon la situation locale.

Obstacles

La lutte contre le rhumatisme articulaire aigu se heurte évidemment à de nombreux obstacles, surtout dans les pays en développement. Les priorités concurrentes — maladies transmissibles, régulation démographique et malnutrition — sont nombreuses. La pénurie de personnel qualifié, le manque de pénicilline, et surtout l'absence de crédits constituent de lourds handicaps pour la plupart des pays en développement. Quand les populations sont éparpillées sur de vastes superficies, l'administration des injections de pénicilline peut être entravée aussi par le coût et la difficulté des longs parcours jusqu'au centre de santé le plus

[24] HASSELL, T. A. & STUART, K. L. Rheumatic fever prophylaxis: a three-year study. *British medical journal*, 2: 39-40 (1974).

proche. Même dans les grandes villes où il y a des services de santé, il se peut que le coût du trajet par un moyen de transport public soit élevé pour les personnes plus pauvres. L'attente à la consultation externe ne doit pas être trop longue, sinon cela découragera le malade et sa famille de revenir aux intervalles proposés. Les malades n'accepteront de se soumettre à une prévention de longue durée que si les services sont gratuits. Enfin, il faut pouvoir disposer de services de laboratoire fiables et efficaces pour établir le diagnostic bactériologique que nécessite la prévention primaire; ces services sont rares ou même inexistants dans beaucoup de pays du monde.

La condition *sine qua non* de tout programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu dans une collectivité est l'existence de services de santé convenablement structurés. Un tel programme ne peut fonctionner « en l'air ». Il faut qu'il soit relié à d'autres programmes sanitaires communautaires et fermement ancré dans les services généraux du pays. L'expérience retirée de plusieurs projets de l'OMS montre que les programmes pilotes de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu dans la collectivité, quand on essaie de les mettre en œuvre de façon indépendante, ne dépassent jamais le stade pilote et sont finalement voués à l'échec à moins qu'on ne parvienne à les rattacher aux services sanitaires de la collectivité.

Où en sommes-nous en 1977?

Nous ne devons pas nous conduire en simples spectateurs, en attendant de trouver la solution médico-scientifique « parfaite » ou la disparition de tous les maux socio-économiques. La pauvreté engendre la maladie et la maladie tend à perpétuer la pauvreté, il faut donc s'attaquer en même temps aux deux pôles de ce cercle vicieux.[25]

La situation mondiale en 1977 est illustrée par la figure 2. Du fait de la loi des rendements décroissants, on ne peut escompter de petits bénéfices additionnels dans les pays développés à faible taux de morbidité. De même, bien que pour des raisons différentes, on ne pourra pas faire grand chose, au stade actuel, dans les moins développés des pays en développement (voir la courbe B_3) dont les autres priorités en matière de santé ne permettent guère d'accorder la moindre attention au rhumatisme articulaire aigu et à la cardiopathie rhumatismale. Ceux qui se prêtent le mieux à une intervention sont les pays représentés par les courbes B_1 et B_2, c'est-à-dire ceux dans lesquels les tendances socio-économiques et celles de la morbidité sont encourageantes. Là, des interventions programmées, systématiques et bien conçues ont toute chance d'accélérer le recul de la maladie, c'est-à-dire de transformer une tendance B_2 en une tendance B_1. Des programmes communautaires bien appliqués et assez simples à exécuter, comportant l'enregistrement et la surveillance des malades ainsi que la prévention régulière à long terme des récidives, constituent la base indispensable de toute action de ce type. D'abord de faible envergure, ils devront être étendus progressivement à l'ensemble du pays. Chaque fois que possible, les groupes vulnérables feront l'objet d'une surveillance, de sorte que la prévention primaire puisse être entreprise dès qu'on a lieu de croire à une menace d'épidémie.

Il ne faut pas oublier que même dans les sociétés les plus développées, il existe des groupes de population pour lesquels le risque de rhumatisme articulaire aigu et de beaucoup d'autres maladies est plus élevé que la moyenne et se trouve associé à une situation socio-économique moins favorable. Pour ces groupes à haut risque, il faut recommander la mise en œuvre de programmes communautaires identiques ou analogues à ceux des pays en développement.

« Nous ne devons pas nous laisser obnubiler par l'idée que les antibiotiques donnent une réponse définitive au problème du rhumatisme articulaire aigu. »[26] Les recherches qui se poursuivent sur l'immunologie de cette affection apporteront certainement des solutions intéressantes, peut-être même « la » solution. Toutefois, en 1977, ce sont les programmes communautaires qui fournissent la réponse réaliste aux problèmes de la prévention du rhumatisme articulaire aigu et surtout de celle des récidives, par l'application d'une mesure appropriée à l'endroit approprié.

[25] STRASSER, T. Rheumatic fever and the health of populations. First South East Asia Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease Prevention Conference, Hakone, Japan, 1973.

[26] WANNAMAKER, L. W. The chain that links the heart to the throat. *Circulation*, **48**: 9-18 (1973).

Chronique OMS, **32**: 29-42 (1978)

La santé publique internationale entre les deux guerres – 3

Norman Howard-Jones *

Le bureau de santé de la LSCR: le commencement de la fin

A partir du milieu de 1921, d'importants changements commencèrent à se produire au sein de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge (LSCR). Le Directeur général, Sir David Henderson, mourut à Genève le 17 août 1921 et fut remplacé par Sir Claude Hill. Le 29 août, René Sand, de Belgique, devint Secrétaire général à la place de Rappard.[86] Il allait être, un quart de siècle plus tard, le Président de la Commission technique préparatoire de la Conférence internationale de la Santé, qui se réunit à Paris en mars-avril 1946.[87] Winslow, après être resté à la Ligue d'avril à septembre 1921, repartit pour Yale [88] et Santoliquido devint le représentant de la Ligue au Comité provisoire d'Hygiène de la Société des Nations. Entre temps, la situation sanitaire en URSS était devenue catastrophique et l'on pouvait lire dans le numéro d'octobre-novembre du *Bulletin* de la Ligue que « La famine en Russie continue à former le principal objet des travaux de la Commission mixte du Comité international de la Croix-Rouge et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. » [89]

Malheureusement, les grands espoirs que l'on avait fondés sur la Ligue et qui avaient vite paru en bonne voie de se réaliser s'étaient estompés. L'idéal selon lequel la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et les sociétés nationales qui la constituaient formeraient un grand mouvement mondial de promotion de la santé par la stimulation de la recherche médicale, l'application pratique des connaissances scientifiques existantes et une vaste campagne d'éducation pour la santé, s'évanouissait dans le lointain. Le fervent enthousiasme qui avait poussé le public à apporter un soutien bénévole aux activités de la Croix-Rouge en temps de guerre n'avait pu survivre à trois années de paix. L'une des premières activités sacrifiées fut la *Revue internationale d'Hygiène publique* dont la publication avait commencé en juillet 1920 et dont chaque numéro paraissait en quatre éditions distinctes (anglaise, française, italienne et espagnole). Lors de la troisième session du Comité provisoire d'Hygiène de la SDN, en mai 1922, on se pencha sur le sort de la *Revue* et Rajchman déclara que c'était un point sur lequel le Comité d'Hygiène pourrait « prêter immédiatement son concours à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge ».[90] Cette dernière avait dû interrompre la publication de la *Revue* à la fin de 1921 « faute de fonds ». Le Comité d'Hygiène ne pouvait pas prendre le périodique en charge, mais Rajchman suggéra qu'il pourrait « adopter une résolution générale, invitant la Section d'hygiène [c'est-à-dire Rajchman, son Directeur médical] à étudier les moyens pratiques de collaboration ». Quelle était l'arrière-pensée de Rajchman — s'il en avait une — nul ne peut le deviner, car la seule chose qui manquait c'était l'argent. Néanmoins, le Comité d'Hygiène adopta une résolution dans laquelle il recon-

* Ancien Directeur de la Division des Services d'Edition et de Documentation, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse (adresse actuelle: 28, chemin Colladon, 1209 Genève). Le présent article est le troisième d'une série de cinq.

[86] *Bull. LSCR*, 1921, **2**: 419, 487.

[87] *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1947, **1**.

[88] *Bull. LSCR*, 1921, **2**: 465.

[89] *Bull. LSCR*, 1921, **2**: 514.

[90] Société des Nations. *Comité provisoire d'Hygiène. Procès-verbaux de la troisième Session tenue à Paris du 11 au 16 mai 1922.*

naissait que la *Revue internationale d'Hygiène publique* avait rendu de « grands services » et invitait la Section d'Hygiène « à étudier par quels moyens pratiques elle pourrait collaborer avec la Ligue... » En fait Rajchman, toujours avisé, avait décidé que le meilleur moyen de résoudre ce problème gênant était de rédiger une résolution anodine l'invitant lui, Rajchman, à trouver des moyens « pratiques » de combler un déficit sans fournir un centime. Inutile d'ajouter qu'on ne trouva jamais cette solution. Mais, pour la Ligue, la disparition de la *Revue nationale d'Hygiène publique* marquait le commencement de la fin du grand rêve de Davison, auquel avaient adhéré sans réserve les hommes de sciences éminents qui participaient à la Conférence de Cannes en 1919, d'une organisation internationale d'hygiène dynamique et universelle.

Comité provisoire d'Hygiène, deuxième et troisième sessions, octobre 1921 et mai 1922

La deuxième session du Comité provisoire d'Hygiène eut lieu à Paris du 20 au 22 octobre 1921. Steegman était toujours le Secrétaire médical en fonctions.[91] Dans son rapport, il déclara que le Conseil de la SDN avait approuvé, pour l'Organisation d'Hygiène, un budget de 400 000 francs suisses or que l'Assemblée avait ramené à 392 125 francs suisses or, soit l'équivalent de 18 825 livres sterling.[92] Dans ce budget figuraient les traitements d'un directeur médical, de deux directeurs médicaux ajoints, d'un conseiller technique et d'un nombre non précisé de techniciens, de commis, de rédacteurs et de secrétaires — un début vraiment modeste comparé à celui du bureau de santé de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Steegman signala aussi dans son rapport que, conformément à une résolution de l'Assemblée, la Commission des Epidémies formerait partie intégrante de l'Organisation d'Hygiène dont le Dr Rajchman deviendrait le Directeur médical (précédemment, Secrétaire médical) le 1er novembre.

Au cours des débats, Steegman fit observer que, à son avis, « l'incorporation du budget des épidémies dans l'Organisation d'Hygiène présente des avantages et des inconvénients. Cette incorporation ne pourra être opérée qu'en 1923 ». Ce qui s'expliquait probablement par le fait que le budget de l'Organisation d'Hygiène de 1922 avait déjà été voté et que, toujours selon Steegman, l'Assemblée « n'avait affecté aucun fonds spécial » à la Commission des Epidémies sur son budget ordinaire. Durant la session, Steegman annonça que Knud Stouman, l'expert en statistiques médicales de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, avait été nommé provisoirement, pour trois mois, membre de la Section d'Hygiène. Rajchman participait à la session et, à la séance de clôture, le Président lui souhaita la bienvenue en tant que nouveau Directeur médical de l'Organisation d'Hygiène.

L'Assemblée de la SDN avait convenu que le Directeur médical serait habilité à communiquer directement avec les autorités sanitaires des gouvernements membres. Aussi Rajchman écrivit-il, le 5 décembre 1921, aux administrations sanitaires nationales pour leur faire savoir que la Section d'Hygiène avait l'intention d'organiser un service de renseignements épidémiologiques et pour les inviter à envoyer régulièrement à la SDN leurs relevés officiels, bulletins et rapports concernant les maladies et les causes de décès.[93]

Lors de la seizième session du Conseil de la SDN à Genève, du 10 au 14 janvier 1922, Rajchman se trouvait là pour répondre aux questions concernant son rapport sur les travaux de la deuxième session du Comité provisoire d'Hygiène,[94] dont l'essentiel concernait le rapport (donné en appendice) de la Commission des Epidémies. Selon l'estimation de la Commission, il y avait eu 20 millions de cas de typhus en Union soviétique en 1919/20. L'épidémie de choléra s'était éteinte, mais la Commission insistait particulièrement sur l'importance du rôle joué par les porteurs de germes dans la transmission de la maladie. Rajchman et White, le Commissaire en Chef, avaient passé six jours à Moscou où ils s'étaient entretenus avec Nikolai Semashko, Commissaire de l'Hygiène du Gouvernement des Soviets, et d'autres fonctionnaires soviétiques. Les conditions sanitaires et économiques à Moscou étaient pires que tout ce qu'on pouvait imaginer. Les infirmières hospitalières touchaient un salaire de 5000 roubles par mois, mais un morceau de savon en coûtait 8500! et elles ne recevaient de la nourriture que tous les deux jours. Un peu plus tard, en 1922, Fridtjof Nansen — qui allait recevoir le Prix Nobel de la Paix cette même année — déclara en séance plénière de la troisième Assemblée de la SDN que la situation à l'extérieur de Moscou était encore pire. Dire que 2 millions de personnes étaient mortes de faim restait très au-dessous de la vérité. Selon Nansen, « dans le plus riche grenier de l'Europe, on avait vendu de la chair humaine salée sur les marchés. » Le 14 janvier, le Conseil adopta une résolution aux termes de laquelle « La Commission des Epidémies sera placée sous l'autorité de l'Organisation provisoire d'hygiène de la Société [des Nations]

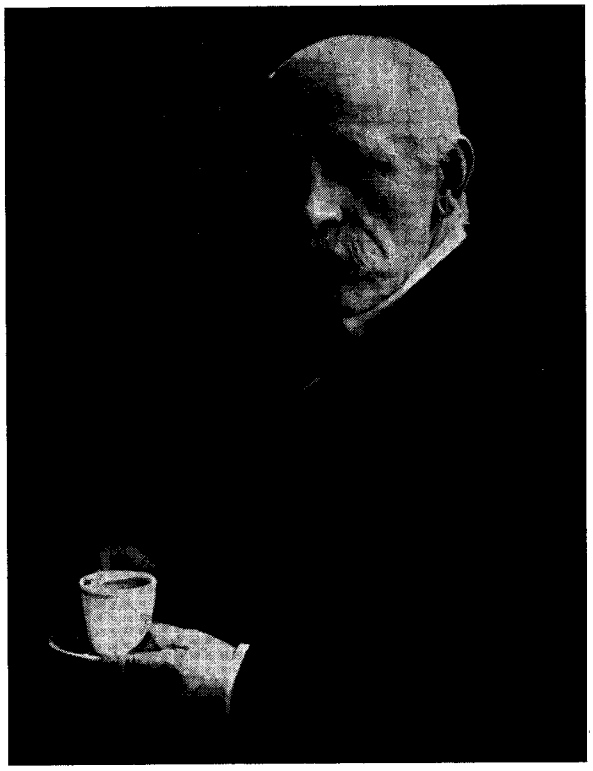
[91] Société des Nations. *Comité provisoire d'Hygiène. Procès-verbaux de la seconde Session tenue à Paris du 20 au 22 octobre 1921.*

[92] A l'époque il y avait parité entre le franc suisse or et le franc suisse monétaire.

[93] *JO, SDN*, 1922, 3: 62.

[94] *JO, SDN*, 1922, 3: 177-184.

