

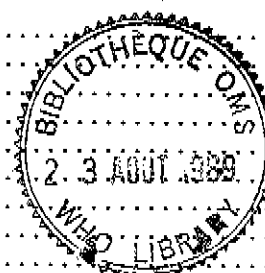


RAPPORT D'UNE CONSULTATION SUR LA LUTTE CONTRE LA LEPRE  
DANS LE CADRE DES SERVICES URBAINS DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Alexandrie, 14-17 novembre 1988

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION .....	2
2. RAPPORTS SUR LES PROGRAMMES .....	2
2.1 Djakarta .....	2
2.2 Madras .....	3
2.3 Calcutta .....	5
2.4 Bombay .....	6
2.5 Manille .....	8
2.6 Bangkok .....	8
2.7 Hong Kong .....	9
2.8 Singapour .....	11
2.9 Alexandrie .....	12
2.10 Le Caire .....	14
2.11 Nigéria .....	15
2.12 Kenya .....	16
2.13 Kinshasa .....	17
2.14 Mexico .....	18
2.15 Istanbul .....	18
2.16 Rio de Janeiro .....	19
2.17 Les soins de santé primaires dans les zones urbaines et la croissance urbaine .....	20
2.18 Détermination des priorités des programmes de lutte contre la lèpre en milieu urbain .....	21
2.19 La lèpre et les moyens de la combattre dans les zones urbaines .....	22
3. DISCUSSIONS DE GROUPE .....	23
3.1 Dépistage et traitement des cas .....	23
3.2 Traitement et prise en charge des cas .....	24
3.3 Formation .....	25
3.4 Education pour la santé .....	26
3.5 Prévention des incapacités et réadaptation .....	26
3.6 Coordination .....	29
3.7 Sujets de recherche .....	29
4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	29
LISTE DES PARTICIPANTS .....	31



This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

## 1. INTRODUCTION

Cette consultation, organisée au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à Alexandrie, du 14 au 17 novembre 1988, a réuni 17 participants de 14 pays, un représentant de l'Association allemande d'aide aux lépreux ainsi que des membres du personnel de l'OMS (voir l'annexe 1).

La réunion a été ouverte par le Dr A. Khogali, Directeur de la Gestion des Programmes, au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Le Dr Khogali a fait remarquer que près d'un tiers de la population mondiale, soit plus de 1,5 milliard d'individus vivent dans des zones où la lèpre est endémique. Le nombre des cas de lèpre dans le monde serait au bas mot d'environ 11 millions; pour un tiers, ces malades risquent des invalidités permanentes et évolutives qui, dans la plupart des endroits, signifient malheureusement l'ostracisme. C'est essentiellement pour cette raison que la lèpre est l'un des plus graves problèmes de santé dans les pays d'endémicité, même si les taux de morbidité ne sont pas, comparativement, très élevés. D'ici l'an 2000, 3,2 milliards d'individus représentant plus de la moitié de la population mondiale vivront dans des villes, en particulier de très grandes villes. La moitié environ de ces individus, soit un quart de l'humanité, vivront là dans des conditions de pénurie et, dans bien des cas, succomberont à la misère.

En ce qui concerne en particulier la lèpre, le Dr Khogali a fait remarquer qu'avec l'urbanisation et l'exode rural, de nombreux cas de lèpre seront enregistrés parmi les pauvres des villes. Ainsi, les services de soins de santé primaires des zones urbaines auront notamment pour tâche essentielle le dépistage, la prise en charge et la chimiothérapie efficace de ces cas de lèpre.

Le Dr S. K. Noordeen, Médecin-Chef de l'unité de la Lèpre au Siège de l'OMS, a indiqué que le but de la consultation était de permettre à des experts ayant une expérience du problème partout dans le monde et dans des zones urbaines de s'entretenir sérieusement du problème de la lèpre dans les villes et de proposer des méthodes et des stratégies appropriées, adaptées au contexte urbain, pour le dépistage et la prise en charge des cas, l'éducation pour la santé et la réadaptation. Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- 1) Discuter et éventuellement fournir une estimation de l'ampleur du problème dans les zones urbaines et du rôle joué par l'exode rural.
- 2) Elaborer des stratégies de lutte antilépreuse adaptées au contexte urbain.
- 3) Définir des mécanismes de coordination pour l'utilisation optimale des ressources disponibles pour la lutte antilépreuse dans les zones urbaines.

## 2. RAPPORTS SUR LES PROGRAMMES

2.1 Le Dr Kosasih a présenté le programme antilépreux mis en oeuvre à Djakarta, capitale de l'Indonésie. Cette ville, qui compte environ 7 millions d'habitants et 11 000 personnes au km<sup>2</sup>, couvre une superficie de quelque 660 km<sup>2</sup>. Cette population est une mosaïque de personnes venues de tout le pays et est donc très hétérogène des points de vue social, économique, culturel et sanitaire. Outre les résidents permanents, on compte des habitants temporaires qui vont et viennent selon la saison et des sans-abri parmi lesquels figurent souvent des lépreux. La zone métropolitaine de Djakarta est divisée en cinq districts, 30 sous-districts et 260 villages.

Le service de santé de la ville a à sa tête un directeur du Bureau de la Santé de la province de Djakarta, cependant que chaque district a un service de santé de district et que chaque sous-district a un centre de santé communautaire (CSC). La quasi-totalité des villages sont également dotés d'un CSC qui relève du centre de santé communautaire du sous-district. Il existe aussi des CSC mobiles chargés de desservir certains secteurs isolés; leur activité est coordonnée par les CSC de sous-district ou de village. Le rapport entre le nombre de CSC et la population est de 1 pour 26 000 habitants.

Dix des 267 CSC de village et 26 des CSC de sous-district assurent l'orientation-recours des cas de lèpre.

Les crédits supplémentaires importants qui ont été alloués à la lutte antilépreuse au cours des deux années écoulées ont été utilisés pour : 1) l'achat de médicaments et de matériel de laboratoire; 2) l'amélioration des compétences des médecins, des personnels paramédicaux et des techniciens de laboratoire, les frais de transport pour les visites dans des écoles et les maisons et les frais de supervision.

Les CSC qui assurent des services de lutte contre la lèpre emploient spécialement à cette fin un médecin et un auxiliaire paramédical.

Le personnel du service de lutte antilépreuse seconde le service de la santé scolaire pour les examens médicaux des enfants.

A Djakarta, on compte 20 hôpitaux publics, 23 hôpitaux privés et 7 hôpitaux militaires, dont, respectivement, 9, 11 et 6 assurent des services de lutte antilépreuse.

2.2 Le programme de lutte contre la lèpre à Madras a été présenté par le Dr Lobo. Madras, quatrième ville de l'Inde, couvre 174 km<sup>2</sup> et comptait, au recensement de 1981, 4,25 millions d'habitants. On y dénombre 395 bidonvilles qui abritent 30 % de la population de la ville.

Le Dr Lobo a dressé l'inventaire des services de santé et d'éducation, des transports publics, des médias, des clubs, etc., ainsi qu'en témoignent les tableaux suivants et conclu qu'un large réseau offrait aussi un énorme potentiel pour : a) l'intégration; b) la sensibilisation de l'opinion publique et des programmes d'éducation; et c) la présentation volontaire des cas.

Tableau 1. Centres de promotion de la santé, de soins et de traitement

<u>Etablissement</u>	<u>Nombre</u>
Collèges de médecine	3
Hôpitaux publics	8
Dispensaires municipaux	69
Centres de protection infantile	44
Centres de protection familiale	32
Hôpitaux pour contagieux	3
Hôpitaux et centres de soins privés	134
Médecins exerçant à titre privé	1 500*

\* Médecins allopathes seulement.

Tableau 2. Etablissements d'enseignement

I. Municipalité de Madras

a) Ecoles primaires/élémentaires	369
b) Ecoles secondaires (premier cycle)	25
c) Ecoles secondaires (deuxième cycle)	10
d) Externats	365 (116 710 enfants)



2.3 Le Dr Chaudhury a présenté un exposé sur Calcutta. Le district métropolitain de Calcutta couvre aujourd'hui quelque 1425 km<sup>2</sup> avec un peu plus de 10 millions d'habitants. La municipalité de Calcutta, qui forme le centre, couvre 104 km<sup>2</sup> et compte environ 4 millions d'habitants. Le district métropolitain de Calcutta se compose aujourd'hui de la municipalité de Calcutta, de 35 autres municipalités, de 61 zones urbaines non municipales et de 500 villages semi-urbains.

Deux faits importants méritent d'être signalés. A mesure qu'augmente le flux des immigrants venus des campagnes du Bengale occidental ainsi que des Etats voisins, les bidonvilles deviennent de plus en plus surpeuplés. D'un autre côté, on assiste au développement des banlieues. Des agglomérations ou colonies de peuplement surgissent là où aucun service sanitaire ou social n'a été prévu.

Calcutta reste le centre économique de l'Inde orientale tout entière. C'est le principal centre pour les entreprises commerciales, les établissements d'enseignement et les services médicaux et encore le principal port pour les importations et les exportations. La ville attire donc de nombreux travailleurs et migrants en quête d'un emploi. De nombreux malades, notamment des lépreux, y viennent croyant y trouver plus facilement les moyens de se faire soigner alors que d'autres se mettent à mendier pour conserver l'anonymat.

La densité de la population, élevée, atteint 200 000 personnes au mile carré dans certains des bidonvilles, présents dans presque tous les 141 districts de la municipalité de Calcutta. Quarante-huit pour cent de la population de la ville est composé d'hommes âgés de 20 à 50 ans. Les travailleurs du district métropolitain sont au nombre de 2,5 millions pour les hommes et de 1,5 million pour les femmes. Beaucoup d'entre eux restent très liés à leurs origines et retournent chaque année passer plusieurs mois chez eux lorsque les travaux des champs exigent leur présence ou pour assister à des fêtes organisées par des parents ou amis. Ces déplacements nuisent à la continuité et au bon déroulement des programmes de santé et obligent à interrompre les traitements.

C'est dans ce contexte qu'il faut envisager l'ampleur du problème de la lèpre à Calcutta et les mesures qui s'imposent pour s'y attaquer. Le taux de dépistage des cas évolutifs dans les bidonvilles est de 7,8 pour mille. Les examens des écoliers des bidonvilles ont donné un taux de 7 cas, pour la plupart très précoces, pour mille. On constate une proportion particulièrement élevée de cas chez les balayeurs et dans les bidonvilles. Le nombre estimatif des lépreux dans la zone municipale de Calcutta approche les 40 000 mais ce chiffre serait beaucoup plus élevé si le district métropolitain tout entier était pris en compte. Chez les 50 000 personnes qui couchent sur les trottoirs, la fréquence de la lèpre est assez élevée. Environ 3 % sont des cas déjà avancés; beaucoup présentent des déformations et un nombre assez élevé sont des cas évolutifs et/ou infectieux.

Les trois éléments essentiels de la lutte antilépreuse en milieu urbain sont les suivants : 1) dépistage par l'examen des occupants des bidonvilles et des écoliers ainsi que par celui des contacts des cas connus; 2) traitement ambulatoire efficace dans des centres de santé adéquats et dans tous les centres de traitement, du poste de santé communautaire au grand hôpital universitaire et, 3) mise en place de moyens pour des hospitalisations à court terme et la correction des déformations avec un suivi approprié. Ces trois conditions ne peuvent être réunies que lorsque le programme antilépreux est intégré aux services de santé de base et interrelié avec eux et que les lépreux sont pris en charge aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé.

Le Dr Chaudhury a indiqué que tous les établissements sanitaires - municipaux, du gouvernement ou volontaires - devraient être associés à la lutte antilépreuse. Les services affectés uniquement à la lutte antilépreuse devraient fonctionner en interrelation étroite dans le cadre d'un plan directeur limité dans le temps. Les services de lutte contre la lèpre devraient s'assurer de la coopération active et continue du personnel des services de soins de santé primaires (municipaux ou autres), en particulier pour les activités d'éducation pour la santé, la prise en charge des cas et la recherche des malades qui négligent de se présenter pour un traitement.

