

ORGANISATION DU SERVICE ANTIPALUDIQUE

A la date du 1er Mars 1949, le Ministre de la Santé Publique a décidé de réorganiser le Service Antipaludique dans la Régence.

Le regretté Dr Villain avait eu le mérite, en 1933, de mettre sur pied une organisation remarquable, à laquelle il y a peu de chose à retoucher aujourd'hui. Les modifications à y apporter ne peuvent porter que sur des points de détail et sont plutôt le fait de progrès réalisés dans tel ou tel domaine scientifique. Sa remise en marche ne nécessite que bonne volonté de la part de tous ceux qui, dans le cadre administratif et technique, sont appelés à y collaborer.

L'innovation majeure apportée à cet organisme consiste dans l'établissement d'une collaboration étroite entre le Service de Santé Civil et les Services de Santé Militaires, de l'Air et de la Marine. Déjà, des contacts ont été pris et des opinions échangées.

Au sein du Ministère de la Santé Publique a donc été créé le Service Antipaludique. Il est nanti d'une autonomie technique absolue et est en liaison directe avec le Ministre.

A sa tête, un Médecin-Inspecteur, le Dr Dignat, Chef du Service, ayant autorité sur tout le personnel (médecins, infirmiers, infirmières, assistantes sociales) est responsable de la lutte antipaludique sur tout le territoire. Il lui appartient de donner toutes les directives, de centraliser tous les documents, de dresser la carte d'ensemble des gîtes larvaires, les index spléniques et plasmodiques d'après les notes et les données qu'il recevra de ses agents qui seront en relations constantes avec les autorités administratives (Contrôleurs Civils, Caïds), avec les Directeurs d'Administrations susceptibles de lui apporter leur concours (Instruction Publique, Travaux Publics, Paysanat, Chambres d'Agriculture, etc...).

Un Médecin Adjoint, le Dr. Sicart, dirige le laboratoire central basé à l'Institut Pasteur de Tunis et est chargé des recherches scientifiques, notamment de l'étude des anophèles du pays. Il contrôle également les petits laboratoires des circonscriptions médicales.

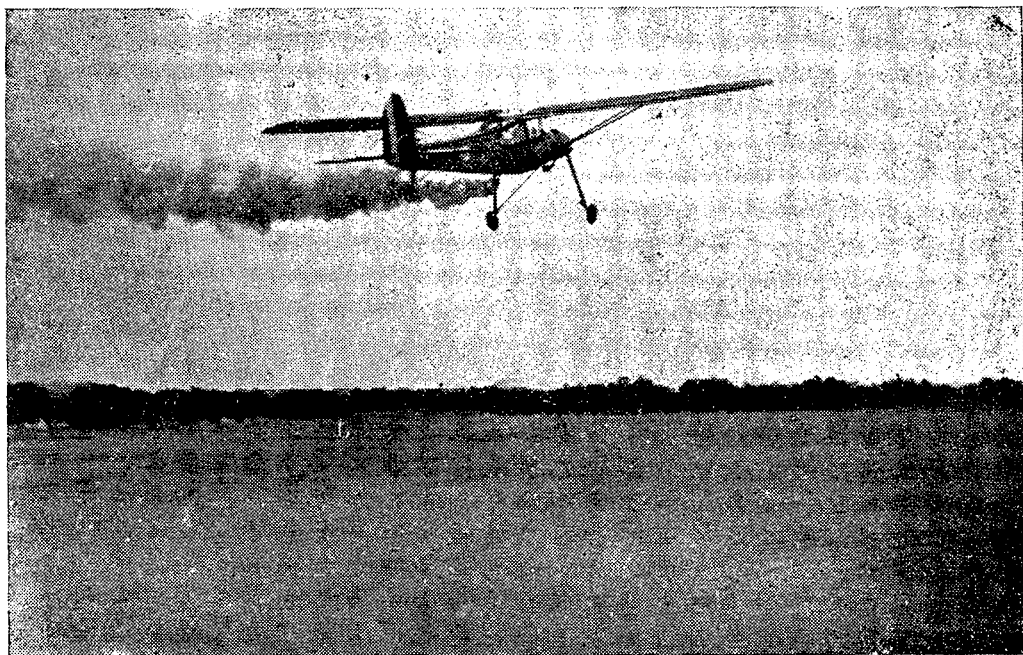
Il a aussi pour rôle de former des laboratins et d'organiser des stages de perfectionnement pour les Médecins de la Santé Publique. Le Dr. Villain s'était déjà attaché à instruire le plus grand nombre possible d'auxiliaires médicaux, à les familiariser avec ces examens microscopiques. Déjà existent dans de nombreuses circonscriptions médicales de petits laboratoires qui permettent de découvrir rapidement les porteurs d'hématozoaires. Cette heureuse formule sera donc généralisée dans le proche avenir et libérera le laboratoire central de sa lourde tâche actuelle.

