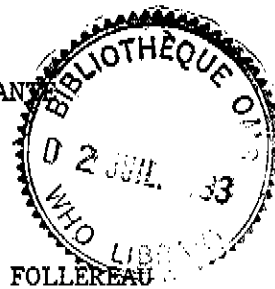




en collaboration avec



WHO/CTD/LEP/93.1
ORIGINAL : FRANCAIS



L'ASSOCIATION FRANCAISE RAOUL FOLLEREAU

**RAPPORT DE LA REUNION DES RESPONSABLES DE LUTTE ANTILEPREUSE SUR
L'ELIMINATION DE LA LEPRE PAR LA MISE EN OEUVRE DE LA PCT EN AFRIQUE**

Yaoundé, Cameroun, 30 mars-2 avril 1993

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	2
1.1 Cérémonie inaugurale	2
1.2 Justification et objectifs de la réunion	3
1.3 Lignes stratégiques pour l'élimination de la lèpre	4
2. SITUATION DE LA LEPRE DANS LES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE	6
2.2 Présentations des Directeurs Nationaux de Programmes	6
2.2 Bilan de la situation et progrès avec la Polychimiothérapie	10
3. COMMUNICATIONS TECHNIQUES	12
3.1 La polychimiothérapie antiléprouse, résultats et perspectives.	12
3.2 Problèmes opérationnels posés par la mise en oeuvre de la PCT.	13
3.3 Organisation de la lutte antiléprouse basée sur la PCT	13
3.4) L'apport de la recherche en systèmes de santé dans la mise	
3.5) en oeuvre de la lutte antiléprouse	14
3.6 Mobilisation des ressources et coordination en matière de lutte antiléprouse	15
3.7 La formation du personnel chargé de la lutte antiléprouse.	16
3.8 La surveillance épidémiologique de la lèpre et l'évaluation des programmes de lutte	16
3.9 Prévention et traitement des invalidités	17
3.10 Réseau de surveillance épidémiologique et évaluation de l'élimination de la lèpre	17
3.11 Rôle des échanges d'expériences dans l'amélioration de la lutte antiléprouse	18
4. RESUMES DES DISCUSSIONS DE GROUPE	19
5. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	25
ANNEXES :	
I. Lignes stratégiques pour l'élimination de la lèpre	26
II. Liste des participants	40

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

1.1 Cérémonie inaugurale

Le Ministre de la Santé Publique du Cameroun qui présidait la partie inaugurale de cette réunion a accueilli les participants. Cette réunion était la première du genre et a permis de faire le point de la situation avec les représentants de 14 pays d'endémie, les représentants locaux des principales organisations volontaires participant aux programmes, et les délégués du siège de ces organisations. La liste complète des participants est donnée en annexe.

Le représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé au Cameroun a exprimé au nom du Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique, Docteur G.L. Monekosso, tout l'intérêt que l'OMS portait à la lutte antilépreuse. Dans son message, le Directeur Régional a exprimé sa satisfaction devant les résultats accomplis et a remercié les Organisations Non Gouvernementales, notamment celles membres de l'ILEP, pour l'appui considérable qu'elles ont apporté à la lutte contre la lèpre. Il a souligné l'importance de l'engagement des responsables politiques ainsi que le rôle essentiel des directeurs nationaux des programmes qui ont permis d'améliorer la situation ces dernières années. L'Afrique est le second continent touché par la lèpre après l'Asie. Bien que le nombre total des cas n'ait cessé de diminuer depuis 25 ans, le problème reste d'importance. Depuis la Conférence inter-régionale sur la lèpre en Afrique tenue à Brazzaville en novembre 1989, les Etats Membres ont renforcé leurs efforts. La couverture par PCT est passée de 7 % en 1985 à plus de 31% fin 1991. Ceci a été rendu possible grâce à une collaboration étroite avec les ONG, un renforcement de la capacité des responsables nationaux à gérer les programmes, notamment au niveau du district sanitaire. L'organisation de cette réunion témoigne de l'importance que le Bureau Régional et le Siège de l'OMS accordent au problème de la lèpre en Afrique. Dans son message, le Directeur Régional a formulé des vœux pour que les participants étudient les possibilités d'accélérer la mise en oeuvre intensive de la PCT par une analyse correcte de la situation, par la détermination d'objectifs spécifiques vers l'élimination de la lèpre pour chaque pays et par un engagement des partenaires permettant la réalisation de ces objectifs.