Le moyen d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles pour combattre la lèpre dans les zones urbaines de Calcutta serait de constituer un comité de coordination composé de représentants des services de santé, des services municipaux et des médias, de leaders capables d'influer sur l'opinion publique, enseignants et juristes compris, et de représentants des organismes qui s'occupent d'activités de santé et de développement dans le district métropolitain. Ce comité devrait se réunir et établir des plans d'action pour déterminer les priorités.

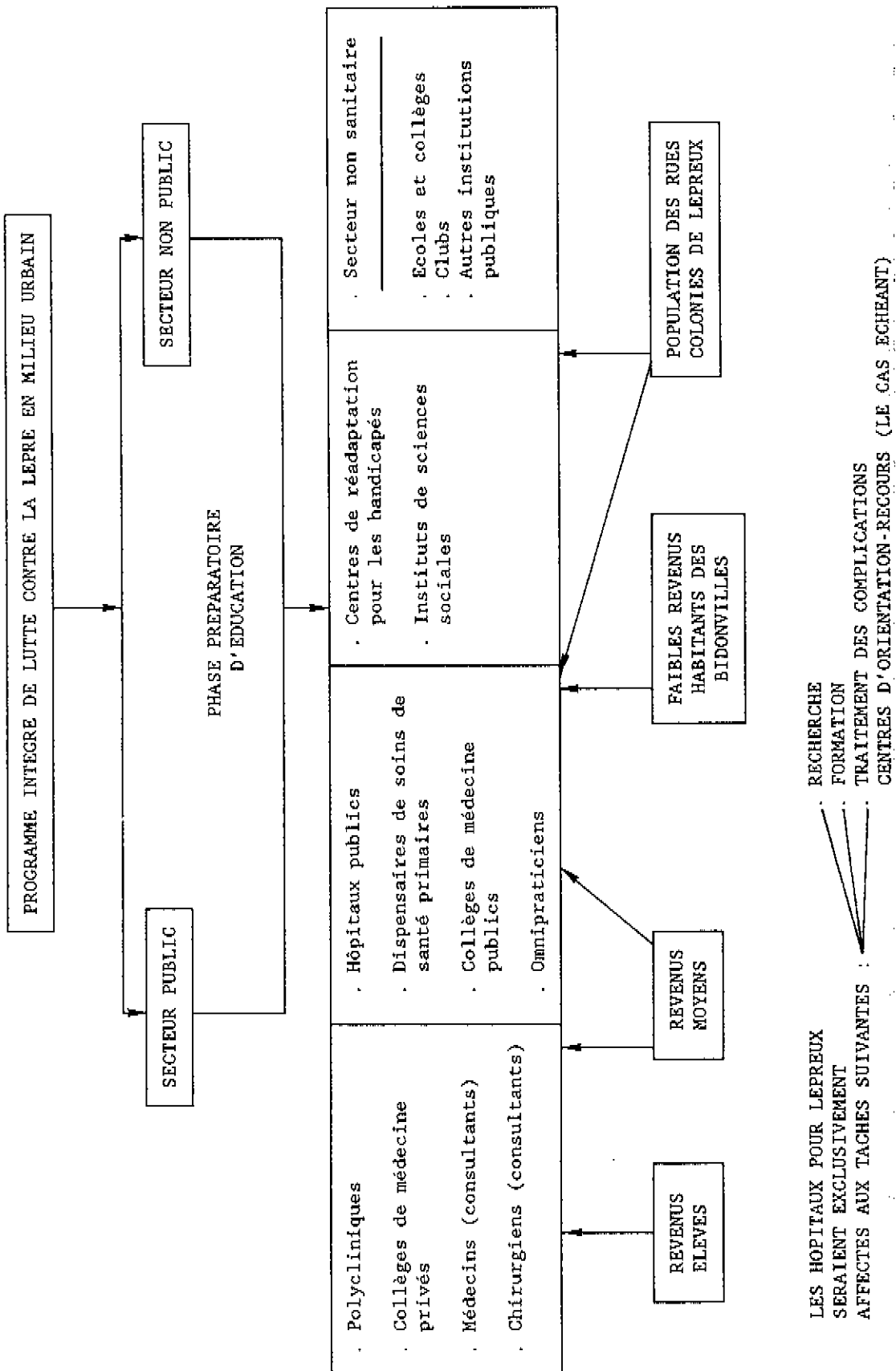
2.4 Présentant le projet de lutte antilépreuse exécuté à Bombay, le Dr Ganapati a fait remarquer que les méthodes traditionnelles de lutte appliquées dans la ville, soit la distribution de comprimés de dapsoné à l'ancien hôpital pour lépreux situé au centre de la ville, étaient inappropriées et mal conçues par rapport à la quasi-totalité des éléments de la lutte contre la maladie, soit le dépistage, la prise en charge des cas, la physiothérapie, la chirurgie, la réadaptation, le travail social et la recherche, etc. De plus, le fait même que ces services, aussi rudimentaires soient-ils, ne soient assurés que par l'hôpital pour lépreux ne fait qu'ajouter à l'image négative qui s'attache à la maladie dans les diverses couches de la société, y compris parmi l'élite médicale. La seule solution serait d'entreprendre un programme rationnel à la base dont le but serait non seulement de dépister et de soigner les malades, mais d'éduquer le public. Une telle entreprise n'irait cependant pas sans soulever plusieurs difficultés, la plus importante étant les crédits à réunir.

Le Dr Ganapati a également indiqué que certains groupes cherchaient à minimiser la gravité de la transmission de la lèpre dans les régions à forte densité de population. Les travaux effectués dans le cadre du projet de lutte antilépreuse de Bombay ont prouvé la gravité de la situation, faisant apparaître un taux moyen de prévalence de 12 pour mille dans les bidonvilles et l'existence de réservoirs d'infection dans des colonies de lépreux.

Le Dr Ganapati, qui a dirigé le projet pendant plusieurs années, a fait remarquer que la nécessité d'un programme intégré aux services de santé généraux des communautés urbaines était manifeste. Une telle solution contribuerait à réduire l'image négative attachée à la maladie ainsi que le coût des opérations. A ce sujet, les directeurs des opérations de lutte contre la lèpre pourraient chercher à tirer efficacement parti :

- 1) des services des hôpitaux généraux en matière de chirurgie, physiothérapie, pansements, etc.;
- 2) des centres de réadaptation qui s'occuperaient des lépreux ainsi que d'autres handicapés physiques.

Sur la base de l'expérience acquise dans le cadre du projet de lutte contre la lèpre à Bombay, le Dr Ganapati a proposé le schéma suivant pour la mise en oeuvre d'un programme intégré de lutte dans les zones urbaines.



## 2.5 Le Dr de Mesa Reyes a présenté les opérations de lutte antilépreuse à Manille.

En 1987, le programme national de lutte contre la lèpre a introduit la polychimiothérapie dans la région de la capitale nationale. Ce nouveau programme a été mis en oeuvre dans une mesure très limitée par les services de recherche et de formation en dermatologie sous le contrôle général de l'un des hôpitaux tertiaires de la région. Ainsi, seules ont été exécutées des opérations de dépistage passif et rien n'a été prévu pour rechercher les malades qui négligeaient de se présenter pour le traitement. Cette responsabilité avait été confiée à un organisme non gouvernemental doté d'un effectif très limité de personnel. Aussi, seuls 30 % des malades se faisaient soigner. Le programme de polychimiothérapie exécuté dans la région de la capitale est très conforme aux directives énoncées par l'OMS. L'emballage des médicaments est sous blister pour plus de commodité. Les opérations de surveillance sont exécutées tous les trois ans pour les cas paucibacillaires et tous les cinq ans pour les cas multibacillaires.

Avant l'intégration complète du programme aux services de santé, tous les agents de santé, des médecins aux inspecteurs sanitaires, ont reçu une formation. Actuellement, des activités de formation sont organisées pour les agents de santé des quatre villes de la région seulement.

La région totalisait, en 1987, 7,4 millions d'habitants avec une densité moyenne de 11 563 habitants au km<sup>2</sup>. Le total des cas enregistrés pour la même année était de 5298, soit un taux de prévalence de 0,7 pour 1000. En 1987, on comptait 350 cas sous polychimiothérapie, 927 cas nouveaux et 229 cas qui avaient terminé leur polychimiothérapie.

Une analyse des forces, faiblesses, possibilités et menaces a été conduite mais il a été décidé d'attendre les recommandations de la consultation de l'OMS sur la lèpre en milieu urbain avant de prendre de nouvelles mesures.

## 2.6 Les mesures de lutte contre la lèpre à Bangkok ont été présentées par le Dr Charoon.

Les opérations de lutte contre la lèpre dans la zone métropolitaine de Bangkok ont été lancées en 1960 avec la création d'un dispensaire de dermatologie et la mise en place de services spécialisés dans le traitement de la lèpre et des maladies de peau. Des campagnes de dépistage et de traitement à domicile par des unités mobiles ont également été conduites annuellement dans certains quartiers de Bangkok et des provinces voisines en collaboration avec les centres municipaux du Ministère de l'Intérieur.

C'est en 1970 que, conformément au plan national de développement sanitaire, les opérations de lutte antilépreuse de la zone métropolitaine de Bangkok ont été intégrées aux services généraux de santé et placées sous la responsabilité des centres municipaux de santé sous le contrôle technique du centre antilépreux de la zone I. Avant l'intégration et grâce à un soutien financier de la Fondation Hartdegan, des cours sur la lutte antilépreuse ont été organisés à l'intention des médecins et agents de santé des 16 centres de santé municipaux. Dans le but d'uniformiser les connaissances et les principes en matière de lutte antilépreuse ainsi que d'introduire la polychimiothérapie, un cours de recyclage de 3 jours a été organisé en 1986 à l'intention de tous les médecins et personnels infirmiers des 50 centres municipaux de santé de Bangkok.

A l'heure actuelle, outre deux dispensaires pour maladies de peau au centre antilépreux de la zone I et 59 centres municipaux de santé, sept hôpitaux et un dispensaire de dermatologie soignent également les lépreux à Bangkok. Ce sont cependant les deux dispensaires pour maladies de peau qui fournissent l'essentiel des soins aux lépreux. De plus, les opérations de lutte menées dans les zones municipales d'autres provinces sont confiées pour l'essentiel aux personnels de la section des maladies transmissibles des offices de santé de province. Les agents de soins de santé primaires de Bangkok et d'autres zones municipales ne se sont pas acquittés de leurs fonctions aussi bien qu'on l'espérait.

Le Dr Charoon a donné les statistiques suivantes pour la zone métropolitaine de Bangkok :

- Total des cas enregistrés : 1716 (soit 0,31/1000).
- Cas paucibacillaires : 427 (24,9 %) et cas multibacillaires : 1289 (75,1 %).
- Proportion de cas sous polychimiothérapie : 87,74 %.
- Rapport des cas nouveaux de lèpre lépromateuse, 1988 : 44,87 %.
- Proportion des cas venus des provinces (1984-1988) : 26,24 % (données communiquées uniquement par les deux dispensaires pour maladies de peau).
- Nombre de volontaires/centres de santé de village dans la zone métropolitaine de Bangkok : 919/3719 desservant 550 de 850 villages (64,71 %).
- Les volontaires/centres de santé de village de la zone métropolitaine de Bangkok sont actuellement engagés dans les activités suivantes : lutte antirabique; projets de nutrition; assainissement; coopératives de fournitures de médicaments, centres de soins de jour et satisfaction des besoins minimaux.

Le Dr Charoon a résumé comme suit les activités actuelles de lutte contre la lèpre dans la zone métropolitaine de Bangkok :

1. Les opérations de dépistage et de prise en charge des cas sont surtout exécutées par les deux dispensaires pour maladies de peau.
2. Le service de la lèpre et le centre de la zone I s'occupent de distribuer des médicaments antilépreux, d'assurer un contrôle technique, d'organiser des activités de formation et de distribuer des matériels pédagogiques.
3. Les 59 centres de santé municipaux font appel aux deux dispensaires pour maladies de peau du centre antilépreux de la zone I comme centres d'orientation pour la confirmation des diagnostics et le traitement des complications.
4. La motivation et la mise à contribution de ressources humaines locale (agents/centres de santé de village, écoliers des écoles élémentaires et municipales, etc.) pour des activités antilépreuses sont la responsabilité de l'Office pour la Santé et des centres de santé municipaux de la zone métropolitaine de Bangkok, Ministère de l'Intérieur.
5. Des analyses de situation et la mise en place de systèmes d'information sont confiées à la section de la lèpre en collaboration avec l'Office pour la Santé, zone métropolitaine de Bangkok.