Si graves qu'aient été les épidémies de maladies transmissibles — surtout le typhus et le choléra — en Union soviétique dans les années qui suivirent immédiatement la guerre, c'est la famine qui mit le plus gravement en péril la santé des habitants en 1921/22. Dans un rapport publié par la Section d'Hygiène de la Société des Nations, le bactériologiste russe L. Tarassévitch déclarait qu'« il faudrait la plume d'un Dante, d'un Byron ou d'un Tolstoï » pour donner une image exacte de la situation. En avril 1920, Fridtjof Nansen (photo) avait été nommé par la Société des Nations Haut-Commissaire pour le rapatriement des personnes déplacées en Union soviétique et hors de celle-ci et, en août 1921, une conférence qui groupait 13 gouvernements et 48 organisations de la Croix-Rouge le chargea de coordonner les actions de secours contre la famine en URSS, les autorités soviétiques l'autorisant à ouvrir à Moscou un bureau de l'« International Russian Relief Executive ». La SDN refusa de lui accorder des fonds mais, en faisant appel à des organisations privées et en prenant la parole au cours de grandes réunions publiques, il recueillit une somme d'argent considérable pour secourir les affamés. En 1922, il déclara dans un rapport à la troisième Assemblée de la SDN que plus de 2 millions de personnes étaient mortes de faim en Union soviétique et que dans « le plus riche grenier de l'Europe, on avait vendu de la chair humaine salée sur les marchés ». Bien que Nansen n'ait été investi d'aucune responsabilité officielle en matière de santé, son action contribua pour beaucoup à réduire l'effroyable mortalité qui décima la population de l'URSS après la guerre. En 1922, il reçut le Prix Nobel de la Paix.



Archives de la SDN, Bibliothèque des Nations Unies à Genève.

et en particulier sous la direction du directeur médical ». Dans la même résolution, le Conseil adressait « un pressant appel » aux gouvernements pour qu'ils versent des contributions financières à la Commission.[95]

Le rapport de Rajchman mentionnait un autre événement important: le Comité d'Hygiène avait décidé de « procéder à des enquêtes expérimentales sur la standardisation des sérums et sur le sérodiagnostic de la syphilis ». Cette décision allait conduire à l'une des plus grandes réalisations de l'Organisation d'Hygiène de la SDN, à savoir l'élaboration de normes biologiques internationales pour les substances thérapeutiques, prophylactiques et diagnostiques qu'il n'était pas possible de classer en fonction de leurs caractéristiques chimiques ou physiques.

La dix-neuvième session du Conseil de la SDN eut lieu à Londres du 17 au 24 juillet 1922. A l'ordre du jour figurait notamment le rapport de la troisième session du Comité provisoire d'Hygiène qui s'était tenue à Paris du 11 au 16 mai 1922.[96] Lord Balfour et H. A. L. Fisher, délégués de « l'Empire britannique », déclarèrent que le Gouvernement britannique considérait comme extrêmement désirable que l'on procède à la révision de la Convention sanitaire internationale de 1912 préconisée à la fois par le Comité provisoire d'Hygiène et l'Office international d'Hygiène publique (OIHP). En conséquence, le Conseil adopta une résolution priant le Gouvernement français de réunir une nouvelle « conférence sanitaire internationale » à cette fin. Le Conseil autorisait le Secrétaire général à mettre à la disposition du Gouvernement français et de la Conférence les « services techniques » de la Société des Nations et exprimait l'espoir que ce serait une occasion de renforcer la collaboration entre l'OIHP et le Comité provisoire d'Hygiène.

Le rapport du Comité provisoire d'Hygiène portait sur une grande diversité de sujets, notamment: les renseignements épidémiologiques et statistiques, la standardisation des anatoxines diphtérique et tétanique, des plans en vue d'une conférence sur les maladies tropicales en Afrique, les échanges de personnel de la santé publique et les maladies épidémiques au Proche-Orient. En ce qui concerne cette dernière question, le Comité avait envoyé une commission composée de son Président (Madsen), Buchanan, N. M. J. Jitta des Pays-Bas, R. Jorge du

[95] *JO, SDN*, 1922, 3: 110.
[96] *JO, SDN*, 1922, 3: 810-812.

Portugal et H. Violle de France, pour effectuer une enquête « sur les dispositions internationales relatives à la prévention des maladies épidémiques dans certaines régions du Proche-Orient (bassins de la Méditerranée et de la Mer Noire) et à propos du Pèlerinage de La Mecque ». Dans leur rapport, les membres de la commission avaient formulé plusieurs recommandations détaillées pour que soient modifiés les articles pertinents de la Convention sanitaire internationale de 1912.[97] Le Comité avait en outre adopté un budget de 740 500 francs suisses pour 1923.

La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge poursuit ses activités

Le dernier numéro du deuxième volume de la *Revue internationale d'Hygiène publique* (1921) contenait une annonce selon laquelle, après 18 mois d'existence, la *Revue* allait cesser de paraître. Toutefois, la publication du *Bulletin* de la Ligue, qui en était aussi à son deuxième volume annuel, allait se poursuivre. Finalement et sans aucune explication, les deux périodiques furent remplacés par un mensuel intitulé *Vers la Santé* dont le premier numéro portait l'indication: Vol. III, janvier 1922, N° 1.

La disparition de son périodique scientifique n'empêcha pas la Ligue de continuer ses activités dans d'autres domaines. La deuxième session de son Conseil général eut lieu du 28 au 31 mars 1922 et les délégués de 35 Sociétés de la Croix-Rouge y participèrent.[98] La Société des Nations était représentée par Rajchman, Dame Rachel Crowdy et Philip Noel-Baker qui devait recevoir le Prix Nobel de la Paix en 1959. Dans son allocution d'ouverture, le nouveau Directeur général, Sir Claude Hill, souligna que « l'objectif fondamental de la Ligue, comme aussi des Sociétés nationales de la Croix-Rouge, doit être, à l'heure actuelle, de provoquer l'éveil de la conscience du monde en matière d'hygiène ». Il déclara aussi qu'il existait un malentendu au sujet de la coexistence de deux organisations internationales de la Croix-Rouge indépendantes. La fusion des deux organisations, dit-il, ne serait jamais possible. Le Comité international de la Croix-Rouge devait toujours être neutre, surtout en temps de guerre. Tous ses membres étaient non seulement Suisses, mais aussi citoyens de Genève, le canton le plus neutre de la neutre Suisse. La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, par contre, ne représentait que ses sociétés membres. Pourtant, cinq mois plus tard, le Conseil des Gouverneurs de la Ligue reconnaissait « la nécessité urgente d'une réorganisation de ces deux organismes internationaux, réorganisation qui... devra être basée sur le principe d'une unité organique complète ».[99]

Le deuxième Conseil général ne s'occupa pas des relations entre le Comité international de la Croix-Rouge et la Ligue, mais il recommanda « que la coopération entre la Société des Nations, l'Office international d'Hygiène publique et la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge soit sans cesse resserrée ».[100] Durant la session, le Dr Ross Hill de la Croix-Rouge américaine loua le travail accompli par la Ligue au cours de ses deux premières années d'existence. La Croix-Rouge américaine, ajouta-t-il, était prête à garantir « le budget de la Ligue pour les deux années à venir ».[101]

Le 1er avril 1922, le lendemain de la clôture de la session du Conseil général, il y eut une réunion du Conseil des Gouverneurs et Henry Pomeroy Davison annonça qu'il démissionnait de son poste de Président. Il mourut sept semaines plus tard seulement, le 6 mai 1922.[102] Davison avait lutté vaillamment et avec une infinie ténacité pour atteindre son idéal: que la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge soit l'âme d'un mouvement mondial de promotion de la santé.

La Classification internationale des maladies

L'une des initiatives les plus remarquables et les plus réussies de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, du vivant de Davison, fut de proposer au Gouvernement français, en 1920, de convoquer à Paris la troisième Conférence décennale pour la révision de la Classification des maladies et des causes de décès.[103] La Conférence, dont la Ligue assuma la charge financière, s'ouvrit le 14 octobre 1920. Dans son allocution d'ouverture, le Ministre français des Affaires étrangères déclara que 43 pays s'y étaient fait représenter.[104] Toutefois, dans une version révisée de la Classification publiée en 1923, la liste des pays qui avaient signé immédiatement la Convention adoptant cette Classification ne comportait que 23 noms, 15 autres pays l'ayant signée plus tard.[105] Le Secrétaire général de la Conférence était Jacques Bertillon, le véritable auteur de la

[97] *JO, SDN*, 1922, 3: 938-978.

[98] *Vers la Santé*, 1922, 4: 145.

[99] *Vers la Santé*, 1922, 3: 404.

[100] *Vers la Santé*, 1922, 3: 174.

[101] *Vers la Santé*, 1922, 3: 161.

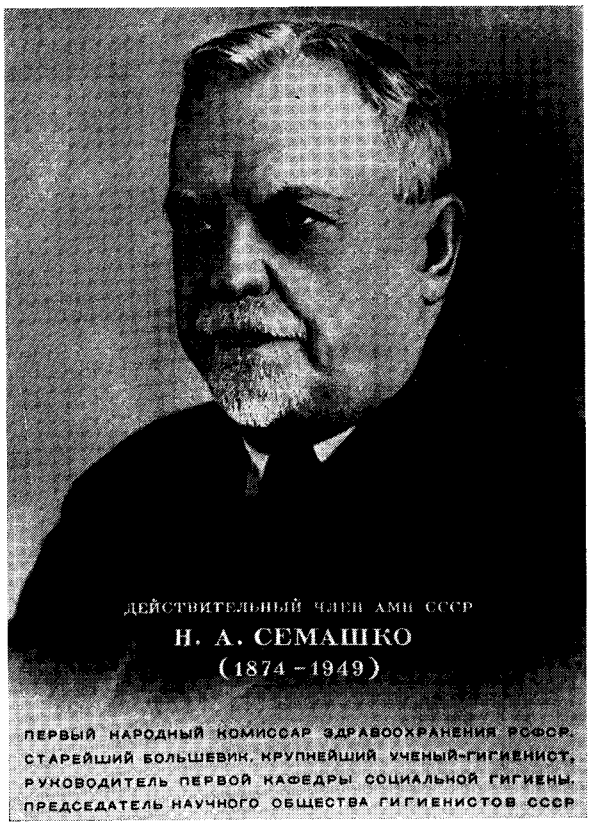
[102] *Vers la Santé*, 1922, 3: 193.

[103] *Vers la Santé*, 1922, 3: p. 327.

[104] France. Ministère des Affaires étrangères. *Commission Internationale chargée de la révision décennale des Nomenclatures Internationales des Maladies (Causes de Décès - Causes d'Incapacité de Travail) devant servir à l'Etablissement des Statistiques Nosologiques (Classification Bertillon). Troisième session - 1920. Procès-verbaux.* Publié avec le concours de la *Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge*, Paris, 1921.

[105] France. Ministère des Affaires étrangères. *Nomenclatures Internationales des Maladies et des Causes de Décès devant servir à l'Etablissement des Statistiques Nosologiques (Classification Bertillon) arrêtées par la Commission Internationale chargée de la révision décennale dans sa troisième session - 1920.* Publié avec le concours de la *Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge*, Paris, 1921, Edition revue de 1923.

Nikolai Aleksandrovich Semashko fut le premier Commissaire du Peuple pour la Santé publique de la République socialiste fédérative soviétique de Russie. Sous le régime tsariste, il fut emprisonné et exilé à plusieurs reprises à cause de ses activités politiques, la première fois à Moscou en 1895, alors qu'il était encore étudiant en médecine. Comme il lui était interdit de revenir à Moscou, il termina ses études de médecine à l'Université de Kazan. Sa dernière arrestation eut lieu en 1905 et il passa plusieurs mois en prison. Libéré sous caution, il s'enfuit en Suisse, à Genève où il rencontra pour la première fois Lénine avec lequel il resta longtemps en rapports étroits. Ce n'est qu'en septembre 1917 qu'il retourna à Moscou où il participa à la Révolution d'Octobre. Durant les sombres années de guerre civile, d'interventions armées étrangères, d'épidémies et de famine, Semashko contribua à établir les fondations théoriques et pratiques du système de santé publique soviétique. Avant de venir à Genève, il avait travaillé comme médecin rural dans des conditions particulièrement décourageantes. Le district était vaste, l'école de médecine la plus proche se trouvait à 40 kilomètres, les paysans vivaient dans la misère, il n'y avait aucune possibilité de vie intellectuelle et la surveillance policière ne se relâchait pas. Cette expérience et ses convictions sociales antérieures lui firent prendre conscience de la nécessité de faire l'éducation sanitaire de la population et on lui attribue ces mots: « La santé des masses laborieuses doit être entre les mains des travailleurs ». En 1920, le Dr L. Haden Guest, qui s'était rendu en URSS avec une délégation du parti travailliste britannique, décrivit Semashko comme « un homme doté d'un esprit scientifique, d'un esprit qui essaie de voir les faits tels qu'ils sont; il ne cherche ni à exagérer, ni à dissimuler les faits. Il nous a parlé, à mes amis et à moi-même, avec une franchise et une précision admirables ». En 1922, Ludwik Rajchman, Directeur médical de la Section d'Hygiène de la Société des Nations et Norman White, Commissaire en chef de la Commission des Epidémies de la SDN, passèrent six jours à Moscou pour s'entretenir avec Semashko et, en janvier 1923, celui-ci vint à Genève pour présenter au Comité provisoire d'Hygiène de la SDN un compte rendu très franc de la situation sanitaire de son pays. A l'époque, l'URSS ne reconnaissait pas la Société des Nations, mais Semashko rencontrait les membres du Comité d'Hygiène parce que, comme il l'expliqua, ils s'occupaient « de questions humanitaires et non politiques ». Semashko favorisa la fondation de l'Institut de Santé publique et d'Histoire de la Médecine de Moscou qui porte aujourd'hui son nom.



Librairie des Sciences médicales Gorky, Kiev.

Classification. Il assumait déjà cette fonction lors de la première et de la deuxième conférence (1900 et 1909). La Ligue, qui était représentée par Knud Stouman, avait financé non seulement la Conférence mais aussi les deux publications qui en étaient issues (notes 99 et 100).

Le Comité provisoire d'Hygiène examina la Classification internationale lors de sa troisième session, à Paris, en mai 1922. Buchanan — alors Sir George — demanda quand la version définitive de la Classification serait publiée.[106] Il rappela que la Ligue avait « payé les frais » de la Conférence pour la révision et qu'elle avait publié dans la *Revue internationale d'Hygiène publique* « un résumé des principaux titres » qui avait déjà été adopté par le Gouvernement britannique pour les statistiques de 1921. Toutefois, poursuivit Sir George, le Bureau britannique des Statistiques s'inquiète de ne pas avoir reçu du Gouvernement français le texte définitif. « La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge a été chargée de préparer ce texte. Si des difficultés d'ordre financier expliquent ce retard, le Comité d'hygiène voudra peut-être payer les dépenses du travail qui reste à faire. »

Rajchman intervint alors pour dire qu'il y avait trois questions à examiner. La première était de savoir si l'Organisation d'Hygiène de la SDN devait s'occuper de cette affaire, « ce qui est une question délicate. La Conférence a été convoquée par la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et le Gouvernement français a fait fonction d'organe exécutif de la Conférence. La Section d'hygiène ne peut donc guère intervenir de sa propre initiative et, en tout

[106] Société des Nations. *Comité provisoire d'Hygiène. Procès-verbaux de la troisième Session tenue à Paris du 11 au 16 mai 1922*, p. 11.

cas, sa situation par rapport au Gouvernement français doit être précisée. » La formulation de Rajchman était inexacte, car la position officielle était que le Gouvernement français avait convoqué la Conférence. Néanmoins, sa déclaration fournit une preuve éloquente du prestige dont la Ligue jouissait à ses débuts. Les deux questions suivantes de Rajchman supposaient une réponse affirmative à la première, l'une étant de savoir si les dépenses devaient être portées au budget de l'Organisation d'Hygiène et l'autre si Knud Stouman, alors statisticien de la Section d'Hygiène, pouvait être chargé de la tâche. Le Comité décida de nommer un sous-comité pour les examiner.

