

# Vers l'élimination de la lèpre



Programme de lutte antilépreuse  
**Organisation mondiale de la Santé**



## Bilan de la situation

**L'année 1991 marque un tournant dans l'histoire de la lutte antilépreuse : un tournant entre le passé et l'avenir, qui exige que l'on s'arrête pour faire le point sur ce qui a été fait et sur ce qu'il reste à faire.**

A la fin de l'année 1990 et pour la première fois depuis qu'il existe des statistiques assez fiables concernant les cas de lèpre connus, le nombre de cas enregistrés dans le monde a non seulement cessé d'augmenter, mais a aussi diminué sensiblement par rapport aux années précédentes et ce malgré la poursuite d'activités intensives de dépistage dans de nombreux pays. Pour la première fois depuis son introduction par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) il y a presque dix ans, plus de la moitié des cas connus dans le monde ont bénéficié de la PCT, dans plus de 90% des pays ou zones touchés par la lèpre. Pour la première fois, on peut parler d'une possible élimination de la maladie, du moins en tant que problème de santé publique, à tel point qu'au début de l'année 1991, le Conseil exécutif de l'OMS a déclaré que l'Organisation s'engageait à promouvoir le recours le plus large possible à la polychimiothérapie, associé à la poursuite des activités de dépistage, afin d'atteindre cet objectif d'ici l'an 2000.

Il reste cependant encore beaucoup à faire avant d'y parvenir. Aussi encourageants soient-ils, ces chiffres globaux ne doivent pas faire oublier que la maladie sévit toujours dans plus de 90 pays ou zones du monde et représente un grave problème de santé publique dans 28 d'entre

eux. En outre, bien qu'elle ait abouti à des résultats et qu'elle permette de résoudre relativement rapidement le problème de la lèpre dans un pays donné, la polychimiothérapie (PCT) doit encore atteindre un degré de couverture globalement élevé (voir *Quelques aspects positifs et négatifs de la polychimiothérapie et la situation en Afrique*) dans les différentes régions du monde et à l'intérieur de chaque pays. Trop de malades porteurs d'infirmités dues à la lèpre ne reçoivent pas toujours les soins et l'attention dont ils ont besoin. Trop de sujets au stade précoce de la maladie échappent encore au dépistage dans un trop grand nombre de pays. Trop de pays ne disposent toujours pas de services de santé de base adéquats – et quelques-uns n'ont toujours pas pris l'engagement politique nécessaire – pour mettre en place un programme de polychimiothérapie efficace. Il faut en outre multiplier et améliorer les programmes de formation, surtout si l'on veut continuer à intégrer progressivement et efficacement la lutte antilépreuse dans les services généraux de santé. Il faut créer des laboratoires dans de nombreuses régions ou améliorer ceux qui sont déjà en place et établir ou réorganiser des systèmes de surveillance et d'évaluation qui fourniront une base solide aux campagnes de polychimiothérapie.

## Garder le rythme

**A ce tournant de l'histoire de la lutte antilépreuse, si l'on veut progresser au même rythme que ces dernières années, il faut sans tarder répondre aux besoins et combler les lacunes qui existent.**

Il est de plus en plus clair cependant que le temps est venu de faire de nouveaux efforts pour donner ce qui

pourrait être un dernier coup de collier pour franchir la ligne d'arrivée. Par exemple:

■ Les régions de l'OMS touchées par la lèpre s'engagent de plus en plus à lutter contre cette maladie comme en témoignent les déclarations consensuelles adoptées ces dix dernières années par les Comités régionaux de l'Asie du Sud-Est (en 1982), du Pacifique occidental (1984), de l'Afrique (1988 et 1989) et de la Méditerranée orientale (1990), et, pour les Amériques, par la Conférence sanitaire panaméricaine (1990).

■ Les organisations non gouvernementales et d'autres organismes ont également renforcé leur engagement, comme en témoigne l'augmentation des fonds extrabudgétaires affectés à l'OMS, qui

s'élèvent aujourd'hui à US\$6,4 millions pour la période biennale 1990-1991 et l'accroissement des fonds publics (actuellement de US\$60 millions) recueillis chaque année par la Fédération Internationale des Associations contre la Lèpre par l'intermédiaire des 22 associations autonomes qui en font partie.

■ L'OMS estime que si les progrès se poursuivent au rythme actuel, la prévalence de la lèpre dans le monde pourrait être réduite au cours des dix prochaines années à un dixième du niveau enregistré en 1985, ramenant le nombre de cas connus à moins de 500 000, par rapport aux 3,7 millions de cas enregistrés en 1990.

## **La dernière ligne droite?**

Si l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique dans le monde n'est plus un rêve et si les moyens permettant d'atteindre cet objectif sont mis en place à une vitesse surprenante, il reste encore beaucoup à faire avant que la lèpre ne fasse, comme la variole, partie de l'histoire ancienne. Pourtant, jamais les moyens d'éliminer la lèpre n'ont été aussi

facilement disponibles; jamais la possibilité d'utiliser ces moyens pour atteindre cet objectif n'a recueilli un tel consensus mondial. Ce n'est certainement pas le moment de relâcher les efforts; ce qu'il faut au contraire, c'est préparer ce qui pourrait et devrait être le dernier chapitre de l'histoire de la lutte antilèpreuse.