Le Dr Charoon a conclu son exposé en donnant des renseignements statistiques sur les effectifs de personnels de santé et leur distribution en Thaïlande, ainsi que sur les indicateurs sanitaires et les taux de mortalité et de morbidité des principales maladies qui sévissent dans le pays.

2.7 La situation à Hong Kong a ensuite été décrite par le Dr Honey. Hong Kong comptait, en 1987, 5 613 000 habitants dont plus de 90 % vivaient en milieu urbain. La densité de la population était élevée, dans certains secteurs, jusqu'à 165 000 habitants au kilomètre carré.

En 1950, la population de Hong Kong était de 2 237 000 habitants mais le flux des immigrants, venus pour beaucoup de zones rurales, a été considérable. En 1986, 40,7 % des habitants de Hong Kong n'étaient pas nés à Hong Kong.

Données pour 1987 :

a) L'espérance de vie à la naissance était de 74 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes; b) la mortalité infantile était de 8 pour 1000 naissances vivantes; c) plus de 96 % des enfants âgés de 6 à 14 ans étaient scolarisés; d) le taux d'alphabétisation chez les adultes était estimé à environ 85 %; e) le produit intérieur brut par habitant était de 64 000 dollars de Hong Kong (US \$8460); f) le taux de chômage était de 1,9 %.

Passant au dépistage des cas de lèpre, le Dr Honey a indiqué que, de 1954 à 1987, 1247 lépreux avaient été enregistrés et soignés à Hong Kong, comme suit :

<u>Année</u>	<u>Cas nouveaux enregistrés</u>	<u>Pour 100 000 habitants</u>
1954	320	13,5
1959	297	10,0
1964	271	7,7
1969	127	3,3
1974	110	2,8
1979	69	1,4
1984	32	0,6
1987	21	0,4

C'est en 1980 qu'a été enregistré à Hong Kong le dernier cas de lèpre chez un enfant.

Le système des soins de santé primaires à Hong Kong est étendu et très utilisé; il repose sur des dispensaires publics et des médecins privés. Le système comporte un service de santé scolaire et un service de santé maternelle et infantile. Au total, 95 % des enfants reçoivent la vaccination par le BCG.

Les cas suspects de lèpre sont adressés par les services de soins de santé primaires aux services de dermatologie et de léprologie et, depuis quelques années, la quasi-totalité des cas nouveaux sont au premier stade de la maladie. La lèpre est soumise à notification à Hong Kong.

Pour ce qui est du traitement, une polychimiothérapie comportant l'administration de dapsoné, de clofazimine et de rifampicine a été introduite en 1977 (le traitement recommandé par l'OMS est utilisé depuis 1983). Au total, 425 malades ont bénéficié d'un traitement polymédicamenteux de 1977 à 1987, avec des résultats satisfaisants.

La léproserie Hei Ling Chau de Hong Kong a fonctionné de 1951 à 1975. Depuis 1975, il existe un petit service d'hospitalisation qui abrite à l'heure actuelle 11 malades, pour la plupart âgés et handicapés.

Un programme de traitement ambulatoire a été mis en place en 1954 dans le cadre du service d'hygiène sociale et de dermatologie du Gouvernement de Hong Kong. Le traitement de la lèpre est gratuit et administré essentiellement dans deux dispensaires urbains centralisés.

La prise en charge des lépreux au dispensaire, confidentielle, comprend les prestations suivantes : polychimiothérapie; traitement des réactions; physiothérapie simple; traitement des ulcérations et en particulier prévention; services médico-sociaux; éducation pour la santé; recherche des contacts; recherche des malades; surveillance des malades et respect du traitement. Les malades peuvent facilement bénéficier de soins de santé primaires intégrés en cas de troubles d'ordre général ainsi que de services spécialisés de physiothérapie, d'orthopédie, de chirurgie plastique et d'appareillage orthopédique ainsi que de soins et d'aide à domicile. Il existe aussi un service de radiologie et un laboratoire complètement équipés. Le travail fourni est un travail d'équipe axé sur la réadaptation.

Le Dr Honey a ensuite énuméré plusieurs activités de prise en charge des cas qui, a-t-il déclaré, contribuent au succès du programme de lutte à Hong Kong :

- a) Le principal dispensaire antilépreux, très central, est bien desservi par les moyens de transport et facilement accessible depuis la rue.
- b) Le dispensaire est ouvert le soir à certaines heures pour ceux qui travaillent pendant la journée. Les consultations de surveillance des contacts ont lieu à des heures commodes pour les écoliers.
- c) Il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous et d'attendre longtemps pour recevoir les soins.
- d) Un travailleur social, dont le bureau est contigu à celui du dispensaire, s'occupe des questions de logement, d'emploi et de sécurité sociale pour les malades et leurs familles.
- e) Les prestations de la sécurité sociale à Hong Kong sont les mêmes pour les lépreux que pour d'autres maladies.
- f) Un service intégré de soins à domicile, de pansements des ulcérations et d'aide à domicile pour les repas est à la disposition des lépreux.
- g) Une infirmière de la santé publique et une équipe d'assistants organisent périodiquement des séances d'éducation pour la santé et des consultations à l'intention des malades et de leurs familles, procèdent à la recherche des contacts, font des visites à domicile pour inciter les malades à suivre le traitement prescrit et améliorer la surveillance.
- h) Certains des membres de l'équipe de traitement ont eux-mêmes d'anciens malades qui, grâce à leur expérience personnelle, comprennent très bien le problème de la lèpre et jouissent ainsi de la confiance des malades.
- i) Le personnel du dispensaire antilépreux peut être employé dans d'autres sections des services médicaux. Un noyau d'agents expérimentés qui ont de nombreuses années d'expérience du traitement de la lèpre et de la lutte contre cette maladie sous tous ses aspects reste cependant au sein de l'équipe de lutte.

2.8 Le Dr Tan, de Singapour, a présenté sa communication. La République de Singapour est une île tropicale de 622,6 km<sup>2</sup> avec une population, urbaine à 100 %, de 2,6 millions d'habitants. Les Chinois représentent 76,1 % de la population, les Malais 15,1 %, les Indiens 6,5 % et les autres 2,3 %. Le taux de croissance de la population est de 1 % depuis trois ans.

Singapour compte 22 hôpitaux et 47 centres de santé communautaires et dispensaires de santé maternelle et infantile qui assurent des soins de santé primaires. On compte 1 médecin pour 1889 habitants, ce qui est correct. Par contre, on manque d'infirmières/sages-femmes.

Le Dr Tan a ensuite évoqué l'organisation des services antilépreux. La lèpre est devenue une maladie à notification obligatoire en 1951 et un registre national a été établi. Conformément au décret de 1955 sur la lèpre, il était obligatoire d'isoler les cas contagieux dans une léproserie, Trafalgar Home, construite en 1926. La loi de 1976 sur les maladies infectieuses a annulé ce décret et, depuis, les cas nouveaux ne présentant pas de complications sont généralement soignés en ambulatoire.

Le dispensaire antilépreux est maintenant installé dans le nouveau centre de dermatologie, appelé Centre national contre les Maladies de Peau (NSC). Les malades sont adressés au NSC par les dispensaires communautaires publics, les hôpitaux et des praticiens privés. Les cas de lèpre infectieuse avec complications qui nécessitent une hospitalisation sont envoyés à la léproserie, rebaptisée service de Trafalgar, ou centre de lutte contre les maladies transmissibles. Les autres hôpitaux généraux assurent les interventions chirurgicales et le traitement des cas médicaux aigus.

La notification des cas de lèpre est centralisée, avec celle des cas de tuberculose, de maladies sexuellement transmissibles et d'infections au virus de l'immunodéficience humaine,

au département d'épidémiologie sous le contrôle du directeur de la lutte contre les maladies. Les lépreux sont soignés au NSC dont les médecins travaillent également à la léproserie.

Le taux annuel d'incidence de la lèpre a diminué en six ans, passant de 61 en 1982 à 44 en 1987. La majorité des cas notifiés sont âgés de 20 à 50 ans; le taux d'incidence en fonction de l'âge augmente avec l'âge. Depuis 1970, aucun cas nouveau n'a été observé chez des enfants de moins de cinq ans. Les cas nouveaux sont diagnostiqués pour la plupart dans les dispensaires de dermatologie où ils sont adressés par les centres de consultations externes, les hôpitaux et les praticiens privés. Aux fins des études épidémiologiques, on attache une attention toute particulière à l'examen des contacts familiaux car cette façon de procéder permet de dépister davantage de cas que des examens systématiques dans la population. En matière de traitement, différentes associations médicamenteuses ont été utilisées depuis 1976 pour les cas à frottis positifs afin de prévenir une résistance secondaire à la dapsonne mais, depuis mars 1985, de nouveaux schémas thérapeutiques (à base de protionamide/éthionamide) inspirés des schémas recommandés par l'OMS ont été introduits.

Un taux d'incidence relativement élevé (12 %) d'hépatite d'origine médicamenteuse ayant été relevé chez 148 malades, essentiellement en raison de l'utilisation de thioamides, on a renoncé au protionamide/éthionamide pour les cas paucibacillaires. Depuis deux ans, les cas multibacillaires traités à la dapsonne seule reçoivent maintenant un traitement polymédicamenteux avant l'arrêt de tout traitement.

Des activités d'éducation pour la santé s'imposent pour le dépistage et la prise en charge des cas. La lèpre figure au programme des études de médecine, de spécialisation en médecine interne et santé publique ainsi qu'aux programmes de formation des personnels infirmiers et d'inspecteurs de la santé publique.

Le Dr Tan a conclu que bien que l'incidence de la lèpre soit en diminution, le problème est loin d'être réglé puisque l'on compte encore plus de 2000 malades qui suivent un traitement actif. Ce nombre diminuera à mesure que les malades qui prennent un seul médicament passeront à la polychimiothérapie.

Il faudra veiller à maintenir la qualité du traitement de la lèpre et à assurer l'éducation sanitaire des professionnels de la santé pour obtenir un jour l'éradication de la maladie.

2.9 Les mesures de lutte contre la lèpre à Alexandrie ont été présentées par le Dr Zariffa. Alexandrie, grand port maritime, est la deuxième ville d'Egypte avec 3 millions d'habitants. La ville, qui s'étire sur 40 km le long de la côte méditerranéenne, couvre 2679 km<sup>2</sup>. La densité de la population est de 1120 au km<sup>2</sup>, la dimension moyenne de la famille de 4,5 et le nombre moyen de personnes par pièce de 1,5. L'exode rural et le taux élevé de croissance démographique (2,8 %) contribuent de façon non négligeable à l'accroissement rapide de la population urbaine et à la création de bidonvilles. Le taux d'alphabétisation à Alexandrie paraît être nettement supérieur aux chiffres nationaux (50,6 %) donnés par le recensement de 1986.

Les soins médicaux sont assurés par : 1) des services publics, hôpitaux généraux et spécialisés, centres de consultations externes, etc.; 2) des hôpitaux universitaires; 3) la sécurité sociale, dont bénéficient tous les travailleurs régulièrement employés (par le gouvernement et le secteur public) et qui possède ses propres hôpitaux et dispensaires; et 4) les hôpitaux et praticiens privés.

Le service de lutte contre la lèpre à Alexandrie fait partie du service national de lutte antilépreuse rattaché au Ministère de la Santé. Il comporte la léproserie Amriya et sept centres intégrés de consultations externes dotés de polycliniques de dermatologie. La léproserie Amriya, qui n'accueille pas les femmes, a été créée en 1946 et se trouve à 25 km de la ville sur la route du Caire. Le nombre des malades soignés dans la léproserie a été progressivement ramené à 120. Les malades nouvellement admis sont des cas qui ont besoin de soins en hôpital ainsi que quelques cas multibacillaires. Un nouveau service a été créé à l'intention de ceux dont les frais d'hospitalisation sont remboursés en partie par la

sécurité sociale. Au niveau national, les lépreux sont soignés gratuitement. La léproserie accepte des malades venus de tout le pays. Elle ne comporte pas de service de consultations externes mais reçoit les cas qui lui sont adressés par d'autres centres. Parmi les soins médicaux dispensés à la léproserie figurent des services d'ophtalmologie et d'odontologie mais pas encore de chirurgie ou de physiothérapie.