Lors de la dernière séance, Buchanan fit savoir qu'il avait été informé par Léon Bernard — tous deux ayant fait partie du sous-comité — que le retard apporté à la publication de la version définitive de la Classification était dû à la mauvaise santé de Bertillon et « à un malentendu ». Le texte de la liste était maintenant complètement établi et se trouvait à Genève entre les mains de Knud Stouman.[107] Le Comité dûment rassuré adopta une résolution par laquelle il saisissait le Conseil de la SDN d'une proposition d'inviter tous les gouvernements Membres « à adopter la nomenclature des causes de décès acceptée par la Conférence internationale de Paris de 1920 ». En fait, le Comité n'avait pas encore vu le texte définitif de cette classification mais, dans sa résolution, il priait néanmoins le Conseil « de prendre toutes les mesures susceptibles de hâter l'application de cette résolution, en facilitant la publication de la nomenclature officielle des causes de décès, ou de toute autre façon ». Autrement dit, les pays Membres étaient invités à adopter une classification qui était confiée à la garde de Knud Stouman à Genève, mais n'avait pas encore été publiée.

Comité provisoire d'Hygiène, quatrième session, août 1922: la famine en Russie

Du 14 au 21 août 1922, le Comité provisoire d'Hygiène tint sa quatrième session à Genève, mais le mot « provisoire » n'apparaît pas dans le volume des procès-verbaux. Comme si l'histoire de l'action sanitaire internationale n'était pas suffisamment compliquée durant ces années de l'après-guerre, on publia les rapports des quatrième, cinquième et sixième sessions du « Comité d'Hygiène » en 1923 puis, en 1924, ceux d'une première session du « Comité d'Hygiène »! Lors de sa quatrième session, le Comité [provisoire] s'inclina de mauvaise grâce devant une décision de l'Assemblée de la SDN qui portait à 16 le nombre de ses membres, estimant qu'il n'était pas possible de dépasser ce nombre sans modifier « le caractère d'un organe d'action concrète qui lui a été donné par son statut d'origine ». Si l'on nommait de nouveaux membres, il y aurait des plaintes des pays qui n'étaient pas représentés et cela aurait pour résultat « d'altérer en fait le principe établi, d'après lequel les membres du Comité ne représentent pas leur gouvernement. »[108]

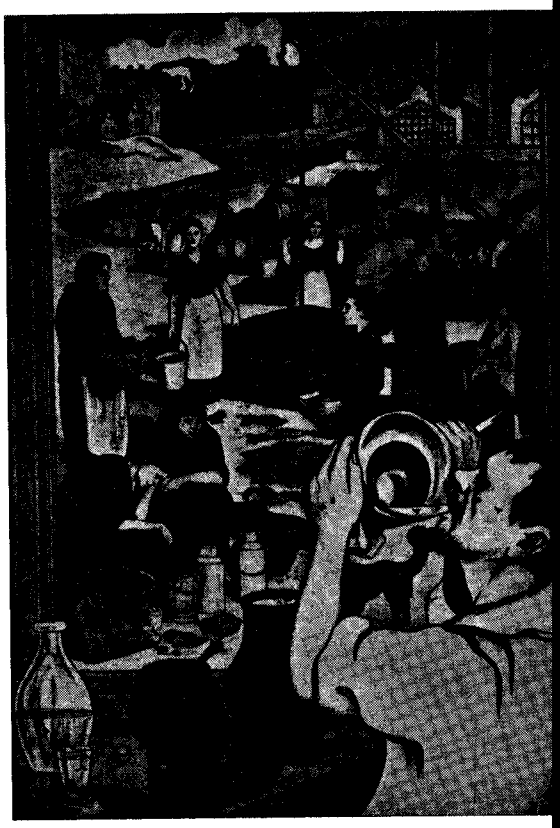
Le Comité avait à examiner un rapport détaillé de White, le Commissaire en chef de la Commission des Epidémies, sur le travail de la Commission en Europe orientale. Les principaux points en étaient résumés dans un rapport de Rajchman.[109] White avait signé un accord avec « MM. Litvinoff et Rakowsky, représentants respectifs des Gouvernements des soviets russe et ukrainien », qui permettait à la Commission des Epidémies d'étendre son action de la Pologne à l'Union soviétique et garantissait les privilèges et les immunités appropriées à ses membres et à leurs agents. Officiellement, comme l'Union soviétique n'avait pas reconnu la Société des Nations, la Commission des Epidémies dans ce pays était l'organe d'exécution d'une commission internationale composée du Comité provisoire d'Hygiène (dont les membres, ne l'oublions pas, étaient nommés à titre personnel) et d'un représentant du Commissariat du Peuple pour l'hygiène publique. Le Commissariat du Peuple avait mis à la disposition de la Section d'Hygiène « des facilités pour recueillir les renseignements épidémiologiques et lui faire parvenir régulièrement des publications variées ». La situation sanitaire restait très grave. Au cours des cinq premiers mois de l'année, au moins deux millions de cas de typhus et de fièvre récurrente avaient été officiellement signalés. « De nouveaux foyers de choléra sont découverts presque journellement, des provinces jusqu'ici indemnes sont maintenant atteintes ». La maladie s'était propagée principalement le long des lignes de chemin de fer, par l'intermédiaire des employés et des réfugiés.

Dans son rapport, Rajchman posait la question de savoir si la situation sanitaire en Russie donnait des signes d'amélioration réelle et il y répondait lui-même en écrivant qu'il n'était pas douteux qu'elle soit plus satisfaisante en ce qui concerne le déploiement de l'activité médicale professionnelle. « L'intensité et le sérieux des efforts scientifiques qui se sont manifestés en Russie dans les circonstances les plus adverses, aussi bien en ce qui concerne les travaux de laboratoire que l'observation clinique, sont chaque jour plus marqués ». Dans les provinces, les services sanitaires — « il s'agit de l'acti-

[107] *Ibid.*, p. 30.

[108] Société des Nations. *Comité d'Hygiène. Procès-verbaux de la quatrième Session tenue à Genève du 14 au 21 août 1922.*

[109] *Ibid.*, pp. 46-49.



Durant les premières années de l'Union soviétique, la guerre, les luttes civiles, l'intervention armée étrangère et la quasi-inexistence de toute infrastructure de santé publique avaient créé une situation désastreuse. Il y eut des millions de morts dues au typhus, au choléra, à la variole et, surtout, à la famine. Des centaines de milliers de personnes déplacées menaient une existence nomade en essayant de regagner leur pays natal, mangeant ce qu'elles trouvaient, y compris des chiens, des chats, des rats, des chevaux, des racines, des baies et du fumier et propageant des maladies épidémiques. Le cannibalisme n'était pas rare. Dans cette situation catastrophique, les autorités sanitaires soviétiques lancèrent une vaste campagne d'éducation sanitaire contre les maladies épidémiques. On trouvait dans les plus petits villages des affiches comme celles-ci, éditées en 1920, qui contenaient des textes simples expliquant comment les maladies se transmettent et comment les éviter. L'affiche de droite montre la manière dont s'attrape le choléra. L'autre présente les séquelles de la variole et demande à tous les citoyens de se faire vacciner.

vité des services hospitaliers et anti-épidémiques sur place, et non de celle des bureaux » — faisaient du bon travail. Toutefois, « si curieux que cela puisse paraître, les facilités rencontrées par ces efforts diminuent... de mois en mois, sinon de semaine en semaine. La Russie en revient maintenant aux pratiques capitalistes en matière de finances d'Etat et d'administration intérieure. » Jusqu'alors, tous les services sanitaires recevaient des crédits de l'administration centrale, les transports étaient gratuits, les vivres étaient obtenus par voie de réquisition et le personnel et les employés « recevaient les denrées nécessaires pour subvenir à leur existence précaire ». Désormais toutefois, la nouvelle politique économique voulait que chaque bureau d'hygiène régional vive à peu près complètement de ses propres ressources. Les malades hospitalisés, y compris ceux qui souffraient de maladies contagieuses, devaient payer de 1 à 3 millions de roubles par jour pour leur entretien et il n'était pas rare qu'on les renvoie s'ils ne pouvaient pas payer. Les crédits accordés pour les transports avaient été rigoureusement réduits et la gratuité des billets de train pour les paysans rapatriés de l'Est avait été abolie. Ces changements ne pouvaient manquer de conduire à « une période prolongée de frottements administratifs et un bouleversement encore plus marqué ». Des hôpitaux se fermaient, le personnel était licencié et des stations sanitaires étaient abandonnées à une décrépitude progressive. « Les conséquences de la famine prolongée », écrivait encore Rajchman, « se font sentir toujours plus dans l'ensemble de la population ». En Ukraine, la situation était « véritablement désastreuse » et il n'était pas une seule famille qui ne comptât une victime du typhus ou de la famine. Selon les estimations officielles de l'Union soviétique, le nombre des cas de typhus s'élevait à deux millions à la fin de mai 1922, mais si l'on tient compte du coefficient d'erreur admis par le bactériologiste soviétique, le Professeur L. Tarassévitch, l'incidence réelle de la maladie devait être de 10-12 millions de cas. On aurait dit, écrivait encore Rajchman, que dans les régions les plus atteintes, il y avait « un foyer de typhus et de fièvre récurrente perpétuellement en activité, comme c'est le cas du delta du Gange pour le choléra ». Malheureusement, la Commission des Epidémies ne disposait pas des fonds nécessaires pour agir rapidement et améliorer la situation, car les gouvernements européens n'avaient guère mis d'empressement à répondre à la demande de contributions bénévoles qui leur avait été adressée. L'American Relief Administration, par contre, avait « introduit en Russie un matériel sanitaire d'une valeur de 7 500 000 dollars; si cet envoi n'avait pas été fait, et si l'activité des [Etats-Unis] ne s'était pas déployée dans tous les domaines, le système sanitaire établi autour de la Russie aurait été peut-être irrémédiablement rompu ». Toutefois, la distribution de ce matériel s'effectuait « en dehors de l'appareil administratif régulier du pays ». La Commission des Epidémies, par contre, travaillait par l'intermédiaire de l'administration sanitaire soviétique. L'une des fonctions dont la Commission pouvait s'acquitter avec profit consistait à coordonner et à diriger tous les efforts des organisations volontaires de secours en Union soviétique.

Rajchman annonça aussi que la seconde partie d'un rapport adressé au Comité par le Professeur Tarassévitch sur « L'évolution des épidémies en Russie depuis 1914 » était sous presse. Bien que daté du 28 juillet 1922, celui-ci ne fut toutefois publié qu'en octobre.[110] La situation décrite dans ce rapport était si catastrophique que, comme l'écrivait Tarassévitch, pour ajouter au tableau présenté par ces rapports, pour produire une impression adéquate à la situation, « il faudrait la plume d'un Dante, d'un Byron ou d'un Tolstoï. » Les épidémies de maladies transmissibles n'étaient rien par comparaison avec « les horreurs de la famine. Nous nous refusons à les décrire ». La famine sévissait dans toutes les régions situées à l'est de la Volga, mais il en existait aussi des foyers dans toute l'Union sauf au nord et à l'ouest. Au sud, elle avait aussi gagné les quatre gouvernements méridionaux. Dans l'un d'entre eux, Zaporozhye, on pouvait dire le 7 mars 1922 que 80% de la population estimée à 1 million d'habitants étaient frappés par la famine et Tarassévitch pensait qu'en mai de la même année la proportion atteindrait 90%. En Crimée, la mortalité augmentait de jour en jour: à Sébastopol, la livre de pain coûtait 250 000 roubles. Partout où sévissait la famine, « on signalait... presque toutes les horreurs... emploi de cadavres comme nourriture, anthropophagie, mort partout ».[111] La rapacité était en elle-même une épidémie très répandue qui allait jusqu'à « la spéculation sur la chair humaine ».

De 1922 à 1923, la division médicale de l'American Relief Administration (Leningrad Unit) eut pour chef le Dr W. Horsley Gantt qui décida ensuite de passer les années 1925-1929 en Union soviétique, à faire des recherches en neurophysiologie sous la direction du grand Ivan Petrovitch Pavlov. A partir de son expérience personnelle de la pire période d'épidémie et de famine de l'après-guerre, au cours de laquelle la jeune administration sanitaire soviétique avait été confrontée à des difficultés pratique-

[110] Société des Nations. Section d'Hygiène. *Renseignements épidémiologiques. Les épidémies en Russie depuis 1914. Rapport présenté au Comité d'Hygiène de la Société des Nations par le Professeur L. Tarassévitch (Moscou).* N° 5, pp. 5-55, Genève, octobre 1922.

[111] Tarassévitch faisait probablement ici une distinction entre la consommation de la chair de cadavres et le meurtre à des fins « gastronomiques ».

Ludwik Rajchman naquit en 1881 à Varsovie qui faisait alors partie de l'Empire russe et il étudia la médecine à l'université de Cracovie. De 1907 à 1909, il travailla comme bactériologiste de l'Institut Pasteur à Paris, puis il retourna à Cracovie pour enseigner la bactériologie. De 1910 à 1914, il occupa le poste de bactériologiste en chef au Royal Institute of Public Health à Londres et, de 1914 à 1917, il fut au bénéfice d'une bourse de recherche du Medical Research Council dans cette même ville. En 1919, il fut nommé Directeur de l'Institut national de la Santé à Varsovie et il devint, en 1920, membre de la Commission des Epidémies de la Société des Nations. Le 1er novembre 1921, il prit ses fonctions de Directeur médical de la Section d'Hygiène de la SDN, dont il se démit au début de 1939. Après avoir passé quelques années comme conseiller auprès du Gouvernement chinois, il devint membre du Conseil de l'Administration des Nations Unies pour les Secours et la Reconstruction (UNRRA). Il joua un rôle de premier plan dans la création du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et fut le premier président de son bureau exécutif. Ultérieurement, il participa à la création du Centre international de l'Enfance à Paris. Rajchman n'eut pas que des amis, mais tous ceux qui eurent l'occasion de travailler avec lui s'inclinèrent devant sa brillante intelligence. Il mourut en 1965 et l'auteur de la notice nécrologique parue dans le *Lancet* écrivit: « Son extraordinaire rapidité d'esprit faisait que ses collègues plus posés avaient autant de mal à comprendre le déroulement de sa pensée qu'à saisir une goutte de mercure. » Selon le même auteur, c'était Dame Rachel Crowdy qui, après avoir rencontré Rajchman en Pologne en 1921, l'avait fait entrer à la Société des Nations. W. R. Aykroyd, l'un des membres de l'équipe médicale de Rajchman, rappelait dans la même revue une discussion qu'il avait eue avec Sir Edward Mellanby, alors Secrétaire du Medical Research Council. « Mellanby dit un jour que, bien que les méthodes utilisées par Rajchman pour atteindre ses objectifs aient été parfois difficiles à défendre, les objectifs eux-mêmes étaient presque toujours admirables et il avait à cœur le bien de l'humanité. Nous étions d'accord pour estimer que Rajchman était peut-être l'être humain le plus remarquable que nous ayons jamais rencontré. » Malgré son expérience et ses dons exceptionnels, Rajchman fut exclu de toutes les discussions sur l'organisation de la santé publique internationale après la seconde guerre mondiale.