Il existe en Tunisie, depuis 1933, un corps d'infirmiers itinérants spécialisés notamment dans la lutte antipaludique. Deux cents de ces infirmiers sont répartis dans l'ensemble des circonscriptions médicales, selon l'étendue de la circonscription et l'incidence de l'épidémie. Chacun d'eux se voit attribuer un secteur fixe qu'il doit régulièrement parcourir. Son activité est justifiée par des carnets de contrôle dûment signés lors de son passage par les autorités, chefs de fermes et de douars.

Le cycle des tournées est établi de telle manière que l'infirmier doit au moins une fois par semaine visiter régulièrement chaque douar et visiter tous les habitants. Ces auxiliaires de la Santé Publique, cela se conçoit aisément, jouent un rôle de premier plan dans le dépistage de toutes les maladies épidémiques (typhus, variole, récurrente, etc...). Ils sont tenus d'adres-

ser quotidiennement un rapport au médecin de la Santé Publique de leur circonscription.

Une des causes essentielles de la diffusion du paludisme en Tunisie est le nomadisme. A telle enseigne que l'examen des courbes statistiques de cette épidémie révèle une recrudescence plus marquée en période de sécheresse générale. Du fait des récoltes nulles ou mauvaises dans le centre et le sud du pays, on assiste à une transhumance massive vers les régions nord et côtières de tous ces miséreux venus louer leurs bras dans les zones privilégiées. Mais ces riches régions sont aussi des régions à palu-



Epandage de poudre larvicide par avion « Piper-Club »

disme. Ils s'y contaminent donc, et lors du retour vers le pays d'origine, ils diffusent la maladie sur tout le trajet du retour, payant eux-mêmes un lourd tribut. L'an dernier, une tribu des Bénizid, en rejoignant El Hamma de Gabès, où la prophylaxie collective à la prémaline avait protégé les sédentaires, a perdu par décès 256 de ses membres.

Aussi, la surveillance et le contrôle du nomadisme doivent-ils constituer un sérieux effort de coordination entre les autorités françaises et tunisiennes.

La carte de la transhumance est connue et dressée. Toutes les routes sont sanitairelement surveillées. Chaque départ de caravane est signalé, et celle-ci est prise en charge du point de départ au point d'arrivée. A tous les croisements importants, des postes sanitaires sont installés, pourvus d'infirmiers qui ont pour mission d'examiner les nomades, de dépister les malades et les réservoirs de virus, et de garder ceux-ci sur place pour les traiter jusqu'à guérison. Chaque nomade est pourvu d'une fiche sanitaire qu'il doit présenter à chaque poste où elle est visée et complétée s'il y a lieu.

Ces considérations générales étant posées, comment entreprendre main-

tenant et de la manière la plus efficace, la lutte contre le paludisme.

Pour permettre de mieux comprendre dans la pratique les différents types de prophylaxie, nous croyons préférable de faire le classement suivant :

I. — *La prophylaxie collective*, qui a pour but de lutter dans un pays entier contre le paludisme (soit afin d'empêcher le développement d'une épidémie naissante, soit afin d'arrêter une épidémie en pleine évolution).