La léproserie joue également un rôle important dans le domaine de la formation à la lutte contre la lèpre puisqu'elle accueille des étudiants en médecine et en soins infirmiers pour des stages cliniques.

Bien que la lutte antilépreuse conserve une structure verticale à l'échelon central, la tendance à l'intégrer aux services de dermatologie au niveau périphérique s'est affirmée dans le courant des années 70 à Alexandrie. Parallèlement, la Faculté de Médecine s'est davantage intéressée au problème et, pour la première fois, des lépreux ont été admis dans des hôpitaux généraux et l'on a réservé davantage de temps à l'étude de la lèpre dans les programmes d'enseignement universitaire et postuniversitaire. Dans le courant des années 1980, la plupart des polycliniques de dermatologie ont créé des unités de lutte contre la lèpre.

Le nombre total des lépreux en traitement à Alexandrie en 1988 était de 566, dont 260 cas paucibacillaires et 306 cas multibacillaires. D'après ces chiffres, le taux de prévalence serait faible, de 0,188 pour 1000.

Le Dr Zariffa a évoqué certains des avantages et des inconvénients des programmes intégrés et des programmes spécialisés. Au sujet de la formation, il a signalé les points suivants :

- 1) La lèpre figure au programme des études universitaires et postuniversitaires à la Faculté de Médecine.
- 2) De nombreuses conférences médicales et réunions d'informations cliniques ont la lèpre pour thème, qu'elles soient organisées par la Faculté de Médecine ou par l'Association égyptienne de Dermatologie à Alexandrie.
- 3) Des stages de formation sont organisés à la léproserie à l'intention d'étudiants en médecine et en soins infirmiers.
- 4) La formation en cours d'emploi dispensée aux médecins qui travaillent dans des polycliniques de dermatologie comporte des stages sur la lèpre.

Pour terminer, le Dr Zariffa a évoqué les rôles des Ministères de la Santé et de la Protection sociale ainsi que des organisations non gouvernementales :

i) Rôle du Ministère de la Santé

Tous les centres antilépreux relèvent du service de Lutte contre la Lèpre du Ministère de la Santé qui finance l'essentiel de leurs activités. Les soins aux lépreux sont gratuits.

L'aide supplémentaire des organisations internationales (Organisation mondiale de la Santé, Association allemande d'aide aux lépreux, Fondation Damien) est régie par des accords bilatéraux.

La loi imposant l'isolement des lépreux est encore en vigueur mais elle n'est plus appliquée.

ii) Rôle du Ministère de la Protection sociale

Deux lois importantes intéressent les lépreux :

- La première garantit la totalité de leur rémunération aux travailleurs couverts par la sécurité sociale qui sont en traitement médical. La lèpre étant considérée comme une

maladie guérissable, les lépreux couverts par la sécurité sociale bénéficient de cette disposition aussi longtemps qu'ils sont en traitement sous contrôle.

- La deuxième loi, ou loi Sadate des pensions, s'adresse aux personnes qui n'ont pas de source de revenu, par exemple les veuves, les personnes âgées et les malades handicapés parmi lesquels les lépreux. Elle garantit à ces personnes une allocation mensuelle modeste.

### iii) Rôle des organisations non gouvernementales

Ces dernières travaillent en étroite coopération avec l'Etat et sous le contrôle du Ministère de la Protection sociale. Elles fournissent des services sociaux aux malades et à leurs familles, assurent des services de réadaptation médicale et sociale et organisent des activités d'éducation pour la santé dans les limites de leurs moyens.

2.10 Le Dr Kamel, du Caire, a parlé des services urbains de soins de santé primaires. Au total, 31 centres de santé urbains ont été récemment créés au Caire pour former un programme intégré de santé. Chacun d'eux assure les prestations suivantes à la communauté qu'il dessert :

- Santé maternelle et infantile
- Santé scolaire
- Lutte contre les maladies transmissibles
- Lutte contre les maladies endémiques et parasitaires
- Hygiène du milieu
- Education pour la santé et éducation en matière de nutrition
- Soins généraux et curatifs
- Soins médicaux d'urgence
- Enregistrement sanitaire
- Soins dentaires
- Thérapie par réhydratation orale
- Planification familiale.

Chaque centre, qui dessert 50 000 habitants, est doté d'une équipe composée des membres suivants :

10 médecins (1 médecin pour 5000 habitants)	1 technicien statisticien
2 dentistes	1 technicien de laboratoire
2 pharmaciens	2 auxiliaires techniques de laboratoire
15 infirmières	1 travailleur social
3 techniciens de l'assainissement	2 commis statisticiens.

Au sujet de l'organisation des services antilépreux, le Dr Kamel a mentionné, au niveau central (Ministère de la Santé), l'existence d'une Direction de la lutte contre la lèpre placée sous l'autorité du Directeur général des services préventifs. Il existe dans chaque province un dispensaire spécialisé qui s'occupe à la fois des cas de lèpre et de maladies de peau ou des cas de lèpre seule. Les dispensaires pour la lèpre et les maladies de peau sont combinés à Alexandrie, Assouan, Giza, Béheira, Menoufia, Assiout et Sohag. Dans la plupart des autres provinces, il s'agit uniquement de dispensaires antilépreux.

Il existe deux hôpitaux d'orientation-recours (léproserie); l'un à Abu Zaabal, à 50 km du Caire, peut accueillir 150 femmes et 400 hommes et l'autre, à El Amreya, à 25 km d'Alexandrie, destiné aux hommes seulement, possède 150 lits.

Tout district de 50 000 habitants ou plus est doté d'un hôpital général d'environ 20 lits. Ces hôpitaux de district comportent des dispensaires de léprologie et de dermatologie où les cas de lèpre peuvent être diagnostiqués et soignés ou adressés aux dispensaires de province.

Dans les villages, il existe des dispensaires où travaillent des agents de soins de santé primaires et d'autres personnels auxiliaires. Le rôle de cet échelon de soins dans la lutte contre la lèpre reste à définir.

2.11 Le Dr Adeleye du Nigéria a indiqué pour commencer que les services médicaux au Nigéria relèvent des trois niveaux de l'Etat, soit le pouvoir fédéral (central), les gouvernements des Etats et les gouvernements locaux. Des prestations médicales sont également assurées par des praticiens privés et des organisations bénévoles, en général des missions.

La plupart des centres urbains possèdent généralement un hôpital public, parfois deux. Dans certaines zones urbaines, les missions ont fondé des centres médicaux - dispensaires, maternités ou hôpital. Enfin, il existe dans les zones urbaines plusieurs centres de santé privés - hôpitaux et/ou dispensaires.

Si l'on a souvent dit à juste titre que les services médicaux sont concentrés dans les zones urbaines, il est également vrai que la plupart de ces services sont privés. Il s'agit donc de services à but lucratif auxquels seuls ont accès ceux qui en ont les moyens. Les établissements publics sont extrêmement rares et ne satisfont les besoins que d'un très petit pourcentage de la population urbaine. Il est également vrai que les bidonvilles sont généralement privés de services médicaux.

Pour combattre la lèpre dans le cadre des soins de santé primaires, le Gouvernement nigérian a mis sur pied un programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose actuellement mis en oeuvre, bien qu'il existe un programme de lutte contre la lèpre depuis le début des années 1950, essentiellement dans trois régions, nord, ouest et est. Depuis qu'ils ont été créés, chacun des Etats gère son propre programme de lutte. Bien que les programmes exécutés dans les différentes régions et Etats aient une base commune, leurs activités ne sont pas uniformes comme on l'attend du programme national de lutte. L'accent n'est pas mis sur tel ou tel secteur particulier, tel le problème urbain.

Le programme national de lutte contre la lèpre/tuberculose repose sur l'approche des soins de santé primaires. Ces derniers sont maintenant bien établis et ils forment la charpente d'un système de santé dont le but est d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Quant aux problèmes qui se posent dans les zones urbaines, le Dr Adeleye les a regroupés selon qu'ils sont déterminés par des facteurs sociaux ou médicaux.

#### Facteurs sociaux

- i) Beaucoup de malades quittent leur domicile et vont vers les villes pour cacher leur état ou sont chassés de chez eux par leur communauté.
- ii) Certains sont partis de chez eux pour trouver un emploi, puis ont contracté la maladie.
- iii) D'autres encore vont vers les villes pour mendier. Ce groupe tend à être mobile.
- iv) Enfin, d'autres groupes originaires de la zone urbaine ont contracté la maladie.

#### Facteurs médicaux

- i) Les services de lutte contre la lèpre dans les zones urbaines sont inadéquats.

ii) La plupart des personnels médicaux qui travaillent dans les zones urbaines n'ont pas suffisamment de connaissances pour reconnaître ou diagnostiquer la maladie.

iii) Les praticiens privés n'acceptent pas de soigner les lépreux pour des raisons évidentes, soit :

- a) leur action est à but lucratif et les lépreux ne peuvent payer leurs honoraires;
- b) ils ont peur de perdre le reste de leur clientèle;
- c) ils ont personnellement peur de la maladie;
- d) le caractère chronique de la maladie les rebute. Ils cherchent en effet à obtenir des résultats rapides, ce qui ne peut être le cas pour ce qui concerne la lèpre;
- e) les lépreux eux-mêmes peuvent hésiter à s'adresser à des établissements privés à cause du coût du traitement et parce qu'ils préfèrent éviter d'être exposés aux regards, en particulier lorsqu'ils commencent à présenter des déformations.

De l'avis du Dr Adeleye, les solutions à la plupart de ces problèmes passent par l'éducation de la population à tous les niveaux de la société. Il faudrait que tous les agents de santé reçoivent une formation sur la lèpre en tant que maladie : comment la reconnaître, l'accepter et dispenser les soins voulus. Les malades quant à eux devraient se considérer comme atteints d'une maladie qui ne diffère en rien des autres maladies. Il faut qu'ils s'affranchissent de la stigmatisation et de l'ostracisme qu'ils s'imposent pour la plupart à eux-mêmes et qui tendent à modeler leur vie.

Le programme d'éducation pour la santé est conçu pour être suffisamment large, couvrant tous les niveaux d'enseignement et tous les établissements. Il est également prévu de faire figurer la lèpre aux programmes de formation des personnels médicaux et paramédicaux et de tous les établissements de santé.

Il est également prévu d'améliorer les connaissances des praticiens à l'aide de séminaires, de stages cliniques et de séances d'information au niveau postuniversitaire. Enfin, la Division de l'Education pour la Santé du Ministère de la Santé assurera l'éducation continue du public à l'aide de tous les moyens disponibles au niveau local : radio, télévision, artistes locaux (représentations théâtrales par des écoliers et des artistes locaux; récitations dans des langues ou dialectes locaux), affiches, prospectus, etc.

Les gouvernements ont mis sur pied différents programmes de développement communautaire, par exemple le programme "MAMSER" conçu pour la mobilisation sociale et économique de la population. Les personnels affectés à ce programme pourraient être invités à sensibiliser l'opinion au problème de la lèpre.

2.12 Le Dr Owili a présenté les opérations de lutte contre la lèpre dans les zones urbaines au Kenya. Jusqu'à la deuxième guerre mondiale, les services antilépreux consistaient pour la plupart en petites "colonies de lépreux", par exemple à Malindi, Lamu, Kakamega et Tumbé. La lutte a commencé à être plus systématique en 1948 avec l'introduction du traitement à la dapsoné.

De 1951 à 1957, une grande léproserie pouvant accueillir 300 malades a été construite dans le district d'Alupe Busia. Depuis le début des années 1970, plusieurs projets de lutte contre la lèpre ont été mis en oeuvre par le Gouvernement avec l'aide de l'Association d'aide aux lépreux des Pays-Bas, soit au Kenya occidental, à Meru et Kitui et dans la région côtière. Ces différents projets ont été regroupés au sein du programme national de lutte contre la lèpre mis en oeuvre en 1976 puis absorbés par le programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose lancé en 1980 par le Gouvernement pour intégrer toutes les activités de lutte contre la lèpre et la tuberculose aux services de santé généraux. Les responsables du programme estiment le nombre des lépreux à environ 20 000 à 25 000, soit un taux de prévalence de 0,95 à 1,18 pour mille.