## **Bilan: la lèpre en chiffres**

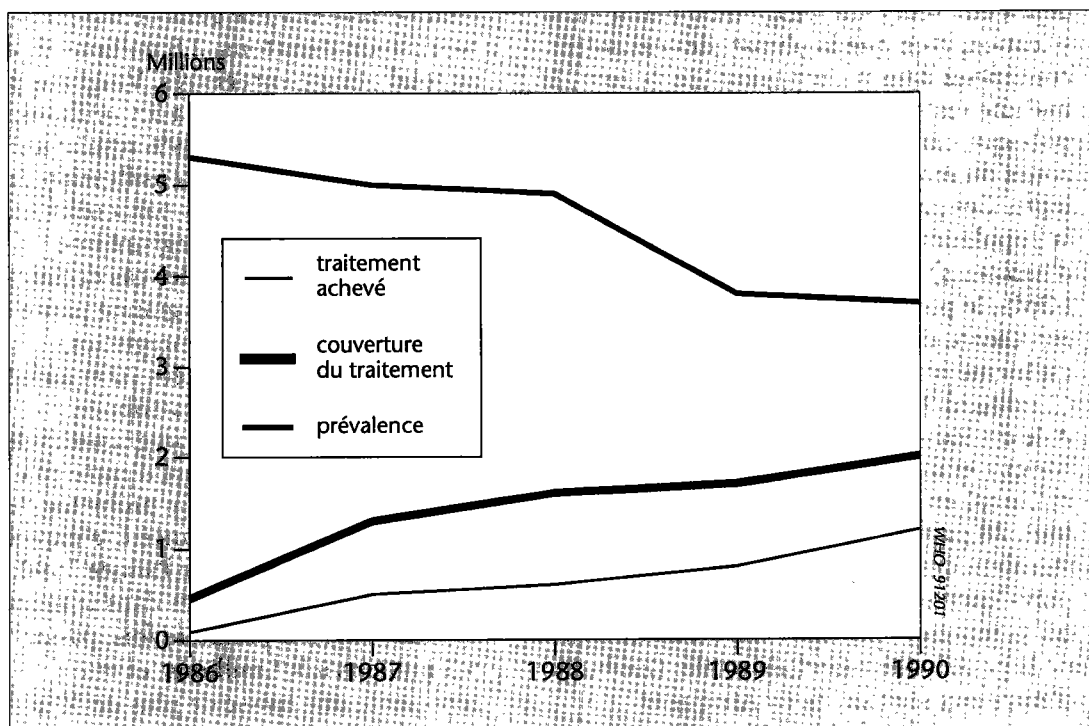
**Il y a aujourd'hui 3,7 millions de cas de lèpre enregistrés dans le monde et un nombre estimé de cas deux à trois fois plus élevé.**

Bien que près de 70 pays ou zones sur les 200 qui présentent des rapports à l'OMS aient enregistré plus de 1000 cas de lèpre, cinq pays (Inde, Brésil, Nigéria, Myanmar et Indonésie par ordre décroissant) regroupent à eux seuls plus de 83% de tous les cas enregistrés dans le monde et les trois quarts ou presque des cas connus se trouvent en Asie du Sud-Est. Ces chiffres ne sont guère élevés comparé au nombre estimé de personnes souffrant, chaque année, de maladies telles que le paludisme (270 millions), la schistosomiase (200 millions) et la filariose lymphatique (90 millions). Pourtant, en dépit de son taux de prévalence relativement faible et du fait qu'elle n'est pas une cause importante

de morbidité et de mortalité directe, la lèpre est pour de nombreux pays, un vestige intolérable du passé qui pèse bien trop lourd sur le bien-être social, économique et psychologique de familles ou de collectivités toutes entières. Reconnaissant cet "effet multiplicateur" de la lèpre, ses répercussions insidieuses sur l'état de la santé général d'une communauté et les difficultés que rencontrent de nombreux pays touchés par la lèpre pour allouer des ressources à des activités intensives de lutte antilèpreuse, l'Organisation mondiale de la Santé estime aujourd'hui que la lèpre devient un problème de santé publique dans un pays ou une zone lorsque son taux de



**Fig 2.**  
**Prévalence mondiale de la lèpre, couverture de la polychimiothérapie**  
**et nombre de malades ayant reçu le traitement complet, 1986-1990**



personnes avaient reçu le traitement complet, soit en moyenne 4000 personnes par mois, ce qui donne à penser que la diminution du nombre de cas enregistrés dans le monde est due en grande partie à la polychimiothérapie. Dans certains districts, le taux de prévalence de la lèpre a baissé de 80% à 90% grâce à la polychimiothérapie.

Lorsque la polychimiothérapie est appliquée, la courbe de données statistiques concernant les cas de lèpre tend avoir l'aspect d'une courbe de Gauss ou en cloche. En effet, étant donné que le dépistage systématique des cas fait partie intégrante de tout programme de polychimiothérapie correctement mené et que la courte durée et le faible niveau de toxicité de ce traitement tendent à encourager les sujets atteints à se faire connaître, la mise en oeuvre d'un programme de polychimiothérapie entraîne en général une augmentation du nombre des cas enregistrés. De fait, on peut raisonnablement attribuer en grande partie l'augmentation du nombre des cas enregistrés dans le monde dans les années 80 à la mise en oeuvre de la

polychimiothérapie. Par ailleurs, à la fin de l'année 1986, près d'un demi-million de malades étaient sous polychimiothérapie et près de 100 000 avaient achevé leur traitement.