II. — *La prophylaxie individuelle*, qui a pour but de permettre à un individu sain, séjournant dans une région impaludée d'échapper à la maladie répandue dans le pays.

III. — Entre ces deux types bien définis de prophylaxie, peuvent se placer de nombreuses modalités d'application pratique; par exemple : la PROTECTION D'UNE COLLECTIVITÉ AUTONOME (garnison militaire, etc...) enclavée au milieu d'une population non traitée.

PROPHYLAXIE COLLECTIVE

a) lutte contre l'agent vecteur (petites mesures antilarvaires, grands travaux d'assainissement, etc...);

b) lutte directe contre l'hématozoaire chez l'homme (prophylaxie thérapeutique ou médicamenteuse collective).

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE

a) lutte également contre l'agent vecteur (moustiquaires, fly-tox, etc...);

b) lutte contre l'hématozoaire chez l'homme (prophylaxie médicamenteuse individuelle).

Pour la prophylaxie collective, la lutte antianophélienne est essentiellement dirigée contre l'anophèle à l'état larvaire. Par contre, la prophylaxie individuelle lutte contre l'anophèle adulte.

Toutefois, la prophylaxie collective peut être complétée par l'application d'un certain nombre de mesures individuelles (types : les travaux de bonification italiens).

Le paludisme étant une maladie non immunisante, une prophylaxie, quelle qu'elle soit, doit durer pendant toute la période anophélienne. L'intérêt de la prophylaxie collective opposée à la prophylaxie individuelle est que, non seulement elle permet de faire disparaître la plupart des effets cliniques de la maladie dans une région entière, mais aussi qu'elle diminue progressivement les réservoirs de virus.

L'effort gouvernemental doit donc porter essentiellement sur la prophylaxie collective.

D'une façon générale, les mesures antilarvaires trouvent leur maximum d'indication dans les régions de population très dense. Par contre, ces mesures deviennent inefficaces ou très onéreuses dès que la densité de la population diminue. Or, le paludisme tend à devenir d'autant plus sévère que les régions qu'il touche sont moins peuplées.

Ces régions sont souvent peu peuplées à cause même du paludisme qui y trouve depuis longtemps des conditions particulièrement favorables de développement. Mais il est une autre raison importante pour laquelle les populations clairsemées sont plus volontiers la proie d'un palu-



Epandage de poudre larvicide à la main

disme très sévère : les anophèles femelles adultes qui transmettent les hématozoaires doivent faire au moins un repas de sang par nuit. Les sujets habitant dans des régions où la population est clairsemée sont donc piqués plus souvent à densité anophélienne égale, que dans les régions à population dense et surtout que dans les villes. La présence d'animaux domestiques protège en partie la population humaine, mais la loi générale reste vraie dans l'ensemble.

Jusqu'à présent, la prophylaxie collective a été surtout basée sur les mesures antilarvaires, la prophylaxie médicamenteuse restant au second plan comme méthode de complément. Mais les découvertes chimiques des vingt dernières années permettent d'envisager la question sous un jour nouveau.

Nous estimons qu'une prophylaxie médicamenteuse quelle qu'elle soit ne peut devenir une arme de premier plan dans la lutte contre les grandes épidémies palustres qui si elle répond aux conditions suivantes :

a) être applicable à toute une population sans provoquer une gêne intolérable pour celle-ci. L'expérience montre que pour répondre à cette question, elle doit :

1° être au maximum hebdomadaire;

2° éviter les injections;

b) être efficace quelles que soient la virulence de l'épidémie et les surinfections qui la déterminent;

c) être efficace même si une partie de la population échappe à la prophylaxie. A part certains cas particuliers, il est relativement facile d'atteindre régulièrement 90 % d'une population.

Par contre, il est difficile d'atteindre 100 % d'une population, à moins d'employer des mesures de rigueur qui risquent d'indisposer les sujets traités.

d) être d'un prix de revient qui permette son application sur une grande échelle.