Photo publiée dans : Goodman, N. M. International Health Organizations and their work, *1st ed. London, Churchill, 1952, p. 112.*

---

ment insurmontables, Gantt publia quelques années plus tard une très précieuse histoire de la médecine russe — qu'il dédia à Pavlov et à Adolf Meyer — dans laquelle il décrivit cette terrible période.

> Dans ce décor très sombre de famine et d'épidémie, de guerre et de révolution [écrit-il], nous voyons une Russie complètement régénérée naître des ruines de l'ancienne. Ce spectacle très extraordinaire perd un peu de son mystère si l'on considère que la révolution couvait depuis plusieurs générations et qu'il existait un potentiel considérable d'énergie et de réflexion qui, réprimé par un gouvernement aveugle et suranné, n'est devenu dynamique qu'après la révolution.[112]

Les membres du Comité provisoire d'Hygiène n'avaient pas encore eu l'occasion de voir le rapport de Tarassévitch, mais celui de la Commission des Epidémies et le résumé qu'en avait fait Rajchman montraient clairement le caractère tragique et désastreux de la situation sanitaire en Union soviétique. Il était évident qu'un petit comité siégeant à Genève ne pouvait pas faire grand-chose d'autre que constater l'étendue du désastre. Les autres questions dont s'occupa le Comité d'Hygiène lors de cette quatrième session — échanges de personnel sanitaire, sous-comité des maladies tropicales et troisième révision de la Classification internationale (alors appelée Nomenclature) des maladies et des causes de décès — durent paraître triviales par comparaison mais, au moins, on pouvait leur apporter des solutions. Le soin de mettre la dernière main à la Classification avait été confié à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge mais, comme nous l'avons déjà dit, Stouman était entré dans l'intervalle au secrétariat de la Section d'Hygiène de la SDN. Rajchman renouvela au Comité d'Hygiène l'assurance que « ce travail n'entraînait aucune responsabilité pour la Section d'Hygiène ». Stouman

[112] Gantt, W. Horsley. *Russian Medicine.* New York, Paul B. Hoeber, 1937, p. 163.

s'était rendu à Londres où Buchanan et le « Registrar-General », ainsi que lui-même, s'étaient donné « la plus grande peine pour procéder à une révision sérieuse » de la Classification, « de nombreuses erreurs » ayant été découvertes dans le projet adopté par la Conférence pour la révision. Le Comité a convenu que son secrétariat étudierait avec le Gouvernement français la question de la publication.

L'Assemblée de la SDN décide de rendre permanente l'Organisation provisoire d'Hygiène, septembre 1922

Du 31 août au 4 octobre 1922, les 20e, 21e et 22e sessions du Conseil de la SDN eurent lieu simultanément. La première n'avait à son ordre du jour que l'examen des dispositions relatives aux Lieux Saints placés sous le Mandat britannique pour la Palestine,[113] et il n'y a eu de séance que les jours de l'ouverture et de la clôture de cette session. La raison pour laquelle on a adopté cette bizarre formule de sessions simultanées n'est pas fournie (ou alors, je n'en ai pas trouvé l'explication dans le *Journal officiel* de la SDN). C'est toutefois à l'ordre du jour de la 21e session que figura le rapport de la 4e session du Comité provisoire d'Hygiène qui avait recommandé que le Conseil ajoute 125 000 francs suisses or au budget de l'Organisation d'Hygiène pour 1923, afin de couvrir les dépenses administratives générales résultant du fait que la Commission des Epidémies avait été placée sous l'autorité de l'Organisation d'Hygiène.[114] Le Conseil accepta cette recommandation le 2 septembre, en l'assortissant de cette condition étrange selon laquelle la Commission des Epidémies resterait responsable de l'administration des contributions bénévoles versées par les gouvernements pour des secours médicaux. Ainsi, les commissaires tout en devenant membres du personnel de l'Organisation d'Hygiène, étaient laissés totalement libres de décider comment dépenser les contributions bénévoles des gouvernements! Le Comité provisoire d'Hygiène avait aussi fait savoir que la somme d'environ £200 000 reçue des gouvernements pour soutenir l'action de la Commission des Epidémies — soit l'équivalent de 4 700 000 francs suisses or et le dixième seulement du montant demandé à l'origine — était presque épuisée et qu'on avait un urgent besoin de nouvelles subventions.

Selon le rapport du Comité, des négociations étaient en cours avec la Fondation Rockefeller en vue d'obtenir son soutien financier pour la création du service de renseignements épidémiologiques et l'exécution du programme d'échange d'administrateurs de la santé publique. Le Comité soumit également au Conseil une proposition que celui-ci approuva concernant « l'envoi d'une Commission d'Enquête en Extrême-Orient », dont le coût était estimé à 30 000 francs suisses.

A la troisième Assemblée de la SDN, qui eut lieu du 4 au 30 septembre 1922, Rajchman rendit compte devant la deuxième commission — celle dont dépendaient les « organisations techniques » de la SDN — des activités du Comité provisoire d'Hygiène et exposa comment la Commission des Epidémies avait utilisé les crédits dont elle disposait pour mener son action en Europe orientale.[115]

De l'avis du Comité d'Hygiène, le moment était venu pour la SDN de créer une organisation d'hygiène permanente, mais plusieurs membres de la deuxième commission craignaient que cela n'entraîne une augmentation fâcheuse du budget.[116]

Ils se demandaient si l'organisation projetée ne fait pas double emploi avec l'Office international d'Hygiène publique de Paris et si l'on n'aboutira pas à créer une sorte d'administration super-étatique engendrant successivement de nouveaux services.

Rajchman et le Directeur de l'OIHP rappelèrent alors à la commission que la situation actuelle résultait de « l'impossibilité où l'Assemblée et le Conseil se sont trouvés les deux années précédentes de fondre en un seul organisme » l'OIHP et le Comité d'Hygiène et « de la manière dont ces deux organisations avaient collaboré ». Cette explication équivalait à reconnaître implicitement que les deux organisations n'avaient pas collaboré du tout!

Nous avons déjà noté que la SDN avait adopté dès le début pour toutes ses « organisations techniques » une structure tripartite formée d'une conférence générale se réunissant d'ordinaire une fois par an, d'un comité exécutif se réunissant plus souvent et d'une section spéciale du Secrétariat de la SDN.[117] L'OIHP était supposé jouer *de facto* le rôle de conférence générale de l'Organisation d'Hygiène, sans avoir été officiellement désigné pour le faire. Mais ce n'était qu'une fiction polie.

Il y eut ensuite un débat pour savoir s'il serait nécessaire « de réunir une conférence sanitaire internationale sur le modèle de celle du transit » pour constituer une organisation d'hygiène permanente. L'ensemble de la question fut transmis à une sous-commission mais, finalement, il fut décidé qu'une conférence internationale n'était pas nécessaire.

[113] *JO, SDN*, 1922, 3: 1147.

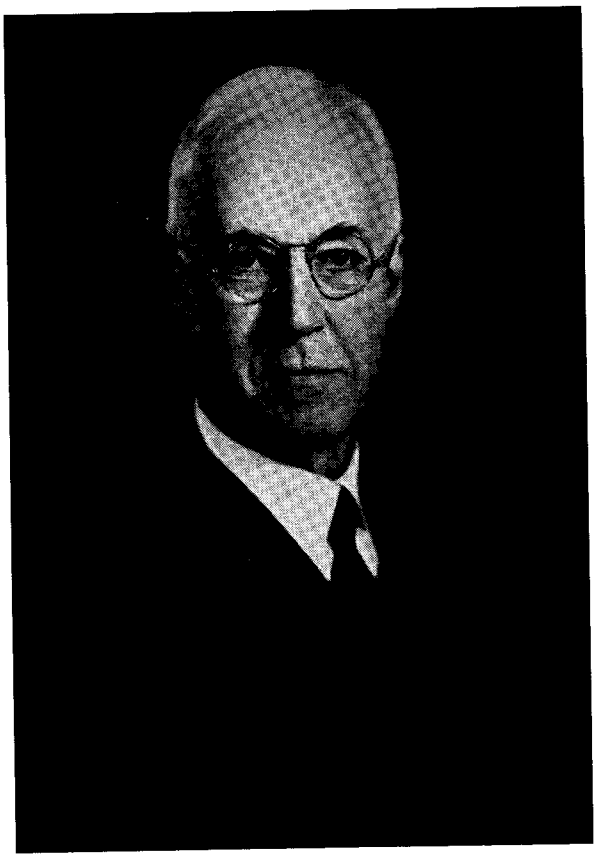
[114] *JO, SDN*, 1922, 3: 1247.

[115] *Journal de la troisième Assemblée de la Société des Nations*, 1922, page 43.

[116] *Ibid.*, page 61.

[117] En mai 1923, les organisations techniques de la SDN étaient le Comité provisoire d'Hygiène, la Commission économique et financière provisoire, l'Organisation des Communications et du Transit, le Comité consultatif pour la Traite des Femmes et des Enfants et le Comité consultatif de l'Opium. (*Société des Nations. Comité d'Hygiène. Procès-verbaux de la 6e session tenue à Paris du 26 mai au 6 juin 1923*, page 73).

Sir Henry Hallet Dale fut, avec le Dr Thorwald Madsen, à l'origine de la standardisation biologique internationale telle qu'elle existe aujourd'hui. Ils étaient tous deux directeurs d'instituts nationaux de recherche — Dale du National Institute for Medical Research à Londres et Madsen du Statens Seruminstitut de Copenhague — qui servaient sous les auspices du Comité d'Hygiène de la Société des Nations, et servent encore aujourd'hui, sous l'égide de l'OMS, de centres internationaux de référence pour l'élaboration d'étalons et leur distribution aux centres nationaux. En décembre 1922 déjà, Dale adressait un memorandum au Comité d'Hygiène dans lequel il soulignait la nécessité de normes biologiques internationales non seulement pour les agents immunothérapeutiques et immunoprophylactiques, mais aussi pour divers médicaments utilisés en cardiologie, pour l'ergot, les arsphénamines et les hormones, notamment l'insuline qui constituait « un cas important, étant donné que cette préparation n'est pas encore entrée dans l'usage courant ». Il proposait qu'une conférence internationale ait lieu à Edimbourg en juillet 1923 en même temps que le Congrès international de Physiologie, afin d'étudier la standardisation des « remèdes autres que les sérums immunisés et les produits bactériologiques, nécessitant un contrôle ou une standardisation par des méthodes biologiques ». Cette proposition fut acceptée et, dix-neuf mois plus tard, Dale présentait au Comité d'Hygiène un rapport sur l'état d'avancement des travaux. Les Etats-Unis d'Amérique n'étaient pas membres de la Société des Nations, mais Dale avait insisté sur l'importance de leur participation à la conférence d'Edimbourg, étant donné que « la standardisation biologique des remèdes a eu son origine aux Etats-Unis et qu'elle y a été étudiée et préconisée d'une façon plus méthodique que dans d'autres pays ». Dale faisait partie de la Commission permanente de standardisation biologique de la SDN. EN 1936, il reçut avec Otto Loewi, d'Autriche, le Prix Nobel de physiologie et de médecine. Né en 1875, il mourut en 1968 à l'âge de 93 ans, ayant reçu plus de 70 distinctions honorifiques de plus de 20 pays différents.



Lors de la neuvième séance plénière, l'Assemblée examina le rapport de la deuxième commission sur les travaux de l'Organisation d'Hygiène, prenant acte avec satisfaction (comme les Assemblées le font encore plus d'un demi-siècle après!) des diverses activités de l'Organisation d'Hygiène.[118] En particulier, elle loua le travail accompli pour la révision de la Convention sanitaire internationale de 1912, les progrès réalisés en ce qui concerne la standardisation internationale des « sérums et réactions sérologiques », la mise en œuvre d'activités relatives aux renseignements épidémiologiques et l'initiative prise en ce qui concerne l'« échange de personnel sanitaire ». Elle remercia aussi la Fondation Rockefeller de l'aide financière qu'elle avait offerte à l'Organisation d'Hygiène dans ces deux domaines.

En ce qui concerne l'avenir de l'Organisation d'Hygiène, l'Assemblée estima que celle-ci répondait à « un besoin permanent » et qu'il était « indispensable qu'elle poursuive son activité ». L'Assemblée jugea qu'il pourrait être procédé à la préparation de « la constitution d'une Organisation d'Hygiène » pour qu'elle soit examinée lors de la prochaine session.

Abordant ensuite la situation en Europe orientale, l'Assemblée se déclara d'avis que la persistance des épidémies constituait toujours « pour le monde un grand danger », mais elle ne dit rien de la famine — probablement parce que la faim n'est pas contagieuse. Elle prit acte de ce que le Gouvernement britannique avait offert de verser £100 000 à la Commission des Epidémies à condition que les autres gouvernements puissent réunir une contribution totale d'au moins £200 000. Quant à la « Commission provisoire des Epidémies, dont le budget est entièrement alimenté par des contributions volontaires », l'Assemblée reconnut qu'elle avait entrepris « une série d'enquêtes épidémiologiques » qui avaient été « utilisées par l'Organisation d'Hygiène pour ses besoins propres ». Il ne paraissait pas

[118] Note 115, pp. 121-123.

« équitable » que les frais de ce travail qui intéressait tous les Etats ne soient supportés que par quelques-uns d'entre eux.

Le Comité d'Hygiène, comme le Conseil de la SDN, avait convenu que 125 000 francs suisses par an constituaient une estimation raisonnable de la valeur des services d'intérêt général rendus par la Commission des Epidémies et que cette somme pouvait donc équitablement être imputée sur le budget de l'Organisation d'Hygiène. La deuxième commission de l'Assemblée accepta le principe, mais non le montant proposé. A la place, elle proposa à l'Assemblée d'adopter un projet de résolution décidant « qu'une somme de francs ..... sera portée au budget de l'Organisation d'Hygiène au titre de contribution à la Commission provisoire des Epidémies ». Cette résolution fut examinée en séance plénière par l'Assemblée, mais celle-ci temporisa en la transmettant à la quatrième commission qui s'occupait des questions financières. Lors de sa quatorzième séance, la quatrième commission sabra impitoyablement l'estimation du Comité d'Hygiène — approuvée par le Conseil — en la ramenant de 125 000 francs suisses à 50 000,[119] chiffre qui fut finalement accepté.

Parmi d'autres questions de santé, l'Assemblée choisit d'accorder une mention spéciale à la « coopération apportée par l'Organisation d'Hygiène à la recherche expérimentale concernant la standardisation des sérums et réactions sérologiques ». Une conférence de représentants de sept instituts bactériologiques nationaux, qui venait d'avoir lieu sous l'égide de l'Organisation d'Hygiène, du 25 au 27 septembre, avait

> convenu d'adopter des normes et une nomenclature internationales uniformes pour mettre en évidence et mesurer les antitoxines diphtériques et tétaniques... L'unité d'antitoxine diphtérique a été définie avec précision... En ce qui concerne l'antitoxine tétanique on a adopté une unité intermédiaire dont se serviront tous les pays car, jusqu'à présent, la norme variait à tel point que 1 unité allemande correspondait, en gros, à 67 unités américaines ou à 2500 unités françaises.