Après quelques années d'application de la polychimiothérapie, la mise hors surveillance de malades ayant terminé leur traitement a entraîné une baisse spectaculaire du nombre de cas enregistrés. Cette tendance apparaît plus clairement lorsque l'on examine le nombre de cas de lèpre par district ou pays, mais la baisse sans précédent de 30% du taux de prévalence de la lèpre dans le monde entre 1985 et 1990 peut être attribuée dans une large mesure aux campagnes de polychimiothérapie qui ont été couronnées de succès, en particulier dans des pays tels que l'Inde où il existe de nombreux cas de lèpre. La figure 2 montre deux courbes inversement corrélées, l'une représentant la baisse du taux de prévalence de la lèpre dans le monde (de 12 à 7 pour 10 000) et l'autre, l'accroissement du taux de couverture de la polychimiothérapie (de 9% à 56%).

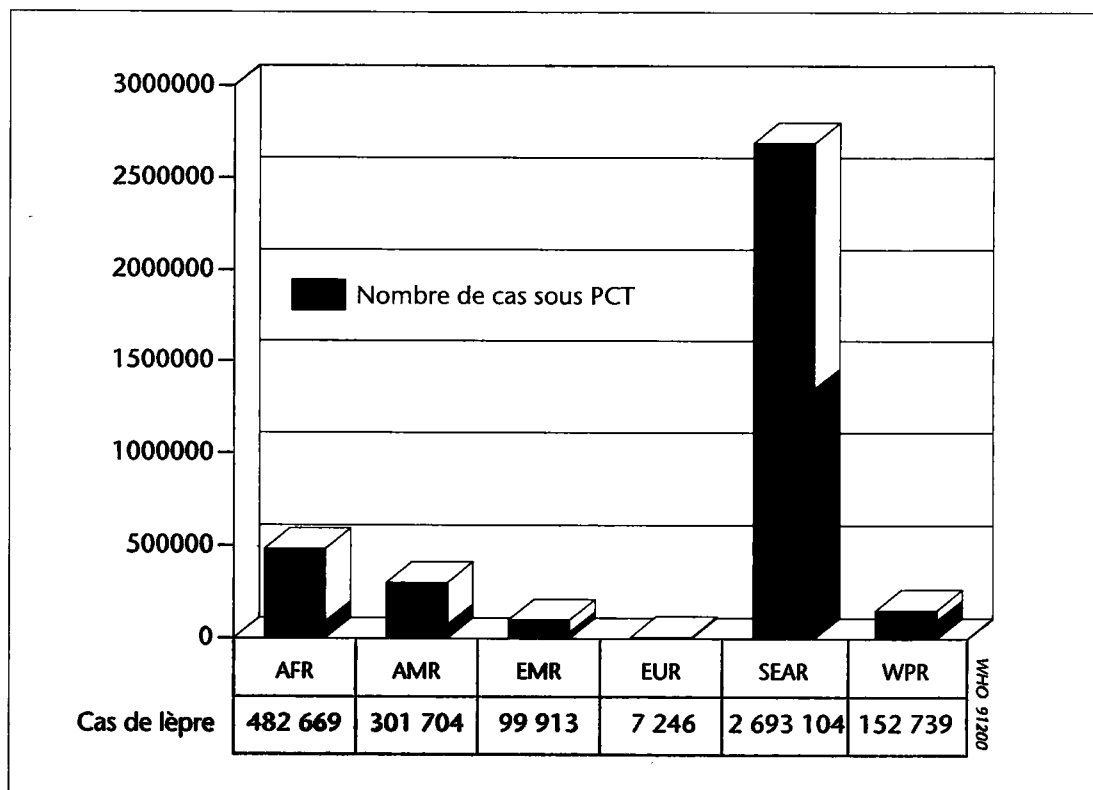
## Quelques aspects positifs et négatifs de la polychimiothérapie (PCT)

### Aspects positifs:

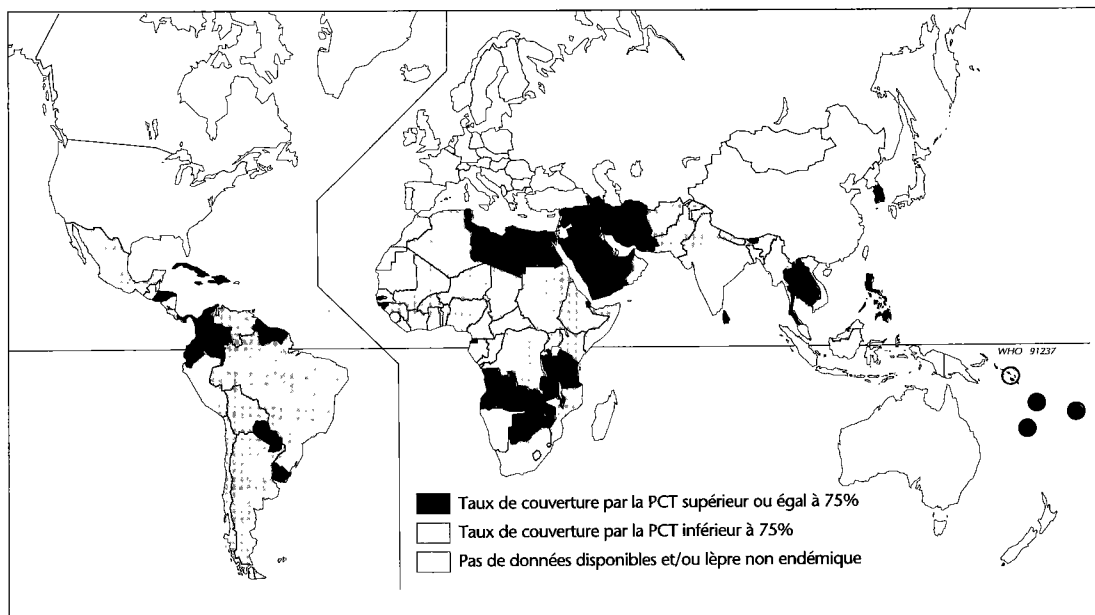
■ La polychimiothérapie est très efficace pour le traitement individuel. Au stade précoce de la maladie, les lésions disparaissent en général au bout de quelques mois de traitement ou une année ou deux après l'arrêt du traitement et la contagiosité de la maladie disparaît habituellement quelques jours après le début du traitement. La plupart des sujets atteints de la lèpre paucibacillaire peuvent être mis hors surveillance au bout de six à neuf mois de traitement et la plupart de ceux souffrant de la lèpre multibacillaire, au bout de deux à trois ans. Les taux de rechute sont extrêmement faibles, s'élevant en moyenne, dans le monde, à 0,1% par an pour les cas de lèpre paucibacillaire et à 0,06% pour les cas de lèpre multibacillaire (contre 1 à 2% par an pour la monothérapie par la dapsoné).