Le nombre des cas enregistrés est passé de 8812 en 1981 à 6558 (0,31 pour mille) en 1986. Toutefois, la proportion des cas dépistés pendant cette période est restée pratiquement inchangée (environ 3,5 pour 100 000).

Le Dr Owili a ensuite communiqué les statistiques suivantes pour les principales villes du Kenya :

Ville	Nombre de cas au 31.12.86	Taux de prévalence pour 1000 habitants	Cas nouveaux dépistés en 1986	Taux de dépistage pour 100 000 habitants
Nairobi	110	0,09	20	1,63
Nyeri	29	0,05	1	0,15
Mombasa	401	0,87	7	1,52
Kisumu	858	1,27	56	8,26
Nakuru	39	0,05	5	0,64
Kakamega	162	0,12	16	1,18
Embu	62	0,17	14	3,85

Les activités suivantes sont essentielles pour l'efficacité de la lutte contre la lèpre dans les zones urbaines : dépistage et diagnostic précoces; traitement chimiothérapeutique selon des posologies ou pour une durée appropriées; prise en charge des cas et prévention de l'absentéisme dans les services de soins; prévention des invalidités et réadaptation; enregistrement et notification adéquats.

Dans les centres urbains de Nairobi, Nakuru, Kisumu et Mombasa, où ont été créés des dispensaires de dermatologie, la plupart des cas de lèpre sont dépistés par hasard lorsqu'ils viennent se faire soigner pour d'autres maladies de peau.

Le Dr Owili a fait remarquer que certains malades se présentaient d'eux-mêmes à la consultation, les programmes d'éducation sanitaire continue mis en oeuvre dans les zones urbaines ayant sensibilisé la population au problème de lèpre et appris aux gens à reconnaître les premiers signes et symptômes de la maladie. Il a cependant été impossible d'avoir recours, pour le dépistage, à l'examen périodique des contacts des cas connus, en particulier des membres des familles ou des enfants des écoles primaires dans les zones urbaines.

2.13 Le Dr Mputu a indiqué dans son exposé que Kinshasa était une ville en expansion rapide qui attire de nombreux ruraux. Seule une petite proportion des trois millions d'habitants est formée des "Kinois" qui peuplaient à l'origine la région.

Jusqu'en 1984, la lutte contre la lèpre à Kinshasa était du ressort de l'Hôpital de la Rive. Cet hôpital, avec son service de consultations externes, assumait une lourde tâche puisqu'il devait à la fois desservir la ville tout entière et faire fonction de centre de recours pour les malades venus de tout le pays. Aucun des autres établissements médicaux de la capitale ne participait aux opérations antilépreuses. En 1984, une unité de lutte contre la lèpre a été créée et le nombre annuel des cas nouvellement dépistés a sensiblement augmenté.

L'unité de lutte contre la lèpre en milieu urbain assure des soins ambulatoires. Ses infirmières font régulièrement des visites hebdomadaires aux 16 centres de santé dispersés dans la ville et intégrés aux services de soins de santé primaires. Elles s'acquittent des tâches suivantes : dépistage; frottis cutanés; traitement; surveillance mensuelle et éducation pour la santé. L'Hôpital de la Rive a depuis limité ses interventions au traitement des ulcérations, des cas hospitalisés anciens, souvent handicapés et sans traitement ou sous traitement à la dapsoné seule, et à la prise en charge des cas nouveaux qui lui sont occasionnellement adressés par d'autres établissements médicaux.

En mars 1988, un séminaire mixte sur la lèpre et la tuberculose s'est tenu à Kinshasa. Compte tenu des recommandations formulées à l'issue de cette réunion, l'Office national de Lutte contre la Lèpre a maintenant adopté les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS pour le Zaïre et tous les malades de Kinshasa suivent maintenant ces traitements.

Se référant à l'éducation pour la santé, le Dr Mputu a dit que bien que l'Office national de Lutte contre la Lèpre ait conservé ce programme comme l'une de ses priorités, il n'avait pas encore été correctement planifié. Toutefois, comme la plupart des cas nouveaux se présentent spontanément, on peut en déduire que la population connaît la maladie. Il convient aussi de noter que la lèpre n'est pas entachée d'opprobre au Zaïre. Les lépreux ne sont pas rejetés, notamment dans les zones rurales. Toutefois, dans certains milieux plus instruits des villes, on voit apparaître une "crainte du lépreux". Cela est manifestement un phénomène importé.

Les activités d'éducation sanitaire à l'intention des malades sont bien organisées et efficaces dans la mesure où l'apparition de nouvelles déformations chez les malades sous surveillance reste très rare.

Par contre, la formation est encore un problème. Avec l'aide de l'OMS, un programme de formation intéressant l'ensemble du pays est actuellement mis sur pied. D'ici les cinq années à venir, tous les agents de santé, en milieu urbain et rural à tous les niveaux, recevront une formation de base sur la lèpre. Bien que l'Hôpital de la Rive soigne les ulcérations, les services de réadaptation à Kinshasa font sérieusement défaut. Les malades qui ont besoin de soins spécialisés de réadaptation sont adressés à un hôpital de mission à 250 km de la capitale. C'est la Fondation Damien de Belgique qui couvre les frais d'hospitalisation.

2.14 Le Dr Castellanos a présenté son exposé sur la ville de Mexico, qui compte 20 millions d'habitants et où le taux de prévalence de la lèpre est de 0,06 pour 1000. Ce taux prend en compte de nombreux cas venus des zones de plus forte endémicité du pays. Les lépreux se répartissent à peu près également entre les villes et les campagnes.

Les zones urbaines ne sont pas bien préparées à absorber le flux des migrants venus des campagnes. Il en résulte l'apparition de "ceintures de misère" dénuées de toute installation médicale et sanitaire, ce qui favorise la transmission des maladies, dont la lèpre.

Dans la capitale, les districts et d'autres grandes villes, il existe des services de dermatologie où travaillent des médecins spécialisés dans le traitement de la lèpre. Ces services assurent la formation, la supervision et l'évaluation du personnel des services de santé généraux; ils font également fonction de services d'orientation-recours.

Dans les centres de santé des villes, les cas suspects de lèpre dépistés par des agents de santé généraux sont soumis à des épreuves de confirmation du diagnostic par des spécialistes des districts. Ces derniers tiennent également des consultations de dermatologie dans les zones d'endémicité afin de faciliter le dépistage précoce des cas nouveaux.

Les responsables du programme national ont récemment adopté les schémas polymédicamenteux recommandés par l'OMS comme traitement standard de la lèpre.

2.15 Le Dr Saylan a présenté les mesures de lutte contre la lèpre à Istanbul. Environ 53 % de la population de la Turquie est concentrée dans les villes dont la plus densément peuplée, Istanbul, comptait 5,8 millions d'habitants en 1985. La plupart des lépreux d'Istanbul sont originaires des provinces d'Anatolie orientale et centrale d'où ils sont partis il y a de nombreuses années. Certains retournent chez eux après avoir pris leur retraite ou une fois au chômage; d'autres s'installent pour toujours dans la ville et rendent visite à leurs parents de temps à autre; les autres rompent tout lien avec leur communauté d'origine. Quelques malades (7) nés à Istanbul appartiennent à de vieilles familles grecques ou arméniennes.

D'après les données actuelles, 193 lépreux vivent à Istanbul; 130 (67,4 %) sont de sexe masculin et 63 (32,6 %) de sexe féminin. Quatre-vingt-cinq (44 %) ont leur propre maison et 75 (38,9 %) vivent dans des chambres ou appartements en location. Au total, 129 (66,7 %) bénéficient de la sécurité sociale ou d'une pension pour handicapés ou personnes âgées, 64 (33,1 %) ne sont pas couverts par la sécurité sociale et 18 (9 %) travaillent à la léproserie. Enfin, 57 (29,5 %) malades sont analphabètes.

Le Dr Saylan a indiqué que 139 (72 %) des 193 malades recevaient un traitement polymédicamenteux. Les autres continuent de prendre de la dapsons seule ou se voient administrer des traitements spéciaux en raison de leur âge ou pour d'autres motifs. Quelques malades ont interrompu leur traitement après avoir reçu une dose unique de 1500 mg de rifampicine.

Au total 72 (51,5 %) malades ont terminé leur traitement polymédicamenteux après l'avoir suivi, soit régulièrement, soit à intervalles acceptables. Cinquante-huit (41,5 %) sont toujours sous polychimiothérapie et 5 (3,5 %) ont été exclus du traitement en raison de complications. Toutefois, seuls 14,4 % des cas sous polychimiothérapie sont régulièrement soignés.

De multiples facteurs nuisent à la régularité du traitement à Istanbul, notamment le niveau d'instruction, la situation économique et la qualité des prestations dans les centres de santé; on peut donc supposer qu'un traitement mensuel sous contrôle n'est pas facile à appliquer dans les zones urbaines.

Afin de rendre visite régulièrement à chaque malade dans les zones urbaines, il faut du personnel, de l'argent et une bonne organisation. De plus, la plupart des malades venus de l'extérieur vivent en banlieue sans domicile fixe. Il est, en fait, qu'un malade instruit qui a un emploi permanent bénéficie de la sécurité sociale et possède un logement est davantage conscient de son état, suit son traitement et autorise l'examen de ses contacts familiaux. Au lieu de "disparaître", il se rendra de lui-même au centre de santé chaque fois que se présenteront des complications ou d'autres problèmes.

En conclusion, le Dr Saylan a proposé les mesures suivantes pour améliorer les programmes de lutte contre la lèpre en milieu urbain :

- Il faudrait insister davantage sur l'éducation du malade dès sa première visite au centre de traitement. Il faut que les malades sachent combien il est important qu'ils s'examinent régulièrement et comment dépister les états pathologiques "à risque". Il faut les encourager à se présenter dans les centres urbains d'orientation dès leur arrivée de la campagne.
- Il faudrait inciter les autorités sanitaires locales à se montrer compatissantes et accueillantes à l'égard des malades afin d'obtenir des données exactes sur leurs nouvelles adresses. Il faudrait aussi les inciter à tenir les autorités urbaines au courant des mouvements des malades.
- Tous les dossiers devraient être confidentiels et il faudrait respecter la volonté du malade de cacher son état.
- Des consultations de week-end dans les centres urbains pourraient être utiles pour ceux des malades qui n'ont pas la possibilité de venir au centre en semaine.
- Des visites à domicile devraient être organisées pour le contrôle des cas et la recherche des contacts dans les zones urbaines. Des crédits devraient être prévus à cette fin.

2.16 Le Dr Motta a exposé la situation de la lutte contre la lèpre dans la zone métropolitaine de Rio de Janeiro. Le Brésil compte neuf zones métropolitaines regroupant chacune plus de un million d'habitants et environ 50 % de la population du pays. D'après les chiffres officiels, la population urbaine représenterait 70 % de la population totale.

Rio de Janeiro, ancienne capitale du Brésil, est un port et une ville industrielle. L'unité politico-administrative est appelée "Município"; on en compte 64 dans l'Etat de Rio de Janeiro, dont 11 pour la zone métropolitaine avec 10,6 millions d'habitants, soit 80 % de la population de l'Etat.

Dans le "Grand Rio de Janeiro", on compte 23 887 cas enregistrés (97,5 % du total des cas dans l'Etat) inégalement répartis entre les 11 municípios, ce qui donne un taux de prévalence se situant entre 0,17 et 3,65 pour 1000. Le taux de dépistage a marqué une augmentation continue passant de 528 cas (7,89 pour 100 000 habitants) en 1960 à 2010 cas (15,6 pour 100 000) en 1987.

Une étude sur l'origine de la totalité des cas nouveaux dépistés à Rio en 1987 a montré que 28,6 % d'entre eux étaient natifs de Rio de Janeiro et que 72,0 % habitaient la ville depuis 10 ans ou plus. Ainsi, à Rio de Janeiro, la transmission de la lèpre en milieu urbain est bien une réalité. Des mesures de lutte ont été mises en oeuvre par les services de santé généraux sur la base des directives du Secrétariat d'Etat à la Santé pour le "Système unifié de Santé", qui regroupe désormais tous les services de santé des ministères ou de la sécurité sociale. Ces services desservent une bonne proportion de la population (chaque individu vient en consultation cinq ou six fois) et dépistent 70 % des cas, les 30 % restant étant dépistés par les services de santé et les hôpitaux universitaires.