En dépit de son statut provisoire et même irrégulier et de son minuscule secrétariat, l'Organisation d'Hygiène pouvait déjà porter à son crédit quelques réussites notables. Le fait que trois des sept laboratoires bactériologiques représentés à la conférence sur la normalisation se trouvaient dans des pays qui n'étaient pas membres de la SDN — l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique et l'Union soviétique — démontre le caractère purement technique de son approche. Or seule une telle approche, totalement apolitique, pouvait réunir pour une coopération fructueuse des hommes de science originaires de pays qui, à l'époque, ne reconnaissaient pas l'existence de la SDN et ne se reconnaissaient pas mutuellement.

Quant au budget de « l'Organisation internationale d'Hygiène » pour 1923, l'Assemblée décida qu'il serait de 700 500 francs suisses or — soit une augmentation de 56% par rapport au budget de l'année précédente.[120] A cette date, un franc suisse monétaire valait exactement un franc suisse or.

La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge change d'orientation

Tandis que l'Organisation provisoire d'Hygiène prenait de l'importance, le bureau de santé de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge en perdait. Dix-huit sociétés nationales de la Croix-Rouge alimentaient son budget, mais c'était de la Croix-Rouge américaine que continuait à lui provenir la plus grande partie de ses fonds. Vers la fin d'août 1922, la Ligue transféra son siège à Paris et l'on dit que ce transfert avait rendu possible « des relations plus étroites » avec l'OIHP, l'Institut Pasteur et la Fondation Rockefeller. Santoliquido restait conseiller de la Ligue en matière de santé publique internationale, tout en la représentant au sein du Comité provisoire d'Hygiène de la SDN. Au moment du transfert, le personnel comprenait les directeurs des sections de protection de l'enfance, de la tuberculose, des malades vénériennes et des infirmières.[121] Toutefois, une phrase de l'éditorial du numéro de janvier 1923 de la revue mensuelle de la Ligue montrait qu'on avait complètement renoncé à la conception de Davison, adoptée par la Conférence médicale de Cannes, d'un bureau de la santé investi des mêmes fonctions que celles de l'Organisation mondiale de la Santé aujourd'hui:

> Les Sociétés de la Croix-Rouge du monde entier comprennent mieux que jamais que leur raison d'être essentielle réside dans l'assistance qu'elles peuvent donner en temps de guerre aux malades, aux blessés et aux prisonniers des armées de terre et de mer. Leurs activités de paix ne doivent pas se substituer à cette fonction primordiale, mais au contraire, rendre les Sociétés de la Croix-Rouge plus fortes et plus aptes à remplir ce premier devoir.[122]

Dès lors, le rôle essentiel de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge fut de coordonner et d'inspirer les indispensables activités de secours et d'éducation pour la santé traditionnellement associées à un mouvement qui a suscité l'admiration universelle depuis sa création. Ce changement d'orientation ne put porter remède à l'absence de distinction nette entre les fonctions des deux organisations internationales de la Croix-Rouge, en dépit de l'accord

[119] *Ibid.*, p. 241.
[120] *JO, SDN*, 1923, 4: 27.
[121] *Vers la Santé*, 1923, 4: 2-4.
[122] *Vers la Santé*, 1923, 4: 5.

conclu en 1921, et peut-être même l'aggrava-t-il. En 1924, Sir Claude Hill, Directeur général de la Ligue, le déplorait en ces termes:

> L'accord de 1921 ne précise pas les limites des fonctions respectives des deux organismes; il n'est pas parvenu à éviter dans la pratique les doubles emplois qui ont considérablement gêné le Secrétariat de la Ligue [des Sociétés de la Croix-Rouge] et probablement aussi les Sociétés nationales.[123]

Comité provisoire d'Hygiène, cinquième session, janvier 1923

A la cinquième session du Comité provisoire d'Hygiène, tenue du 8 au 13 janvier 1923, Rajchman fit savoir que l'Assemblée de la SDN avait approuvé pour l'année 1923 un budget de 700 500 francs suisses or, soit une réduction minime par rapport à la somme de 740 500 francs demandée par le Comité. N'était pas incluse dans ce montant la subvention de la Fondation Rockefeller qui représentait l'équivalent de 481 326 francs et servait, entre autres, à rémunérer le personnel du service des renseignements épidémiologiques. Le personnel dont les traitements étaient imputés sur le budget ordinaire de l'Organisation provisoire d'Hygiène comprenait, en plus du Directeur médical, Rajchman, un directeur médical adjoint, un membre de section (catégorie A), un conseiller technique, une secrétaire de section et deux secrétaires sténo-dactylographes. Il y avait aussi un « personnel temporaire » composé de quatre membres de section, d'un dessinateur et de commis techniques dont le nombre n'était pas précisé. Contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, l'effectif du personnel professionnel était très inférieur à celui de l'organe législatif dont il dépendait. C'était ce maigre effectif qui, près de quatre ans après l'adoption du Pacte de la Société des Nations, était chargé d'appliquer les décisions touchant à la santé prises par la SDN conformément aux termes de son mandat tels qu'ils figurent dans l'Article XXIII du Pacte. Parmi les autres dépenses imputées sur le budget figuraient les frais des réunions et des publications, ainsi qu'une somme de 50 000 francs pour les frais généraux de la Commission des Epidémies.[124]

Au cours de cette session, le Comité eut à examiner un mémorandum très complet, daté de décembre 1922, rédigé par le Dr (plus tard Sir) Henry Hallett Dale, qui deviendrait le premier directeur du National Institute for Medical Research à Londres, sous le titre « De la possibilité d'une standardisation internationale des médicaments, autres que les sérums et les produits bactériologiques, dont l'activité et l'innocuité ne peuvent être contrôlées que par des méthodes biologiques ». Ce mémorandum allait devenir la pierre angulaire de l'une des activités sanitaires les plus importantes de la SDN que poursuivrait et développerait l'OMS.

Dale faisait observer que l'idée de la standardisation biologique était née avec les agents immunothérapeutiques et immunoprophylactiques, mais qu'il existait d'autres remèdes (dont certains ne sont plus que rarement ou même jamais utilisés aujourd'hui) dont l'activité ne pouvait pas se mesurer par des moyens chimiques ou physiques. Il citait la digitale, le strophanthus et la scille; l'ergot; le cannabis indica « qui n'est pas très employé en thérapeutique »; les extraits du lobe postérieur de la glande pituitaire; l'adrénaline; les préparations de la glande thyroïde; « l'insuline » qui était si nouvelle à l'époque que Dale en mettait le nom entre guillemets, disant qu'« il se pose ici un cas important, étant donné que cette préparation n'est pas encore entrée dans l'usage courant »; et le « groupe des remèdes dits salvarsan » [les arsphénamines]. Dale proposa que l'on réunisse une conférence internationale pour étudier la question et insista sur l'importance de la participation des Etats-Unis d'Amérique. Cette proposition fut adoptée et une conférence technique pour l'examen de certaines méthodes de standardisation biologique fut convoquée à Edimbourg le 19 juillet 1923. Comme l'avait proposé Dale, la conférence eut lieu à cette date et dans cette ville pour coïncider avec le Congrès international de Physiologie.[125] Le résultat à long terme du mémorandum de Dale fut la création de la Commission permanente de la standardisation biologique de l'Organisation d'Hygiène, dont Dale devint l'un des membres les plus actifs. Quelques années plus tard, il allait partager le Prix Nobel de physiologie et de médecine avec Otto Loewi et il allait aussi devenir président de la Royal Society de Londres.

La « Commission internationale » pour l'Union soviétique

Nous avons déjà mentionné que le Gouvernement soviétique ne reconnaissait pas la Société des Nations mais qu'il admettait le caractère apolitique du Comité provisoire d'Hygiène et acceptait la formule selon laquelle le Comité d'Hygiène et un représentant du Commissariat du Peuple pour la santé publique formeraient une « commission internationale » chargée d'étudier la situation sanitaire

[123] Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. *Troisième Session du Conseil général. Rapport sur l'Organisation de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge* [ni lieu, ni date de publication].

[124] Société des Nations. *Comité d'Hygiène. Procès-verbaux de la cinquième Session tenue à Genève du 8 au 13 janvier 1923*, pp. 36-40.

[125] Société des Nations. Organisation d'Hygiène. *Rapport de la Conférence technique pour l'étude de certaines méthodes de standardisation biologique. Edimbourg, 19-21 juillet 1923.* Genève, 1924.

en URSS. Au cours de la cinquième session du Comité d'Hygiène, Rajchman annonça que Nikolai Semashko, le Commissaire du Peuple pour la Santé publique, se trouvait dans un hôtel de Genève et ferait personnellement rapport au Comité sur la situation sanitaire de son pays.

Buchanan souleva alors une objection de procédure. Ne risquait-on pas de créer un précédent et qu'ensuite « tout Ministre d'hygiène publique, de passage à Genève, puisse se croire autorisé à assister de droit aux séances du Comité »? Etant donné la gravité de la situation sanitaire en Union soviétique et dans presque tout le reste de l'Europe orientale, l'objection de Buchanan était trop formaliste pour susciter le moindre écho. Toutefois la solution adoptée, qui sauvait l'honneur des deux parties, fut que les trois réunions auxquelles Semashko participerait les 9, 10 et 13 janvier 1923 ne seraient pas des réunions du Comité provisoire d'Hygiène, mais de la « Commission internationale ».[126]

A la première de ces réunions, Semashko, présenté par Madsen, commença par expliquer que sa présence, quoi qu'en aient pu dire certains journaux,

> ne change pas l'attitude du Gouvernement des Soviets envers la Société des Nations. Le Comité d'hygiène s'occupe de questions humanitaires et non politiques et compte d'ailleurs des représentants de pays qui ne sont pas Membres de la Société des Nations.

Ainsi, la nomination des membres du Comité d'Hygiène à titre personnel et non en tant que délégués de leurs pays, tactique adoptée à l'origine pour circonvenir l'incorrigible obstination de l'OIHP, se révélait déjà avoir des avantages fortuits. Semashko poursuivit en faisant des conditions sanitaires en URSS un exposé remarquable par son objectivité et sa franchise. D'une manière générale, la situation en ce qui concerne les épidémies s'était améliorée. Depuis le milieu de 1922, on avait observé une diminution progressive du nombre des cas de typhus et de fièvre récurrente. Le choléra aussi était en régression et la variole, la scarlatine et la diphtérie n'étaient « pas très répandues ». Par contre, près d'un million de cas de paludisme avaient été déclarés en 1922 et même dans une province aussi septentrionale que celle d'Arkhangelsk, il y avait eu 6000 cas de paludisme contre 400 en 1913. Tarassévitch s'était montré trop optimiste en estimant que la moitié de la population était immunisée contre le typhus. « Le typhus est toujours menaçant et la population est loin d'être immunisée. Si l'on veut se faire une idée de la situation réelle, il faut multiplier par 2,5 les chiffres enregistrés ».

En outre, poursuivit Semashko, la situation sanitaire générale était « très grave », surtout en raison de la famine qui avait frappé un tiers de la population et qui sévissait à nouveau dans certains districts d'Ukraine, du Caucase, de Crimée et d'Arménie. « ... La Russie reste encore le foyer des épidémies pour tous les pays voisins ». Semashko présenta ensuite quelques statistiques, indéniablement très incomplètes, sur les maladies vénériennes, la tuberculose, la mortalité infantile et les soins aux enfants abandonnés. Il conclut modestement en disant que « Le Commissariat d'hygiène publique, qui n'est qu'un organe de l'administration centrale, espère mener à bien sa tâche avec le concours des institutions sanitaires des autres pays, pour le bien de la Russie et de l'humanité ».

Plusieurs membres du Comité posèrent alors des questions de détail auxquelles Semashko répondit toujours avec franchise. Il donna cette information particulièrement intéressante que la syphilis extragénitale était « plus répandue que l'autre, surtout parmi les paysans », bien qu'il soit apparu clairement, d'après ce qu'il avait dit, que cet ancien et ignominieux métier — la prostitution — avait survécu à l'holocauste de l'après-guerre. La syphilis non vénérienne ne se rencontre que lorsque les conditions de vie sont extrêmement misérables et le fait qu'en dépit de la persistance de la prostitution elle ait été plus fréquente que la forme transmise par voie sexuelle montre avec éloquence l'ampleur de l'héritage de misère qui était échu à la jeune administration sanitaire soviétique.

(*à suivre*)

[126] Note 124, pp. 31-35.

En bref

Changements à l'Union internationale contre la Tuberculose

L'Union internationale contre la Tuberculose annonce des changements. Elle ne se préoccupe plus seulement de tuberculose: son champ d'intérêt comprend maintenant les maladies respiratoires et la santé de la collectivité, ce qui se reflète dans la nouvelle présentation et le contenu plus abondant du *Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose*, volume 52/octobre 1977. L'éditorial de ce numéro décrit l'évolution de l'Union, notamment en ce qui concerne le rôle du nouveau *Bulletin*. Le but visé est d'en faire le moyen d'une dissémination plus large et plus efficace des connaissances dans le domaine élargi des activités de l'Union, et de mettre au point une revue qui reflète de façon adéquate le caractère de cette organisation unique. Pour devenir membres de l'Union ou recevoir le nouveau *Bulletin* (en anglais, en français ou en espagnol), il suffit d'écrire à l'Union internationale contre la Tuberculose, 3, rue George-Ville, 75116 Paris, France.

Reproduction humaine: soutien aux chercheurs

Dans les pays en développement et, parfois, dans certains pays développés, des chercheurs auraient pu se voir contraints d'interrompre leurs travaux sur la reproduction humaine et la régulation de la fécondité s'ils n'avaient pas bénéficié d'un soutien du programme spécial mis en œuvre par l'OMS en ce domaine. En effet, l'élément « petites fournitures » de ce programme permet à ces chercheurs, qui se trouvent parfois en difficulté par manque de devises étrangères, d'obtenir des réactifs, des produits chimiques et du petit matériel (une ampoule électrique de microscope, par exemple). L'OMS les aide aussi à obtenir des périodiques et d'autres publications scientifiques dont ils ont besoin. En 1977, quelque 80 services ou institutions différents de 26 pays (dont 22 pays en développement) ont bénéficié de cette forme de soutien.

Cours sur les méthodes de diagnostic immunologique

Le laboratoire collaborateur OMS pour la sérologie des maladies auto-immunes, à l'Ecole de Médecine de la Wayne State University (Etats-Unis d'Amérique), organise actuellement un cours supérieur qui revêtira la forme d'une mise au point sur les méthodes immunologiques actuellement utilisées pour le diagnostic des maladies auto-immunes humaines. Ce cours, intitulé « Advanced Institute in Methods of Immunological Diagnosis », sera donné du 18 au 24 juin 1978 sur le campus boisé de la Granbrook Educational Community, à Bloomfield Hills, Michigan. Les candidatures doivent être envoyées avant le 15 avril. Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr Noel R. Rose, Department of Immunology and Microbiology, Wayne State University School of Medicine, 540 East Canfield, Detroit, MI 48201, Etats-Unis d'Amérique.

La Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF) finance la recherche biomédicale [1]

La Fédération internationale pour le Planning familial dispose d'un petit budget pour financer certains types de projets de recherche sur la régulation de la fécondité. En particulier, elle souhaite recevoir des propositions de projets touchant à la régulation de la fécondité pendant la lactation ou pendant l'adolescence, et à des études sur la relation entre la contraception par les stéroïdes et le milieu interne humain. Il peut s'agir de projets complets ou de parties de projet et les candidatures sont examinées deux fois par an par le Committee for the Organization of Research and Evaluation (CORE) du IPPF Central Medical Committee. La date de clôture pour le prochain examen est le 24 mars 1978.