■ Etant donné que c'est un traitement efficace, de durée courte et limitée et entraînant moins de réactions de type 2 (erythema nodosum leprosum) que tout autre schéma thérapeutique et malgré une décoloration de la peau provoquée par la clofazimine, la polychimiothérapie est largement acceptée par les malades: les taux d'observance se situent en moyenne entre 80% et 90% dans la plupart des régions, contre 50% au maximum pour la monothérapie par la dapsoné. La polychimiothérapie offre donc une solution rapide au problème de la lèpre dans un pays donné et garantit ainsi des résultats rapides par rapport au capital investi. Soutenu par un ferme engagement national et des ressources adéquates, un programme de polychimiothérapie correctement mené peut réduire le nombre de cas de lèpre dans

Fig 3.  
Répartition des cas de lèpre par Région OMS, 1990



**Fig. 4.**  
**Mise en oeuvre de la polychimiothérapie (PCT) pour la lutte antilépreuse**



Au milieu de l'année 1990, plus de trois millions de malades atteints de la lèpre sur les cinq millions enregistrés dans les 153 pays ou zones qui signalent des cas de lèpre avaient été sous polychimiothérapie et près d'un tiers d'entre eux avaient terminé leur traitement et n'étaient plus considérés comme atteints d'une lèpre évolutive.

un pays de 70 à 80% dans un délai de 5 à 10 ans, libérant ainsi des fonds pour répondre à d'autres besoins, éventuellement à plus long terme.

■ Etant donné qu'un programme de polychimiothérapie nécessite un système de dépistage bien organisé et que le haut degré d'acceptation du traitement par les malades tend à encourager les sujets atteints à se présenter spontanément, la polychimiothérapie est associée en général à un accroissement du taux de dépistage précoce et, par conséquent, à une baisse du nombre de nouveaux cas présentant des invalidités.

#### **Aspects négatifs:**

■ C'est dans les pays les plus démunis sur le plan social et économique que la lèpre tend à être le plus profondément ancrée. Les ressources – fonds et infrastructure – nécessaires à la mise en oeuvre d'un programme de polychimiothérapie efficace sont donc rarement à la portée de ces pays, généralement confrontés à des problèmes de santé qu'ils jugent plus urgents que la

lèpre. Cela expliquerait, du moins en partie, pourquoi la couverture de la polychimiothérapie est encore si inégale: alors que 56% des malades sont aujourd'hui sous polychimiothérapie dans le monde, seuls 18% le sont dans la Région de l'Afrique et 24% dans la Région des Amériques (voir fig.3). Comme il fallait s'y attendre, le degré de couverture varie également à l'intérieur des régions: les pays où les taux de prévalence de la lèpre sont élevés sont souvent ceux qui ont les taux de couverture de la polychimiothérapie les plus faibles. Ainsi, dans les pays africains où les taux de prévalence sont supérieurs à 1 cas pour 1000 habitants, 9% seulement des cas enregistrés ont accès à la polychimiothérapie (contre une moyenne régionale de 18%); en Méditerranée orientale, ce taux n'est que de 12% (contre une moyenne régionale de 39%), aux Amériques, il n'est que de 13% (contre 24%) et dans le Pacifique occidental, de 33% (contre 63%). En revanche, dans les pays d'Asie du Sud-Est où le taux de prévalence est élevé, le taux de couverture s'élève à 68%, contre 50% dans l'ensemble de la région.

## La situation en Afrique

Ajoutée au niveau de développement peu élevé de l'Afrique dont il est souvent question, la lèpre n'offre guère de consolations: comparée aux autres régions de l'OMS, l'Afrique est celle qui compte le plus grand nombre de pays ou de zones touchés par la lèpre (46 sur 49, soit 94%), le plus grand nombre de pays ou de zones (18 soit 37%) ou le taux de prévalence est élevé (plus d'un cas pour 1000 habitants) et le plus petit nombre de malades traités par polychimiothérapie (18% contre une moyenne mondiale de 56%).

L'Afrique occupe le deuxième rang après l'Asie du Sud-Est pour ce qui est de la prévalence de la lèpre (actuellement de 10 pour 10 000 habitants environ, contre une moyenne mondiale de 7 pour 10 000), du nombre total de cas connus (482 000) et du pourcentage de cas enregistrés dans le monde (13%, contre 72% pour l'Asie du Sud-Est). Avec 194 000 cas, le Nigéria regroupe 40% des cas enregistrés dans la région, tandis que le Congo a le taux de prévalence le plus élevé (32,2 pour 10 000), suivi de la République Centrafricaine (24,4), le Mali (23,6), la Guinée (23) et le Gabon (21,3).