Au sujet de la prise en charge des cas, le Dr Motta a indiqué que tous les malades inscrits au registre des cas évolutifs étaient répartis entre 35 centres de traitement. Un huitième de ces centres possèdent également des services de physiothérapie et fournissent des chaussures protectrices. Toutefois, 33 % des malades n'ont pas été contrôlés depuis plus d'un an et les évaluations cliniques et bactériologiques ont également prouvé que 25 % des malades ne pouvaient plus être considérés comme des cas de lèpre d'après la définition de l'OMS. Un examen attentif de la situation de la lèpre montre que 40 % au plus des cas enregistrés devraient figurer sur le registre des cas évolutifs.

L'élaboration des politiques et la supervision des activités de lutte sont la responsabilité de la "coordination de la lutte antilépreuse", section du Département de lutte contre les maladies transmissibles. Le personnel affecté à la lutte antilépreuse comprend un coordonnateur/épidémiologiste, un jeune épidémiologiste, un léprologue superviseur, une infirmière superviseuse et un assistant social. Le système d'information aux fins de la lutte antilépreuse a été uniformisé.

2.17 Le Dr Tabibzadch, de la Division du Renforcement des Services de Santé à l'OMS à Genève, a présenté un exposé sur les soins de santé primaires dans les zones urbaines et la croissance urbaine. La clé de l'instauration de la santé pour tous est l'approche des soins de santé primaires qui s'applique également aux zones rurales et urbaines. En d'autres termes, il faut mettre en place des systèmes de santé dont les soins de santé primaires constituent la fonction centrale appuyée par le reste du système. Pour être efficace, il faut que ce système entretienne des rapports étroits avec les secteurs apparentés à celui de la santé, des organisations non gouvernementales, la sécurité sociale et d'autres établissements s'occupant de santé et bénéficie en particulier d'une participation active de la communauté. Pour les prestations de soins de santé primaires, des agents de santé communautaires sont nécessaires pour établir les premiers contacts entre l'individu et le système de santé. Les caractéristiques de ces agents de santé communautaires varient selon les communautés en fonction des besoins et des ressources disponibles.

On assiste partout dans le monde à une expansion continue de la population urbaine, en particulier dans les pays en développement où les villes se développeront plus rapidement encore pendant la deuxième moitié du siècle et après. En 1950, sur une population mondiale de 2,5 milliards d'habitants, 29,4 % vivaient dans des zones urbaines. D'ici l'an 2000, 50 % environ des 6,1 milliards d'habitants de la planète seront des citadins. En 2025, les deux-tiers des 8,2 milliards d'habitants que devrait compter la planète résideront en milieu urbain. D'après les prévisions établies pour les années 1990 à 2020, la population des villes devrait représenter 30 à 60 % du total en Afrique et en Asie du Sud-Est et 80 à 85 % en Amérique latine. D'ici l'an 2000, une soixantaine de villes approcheront les 5 millions d'habitants et plus, dont 45 dans des pays en développement.

Dans la plupart des villes, les populations sous-desservies souffrent de maladies transmissibles, de malnutrition, d'affections chroniques et sociales et vivent dans des zones où l'hygiène du milieu est fréquemment mauvaise avec des approvisionnements limités en eau saine, de mauvaises conditions d'hygiène et de logement. Le problème majeur qui se pose dans les villes est comment tirer le meilleur parti possible, compte tenu de la crise économique actuelle, des établissements, services et ressources sanitaires existants, en particulier pour les nécessiteux. Ces services de santé demanderaient à être réorientés. Leurs programmes devraient prévoir des activités de prévention et de promotion de la santé à côté d'activités de traitement. Afin d'être le plus efficaces possible, les établissements de soins devraient intégrer leurs activités en fonction des ressources disponibles. La lutte contre les maladies, y compris la lèpre, pourrait parfaitement être réalisée si les programmes, les personnels, les ressources, les fonctions et les tâches des centres de santé, des établissements de soins, des gouvernements et des organisations non gouvernementales étaient coordonnés, sur la base d'une formation appropriée et des principes des soins de santé primaires.

2.18 Le Dr van Wijnen, représentant de l'Association allemande d'aide aux lépreux, a présenté son exposé sur l'élaboration des priorités dans le cadre des programmes de lutte contre la lèpre en milieu urbain. Depuis de nombreuses années, l'Association parraine des programmes de lutte contre la lèpre dans de nombreuses villes du monde : Bombay, Cochín, Calcutta, Dakar, Dar es-Salaam, Madras, Manaus et Poona.

Le Dr van Wijnen a fait remarquer que si l'on considère que bientôt, plus de la moitié de la population mondiale sera urbanisée, la priorité absolue devrait être donnée à l'organisation et à l'exécution de programmes de lutte contre la lèpre en milieu urbain, surtout lorsque, comme on a pu l'observer lors de l'exécution des projets de l'Association allemande d'aide aux lépreux, la proportion des cas multibacillaires (30-50 %) est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Dans certaines situations et parce que les services de traitement sont de meilleure qualité en milieu urbain, cette proportion pourrait atteindre 60 % ou plus.

Afin d'inciter les malades à suivre régulièrement leur traitement là où la mobilité de la population (jusqu'à 30 %) est continuelle, le Dr van Wijnen a proposé que soient offerts :

- 1) un bon réseau d'un aussi grand nombre que possible de services de santé permanents afin que partout où il se trouve, un malade puisse avoir accès à un traitement;
- 2) les services de tous les personnels médicaux, en particulier des omnipraticiens, du personnel des hôpitaux généraux et des dispensaires privés; et
- 3) un registre central, une fiche d'identité par malade et un système adéquat d'orientation.

Un système vertical ne saurait assurer une couverture suffisamment large; la condition préalable nécessaire au succès de la lutte contre la lèpre en milieu urbain sera donc l'intégration des activités de lutte aux services de santé de base et la participation de la communauté selon le modèle des soins de santé primaires.

Cependant, la qualité des prestations sera largement fonction de la formation et de la motivation des personnels de santé. Ainsi, fournir une formation adéquate à tous les médecins généralistes devrait, pour le Dr van Wijnen, être la première priorité dans un programme intégré de lutte contre la lèpre en milieu urbain. Dans la mesure où l'opprobre dont sont victimes les lépreux dans les villes est généralement important, des activités d'éducation pour la santé seraient également utiles :

- Education du public au moyen de la télévision, de la radio, d'exposés, d'expositions itinérantes, de slogans affichés dans les autobus et les trains, etc.

- Education des professions médicales afin d'obtenir leur collaboration, en particulier des généralistes, des professeurs de médecine et des étudiants, des infirmières, des travailleurs paramédicaux, etc.
- Education d'autres catégories de la population, par exemple les enseignants, les travailleurs sociaux, etc.
- Education des patients.
- Les activités d'éducation pour la santé devraient également être intégrées, c'est-à-dire porter non seulement sur la lèpre mais sur différents problèmes de santé et deuxièmement, être pratiques, c'est-à-dire ne pas comporter de conseils que la population ne pourrait suivre.

Pour garantir des services de bonne qualité, le Dr van Wijnen a proposé une supervision double : a) une supervision polyvalente au niveau des services de santé de base, et b) une supervision plus spécialisée à un niveau supérieur avec la création de services de recours pour les malades à problèmes.

Enfin, le Dr van Wijnen a proposé la mise en place d'un programme de réadaptation à orientation communautaire qui pourrait être confié aux ONG.

2.19 Le Dr Ganapati a été invité à présenter un exposé sur la lèpre et les opérations de lutte dans les zones urbaines. Il a fourni des estimations et des projections pour les 36 plus grandes agglomérations du monde afin de donner une idée des incidences éventuelles de la lèpre sur les soins de santé dans ces régions. Sur ces 36 agglomérations, 17 grandes villes comptant chacune plus de 8 millions d'habitants ont en commun une proportion élevée de cas de lèpre mais il est peu probable que les administrations sanitaires de ces villes, déjà aux prises avec d'autres problèmes de santé, accordent beaucoup d'attention à la lèpre. Dans de telles conditions, le Dr Ganapati a dit qu'il fallait élaborer des stratégies appropriées de lutte contre la lèpre en milieu urbain. Cette nécessité avait déjà été soulignée par les Cinquième et Sixième Comités d'experts de la Lèpre (1976 et 1988).

Le Dr Ganapati a fait remarquer que le surpeuplement qui caractérise les zones urbaines est particulièrement propice à la transmission de la maladie, surtout lorsque de nombreux malades multibacillaires ne reçoivent pas de chimiothérapie adéquate. Il semblerait en fait que le réservoir urbain de l'infection situé dans des bidonvilles d'hyperendémicité pourrait favoriser la propagation de la maladie jusqu'à des endroits distants par le biais de l'émigration. Dans de telles situations, il importe d'étudier les schémas de migration villes/campagnes dans différentes villes et pour que les programmes de lutte en milieu urbain soient mieux coordonnés avec les programmes en milieu rural.

En matière de dépistage, des méthodes simples et d'un bon rapport coût/efficacité pouvant être utilisées dans des zones métropolitaines devraient être envisagées à la lumière des soins de santé primaires en milieu urbain. Cela étant, des méthodes novatrices adaptées à certaines situations urbaines particulières devraient être mises au point.

Au sujet de la prise en charge et du traitement des cas, le Dr Ganapati a fait remarquer que les difficultés rencontrées tenaient essentiellement à la durée du traitement et à la mobilité des malades. Le manque de coordination entre les établissements, qui conduit à des enregistrements multiples, ainsi que le désir d'anonymat exprimé par certains malades compliquent également le problème. Toutefois, certaines expériences ont montré que si les services de traitement étaient intégrés à un contexte médical général, la prise en charge des cas serait plus facile. Cela vaudrait également pour les soins aux malades après l'arrêt du traitement et pour les opérations de chirurgie réparatrice. A ce sujet, le Dr Ganapati a fait remarquer que l'existence même de colonies de lépreux et la prestation de services exclusivement destinés aux lépreux faisaient sérieusement obstacle à l'éducation des malades et du public sur les aspects positifs de l'intégration de la lutte contre la lèpre.

Il est également important d'organiser des activités complètes d'éducation sur la lèpre à l'intention des communautés. Dans ce domaine, les villes sont mieux équipées que les

campagnes et les médias pourraient être mis à profit. Enfin, les cours sur la lèpre dans les écoles d'enseignement médical et paramédical et la formation pratique de toutes les catégories d'agents de santé sont essentiels à la lutte contre la lèpre et à son intégration dans les services de santé généraux.

Etant donné que l'on dispose maintenant de traitements polymédicamenteux qui durent relativement peu, il importe d'apporter une attention accrue à la prévention des invalidités ainsi qu'à la réadaptation physique et professionnelle des malades. Des activités de réadaptation dans la communauté sont actuellement introduites dans certains programmes urbains.

### 3. DISCUSSIONS DE GROUPE

Les participants ont été scindés en trois groupes chargés d'examiner en particulier les sujets suivants :

- 1) Dépistage et traitement
- 2) Formation et éducation pour la santé
- 3) Prévention des invalidités et réadaptation.

Tous les groupes ont évoqué la nécessité de recenser des mécanismes de coordination pour une utilisation optimale des ressources disponibles pour la lutte antilépreuse.

Les rapports des groupes sont résumés ci-après.

#### 3.1 Dépistage et traitement des cas

En raison de l'image négative de la lèpre dans la société et de la situation propre aux zones urbaines, le dépistage, le traitement et la prise en charge des cas méritent une attention particulière.

Les différentes méthodes de dépistage mises en oeuvre dans les zones urbaines sont les suivantes :

- Les malades se présentent d'eux-mêmes ou sont adressés par des médecins, des parents ou le public.
- Dans les zones d'hyperendémicité, il faudrait encourager des enquêtes dans les écoles conduites par les services de santé scolaire.
- Enquêtes auprès des contacts.
- Enquêtes au sein de groupes particuliers de population, par exemple les habitants des bidonvilles.
- Enquêtes rapides. Des personnes préalablement informées des signes et symptômes de la lèpre se présentent à l'équipe d'enquête à une date fixée et sont examinées.
- Enquêtes polyvalentes.