P. Olphe-Gaillard, Directeur des projets de l'Association Française Raoul Follereau, a lu un message du Président de cette Association, M. Récipon qui s'est excusé de n'avoir pu participer lui-même à cette réunion. Dans son message, le Président de l'AFRF a souligné que cette réunion intervenait alors que venait d'être fêtée le cinquantenaire du premier appel de Raoul Follereau en faveur des malades de la lèpre. L'opiniâtreté d'un homme et la générosité de millions d'autres, les efforts de la communauté scientifique, la volonté politique des autorités sanitaires des Etats ont permis d'atteindre aujourd'hui ce triple résultat:

- (a) la lèpre se guérit, et l'écho de cette nouvelle a retenti, de proche en proche, jusqu'aux régions les plus reculées;
- (b) le malade de la lèpre peut avoir accès aux soins;
- (c) le traitement de la lèpre ne grève pas le budget de l'Etat car les hommes se mobilisent au profit d'autres hommes malheureux.

P. Olphe Gaillard a souligné que cette réunion était un encouragement pour l'AFRF et pour toutes les organisations membres de l'ILEP, à poursuivre sans relâche leur action.

Le Ministre de la Santé Publique du Cameroun a souligné que la lèpre était un grave problème pour les individus touchés et que la société devait s'employer à prévenir cette maladie et à prendre en charge les malades. La volonté exprimée des Etas Membres d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique nécessite de mobiliser des ressources importantes et de travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires afin de s'assurer que chaque malade puisse avoir accès au diagnostic et au traitement approprié que constitue la PCT. Les échanges d'expériences des différents pays représentés, la définition d'objectifs précis élaborés en collaboration avec les partenaires habituels de la lutte antilépreuse, ainsi que des solutions pratiques permettant de faciliter la généralisation des activités de lutte à l'ensemble des structures de santé existantes sont parmi les moyens les plus importants à mettre en oeuvre pour atteindre cette élimination. La réunion a été déclarée officiellement ouverte. Le Docteur Fatchou Gakaitengou (Tchad) et le Docteur Ousmane Keita (Guinée) ont été élus Président et Vice-Président respectivement.

1.2 Justification et objectifs de la réunion

Le Dr S.A. Diallo, représentant le Bureau Régional pour l'Afrique, a déclaré que la possibilité d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique (taux de prévalence inférieur à un pour dix mille habitants) est devenue une réalité. L'efficacité démontrée de la polychimiothérapie antilépreuse (PCT), le fait qu'elle soit très bien acceptée par les malades et par l'ensemble des services de santé, son coût acceptable, sa mise en oeuvre possible à travers les systèmes de santé les plus divers ont créé un regain d'intérêt et un renouveau de toutes les activités de lutte antilépreuse. La volonté des gouvernements de résoudre le problème ainsi que l'appui considérable apporté par les organisations non gouvernementales, notamment membres de l'ILEP ont rendu possible la mise en oeuvre de la stratégie de lutte basée sur la PCT.

Depuis 1981, date des recommandations de l'OMS sur la PCT, des progrès considérables ont été réalisés qui se sont traduits par une diminution notable de la prévalence de la maladie. Cette réduction de la prévalence est le résultat de plusieurs facteurs et actions de santé, mais il est remarquable de noter que la stratégie basée sur la PCT a permis d'augmenter de façon très significative la détection des malades tout en assurant la guérison d'un grand nombre d'entre eux.

Les pays de la région Afrique de l'OMS, malgré des difficultés importantes, ont enregistré des succès remarquables dans la lutte antilépreuse. Bien que d'une façon générale la PCT ait été introduite à grande échelle plus tardivement dans la majorité de ces pays, 20% d'entre eux ont atteint et maintenu une couverture de 100%.

Ces résultats ont pu être atteints grâce à l'engagement des gouvernements et à l'appui constant et la coordination étroite avec les organisations non gouvernementales. La conférence inter-régionale organisée par l'OMS à Brazzaville en 1989 avait permis de formuler des recommandations visant à accélérer la mise en oeuvre de la PCT dans les pays de la région Afrique. Ceci avait permis de relancer les activités, d'améliorer la coordination et de renforcer les compétences nationales dans la mise en oeuvre des programmes de lutte. Trois ans après cette conférence il est important d'évaluer les progrès réalisés, de

discuter les divers aspects techniques et opérationnels et surtout d'identifier les mécanismes et solutions concrètes qui permettront d'atteindre l'élimination de la lèpre telle que formulée dans la résolution WHA 44.9 prise en mai 1991 par les Etats lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

La stratégie d'élimination de la lèpre basée sur la PCT demande des efforts supplémentaires et conduit à l'identification et à la résolution d'un certain nombre de problèmes techniques et opérationnels. Il est donc opportun de faire le bilan des activités de lutte antilépreuse après introduction de la PCT. Les aspects techniques et opérationnels, les principaux problèmes et obstacles doivent être discutés et des recommandations émises pour aider les pays à formuler et mettre en oeuvre une stratégie d'élimination de la lèpre. Les aspects techniques spécifiques relatifs à la surveillance épidémiologique de la lèpre et au système d'évaluation de la mise en oeuvre de la PCT prennent une importance plus grande dans le contexte du suivi de l'élimination de la lèpre.