D'un autre côté, comparée à d'autres régions de l'OMS, l'Afrique est la seule à avoir enregistré une baisse du nombre de cas connus entre 1966 et 1985 (de 41% contre une augmentation de 90% dans le monde). Depuis 1985, le nombre de cas en Afrique a encore chuté de 51% (contre une diminution de 30% dans le monde), portant la baisse totale du nombre de cas de lèpre dans la région entre 1966 et 1990 à 71%, contre une augmentation de 32% dans le monde. Ces chiffres donnent à penser que la baisse des taux de prévalence en Afrique entre 1966 et 1990 – de près de 20 à 10 pour 10 000 environ, contre une diminution de 12 à 7 pour 10 000 dans le monde – ne s'explique pas seulement par l'augmentation générale de la population dans la région.

Diverses raisons ont été avancées pour expliquer cette diminution spectaculaire du nombre de cas enregistrés, invoquant notamment, sur le plan négatif, une détérioration des systèmes de dépistage et de notification des cas sur un fond de sous-déclaration et, sur le plan positif, le succès de plusieurs programmes de lutte

basés sur l'utilisation de la dapsoné. Si l'on se réfère au nombre de cas déclarés pour 1985-1990, la polychimiothérapie n'a joué aucun rôle dans la diminution rapide du taux de prévalence: contrairement à d'autres régions, en particulier l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, où la baisse du taux de prévalence de la lèpre est étroitement liée à l'accroissement du taux de couverture de la polychimiothérapie, il n'existe que peu de relations entre la lente augmentation de l'application de la polychimiothérapie et la chute du taux de prévalence au cours des cinq dernières années. Il ne fait aucun doute que, comparé à d'autres pays, le taux de couverture de la polychimiothérapie n'est guère encourageant: il n'est que de 18 % dans l'ensemble de la région (contre 66% en Asie du Sud-Est) et il est inférieur à 30% dans la moitié des 38 pays africains où la lèpre est un problème de santé publique.

En dépit de ces taux de couverture de la polychimiothérapie peu réjouissants, l'état d'esprit des participants à la Conférence Interrégionale sur la Lutte Antilépreuse en Afrique, qui s'est tenue en novembre 1989 à Brazzaville au Congo, était loin d'être pessimiste: dans l'ensemble, les gouvernements se sont engagés plus fermement à appliquer la polychimiothérapie, élément clé des programmes de lutte antilépreuse, et à résoudre – grâce à la recherche sur les systèmes de santé, à l'intégration de la lutte antilépreuse dans les services généraux de santé, à la formation à tous les niveaux, en particulier à la gestion, et à des campagnes d'éducation pour la santé – les obstacles opérationnels et autres qui empêchent la population d'avoir plus largement accès à la polychimiothérapie en Afrique.

## Le cas de l'Inde

Avec 2,4 millions de cas enregistrés en 1990 (et un nombre estimé de cas s'élevant à 4 millions), l'Inde réunit près des deux tiers des cas de lèpre connus dans le monde.

Le nombre total de cas enregistrés n'a cessé d'augmenter de 1951 (1,4 million) à 1981 (3,9 millions) puis a commencé à baisser pour atteindre le chiffre actuel vers la fin de la dernière décennie. Huit des 26 Etats de l'Inde comptent au total 2,3 millions de malades, ce qui représente plus de 60% du nombre total de sujets atteints de la lèpre dans le monde et 98% du nombre total de cas dans le pays (voir fig. 5). En outre, sur les quelques 600 000 nouveaux cas dépistés chaque année dans le monde, 470 000 proviennent de l'Inde. Parmi les pays ou zones du monde qui enregistrent plus de 1000 cas de lèpre, l'Inde, avec 30 cas pour 10 000 habitants, a le deuxième taux de prévalence le plus élevé (après Myanmar). Environ 15 % des

malades atteints de la lèpre en Inde sont des enfants et 20 % environ souffrent de handicaps liés à la maladie.

Sur un plan plus positif, avec 1,6 million (69%) de malades sur 2,4 millions sous polychimiothérapie, l'Inde a mis en oeuvre le plus grand programme de polychimiothérapie du monde. Grâce à ce programme, le nombre de cas mis hors surveillance chaque année (500 000 environ) est aujourd'hui supérieur au nombre de nouveaux cas dépistés (voir fig. 6) et environ 4,5 millions de personnes ont été rayées des listes de cas de lèpre au cours de la dernière décennie. La polychimiothérapie est le pilier du Programme national d'éradication de la lèpre qui est très bien organisé. Ce

Fig. 5.  
Prévalence des cas de lèpre enregistrés en Inde, juin 1990  
(taux de prévalence pour 1000)