De nombreuses expériences faites en Tunisie sur de nombreuses collectivités, il résulte, sans entrer dans le détail, que nous possédons aujourd'hui avec les synthétiques prémaline « N » et nivaquine, les médicaments synthétiques répondant parfaitement à ces conditions.

La prophylaxie peut débuter au rythme hebdomadaire pendant un mois et devenir décadaire pendant les cinq mois suivants, soit une consommation de soixante comprimés par individu et pour toute la campagne, entraînant une dépense de l'ordre approximatif de 180 frs par personne.

Je n'insisterai donc pas davantage sur la prophylaxie collective thérapeutique telle que nous la concevons. Sa posologie en est nettement codifiée et son rythme, d'abord hebdomadaire, puis décadaire et bi-mensuel, constitue sa charte d'application auprès des populations traitées.

Quant à la prophylaxie anti-anophélie, elle est conduite comme suit : tous les médecins de la Santé Publique de la Régence ont dressé, sur notre demande, une carte des gîtes larvaires de leur circonscription médicale. Leur suppression est prévue, soit par des travaux d'assainissement, soit par délarvisation. Cette lutte intervient de mai à octobre. S'il s'agit de travaux facilement réalisables, les agents délarvisateurs sont munis de poudre Gyron projetée à l'aide d'appareils Procal.

Notre but est d'arriver à la suppression progressive de cette main-d'œuvre onéreuse. Déjà l'acquisition d'appareils à grande puissance nous permet d'envisager le traitement rapide de gîtes importants, soit par Gyron, soit par D. D. T. incorporée à du pétrole. Nous espérons, grâce aux crédits que le Gouvernement et le Grand Conseil de la Tunisie nous ont alloués, arriver avant même la fin de cette campagne, à la constitution d'équipes motorisées de délarvisation, équipes régionales dont le seul rôle sera de parcourir mensuellement toutes les circonscriptions médicales pour y traiter les gîtes connus et relevés par les médecins de la Santé Publique.

Ceci concerne le stade larvaire. Il n'en va pas de même avec l'insecte adulte. Là, la poudre D. D. T. ou les nouveaux insecticides rendront les plus grands services.

Cette action doit être conduite sur une vaste échelle dans les maisons, à raison d'une pulvérisation au début de la saison palustre et une autre au début de l'hiver. Il est évident que dans ce cas, la participation des collectivités communales, rurales et des particuliers devra intervenir, tout au moins pour l'achat des ingrédients à utiliser.

Pour terminer, un mot sur l'éducation de la masse. Toute médecine préventive est d'abord et avant tout une question d'hygiène et en conséquence, une question d'éducation de la population.

En accord avec la Direction de l'Instruction Publique, nous ferons en sorte que dans chaque école, les instituteurs soient instruits des choses élémentaires du paludisme et en instruisent eux-mêmes leurs élèves.

Nous allons reprendre, à ce sujet, la diffusion des tableaux de propa-

gande, non seulement dans les écoles, mais dans les Administrations et les lieux publics. Propagande par le cinéma, la radio, par des conférences, des disques, des brochures de vulgarisation, etc...

Nos infirmiers, nos infirmières, nos assistantes sociales vont suivre à nouveau des cours théoriques et pratiques et les meilleurs d'entre eux feront des stages de perfectionnement au laboratoire central. Nos médecins de la Santé Publique y viendront également à tour de rôle et nous inciterons la majorité d'entre eux à prendre leur diplôme de médecin malarialogue.

Au cours de la dernière campagne, une menace grave d'épidémie s'annonçait dans la région du lac Kelbia. Des mesures énergiques ont été prises, du gyron projeté en grande quantité par avion et les populations bénéficièrent en même temps de la prophylaxie collective. Les résultats ont été remarquables et le danger jugulé.

Instruits par ce précédent, la Régence va bénéficier cette année de mesures générales qui doivent nécessairement, sinon empêcher toute éclosion épidémique, du moins « mettre le feu sous la cendre » et protéger au maximum les populations dans leur ensemble.

Docteur DIGNAT,
Médecin-Inspecteur
Chef du Service Antipaludique
au Ministère de la Santé Publique