Certaines de ces méthodes peuvent être appliquées dans certaines zones urbaines mais dans d'autres elles risquent de ne pouvoir l'être. Si les enquêtes systématiques peuvent fournir un instrument de dépistage facile à appliquer dans certaines zones, dans d'autres, elles peuvent se révéler difficiles à mettre en oeuvre et, dans d'autres encore, impossibles à imposer. Il faudra donc intensifier les activités d'éducation pour la santé pour encourager davantage de malades à se présenter d'eux-mêmes et faire mieux accepter les méthodes appliquées.

Les opérations de dépistage devraient être faites de façon systématique dans des groupes bien déterminés de la population, par exemple les écoliers, les militaires, la police, les industries, etc. dans le cadre d'examen médicaux systématiques généraux.

Les enquêtes auprès des contacts ont été appliquées avec succès dans certaines zones alors qu'elles sont considérées comme difficiles dans d'autres, surtout lorsque différentes personnes appartenant à différentes communautés vivent ensemble. Cela étant, de telles enquêtes devraient être entreprises chaque fois que possible.

Pour le dépistage, on pourrait également avoir recours :

- aux visiteuses d'hygiène;
- aux chefs et organismes religieux;
- aux agents de santé communautaires bénévoles, en particulier les femmes dans certaines communautés;
- au personnel médical;
- aux étudiants en médecine pour le dépistage; et
- aux guérisseurs traditionnels et systèmes alternatifs de santé.

L'éducation pour la santé (information du public) est la clé de voûte du dépistage quelle que soit la méthode utilisée. Ces activités devraient donc être intensifiées et continuées et faire appel à tous les médias disponibles et appropriés.

Il est essentiel de former et de recycler les agents de santé de toutes les catégories afin de leur permettre de reconnaître la lèpre et de participer efficacement aux opérations de dépistage.

L'intégration de la lutte antilépreuse aux services généraux de santé contribuerait à atténuer l'image défavorable qui s'attache à cette maladie et faciliterait le dépistage.

Dans certaines régions, on fait appel à des lépreux pour participer aux opérations de dépistage et de prise en charge des cas.

On sait que des services efficaces de lutte favorisant de bonnes relations entre les malades et les agents de santé incitent les malades à se présenter, surtout lorsque le traitement est efficace et que les malades trouvent un réconfort auprès des agents de santé.

### 3.2 Traitement et prise en charge des cas

Il faudrait faire le nécessaire pour que tous les cas connus ayant besoin d'un traitement puissent bénéficier d'une polychimiothérapie.

L'intégration des services de lutte contre la lèpre aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux universitaires et aux dispensaires de dermatologie, par exemple, permettrait d'accroître le nombre des malades qui se soumettent au traitement. Toutefois, là où l'intégration n'est pas possible, les agents des services de lutte contre la lèpre devraient répondre aux besoins sanitaires fondamentaux de leurs clients. De même, d'autres prestations pour les complications de la lèpre, par exemple les ulcérations, les déformations des membres, etc. encourageraient les malades à se présenter régulièrement pour leur traitement et amélioreraient donc la prise en charge des cas.

La qualité des services assurés est un bon motif qui pousse les malades à suivre un traitement régulier et à se présenter d'eux-mêmes aux fins de la surveillance. Il est essentiel que l'agent de santé entretienne avec ses malades des contacts de qualité et réguliers. Enfin, les relations fonctionnelles entre les agents affectés à la lutte contre la lèpre en milieu urbain et en milieu rural devraient être efficaces pour faciliter la prise en charge des malades qui doivent voyager dans les zones rurales.

Des examens de surveillance des traitements (contrôles aléatoires des urines et/ou dénombrement des comprimés) pourraient aider à déterminer si les malades prennent régulièrement leurs médicaments.

L'éducation pour la santé et la qualité des services assurés sont les principales motivations pour la prise en charge et le traitement des cas. Ces derniers doivent être

efficaces et continus. Aucune des méthodes évoquées ne saurait remplacer l'éducation pour la santé pour motiver les malades et les agents de santé devraient donc s'appliquer à mettre en place des mécanismes efficaces à cette fin.

### 3.3 Formation

Le but de la formation doit être, non seulement de communiquer des connaissances nouvelles, mais aussi de permettre à chaque catégorie de personnels de santé de remplir son rôle avec efficacité. La formation des différentes catégories de personnel devrait donc être souple et son contenu adapté aux besoins et aux ressources locaux.

Les objectifs d'un programme de formation devraient être les suivants :

- 1) améliorer le niveau général de connaissances sur la maladie;
- 2) motiver les personnels de santé pour qu'ils contribuent à la lutte antilépreuse en s'acquittant de tâches particulières dans le cadre de leurs propres fonctions;
- 3) améliorer la coordination au sein des services de santé et mettre en oeuvre un travail d'équipe pour le dépistage précoce des cas, leur prise en charge continue et la réadaptation.

Les activités de formation et l'élaboration de modules d'apprentissage à l'intention des différentes catégories de personnels des services urbains de soins de santé primaires devraient être confiées aux services nationaux de santé et de lutte contre la lèpre qui travailleraient en collaboration avec des ONG. Les personnels concernés seraient les agents de santé communautaires, les personnels d'encadrement, d'autres personnels de soutien tels que les techniciens de laboratoire, les travailleurs sociaux et les omnipraticiens. Dans les zones urbaines, il serait nécessaire et profitable de faire intervenir des dermatologues praticiens et d'autres spécialistes (ophtalmologues, orthopédistes, spécialistes de chirurgie reconstructrice, etc.) pour un soutien technique au niveau des soins de santé primaires.

En ce qui concerne les agents de santé communautaires, le but essentiel devrait être de leur permettre de reconnaître les cas suspects de lèpre suffisamment tôt et de les orienter vers les services compétents pour un diagnostic et un traitement éventuel. Ces agents devraient être capables de conserver de la documentation sur les cas de lèpre dans leurs zones d'activités et de surveiller régulièrement le traitement des malades. Leur formation devrait également leur permettre de reconnaître des complications comme les atteintes nerveuses, les inflammations oculaires ou les réactions afin d'adresser les malades au centre approprié à temps.

Quant aux personnels d'encadrement, outre les tâches susmentionnées, ils devraient être en mesure de donner des conseils utiles aux malades et de guider les agents de santé qui participent à des activités de lutte.

On donnera aux omnipraticiens des informations susceptibles de combattre l'image négative de la maladie et d'accroître leur intérêt et leurs connaissances afin qu'ils puissent faire la distinction entre la lèpre et d'autres maladies de peau courantes qui pourraient lui ressembler. Les omnipraticiens devraient être capables de soigner les cas de lèpre, de reconnaître les réactions, les rechutes et les complications pour adresser les malades aux centres compétents et ils devraient savoir utiliser les prestations des centres d'orientation, des services de laboratoire et des spécialistes, etc.

Il faudrait également organiser de brefs cours d'orientation à l'intention des enseignants, des travailleurs sociaux et des autres professionnels intéressés pour leur permettre de participer aux opérations de dépistage chez les écoliers et de renforcer les programmes d'information du public.

Une formation de base en cours d'emploi devrait être intégrée aux programmes en cours. Il a été recommandé que tous ces programmes soient conduits dans les langues locales. Afin

d'améliorer leur efficacité, il faudrait également prévoir l'évaluation continue des résultats des participants.

### 3.4 Education pour la santé

Les objectifs de l'éducation pour la santé seraient d'améliorer l'information, la communication et la connaissance de la maladie de manière à : i) combattre l'opprobre social qui s'attache à la lèpre; ii) rendre les agents de santé plus sûrs d'eux dans le domaine de la lèpre; iii) encourager les malades et leurs familles à collaborer avec les services de lutte contre la lèpre.

Des activités d'éducation pour la santé devraient être incorporées à tous les programmes de lutte contre la lèpre de toutes les façons possibles et recevoir continuellement toute l'attention voulue. Tous les agents de santé devraient reconnaître que ces activités font partie de leur rôle et devraient être assurées parallèlement aux activités d'éducation sur d'autres maladies. Par ailleurs, il ne faudrait pas se contenter de transmettre un message, mais planifier et concevoir correctement les activités d'éducation afin d'inculquer à chacun des groupes cibles les connaissances, les compétences et la compréhension voulues. Des évaluations spéciales risquent d'être nécessaires pour : a) déterminer les besoins en matière de formation; b) analyser l'origine des préjugés; et c) élaborer des méthodes et approches adéquates pour les stratégies de communication.

Ces activités d'éducation sanitaire devraient s'adresser aux groupes suivants :

1. Les malades et leurs familles. Il faudra persuader les malades qu'ils ont besoin de suivre régulièrement leur traitement et que leurs contacts devront être examinés séparément. Il faudrait également leur apprendre à reconnaître d'éventuelles modifications de leur état physique (changements au niveau de la peau, signes et symptômes d'atteinte nerveuse, etc.) et à les signaler au poste de santé le plus proche. Les malades devront également apprendre à se soigner les membres et les yeux pour prévenir des incapacités, notamment les femmes qui doivent faire la cuisine ou les agriculteurs qui doivent utiliser des instruments et des outils susceptibles d'aggraver leur infirmité.
2. Les autorités sanitaires à tous les niveaux - médecins, travailleurs sociaux et agents de santé. Des méthodes et outils pédagogiques appropriés (cassettes vidéo, films, manuels, etc.) devront être mis au point et correctement montrés pour convaincre les intéressés que la lèpre est une maladie guérissable et aider à combattre les préjugés à l'encontre de cette maladie. On insistera également sur l'importance des soins, sur la nécessité de persuader à l'aide de consultations individuelles et de se montrer amical. Le fait d'employer des malades guéris à différentes tâches est également un moyen de promotion.
3. La communauté et le public. Tous les éléments de la population devraient bénéficier d'activités d'éducation grâce à la participation active du personnel des services de soins de santé primaires. Les méthodes utilisées pourraient être adaptées à chaque situation locale. Le grand public, mais plus particulièrement les médias, les chefs religieux et les notables ainsi que les habitants des bidonvilles devraient être informés des causes, des modes de transmission, des premiers symptômes et des méthodes de traitement de la maladie selon des moyens qui, sans exagérer les craintes, ne minimiseraient pas le risque que présente la maladie. Afin de préparer les générations nouvelles à adopter une attitude plus positive à l'égard de cette maladie, des activités d'éducation devraient être exécutées dans toutes les écoles. Il faudrait donc sensibiliser la population aux problèmes et à la nécessité de solliciter les conseils des agents de santé à la première occasion et aussi mettre en place des services de diagnostic et de traitement.

### 3.5 Prévention des incapacités et réadaptation

Afin d'atténuer le problème des incapacités, les éléments suivants devraient être pris en considération :

1. Dépistage précoce et traitement adéquat. Il s'agit de la première mesure et de la plus importante mais, comme cette question a déjà été examinée par le premier groupe, elle ne sera pas reprise ici.

2. Dépistage précoce des atteintes nerveuses. On formera à cet effet les agents de santé, y compris les omnipraticiens et les étudiants en médecine :

- i) Palpation des troncs nerveux affectés par la lèpre.
- ii) Détermination du degré de perte sensorielle et/ou sudation.
- iii) Tests simples sur les réflexes musculaires - fermer les yeux; opposition pouce-auriculaire; dorsiflexion du pied.
- iv) Diagnostic et traitement des réactions d'inversion et de l'érythème noueux lépreux.
- v) Distribution de manuels simples et organisation de cours de brève durée à l'intention des médecins de médecine générale, des étudiants en médecine, des infirmières, etc.
- vi) Inscription de la lèpre, en particulier des atteintes nerveuses, aux programmes des études de médecine.
- vii) Sensibilisation au problème de la lèpre dans les services suivants des écoles de médecine ou hôpitaux spécialisés : dermatologie, médecine communautaire et maladies infectieuses; neurologie; ophtalmologie; chirurgie réparatrice/plastique; microbiologie; pathologie et immunologie; oto-rhino-laryngologie; médecine générale.

Cette sensibilisation pourrait se faire à l'aide des méthodes suivantes :

- a) séminaires sur différents sujets; b) collaboration à des recherches; et
- c) distribution de matériels pédagogiques.