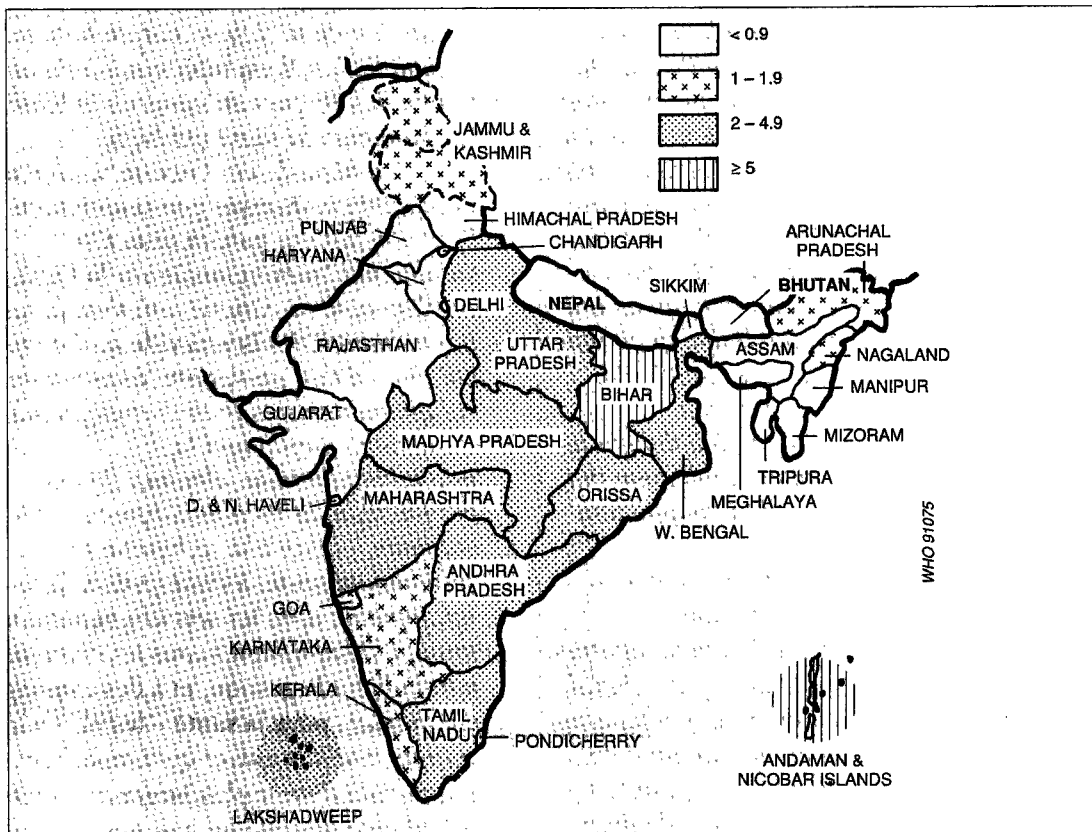
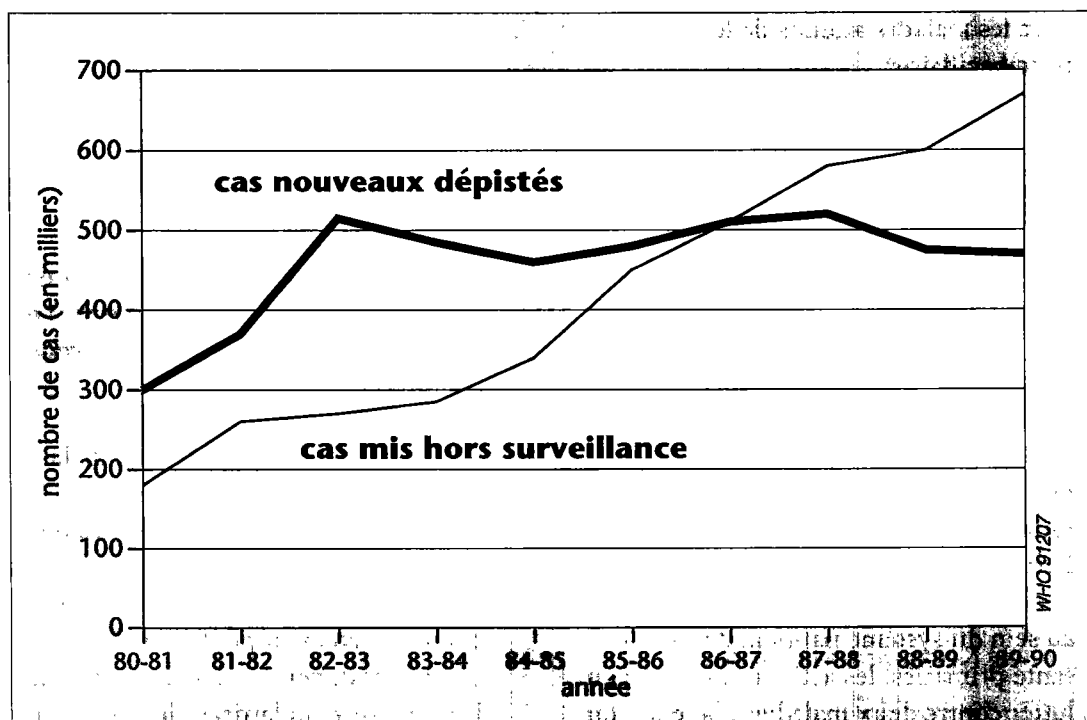


Fig. 6.  
**Nombre de cas nouveaux dépistés et de cas mis hors surveillance  
 par an (1980-1990)**



programme, dont le coût s'élève à US\$32 millions par an (environ 600 millions de roupies), a été lancé en 1983 dans un climat d'optimisme créé par l'introduction de la polychimiothérapie. Avec l'aide de plus de 250 organisations bénévoles, le programme vise à étendre d'ici à 1992 l'application de la polychimiothérapie aux 196 districts du pays touchés par la lèpre, qui regroupent environ 90% des malades hanséniens en Inde.

Les données recueillies dans 12 districts donnent un aperçu de l'impact épidémiologique d'un programme de polychimiothérapie. Cinq ans après l'introduction de la polychimiothérapie, le taux de prévalence de la lèpre a chuté de 65% (passant de 9,8 à 3,4 pour 1000), le pourcentage de nouveaux cas dépistés a baissé de 42% (passant de 3,1 à 1,8 pour 1000) et le pourcentage d'enfants parmi les nouveaux cas dépistés, de 13 %.