Les chercheurs qui désireraient obtenir une subvention doivent écrire au Bio-Medical Department, IPPF, 18-20, Lower Regent Street, Londres SW1Y 4PW, Angleterre, pour demander deux jeux de formules de candidature. L'un sera rempli et réexpédié par l'intermédiaire de l'association de planning familial du pays du candidat et l'autre sera envoyé directement au IPPF Bio-Medical Department.

[1] D'après *IPPF Medical Bulletin*, 11(5):4 (1977).

XIe Congrès international de la Lèpre, 11-18 novembre 1978

Le XIe Congrès international de la Lèpre aura lieu à Mexico du 11 au 18 novembre 1978 et les sujets suivants figureront à l'ordre du jour: épidémiologie et lutte, lèpre expérimentale, microbiologie, immunologie, chimiothérapie expérimentale et thérapeutique. Il sera question aussi des aspects cliniques, sociaux et clinico-pathologiques de la lèpre, ainsi que des problèmes de réadaptation. Les personnes qui souhaitent participer au Congrès doivent écrire à l'adresse suivante: XIe Congrès international de la Lèpre, Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra A.C., Dr Vértiz 464, Mexico 7 D.F., Mexique. Pour obtenir des renseignements sur le programme scientifique et la présentation des communications, s'adresser au Dr S. G. Browne, International Leprosy Association, 57a, Wimpole Street, Londres W1M 7DF, Angleterre. Le Dr Browne devra avoir reçu des résumés des communications proposées avant le 28 février 1978.

Pauvreté, prospérité et santé mentale des enfants

« Bien que la misère et le bas niveau socio-économique soient associés à une augmentation du taux de divers troubles mentaux chez les adultes, et à une aggravation de leurs effets incapacitants, le lien entre ces facteurs et la manifestation de problèmes de santé mentale est moins nettement marqué chez les enfants et peut varier d'un type de collectivité à l'autre. Etant donné que la misère fait souvent le lit de tout un ensemble de phénomènes psycho-sociaux (foyers brisés, relâchement des liens familiaux, handicaps scolaires, fréquence plus grande de la délinquance et de la criminalité, naissances illégitimes), il est vraisemblable que c'est par le biais de ces facteurs, et non pas du seul niveau du revenu, que ses effets se répercutent sur la santé mentale de l'enfance. Encore que toutes les données ne soient pas réunies, il semble que lorsque la misère ou la médiocrité du niveau social débouche sur la désorganisation et l'éclatement de la famille, il se produit des effets néfastes pour la santé mentale et le développement psycho-social de l'enfant. Si, en secourant la misère, on améliore le fonctionnement du milieu familial, on peut du même coup obtenir parfois des résultats substantiels sur le plan de la santé mentale. Toutefois, le seul fait d'augmenter le revenu n'entraîne pas ipso facto cet effet bénéfique, et l'exemple de maints pays développés prouve abondamment que l'enrichissement ne diminue ni l'ampleur ni la fréquence des problèmes de santé mentale. D'ailleurs, malgré la prospérité, les problèmes de santé mentale dont souffrent les enfants des pays développés sont considérables. »

Extrait de: Série de Rapports techniques OMS, N° 613, 1977 (*Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant:* rapport d'un comité OMS d'experts), p. 23.

Notes et informations

Feu la variole en Asie

« Nous avons signé le certificat de décès de la variole en Asie » a déclaré le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, à Dacca (Bangladesh), le 14 décembre 1977, après que la commission internationale composée d'experts médicaux de 9 pays ait signé le certificat confirmant l'éradication de la variole au Bangladesh. La commission avait étudié les résultats de deux ans de dépistage des cas et confirmé que le dernier cas enregistré datait d'octobre 1975. La petite fille en cause, Rahima Banu, âgée alors de 3 ans environ, était le dernier cas au Bangladesh, le dernier cas en Asie, le dernier cas de variole majeure sur la Terre.

Le Dr Mahler a aussi annoncé que la voie était maintenant ouverte à l'abolition universelle de la vaccination antivariolique d'ici 1980. Une telle mesure, a-t-il souligné, représenterait pour la communauté mondiale une économie de quelque 2 milliards de dollars. Toutefois, avant qu'elle puisse être envisagée, un gros effort final doit être fait dans la corne de l'Afrique, surtout en Somalie, pour éradiquer une forme bénigne de la maladie, la variole mineure. Bien que le nombre de cas dans cette Région soit tombé à zéro quelques semaines auparavant, le Dr Mahler n'a pas caché que les opérations d'éradication se heurtaient encore à de nombreux obstacles et qu'elles devaient continuer d'être soutenues sous peine d'échec.

La marée change

Le Dr Mahler a retracé l'histoire de la lutte contre la variole depuis la décision historique prise il y a dix ans de débarrasser le monde de ce fléau. Lentement, la marée a commencé à changer: pas à pas, la maladie a été chassée d'un pays après l'autre, hors d'Amérique du Sud, d'Indonésie, de presque toute l'Afrique, jusqu'à ce qu'en 1972, cinq ans seulement après le début de la campagne, il ne soit plus resté qu'un seul grand réservoir de variole: l'Asie. La route était dure et semée de déceptions, mais jamais les gouvernements n'ont relâché leur soutien. L'Afghanistan et le Pakistan ont été libérés de la variole en 1974, l'Inde et le Népal en 1975. Bien qu'il n'y ait plus eu aucun cas de variole en Birmanie depuis 1970, ce n'est qu'en novembre 1977 que l'éradication de la maladie dans ce pays a été confirmée, après une évaluation de la commission internationale désignée par l'OMS.

Soulignant les enseignements tirés de cette victoire de la collaboration internationale sur une maladie meurtrière, le Dr Mahler a déclaré « l'unité — l'unité mondiale — est le moyen le plus puissant que nous possédions pour échapper au cercle vicieux de la pauvreté et la maladie ».

Flambée de paludisme en Turquie [1]

L'incidence du paludisme a pris, depuis quelques années, des proportions inquiétantes dans les régions agricoles fertiles d'Adana, d'Içel et de Hatay, sur la côte méditerranéenne de la Turquie. Alors que le nombre de personnes infectées — pour autant qu'on ait pu l'enregistrer — était inférieur à 1 pour mille jusqu'en 1974, il atteint maintenant 22 pour mille dans ces régions. Il semble aussi que le paludisme soit en train de gagner le sud-est de l'Anatolie. On estime que, d'ici la fin de 1977, le nombre des cas confirmés au laboratoire pourrait atteindre environ 120 000.

Très préoccupé par cette situation, le Dr L. A. Kaprio, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe, après avoir consulté le Gouvernement de la Turquie, a lancé un appel aux autres pays concernés et aux donateurs potentiels pour rendre plus efficace la coopération internationale en matière de lutte antipaludique. A la suite de cet appel, M. Gengiz Gökçek, Ministre de la Santé et de l'Assistance sociale de Turquie, s'est rendu au Bureau régional de l'Europe en octobre dernier pour faire le point de la situation et mettre sur pied avec l'OMS un plan d'opérations visant à endiguer la maladie. En Turquie, comme dans les autres parties du monde qui ont vu réapparaître le paludisme, c'est la conjonction de plusieurs facteurs qui est à l'origine de l'épidémie actuelle. Il y a tout d'abord la multiplication des projets d'irrigation — barrages, réservoirs, bassins — qui favorise la prolifération des moustiques. Puis il faut mentionner la résistance du vecteur à presque tous les insecticides. On manque aussi de personnel d'encadrement capable de prendre des mesures rapides et énergiques, tant à la ville qu'à la campagne. Enfin, il ne faut pas négliger le rôle joué par les travailleurs agricoles saisonniers dans la propagation du paludisme à l'intérieur du pays, ni celui des voyageurs internationaux qui risquent de l'importer dans d'autres pays.

Après la visite de M. Gökçek, on a immédiatement envoyé en Turquie l'équipe inter-pays de l'OMS pour le paludisme et les autres maladies parasitaires qui se compose de médecins et d'ingénieurs sanitaires spécialisés. L'OMS va aussi renforcer les services qu'elle dispense et essayer d'obtenir de divers donateurs les moyens nécessaires (notamment les insecticides, les médicaments et les véhicules) à l'exécution du programme antipaludique turc.

*

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que les contributions et annonces de contributions suivantes ont été reçues jusqu'à présent en réponse à l'appel adressé par l'OMS aux Etats Membres pour qu'ils soutiennent la lutte contre le paludisme en Turquie: de la Bulgarie, des médicaments antipaludiques; de la République fédérale d'Allemagne, du matériel de pulvérisation ainsi que US$ 125 000 de fonds en dépôt; de la Grèce, des médicaments antipaludiques et 2 tonnes de malathion; du Luxembourg, US$ 10 000; de la Norvège, 1 million de couronnes norvégiennes soit

[1] D'après des communiqués de presse du Bureau régional OMS de l'Europe.

environ US$ 180 000; de la Suisse, 200 000 francs suisses soit environ US$ 90 000; du Royaume-Uni, des médicaments antipaludiques, 80 tonnes de malathion et 6 véhicules avec des pièces de rechange, comme annoncé; et du FISE, pour US$ 150 000 de fournitures, y compris 10 véhicules ainsi que du matériel de pulvérisation accompagné de pièces de rechange.

En outre, les pays suivants ont tous promis leur soutien: Algérie, Danemark, Espagne, Monaco, Pays-Bas, Portugal, Suède, URSS et Yougoslavie. Ils feront connaître plus tard la nature de leurs contributions. Cette action d'urgence est coordonnée par le Bureau régional OMS de l'Europe en étroite coopération avec le Programme des Nations Unies pour le Développement en Turquie qui sera l'organe centralisateur dans ce pays.

Un réseau de centres de la nutrition va être mis en place dans la Région africaine [2]

Un programme à moyen terme (1978-1983) concernant la nutrition a été élaboré pour la Région africaine afin de créer et de développer un réseau de centres de la nutrition répartis dans toute la Région. Ces centres seront les points focaux de la recherche appliquée et opérationnelle en matière de nutrition, de la diffusion d'informations (surtout sur l'utilisation des aliments locaux) et de la formation des personnels de santé et des agents communautaires en matière de nutrition. Le nouveau programme comporte des directives ou des plans d'action pour la création de programmes de nutrition dans les différents pays.

Ce programme à moyen terme découle directement des discussions techniques sur « L'importance de la nutrition pour le développement socio-économique », qui ont eu lieu durant la vingt-septième session du Comité régional OMS de l'Afrique, en septembre 1977 (voir *Chronique OMS*, **31**: 498-499 (1977)). Le Comité régional a adopté une résolution demandant aux gouvernements d'accorder plus d'attention aux questions d'alimentation et de nutrition dans leurs politiques de développement socio-économique, de créer des systèmes de surveillance nutritionnelle et de donner un rang élevé de priorité aux programmes multidisciplinaires d'alimentation et de nutrition dans les plans nationaux de développement. Il a aussi demandé à l'OMS de renforcer les programmes de nutrition mis en œuvre dans la Région en augmentant la capacité de recherche et de formation en ce domaine et en élargissant le champ d'activités de la Commission régionale mixte FAO/OMS/OUA de l'Alimentation et de la Nutrition en Afrique.

Les discussions techniques ont eu notamment pour effet de rendre de plus en plus évident le fait que le développement socio-économique axé sur la nutrition peut résoudre nombre des problèmes nutritionnels de la Région, mais qu'il ne le fera pas automatiquement, ni nécessairement. Le secteur de la santé ne peut quant à lui résoudre seul tous les problèmes de nutrition, car des facteurs politiques, sociaux, économiques et agricoles interviennent dans leur étiologie. Il faut donc adopter une approche intégrée qui alliera l'action de tous les responsables nationaux de la planification, de l'agriculture, de l'éducation, du commerce, de l'information, des travaux publics et de l'assistance sociale, et la participation active de la collectivité. Toutefois, le secteur de la santé doit intensifier son action éducative dans le domaine de la nutrition et centrer ses efforts sur une meilleure définition des besoins locaux et une meilleure utilisation des ressources locales (crédits, personnels et produits alimentaires).

Dangers de l'eau de boisson pour la santé: normes pour le plomb et les nitrates [3]

La notion de danger pour la santé, la mise au point de documents relatifs aux critères de la formulation de normes pour le plomb et les nitrates contenus dans l'eau, tels ont été les principaux thèmes de discussion d'un groupe de travail qui s'est réuni à Londres du 26 au 30 septembre 1977, sous l'égide du Bureau régional OMS de l'Europe et du Gouvernement du Royaume-Uni et qui rassemblait 20 experts de 10 pays d'Europe, et des fonctionnaires de la Communauté économique européenne. Vingt communications ont été présentées sur les diverses conséquences pour la santé de la présence de plomb et de nitrates dans les approvisionnements en eau et sur les problèmes techniques que cela pose. Si la réunion a été fixée à cette date, c'était dans le but d'obtenir le complément d'information nécessaire pour la révision des normes européennes applicables à l'eau de boisson. Les participants ont fait de fréquentes références aux « critères d'hygiène de l'environnement » publiés sous les auspices conjoints du Programme des Nations Unies pour le Développement et de l'OMS.

Le groupe de travail a convenu que les concentrations de plomb dans le sang (valeur maximale suggérée: 20 μg par 100 ml de sang pour 50% de la population) pourraient servir de mesure de l'absorption de plomb par les tissus non osseux ou mous du corps et qu'il existait un rapport statistiquement significatif entre la teneur du sang et la teneur de l'eau de boisson en plomb. La limite supérieure de la quantité de plomb contenue dans l'eau courante devrait être de 0,5 mg par litre et celle d'un échantillon pris à un robinet purgé ne devrait pas dépasser cette limite. Si les échantillons d'eau amenés par des conduites de plomb ont souvent une teneur en plomb supérieure à 0,1 mg par litre, des dispositions appropriées doivent être prises pour protéger les consommateurs. Quand les canalisations sont en plomb, il faut déconseiller aux gens de boire l'eau provenant d'adoucisseurs et de chauffe-eau domestiques.

En ce qui concerne la teneur de l'eau en nitrates (sous forme de NO_3^-), le groupe de travail a convenu que, pour l'ensemble de la population, il fallait considérer comme acceptable un niveau inférieur à 50 mg par litre,

[2] D'après une communication du Dr K. V. Bailey, fonctionnaire régional pour la nutrition, Bureau régional OMS de l'Afrique.

[3] D'après un communiqué de presse du Bureau régional OMS de l'Europe et le rapport sommaire de la réunion.

comme limites des niveaux de 50-100 mg par litre et comme inacceptables des niveaux supérieurs à 100 mg par litre. Pour les nourrissons de moins de 6 mois, on ne doit pas accepter un niveau de nitrates supérieur à 50 mg par litre. Les participants ont proposé plusieurs questions importantes en vue de nouvelles recherches sur le plomb et les nitrates et sur leur présence dans l'eau. Ils ont souligné qu'il importait d'entreprendre des programmes inter-laboratoires de contrôle analytique de la qualité de l'eau de boisson. Ils ont particulièrement insisté sur la nécessité de veiller à la protection de la population rurale dont les approvisionnements en eau sont fréquemment de qualité variable, ne bénéficient pas de services de contrôle et d'entretien réguliers ni, souvent, d'installations de traitement adéquates.