Information des malades : Il importe de souligner que le premier contact avec un malade est particulièrement important. Pour informer les malades, on pourra avoir recours à des entretiens individuels, à des discussions de groupe, à des affiches, photographies, diagrammes, à des brochures simples illustrées pour ceux qui savent lire.

Les sujets sur lesquels il importe d'informer le malade sont les suivants : perte sensorielle subjective (sudation); faiblesse musculaire subjective; signes de réaction d'inversion, sensibilité douloureuse des nerfs et yeux rougis; nécessité de signaler immédiatement ces signes.

3. Prévention des atteintes nerveuses et traitement des atteintes précoces :

- a) Recenser les malades "à risque", c'est-à-dire ceux qui présentent une hypertrophie des troncs nerveux, des inflammations aiguës des lésions cutanées et des antécédents de réactions récurrentes. Ces malades devront être soumis à des contrôles plus fréquents et réguliers et recevoir des informations plus étendues.
- b) Traitement rapide des malades "à risque" présentant une réaction d'inversion et une névrite : administration de corticostéroïdes; 2) repos du nerf touché;
- 3) chirurgie (décompression) au besoin.

4. Prévention des infirmités et des déformations : a) éducation des malades; b) chaussures et autres dispositifs de protection (gants, lunettes, etc.); c) physiothérapie; d) changement de métier si le métier exercé est dangereux; e) chirurgie (décompression/transposition antérieure) dans quelques cas; f) traitement rapide des complications oculaires.

Certaines de ces méthodes de prévention devraient être appliquées par les agents de santé et d'autres dans les centres d'orientation-recours.

5. Traitement des infirmités et des déformations (réadaptation physique) :

- a) éducation du malade
- b) examens fréquents et réguliers de surveillance
- c) physiothérapie
- d) chaussures spéciales et autres dispositifs de protection
- e) chirurgie plastique réparatrice et surveillance
- f) traitement des complications oculaires

6. Prévention de la désinsertion :

- a) Maintien de l'emploi :
  - éducation, motivation et coopération du malade
  - prise de contact avec l'employeur et éducation de celui-ci
  - moyens juridiques de protection
  - changement de profession et recyclage au besoin
- b) Maintien des relations sociales par :
  - la famille
  - l'éducation du malade
  - des conseils à la famille
  - la mobilisation des responsables de la communauté
  - des activités d'éducation et de sensibilisation de la communauté
  - une protection juridique des droits du malade
  - une assistance sociale au besoin

7. Réadaptation sociale et professionnelle. Les points suivants méritent d'être soulignés :

- elle doit être à assise communautaire;
- elle doit être intégrée;
- la réadaptation en établissement doit être découragée et, au cas où elle serait nécessaire, doit intéresser d'autres handicapés et non uniquement des lépreux;
- formation professionnelle et placement du malade. Si cela n'est pas possible, on pourra prévoir une assistance pour le recrutement d'une personne à la charge du malade ou une collaboration entre cette personne et le malade;
- artisanat;
- assistance dans le domaine de la commercialisation et du contrôle de la qualité;
- coopération des malades;
- participation et appui de la communauté;
- protection juridique;
- régime de retraite.

8. Problème de la mendicité

- a) Le problème de la mendicité chez les lépreux doit être correctement évalué, considéré dans le contexte du problème de la lèpre en général mais ne doit pas être exagéré.
- b) Ce problème ne doit pas être considéré isolément mais dans le contexte de la mendicité en général. Des efforts devraient être faits pour empêcher les lépreux de recourir à la mendicité :
  - les soins en établissement devraient être limités dans le temps afin d'empêcher que le malade ne se coupe de sa famille;

- les enfants ne devraient pas être séparés;
- tous les besoins sociaux du malade devraient être satisfaits;
- l'aide aux mendiants devrait être assurée par l'intermédiaire des gouvernements ou d'ONG plutôt que par des organismes charitables individuels.

On cherchera à favoriser la réinsertion sociale des mendiants par :

- des activités de rééducation;
- des opportunités nouvelles.

On notera que le problème de la mendicité n'est pas pleinement évalué sous tous ses angles. Des recherches sociologiques devraient donc être entreprises dans ce domaine et des mesures appropriées devraient être ensuite élaborées.

Il convient de souligner qu'étant donné les ressources limitées disponibles pour les programmes antilépreux, les crédits alloués aux activités de réadaptation ne doivent pas l'être au détriment des opérations de dépistage et de traitement. Par ailleurs, entre la réadaptation des handicapés et la prévention des handicaps, il est clair que la priorité absolue doit être donnée à la prévention des handicaps.

### 3.6 Coordination

Toutes les activités de prévention et de réadaptation ci-dessus devraient être exécutées dans le cadre d'une action multisectorielle entreprise conjointement par tous les secteurs/ministères intéressés tels les ministères de la santé, de la protection sociale, du travail, de l'intérieur, de l'éducation, les services de santé municipaux et des ONG. Une collaboration multisectorielle de ce type est d'autant plus nécessaire lorsque les activités de lutte sont pleinement intégrées aux services de santé généraux.

### 3.7 Sujets de recherche

Des recherches pourraient être entreprises sur les sujets suivants :

- 1) Etude des connaissances, attitudes et pratiques auprès des élèves et des enseignants des écoles de médecine.
- 2) Relations entre les travailleurs de l'industrie atteints de lèpre et leurs employeurs, leurs camarades de travail, les syndicats et les services de santé des industries.
- 3) Attitude des médias.
- 4) Schémas de migration chez les malades et les non-malades.
- 5) Utilisation des services de santé.
- 6) Mode de transmission dans les bidonvilles.
- 7) La lèpre dans les villes/le SIDA dans les villes.

## 4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Il faut admettre que dans les pays d'endémicité, les cas de lèpre sont aussi courants dans les villes que dans les campagnes.
2. Il est essentiel que les opérations de lutte dans les zones urbaines soient organisées de manière coordonnée et intégrée et exécutées dans le contexte des services urbains de soins de santé primaires à l'aide de toutes les ressources disponibles.

3. Les opérations de lutte contre la lèpre dans le contexte des services urbains de soins de santé primaires devraient être appuyées par des services spécialisés qui assureraient l'orientation-recours, la supervision technique, la coordination, l'évaluation et la formation.
4. La polychimiothérapie recommandée par l'OMS étant l'instrument le plus efficace de lutte, elle devrait être énergiquement appliquée dans toutes les zones urbaines. Il faudrait pour cela veiller à ce que les médicaments nécessaires soient toujours disponibles dans les centres de traitement.
5. Les programmes de lutte contre la lèpre en milieu urbain devraient comporter des activités de formation et d'orientation organisées à intervalles réguliers pour toutes les catégories d'agents de santé et les élèves des établissements de formation de professionnels de la santé afin d'obtenir la participation de ces personnels et, en particulier, des omnipraticiens aux opérations de lutte.
6. Etant donné le nombre des services appelés à participer à des opérations de lutte dans les villes, il est important de mettre en place un système adéquat d'informations à l'aide d'un registre central et un système de notification croisée. Tous les services participant aux opérations de lutte, y compris les omnipraticiens, devraient être incités à communiquer des rapports au registre central.
7. L'éducation pour la santé ainsi que des services de qualité sont essentiels au succès de la lutte contre la lèpre en milieu urbain. Les activités d'éducation sanitaire conçues pour promouvoir le dépistage des cas, la prise en charge des cas et combattre l'opprobre social devraient faire intervenir tous les secteurs des services urbains et exploiter tous les médias. Il est très important que la communauté soit encouragée à participer à toutes ces activités, y compris les responsables sociaux.
8. La réadaptation des malades handicapés dans les zones urbaines pose des problèmes particuliers, notamment celui de l'emploi, ce qui nécessite une action coordonnée multisectorielle. Le problème des lépreux mendiants doit être abordé dans le contexte général du problème de la mendicité.
9. Là où plusieurs organismes participent aux opérations de lutte contre la lèpre, il est important qu'ils coordonnent leurs activités par le biais de mécanismes appropriés mis en place au niveau local par les services officiels de santé.
10. Les activités de lutte contre la lèpre dans les zones urbaines exigent un effort concerté de la part de tous les secteurs intéressés. Il est donc important de mettre en place des mécanismes de coordination pour cette collaboration intersectorielle qui, outre le ministère de la santé, intéresserait les ministères de la protection sociale, de l'éducation, du travail et de l'intérieur, les services municipaux de santé et des ONG.
11. Il serait utile de consacrer des recherches sur les systèmes de santé par rapport à la lutte contre la lèpre en milieu urbain dans certaines villes sélectionnées.

CONSULTATION SUR LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE DANS LE CADRE  
DES SERVICES URBAINS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Alexandrie, 14-17 novembre 1988

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr M. ADELEYE, Consultant, National Leprosy and Tuberculosis Control Programme, Epidemiology Division, Onikan Health Centre, Lagos, Nigeria
- Dr M. CASTELLANOS GARCIA, Jefe Programa Control Lepra, Francisco P. Miranda 177 Sexto Piso, Colonia Merced Gomez, Deleg. Alvarado Obregon, 01600 Mexico, D.F., Mexique
- Dr CHAROON PIRAYAVARAPORN, Director of Zonal Leprosy Centre I, Department of Communicable Disease Control, Prachathipatai Road, Bangkok 10200, Thaïlande
- Dr D. S. CHAUDHURY, Medical Adviser, German Leprosy Relief Association & Emmaüs Suisse, 35/1/A, 1d Ballygunge 1st Land, Calcutta-70019, Inde
- \*Dr T. J. CHIANG, Medical Director, Marie Adelaide Leprosy Centre, A.M. 21, Off. Shahrah-e-Liaquat (Frere Road), P.O. Box 8666, Karachi-03, Pakistan
- Dr R. GANAPATI, Bombay Leprosy Project, Vidnayan Bhavan, 11 V.N. Purav Marg, Sion-Chunabhatti, Bombay 400 022, Inde
- Dr N. R. HONEY, Special Skin Clinic, Kowloon Hospital, 147A Argyle Street, Kowloon, Hong Kong
- Dr Salwa KAMEL, Directeur de la Lutte contre la Lèpre, Ministère de la Santé, Le Caire, Egypte
- Dr A. KOSASIH, Chef du Département de Dermatovénérologie, Faculté de Médecine, Université d'Indonésie, Hôpital Cipto Mangunkusumo, Salemba Raya, Djakarta, Indonésie
- Dr D. LOBO, Director, German Leprosy Relief Association, 4 Gajapati Street, Shenoy Nagar, Madras 600 030, Inde
- Dr C. P. MOTTA, Coord. do Prog. de Cont. de Hansen., Rua Mexico 128, S/802 Centro, Rio de Janeiro, R.J., Brésil
- Dr MPUTU LUENGU BOYAU, Directeur, Bureau national de la Lèpre, B.P. 4741, Kinshasa-Ouest, Zaïre
- Dr D. M. OWILI, Kenyatta National Hospital, P.O. Box 46471, Nairobi, Kenya
- Dr L. de MESA REYES, National Capital Region for Health, Department of Health, San Lazaro Compound, St. Cruz, Manila, Philippines
- Dr Turkan SAYLAN, Centre antilépreux, Faculté de Médecine d'Istanbul, Université d'Istanbul, Capa, Istanbul, Turquie
- Dr Tulip TAN, Medical Director, National Skin Centre, 1 Mandalay Road, Singapore 1130, République de Singapour
- Dr van WIJNEN, Association allemande d'aide aux lépreux, 11 Dominikanerplatz 4, D-8700 Würzburg, République fédérale d'Allemagne

\*Dr Y. YUASA, Directeur exécutif et médical, Fondation Sasakawa pour la Santé,  
Sasakawa Hall, 3-12-12 Mita, Minato-ku, Tokyo 108, Japon

Dr A. A. ZARIFFA, Léprologue, 3 Delta Street, Sporting, Alexandrie, Egypte

Secrétariat

Dr A. Nadim, Administrateur régional pour la Méditerranée orientale (EMRO)  
Dr S. K. Noordeen, Médecin Chef, Unité de la Lèpre, Siège de l'OMS  
Dr J. W. Lee, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental  
Dr L. Lopez Bravo, Médecin, Unité de la Lèpre, Siège de l'OMS  
Dr I. Tabibzadeh, Systèmes et Politiques de santé au niveau national, Siège de l'OMS

\* N'a pu assister à la réunion.

- - -