Selon les rapports établis dans les districts où la polychimiothérapie est appliquée, il semble également que ce traitement soit bien accepté par les malades, qui ne souffrent presque pas d'effets secondaires; que les épisodes réactionnels

soient considérablement réduits comparés à ceux observés avec la monothérapie par la dapsoné; et que l'introduction de la polychimiothérapie ait suscité en général des attitudes plus positives chez les patients et les agents de santé et au sein des communautés où vivent des malades de la lèpre.

L'OMS apporte un appui technique au Programme national d'éradication de la lèpre en envoyant des consultants, en organisant des réunions régionales et nationales, en menant des activités d'évaluation et de surveillance, en organisant des activités de formation, en accordant des bourses et en fournissant des équipements.

Le programme indien se heurte, entre autres, aux problèmes suivants:

- difficulté de classer les malades dans la catégorie multi- ou paucibacillaire;
- persistance des lésions chez certains malades atteints de la lèpre paucibacillaire;
- insuffisance d'infrastructures appropriées pour le traitement des complications (notamment les épisodes réactionnels et les ulcères);

■ efforts inadéquats de prévention des invalidités;

■ distinction entre les réactions d'inversion et les rechutes, en particulier chez les malades atteints de la lèpre paucibacillaire;

■ difficulté d'obtenir une évaluation épidémiologique fiable de la maladie;

■ système de surveillance post-thérapeutique inadéquat.

## **Le cas de la Zambie**

**"Avec la polychimiothérapie, la lèpre apparaît sous un jour nouveau. Les vieux stigmates qui faisaient croire que la lèpre était incurable disparaissent. Les taux élevés de guérison, associés à la durée relativement courte du traitement, ont considérablement amélioré l'observance."**

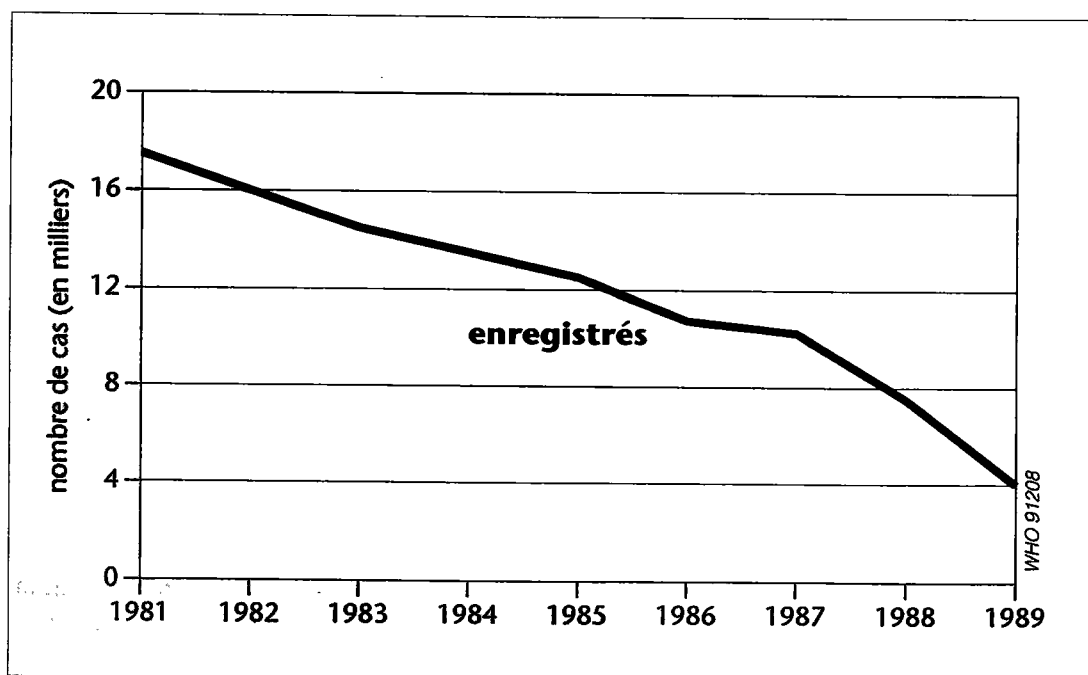
C'est ce que l'on peut lire dans un rapport établi récemment par l'Unité de lutte contre la lèpre et la tuberculose de la Zambie, qui relève du Ministère de la Santé et qui, comme son nom l'indique, combine, au sein du système national de soins de santé primaires, les activités menées pour lutter contre deux maladies : la lèpre, qui est en régression, et la tuberculose, qui est la cinquième cause de mortalité et de morbidité (tout comme le SIDA).

Le nombre de cas de lèpre enregistrés a fortement baissé (voir fig.7), passant de 16 000 en 1981 à 3663 en 1989 grâce, semble-t-il, à la polychimiothérapie, qui a été introduite en 1983 et qui s'applique aujourd'hui à 70% des malades de la lèpre dans 93% des districts. Dans quatre des neuf provinces du pays, qui regroupent 52% de la population totale, le taux de couverture de la polychimiothérapie est de 75 à 100%. La baisse constante du nombre des nouveaux cas dépistés chaque année, qui est passé du chiffre record de 1440 en 1983 à 1020 en 1990, malgré la poursuite d'activités de dépistage intenses, donnent à penser que la transmission de la lèpre a réellement diminuée. On ne dispose pas cependant de données pour déterminer les taux de dépistage par âge qui permettraient d'évaluer la fréquence des nouveaux cas de lèpre.