Boissons alcoolisées : statistiques internationales sur la production, le commerce et la consommation, 1950-1972 [4]

Donnant suite à une résolution de la Vingt-huitième Assemblée mondiale de la Santé (1975) qui notait l'association entre le niveau de consommation alcoolique et certaines formes d'altération de la santé et demandait que des informations comparables sur la consommation de l'alcool soient rassemblées en vue d'une politique de l'alcool compatible avec la santé publique, la Fondation finlandaise pour des études sur l'alcool a publié récemment une analyse statistique complète des chiffres de production, de commercialisation et de consommation internationales concernant les boissons alcoolisées de toute sorte durant la période 1950-1972.[5] Cette étude a été entreprise conjointement par la Fondation en question et par le monopole d'Etat finlandais de l'alcool avec la coopération du Bureau régional OMS de l'Europe. C'était la suite d'un projet collectif antérieur mis en œuvre par la Fondation finlandaise pour des études sur l'alcool, l'Addiction Research Foundation de l'Ontario (Canada) et le Bureau régional OMS de l'Europe, qui portait sur les politiques de contrôle de l'alcool envisagées par rapport à la santé publique et dont il ressortait que la consommation d'alcool dans presque toutes les parties du monde suivait une courbe ascendante régulière et rapide (voir *Chronique OMS*, **30**: 267-270 (1976)). Dans une courte préface au présent rapport, le Dr A. Kaprio, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe, insiste sur les risques très graves que l'abus de l'alcool fait courir à la santé.

L'introduction de ce volume de 231 pages expose les difficultés auxquelles on s'est heurté pour élaborer des statistiques fiables et décrit les méthodes statistiques utilisées pour préparer le matériel en vue de sa présentation sous forme de tableaux uniformes. La partie statistique du rapport présente des données relatives à la production, à l'importation, à l'exportation et à la consommation de la bière, du vin, des vins de fruits et du cidre, et des alcools de distillation. Ces données ont été extraites de toutes les sources publiées disponibles ainsi que de questionnaires adressés à des bureaux de statistique de 139 pays du monde. Des renseignements détaillés sont fournis sur la consommation moyenne d'alcool estimée d'après la teneur en alcool de différentes boissons et un tableau analytique montre l'approvisionnement et l'utilisation de ces boissons dans quelques pays. On trouve en outre une estimation de la production enregistrée totale de bière, de vin et d'alcools par partie du monde. Il ressort de ces estimations que la production de bière est passée d'un peu moins de 41 milliards de litres en 1960 à plus de 68 milliards de litres en 1972 et que celle des alcools est passée de 1,6 à 2,6 milliards de litres (alcool pur) pendant la même période. La production de vin a augmenté moins rapidement malgré un accroissement significatif de la production en Europe et dans beaucoup de pays en développement, en particulier d'Afrique et d'Asie.

Ce rapport est essentiellement destiné à aider les organismes de santé publique à formuler leurs politiques, mais il pourrait aussi se révéler très utile aux nombreux organismes et personnes qui se servent de statistiques sur l'alcool pour des recherches médicales ou sociologiques et à d'autres fins.

Bilan de l'aide internationale pour les soins de santé primaires [6]

Les efforts déployés par le Soudan pour assurer, grâce à la participation de la collectivité, des soins de santé essentiels à ses populations rurales mal desservies ont figuré parmi les questions examinées lors d'une consultation inter-institutions sur les activités en cours dans le domaine des soins de santé primaires, qui a eu lieu à Alexandrie (Egypte) du 26 au 28 octobre 1977. Cette consultation, patronnée conjointement par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale et le FISE, a réuni des conseillers des deux organisations, d'autres institutions des Nations Unies et organismes internationaux en vue de coordonner leurs politiques de soutien aux projets de soins de santé primaires dans la Région de la Méditerranée orientale.

La réunion faisait partie du programme de l'OMS visant à assurer de meilleurs soins aux groupes les plus mal desservis et les plus défavorisés de la population mondiale, c'est-à-dire les habitants des campagnes. A cette fin, on met en place dans sept pays de la Région, notamment l'Iran et le Soudan, un système de soins fondé sur la participation de la collectivité, qui fait appel au personnel local et fournit un ensemble de services sociaux, préventifs et curatifs.

L'expérience acquise ces dernières années dans cinq zones isolées d'Iran fait clairement apparaître l'influence exercée par des projets fondés sur la collectivité et exécutés essentiellement par des agents de soins de santé primaires recrutés et formés sur place. Les rapports d'évaluation montrent que ces agents sanitaires de première ligne, après six mois de formation, sont

[4] Communiqué de presse du Bureau régional OMS de l'Europe.

[5] *International Statistics on alcoholic beverages. Production, trade and consumption, 1950-1972.* Helsinki, 1977 (The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Volume 27).

[6] D'après un communiqué de presse du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

capables de faire un diagnostic et de prendre les mesures appropriées dans 60-80% des cas. L'assistant de santé (*behdasht yar*) et le travailleur sanitaire de village (*behvarz*) sont devenus des personnages familiers de la campagne iranienne où ils accomplissent de nombreuses tâches sanitaires de base et soulagent les médecins de travaux qui prennent beaucoup de temps.

Au Soudan, où a été lancé un programme national de soins de santé primaires qui englobe 80% de la population rurale et nomade, plus de 850 unités de soins de santé primaires (desservant chacune 4000 personnes) seront dotées d'un personnel composé d'agents de santé sélectionnés sur place pour obtenir une autoresponsabilité maximale de la collectivité.

On peut escompter qu'à la suite de cette réunion inter-institutions, une coordination plus étroite et meilleure s'instaurera entre les organismes internationaux qui soutiennent si utilement la participation de la collectivité et les soins de santé primaires dans les pays en développement.

Des plans décennaux de développement recommandés par les experts pour atteindre les objectifs de la Décennie de l'eau et de l'assainissement [7]

Un groupe de travail, qui s'est réuni à Manille du 10 au 15 octobre 1977, a recommandé que soient établis des plans nationaux de 10 ans pour le développement de systèmes ruraux et urbains d'approvisionnement en eau et d'évacuation des déchets. Ce groupe, patronné conjointement par l'OMS et la Banque asiatique de Développement, a estimé que ces plans constituaient la manière la plus appropriée pour parvenir à ce que tout le monde puisse disposer d'eau saine d'ici 1990. Cela irait aussi dans le sens des recommandations émises lors de la Conférence de 1976 sur les Etablissements humains (Habitat) et de la Conférence des Nations Unies sur l'Eau de 1977, pour que les années 1980 soient déclarées Décennie internationale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Le groupe de travail a aussi recommandé que des efforts concertés soient déployés en vue d'éliminer les obstacles financiers, logistiques et techniques au développement des systèmes d'adduction d'eau et d'égouts. Il faut maintenant modifier radicalement les politiques pour assurer la continuité du financement, renforcer les institutions et les effectifs de personnel et obtenir le maximum de soutien de la population, notamment en ce qui concerne les réseaux ruraux d'adduction d'eau.

Le groupe de travail a formulé deux séries de recommandations, l'une pour les zones urbaines et l'autre pour le secteur rural.

Recours aux ressources locales pour réduire les dépenses de devises étrangères

Dans les agglomérations urbaines, les services des eaux et des égouts doivent être conçus et gérés selon le principe de l'autofinancement. Ils utiliseront leurs revenus pour couvrir les frais de fonctionnement et d'entretien, le remboursement des prêts et des intérêts et certaines améliorations. Il faudra toutefois qu'ils possèdent une autonomie suffisante et qu'ils soient maîtres de leurs recettes et de leurs dépenses. Le groupe de travail a recommandé que les capacités de fabrication de canalisations et d'autres matériels habituellement importés soient développées, afin de réduire les dépenses de devises étrangères.

Pour les nouveaux projets, il faudra mobiliser les ressources financières de la collectivité locale par tous les moyens disponibles. Peut-être des études spéciales seront-elles nécessaires, notamment en ce qui concerne la création d'un fonds de roulement national pour l'approvisionnement en eau et l'évacuation des eaux usées.

Des liens étroits avec les soins de santé primaires

En ce qui concerne l'approvisionnement en eau et l'assainissement des zones rurales, le groupe de travail a recommandé que des liens étroits s'établissent entre les programmes de soins de santé primaires et les programmes de développement rural. Il faudra s'efforcer de trouver des revenus suffisants pour payer autant que possible les frais de gestion et d'entretien. Les obstacles à une plus grande participation de la collectivité aux programmes ruraux d'approvisionnement en eau et d'assainissement tomberaient si la population était parfaitement motivée et si les autorités régionales acceptaient d'assumer une partie de la responsabilité du fonctionnement et de l'entretien des réseaux. Il a aussi été recommandé d'insister davantage, dans les activités d'éducation pour la santé, sur l'évacuation sanitaire des déchets.

Les pays suivants étaient représentés à la réunion: Afghanistan, Bangladesh, Birmanie, Fidji, Indonésie, Malaisie, Népal, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée et Thaïlande. Y assistaient aussi des observateurs de la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement, du FISE et du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.

Une nouvelle bibliothèque médicale régionale de l'OMS s'ouvre à Téhéran

La nouvelle bibliothèque médicale régionale de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale ouverte le 1er janvier 1978 à la Bibliothèque de Médecine Pahlavi du Centre médical impérial d'Iran, à Téhéran, est la deuxième du genre. Créée il y a une dizaine d'années, la Biblioteca Regional de Medicina de São Paulo (Brésil) était jusqu'ici la seule bibliothèque médicale régionale de l'OMS.

L'objectif essentiel de cette bibliothèque sera d'améliorer la circulation des informations dans les Etats Membres concernant les services de santé et les soins médicaux, en particulier l'enseignement de la médecine, la recherche et le développement des personnels de santé. Pour commencer, elle assurera des services MEDLINE et la photocopie d'articles de périodiques aux

[7] D'après un communiqué de presse du Bureau régional OMS du Pacifique occidental.

pays de la Région de la Méditerranée orientale. Plus tard, on projette d'y ajouter les services suivants:

— prêts inter-bibliothèques de livres, documents, matériels audio-visuels et autres types de littérature

— formation de bibliothécaires médicaux et de personnel auxiliaire de bibliothèque

— service consultatif aux ministères concernant les bibliothèques et la littérature relative à la santé

— nouveaux nœuds d'accès MEDLINE reliés à Téhéran

— indexation d'articles, livres et documents relatifs à la santé publique et aux sciences biomédicales

— services bibliographiques d'information courante en matière de santé

— recherche sur les procédés de transfert d'informations pertinents

— services audio-visuels et services de conseil.

Selon les ressources disponibles, le service sera étendu à des pays hors de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

De nouveaux représentants de l'OMS au Népal et en Thaïlande [8]

Le Dr V. T. Herat Gunaratne, Directeur régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, a annoncé la nomination de nouveaux représentants de l'OMS au Népal et en Thaïlande. Le Dr M. Sathianathan devient le nouveau représentant de l'OMS en Thaïlande. Il succède au Dr R. Chical qui, quant à lui, va occuper au Népal le poste laissé vacant par le départ à la retraite du Dr A. R. Mills.

Népal : le Dr R. Chical

Le Dr Roger Chical est né en France en 1921. Il a obtenu son doctorat en médecine en 1950 et possède aussi un diplôme de médecine du travail et un grade de « Master » en santé publique.

Après s'être spécialisé en médecine du travail et en médecine industrielle, le Dr Chical est parti pour la République Centrafricaine (aujourd'hui Empire Centrafricain). Il est entré à l'OMS en 1968 et a travaillé en Tunisie, en Malaisie et au Népal jusqu'à sa nomination comme représentant de l'OMS en Thaïlande en 1973.

Thaïlande : le Dr M. Sathianathan

Né en 1930 à Ceylan (aujourd'hui Sri Lanka), le Dr Sathianathan a obtenu son doctorat en médecine en 1953. Il possède aussi un diplôme d'hygiène et de médecine tropicales et un grade de « Master » en santé publique.

Après avoir occupé différents postes dans les services de santé de son pays, le Dr Sathianathan est entré à l'OMS en 1964 comme administrateur de la santé publique aux îles Maldives, puis il a été affecté au Népal et au Bangladesh.

[8] D'après un communiqué de presse du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.

Hygiène des terrains de camping

« Les camps devraient être conçus pour accueillir un maximum de 60 caravanes à l'hectare et devraient avoir une zone de récréation couvrant au moins 8 % de la superficie totale du camp, et jamais inférieure à 240 m².

» Entre les caravanes, tentes ou bâtiments il devrait y avoir un espace d'au moins 6 m pour éviter la promiscuité et empêcher la propagation des incendies. Les routes, chemins et autres espaces publics ne devraient pas se trouver à moins de 7,5 m des emplacements des tentes ou caravanes. Cependant, l'espacement effectif dépendra de la topographie, de la possibilité ou de l'impossibilité de garer les voitures sur place, ainsi que du type et des dimensions de la caravane ou de la tente.

» L'implantation de bornes de raccordement au courant électrique, à l'eau potable et aux conduites d'évacuation des eaux usées permet dans une certaine mesure de faire respecter l'espacement des caravanes.»

Extrait de: SALVATO, J. A. *Guide d'hygiène dans les établissements touristiques*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977, pp. 99-100.

Publications de l'OMS

Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Vol. 55, N° 2-3, Genève, 1977, 309 pages.

Prix: Fr. s. 36,—.

Voici les titres des articles techniques publiés dans ce numéro double entièrement consacré aux travaux des ateliers USAID/OMS sur la biologie et la culture *in vitro* des parasites du paludisme:

Variations in structure and function during the life cycle of malarial parasites
Hypothesis on the mechanism of erythrocyte invasion by malaria merozoites
Recent advances in understanding the invasion of erythrocytes by merozoites of *Plasmodium knowlesi*
Electron microscope cytochemistry of host-parasite membrane interactions in malaria
Invasion and growth of *Plasmodium falciparum* in different types of human erythrocyte
Invasion of erythrocytes and antigenic variation
A histidine-rich protein from *Plasmodium falciparum* and its interaction with membranes
A freeze-fracture study on the parasite-erythrocyte interrelationship in *Plasmodium knowlesi* infections
Labelling of membrane glycoprotein in erythrocytes infected with *Plasmodium knowlesi*
Transport of amino acids and nucleic acid precursors in malarial parasites
Transport of carbohydrates by malarial parasites
Carbohydrate metabolism of malarial parasites
Lipids and the malarial parasite
Salvage syntheses and their relationship to nucleic acid metabolism
Isolation and analysis of nucleotides from erythrocyte-free malarial parasites (*Plasmodium berghei*) and potential relevance to malaria chemotherapy
Amino acid metabolism and protein synthesis in malarial parasites
Release of protein by erythrocytic stages of *Plasmodium knowlesi* during cultivation *in vitro*
Cofactors and vitamins in the metabolism of malarial parasites. Factors other than folates
Folate metabolism in malaria
Ultrastructure and viability of cryopreserved *Plasmodium falciparum*
A quantitative long-term cryobiological study of malarial parasites
Preservation of intraerythrocytic forms of malarial parasites by one-step and two-step cooling procedures
The isolation and fractionation of malaria-infected cells
Purification of intracellular forms of *Plasmodium chabaudi* and their interactions with the erythrocyte membrane and with serum albumin
Biochemical markers for strain differentiation in malarial parasites
Cultivation of erythrocytic stages
Interactions of rodent malaria parasites with Friend erythroleukemia cells *in vitro*
Should cultivated exoerythrocytic parasites be considered as a source of antigen for a malaria vaccine?
In vitro cultivation of the sporogonic stages of *Plasmodium*: a review
Biochemical and technical considerations regarding the mass production of certain parasitic protozoa
An effective immunization of *Aotus trivirgatus* monkeys against *Plasmodium falciparum* : a research note
Cultivation of bloodstream *Trypanosoma brucei*
Future orientation of research

La brucellose — techniques de laboratoire, par G. G. Alton, Lois M. Jones & D. E. Pietz, Genève, 1975, 177 pages (Série de Monographies N° 55, 2e éd.)
ISBN 92 4 240055 6.