Le Programme national de lutte contre la lèpre de la Zambie, qui a

longtemps bénéficié de l'appui de la Fondation Sasakawa pour la Santé (Japon) et de l'Association hollandaise d'aide aux lépreux, présente plusieurs caractéristiques qui montrent comment un pays, tout en étant relativement petit (8 millions d'habitants), peut se débarrasser dans une large mesure du fardeau de la lèpre qui pesait depuis de longues années. Ce programme comprend un programme de polychimiothérapie énergique proposant des services de dépistage, de traitement et de suivi des cas efficaces dans la majeure partie du pays; l'intégration de ce programme dans le système de soins de santé primaires du pays; l'utilisation des ressources mobilisées par le programme pour lutter contre une maladie dont le taux de prévalence est élevé (tuberculose); d'importantes activités de formation à la gestion; des services de laboratoire bien gérés chargés de l'étude bactériologique de tous les nouveaux cas diagnostiqués, et notamment l'examen périodique de frottis dans un laboratoire national de référence; et un système simple de communication des données immédiatement applicable au niveau des soins de santé primaires. Un programme spécialisé de réadaptation est mis en place avec l'aide de la Leprosy Mission International (Royaume-Uni) pour s'occuper d'un aspect jusqu'ici négligé de la lutte contre la lèpre en Zambie: la prévention et le traitement des invalidités.

Fig. 7.  
Nombre de cas de lèpre



## L'action de l'OMS

L'OMS contribue à la réalisation de son nouvel objectif qui consiste à éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000 en coordonnant et en soutenant essentiellement les multiples institutions (de recherche, de formation, universitaire, gouvernementale et autres), organismes et organisations qui participent aux efforts déployés pour y parvenir.

L'OMS bénéficie de l'appui précieux de nombreux organismes qui participent à la lutte contre la lèpre, notamment de la Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon, de l'Association Internationale contre la Lèpre et de la Fédération Internationale des Associations contre la Lèpre.

Reconnaissant que l'évolution de la lèpre dans le monde est entrée dans une phase décisive suite aux progrès constants qui ont été réalisés au cours des cinq dernières années dans la lutte contre la maladie, l'OMS a créé un groupe de travail sur la lèpre composé d'experts chargés de surveiller les activités menées dans le monde pour renforcer l'impulsion donnée

par les progrès récemment enregistrés. Ce groupe d'experts sur la lutte contre la lèpre se réunira périodiquement à partir de 1991 pour examiner comment encourager les pays à intensifier leurs efforts en matière de lutte contre la lèpre, renforcer l'appui fourni par les différents organismes qui participent à la lutte contre la lèpre et mieux coordonner leurs activités. Il cherchera également par quel moyen améliorer les stratégies de lutte et fixera des priorités liées à l'évolution des conditions épidémiologiques et socio-économiques. Le groupe de travail sera également chargé d'évaluer les progrès scientifiques et d'examiner si les résultats des recherches sont applicables dans la lutte contre la

lèpre. Le groupe de travail devra surtout stimuler et orienter la "course" vers l'élimination de la lèpre d'ici l'an 2000.

En termes plus concrets, les activités menées par l'OMS entrent dans deux grandes catégories : développement du programme et recherche.

Les activités menées par l'OMS dans le cadre du développement du programme ont pour objectif, entre autres :

- d'aider les régions et les pays à planifier et à mener des activités de lutte contre la lèpre, en particulier par le biais de l'infrastructure des services généraux de santé;

- d'aider les pays à mettre en place les moyens techniques nécessaires pour mener des activités de lutte antilépreuse efficaces, notamment l'évaluation de la situation épidémiologique et la surveillance du traitement;

- de fournir, à tous les niveaux de la lutte antilépreuse, des directives techniques à jour concernant le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre, fondées sur les résultats de recherche les plus récents;

- d'élaborer une politique concernant tous les aspects de la lutte antilépreuse, notamment la classification, les critères de diagnostic, le traitement, le suivi ainsi que la prévention et le traitement des invalidités;

- de donner une formation aux personnels à tous les échelons de santé sur tous les aspects de la lutte antilépreuse, et notamment sur les services d'orientation-recours pour le diagnostic clinique et le diagnostic en laboratoire, le traitement des complications et les services de

réadaptation des malades fondés sur la communauté; l'OMS organise en particulier des cours de formation nationaux sur la lutte antilépreuse à l'intention des administrateurs.

Dans le cadre de ses activités de promotion de la recherche, l'OMS :

- organise, appuie et coordonne les essais sur le terrain de vaccins antilépreux pour la prévention et l'immunothérapie;

- appuie les essais sur le terrain de schémas polychimiothérapeutiques plus courts, plus efficaces et plus facilement applicables et de nouveaux médicaments contre la lèpre;

- soutient les recherches menées pour mettre au point de meilleures techniques permettant de surveiller l'impact du traitement sur la transmission de la lèpre et coordonne des projets visant à évaluer l'impact épidémiologique du traitement sur la transmission;

- soutient et coordonne la recherche sur les systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne (a) les politiques en matière de lutte antilépreuse qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité, notamment celles qui prévoient l'intégration de la lutte antilépreuse dans les services généraux de santé et les programmes mis en place pour lutter contre d'autres maladies; (b) la mise en place de services de réadaptation et leur intégration dans les programmes de réadaptation existants; (c) l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des cas; (d) les facteurs socio-économiques, notamment les activités de formation, associés à l'engagement de la communauté dans la lutte contre la lèpre.