Prix: Fr. s. 35,—.

Le succès de la lutte contre la brucellose, qui reste un problème dans le monde entier tant sur le plan économique que du point de vue de la santé publique, passe avant tout par une étroite collaboration entre des laboratoires bien équipés faisant appel à des méthodes normalisées et des services médicaux et vétérinaires bien implantés.

Les huit années qui se sont écoulées depuis la publication de la première édition de cette monographie ont été marquées par d'importants perfectionnements apportés aux techniques de laboratoire servant au diagnostic et à la lutte. Dans la seconde édition, tous les chapitres ont été entièrement revus et mis à jour, deux nouveaux chapitres, consacrés à *Brucella ovis* et *Brucella canis* étant par ailleurs ajoutés. Le chapitre consacré aux méthodes bactériennes a été enrichi d'intéressants développements sur les indispensables précautions à prendre lorsqu'on manipule des produits infectieux ou potentiellement infectieux, que ce soit sur le terrain ou dans le laboratoire. Le chapitre sur les méthodes sérologiques a été considérablement augmenté avec l'inclusion des méthodes employées par le Ministère de l'Agriculture des Etats-Unis pour la préparation et la normalisation des antigènes, largement utilisées dans certaines régions du monde. Plusieurs autres épreuves de diagnostic figurent pour la première fois sous forme détaillée dans la seconde édition. C'est ainsi que sont présentées, d'une part deux méthodes d'épreuve de fixation du complément — celle qui a été mise au point à l'intention du Service de Santé publique des Etats-Unis et la méthode de Hill pour la brucellose bovine — et d'autre part la marche à suivre pour exécuter l'épreuve à l'antigène brucellique tamponné et l'épreuve de Coombs à l'antiglobuline.

L'utilisation et les limites des réactions d'allergie sont discutées longuement, tandis que la nature des allergènes, ainsi que leur production et leur utilisation sont également abordées. Les nouveaux chapitres consacrés à *Brucella ovis* et à *Brucella canis* traitent des méthodes diagnostiques, cliniques et sérologiques, ainsi que des techniques d'isolement et d'identification des deux organismes.

Cahiers de Santé publique

N°		Fr.s.
31.	GUIDE POUR LA DOTATION D'UN HÔPITAL EN PERSONNEL INFIRMIER. *Marguerite Paetznick* (1968) 96 pages	4,—
32.	ÉTUDE INTERNATIONALE DES DÉPENSES DE SANTÉ. Leur incidence sur la planification des services médico-sanitaires. *Biran Abel-Smith* (1969) 136 pages	6,—
33.	BASES PHYSIOLOGIQUES DES NORMES D'HYGIÈNE APPLICABLES AU LOGEMENT. *M. S. Goromosov* (1968) 105 pages	5,—
34.	PRINCIPES ET PRATIQUE DU DÉPISTAGE DES MALADIES. *J. M. G. Wilson & G. Jungner* (1970) 181 pages	7,—
35.	LA PRÉVENTION DU SUICIDE (1969) 90 pages	4,—
36.	ÉTUDE SUR LA NATURE ET LE RÔLE DES EXAMENS DANS L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. *J. Charvet, C. McGuire & V. Parsons* (1970) 78 pages	5,—
37.	LES MÉTHODES DE MESURE DE L'ÂGE BIOLOGIQUE CHEZ L'HOMME. *F. Bourlière* (1969) 73 pages	5,—
38.	LES COLLECTIVITÉS AUX PRISES AVEC LES PROBLÈMES DES MATIÈRES USÉES. *H. M. Ellis, W. E. Gilbertson, O. Jaag, D. A. Okun, H. I. Shuval & J. Summer* (1970) 96 pages	6,—
39.	LA FORMATION POSTUNIVERSITAIRE DU PERSONNEL DE SANTÉ EN URSS (1970) 60 pages	4,—
40.	PRINCIPES ET MÉTHODES DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA. *Divers auteurs* (1970) 141 pages	8,—
41.	LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES. *A. R. May, J. H. Kahn & B. Cronholm* (1971) 80 pages	5,—
42.	LA PRÉVENTION DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ PÉRINATALES. Rapport sur un séminaire (1971) 102 pages	6,—
43.	PRINCIPES DE LA PLANIFICATION SANITAIRE EN URSS (1973) 177 pages	9,—
44.	PLANIFICATION ET PROGRAMMATION DES SERVICES INFIRMIERS (1973) 124 pages	7,—
45.	LES EXAMENS DE SANTÉ DE MASSE (1972) 104 pages	6,—
46.	LA PLANIFICATION SANITAIRE NATIONALE. *H. E. Hilleboe, A. Barkhuus et W. C. Thomas, Jr* (1973) 122 pages	7,—
47.	CONSIDÉRATIONS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT (1973) 121 pages	8,—
48.	ÉVALUATION DES CENTRES DE SANTÉ. *Milton I. Roemer* (1973) 48 pages	5,—
49.	INTERACTIONS ENTRE LES PROGRAMMES DE SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE (1973) 61 pages	5,—
50.	LÉGISLATION HOSPITALIÈRE ET SYSTÈMES HOSPITALIERS. *R. F. Bridgman & M. I. Roemer* (1973) 252 pages	12,—
51.	RECHERCHE EN ORGANISATION SANITAIRE ET TECHNIQUES DE MANAGEMENT. *F. Grundy & W. A. Reinke* (1973) 204 pages	10,—
52.	L'AMÉLIORATION DE L'ENSEIGNEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ (1974) 112 pages	7,—
53.	LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA FORMATION DES INFIRMIÈRES (1974) 54 pages	5,—
54.	LUTTE CONTRE LA POLLUTION DE L'AIR EN URSS. *N. F. Izmerov* (1974) 168 pages	9,—
55.	MÉTHODES MODERNES DE GESTION ET ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ (1974) 110 pages	7,—
56.	LA FORMATION ET L'UTILISATION DES FELDSHERS EN URSS (1974) 53 pages	5,—
57.	L'ENSEIGNEMENT DE LA SEXUALITÉ HUMAINE DANS LES ÉTABLISSEMENTS FORMANT LES PERSONNELS DE SANTÉ. *D. C. Mace, R. H. O. Bannerman & J. Burton* (1974) 52 pages	5,—
58.	LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE. *Eileen M. Brooke* (1975) 144 pages	8,—
59.	L'ADMINISTRATION DES PROGRAMMES DE SALUBRITÉ DE L'ENVIRONNEMENT. Approche systématique. *Morris Schaefer* (1975) 256 pages	12,—
60.	UNE CATÉGORIE INTERMÉDIAIRE DE PERSONNEL SANITAIRE: L'ASSISTANT MÉDICAL (1975) 216 pages	10,—
61.	STRATÉGIES DE L'ENSEIGNEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ (1975) 112 pages	7,—
62.	MESURES À PRENDRE EN VUE D'ASSURER LA SALUBRITÉ DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. Aspects sanitaires de la pollution. *J. Brisou* (1975) 96 pages	10,—

PUBLICATIONS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

ABONNEMENTS ET PRIX POUR 1978

Abonnement global

L'abonnement global s'étend à toutes les publications de l'OMS, c'est-à-dire à toutes celles que comprend l'abonnement combiné IV et, en outre, à la *Série de Monographies* et aux publications hors série, y compris les volumes — mais non les diapositives — de la Classification histologique internationale des tumeurs et à l'exclusion des publications du Centre international de Recherche sur le Cancer.

Fr. s. 1100,—

Abonnements combinés

Des prix spéciaux sont prévus pour les abonnements combinés à certaines publications:

Abonnement		
I	*Bulletin, Chronique, Série de Rapports techniques* et *Cahiers de Santé publique*	Fr. s. 250,—
II	*Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales* et *Rapport de Statistiques sanitaires mondiales*	Fr. s. 180,—
III	*Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, Rapport de Statistiques sanitaires mondiales* et *Relevé épidémiologique hebdomadaire*	Fr. s. 280,—
IV	*Bulletin, Chronique, Série de Rapports techniques, Cahiers de Santé publique, OMS. Publications offset, Actes officiels, Recueil international de Législation sanitaire, Rapport de Statistiques sanitaires mondiales, Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, Relevé épidémiologique hebdomadaire, OMS. Publications régionales (série européenne)* et *Santé du Monde*	Fr. s. 800,—

L'Organisation mondiale de la Santé se fera un plaisir d'indiquer le prix de toute autre combinaison d'abonnements que l'on pourrait désirer.

Abonnements individuels

Bulletin, vol. 56 (6 numéros)	Fr. s. 100,—
Chronique, vol. 32 (12 numéros)	Fr. s. 45,—
Recueil International de Législation sanitaire, vol. 29 (4 numéros)	Fr. s. 70,—
Série de Rapports techniques	Fr. s. 100,—
Actes officiels	Fr. s. 100,—
Rapport de Statistiques sanitaires mondiales, vol. 31 (4 numéros)	Fr. s. 70,—
Relevé épidémiologique hebdomadaire, 53e année (52 numéros)	Fr. s. 100,—
Certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux	Fr. s. 18,—
OMS, Publications régionales (série européenne)	Fr. s. 60,—
Santé du Monde, vol. 31	Fr. s. 25,—

Les abonnements combinés peuvent être souscrits auprès des dépositaires des publications de l'OMS, pour l'année civile (*du 1er janvier au 31 décembre*) seulement. Prix sujets à modification sans préavis.

* * *

Des numéros spécimens de périodiques et un catalogue seront envoyés gratuitement sur demande

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes :

AFRIQUE DU SUD	Van Schaik's Bookstore (Pty) Ltd, P.O. 724, Pretoria.
ALGÉRIE	Société Nationale d'Edition et de Diffusion, 3 bd Zirout Youcef, Alger.
ALLEMAGNE, RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'	Govi-Verlag, GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 Eschborn — W. E. Saarbach, Postfach 101610, Follerstrasse 2, 5 Cologne 1 — Alex. Horn, Spiegelgasse 9, 62 Wiesbaden.
ARGENTINE	Carlos Hirsch SRL, Florida 165, Galeria Güemes, Escritorio 453/465, Buenos Aires.
AUSTRALIE	Mail Order Sales, Australian Government Publishing Service Bookshops, P.O. Box 84, Canberra A.C.T. 2600; *or over the counter from* Australian Government Publications and Inquiry Centres at: 113 London Circuit, Canberra City, Shop 42, The Valley Centre, Brisbane, Queensland, 347 Swanston Street, Melbourne; 309 Pitt Street, Sydney; Mt Newman House, 200 St. George's Terrace, Perth; Industry House, 12 Pirie Street, Adelaide; 156-162 Macquarie Street, Hobart — Hunter Publications, 58A Gipps Street, Collingwood, Vic. 3066.
AUTRICHE	Gerold & Co., I. Graben 31, Vienne 1.
BANGLADESH	Représentant de l'OMS, G.P.O. Box 250, Dacca 5. The Association of Voluntary Agencies, P.O. Box 5045, Dacca, Bangladesh.
BELGIQUE	Office international de Librairie, 30 avenue Marnix, 1050 Bruxelles. Abonnements à Santé du Monde seulement: Jean de Lannoy, 112 rue du Trône, 1050 Bruxelles.
BIRMANIE	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
BRÉSIL	Biblioteca Regional de Medicina OMR/OPS, Unidad de Venta de Publicaciones, Caixa Postal 20.381, Vila Clementino, 01000 São Paulo — S.P.
CANADA	*Pour toute commande hors abonnement:* Canadian Public Health Association, 1335 Carling Avenue, Suite 210 Ottawa, Ontario, Canada KIZ 8N8. *Abonnements:* Les demandes d'abonnement, accompagnées d'un chèque au nom de la Banque Royale du Canada, Ottawa, compte Organisation mondiale de la Santé, doivent être envoyées à l'Organisation mondiale de la Santé, P.O. Box 1800, Postal Station B, Ottawa, Ont. K1P 5R5. La correspondance concernant les abonnements doit être adressée à l'Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 Genève 27, Suisse.
CHINE	China National Publications Import Corporation, P.O. Box 88, Pékin.
COLOMBIE	Distrílibros Ltd, Pío Alfonso García, Carrera 4a, Nos 36-119, Carthagène.
DANEMARK	Ejnar Munksgaard, Ltd, Nørregade 6, DK-1165 Copenhague.
ÉGYPTE	Nabaa El Fikr Bookshop, 55 Saad Zaghloul Street, Alexandrie.
EL SALVADOR	Librería Estudiantil, Edificio Comercial B No. 3, Avenida Libertad, San Salvador.
ÉQUATEUR	Librería Científica S.A., P.O. Box 362, Luque 223, Guayaquil.
ESPAGNE	Comercial Atheneum S.A., Consejo de Ciento 130-136, Barcelone 15; General Moscardó 29, Madrid 20 — Librería Díaz de Santos, Lagasca 95, Madrid 6; Balmes 417 y 419, Barcelone 6.
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	*Pour toute commande hors abonnement:* WHO Publications Centre USA, 49 Sheridan Avenue, Albany, NY 12210. *Abonnements:* Les demandes d'abonnement, accompagnées d'un chèque au nom de Chemical Bank, New York, Account World Health Organization, doivent être envoyées à World Health Organization, P.O. Box 5284, Church Street Station, New York, NY 10249. La correspondance coocernant les abonnements doit être adressée à l'Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 Genève, Suisse. *Les publications sont également disponibles auprès de* United Nations Bookshop, New York, NY 10017 *(vente au détail seulement).*
FIDJI	Représentant de l'OMS, P.O. Box 113, Suva.
FINLANDE	Akateeminen Kirjakauppa, Keskuskatu 2, Helsinki 10.
FRANCE	Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris.
GRÈCE	G. C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, Athènes (T. 126).
HAITI	Max Bouchereau, Librairie « A la Caravelle », Boîte postale 111-B, Port-au-Prince.
HONG KONG	Hong Kong Government Information Services, Beaconsfield House, 6th Floor, Queen's Road, Central, Victoria.
HONGRIE	Kultura, P.O.B. 149, Budapest 62 — Akadémiai Könyvesbolt, Váci utca 22, Budapest V.
INDE	Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Ring Road, New Delhi 1 — Oxford Book & Stationery Co., Scindia House, New Delhi; 17 Park Street Calcutta 16 (Sous-agent).
INDONÉSIE	M/s Kalman Books Services Ltd, J1.A. Yani, P.O. Box 3105, Jakarta.
IRAN	Iranian Amalgamated Distribution Agency, 151 Khiaban Soraya, Téhéran.
IRLANDE	The Stationery Office, Dublin 4.
ISLANDE	Snaebjörn Jonsson & Co., P.O. Box 1131, Hafnarstraeti 9, Reykjavik.
ISRAEL	Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss, Jérusalem.
ITALIE	Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83-85, 10126 Turin; Via Lamarmora 3, Milan.
JAPON	Maruzen Co. Ltd, Box 5050, Tokyo International, 100-31.