Les objectifs et résultats attendus étaient donc:

1. Evaluer les résultats des programmes de lutte antilépreuse dans les pays d'Afrique de haute endémicité dont la langue de travail est le français;
2. Identifier les obstacles techniques et opérationnels à la mise en oeuvre intensive de la PCT;
3. Formuler des objectifs spécifiques et discuter les activités à réaliser afin d'éliminer la lèpre dans les pays concernés;
4. Définir les indicateurs essentiels et les mécanismes de systèmes d'information permettant d'évaluer la mise en oeuvre de la PCT et les progrès vers l'élimination de la lèpre et mettre en place un réseau de surveillance épidémiologique et d'évaluation;
5. Renforcer les mécanismes de coopération et coordination avec les différents partenaires impliqués dans la lutte antilépreuse, notamment par la formulation de plans d'action visant à l'élimination de la lèpre.

1.3 Lignes stratégiques pour l'élimination de la lèpre

Le Docteur S.K. Noordeen, Chef de l'Unité Lèpre au Siège de l'OMS a présenté les derniers résultats disponibles sur l'endémie lépreuse dans le monde et les progrès réalisés avec la PCT. Le document complet de sa présentation est joint en annexe de ce rapport. La lèpre reste un problème de santé publique important dans la majeure partie des pays d'Afrique francophone. Historiquement connus pour être des pays d'endémicité très élevée, avec parfois les plus hauts taux de prévalence du monde (Burkina Faso, Centrafrique, Congo par exemple). Selon les données disponibles à l'unité de la lèpre de l'OMS, le nombre de malades enregistrés dans la région Afrique est de 272.580, soit un taux de prévalence de 5,20 pour dix mille habitants. Les pays d'Afrique francophones comptent 108.000 malades (taux de prévalence 6,80 pour dix mille habitants), soit 40% du total. Le nombre de cas estimés en Afrique est de 350 000. La détection annuelle est de 38 000 cas (7 pour 100 000 habitants) dont 18 000 pour l'Afrique francophone (47%). Ces chiffres permettent de mesurer la charge de travail pour éliminer la lèpre, en considérant que la détection reste sensiblement identique,

les pays d'Afrique devront diagnostiquer, traiter et guérir environ 600 000 cas d'ici l'an 2000.

La stratégie d'élimination de la lèpre repose essentiellement sur le dépistage précoce et le traitement des malades par la PCT et ce afin de réduire la source d'infection à un niveau tel que la transmission de la maladie dans la population deviendra négligeable. Bien que la transmission de la maladie ne puisse se mesurer que par l'observation de l'incidence, la stratégie d'élimination n'a pas pour but d'éradiquer la lèpre, c'est à dire de stopper l'infection et de réduire l'incidence à 0. En effet, on estime que si la prévalence (c'est à dire le nombre d'individus potentiellement infectants) atteint un niveau très bas, la transmission sera considérablement réduite et la maladie s'éteindra d'elle même. Cette hypothèse est basée sur l'étude des tendances de la lèpre dans certains pays où la transmission de la lèpre s'est arrêtée dès que la prévalence a atteint un certain seuil.

La stratégie d'élimination comporte plusieurs phases et doit tenir compte de la distribution géographique, surtout lorsque l'on connaît la répartition très hétérogène des cas de lèpre. Ainsi un pays pourra avoir atteint l'objectif moins de un pour dix mille au niveau national, mais certains foyers d'endémie peuvent subsister, et l'objectif sera alors d'éliminer la lèpre dans ces foyers. De même, après la phase d'élimination, on devra s'assurer que celle-ci est maintenue pendant un temps suffisant et qu'aucun événement particulier ne vient la compromettre. Ceci demandera de surveiller étroitement les tendances épidémiologiques de la maladie, son incidence, sa distribution et l'existence de facteurs qui pourraient créer une résurgence de la maladie. La stratégie d'élimination est donc principalement opérationnelle et basée sur la PCT. Elle permet de mieux analyser le problème et de concentrer les ressources disponibles sur les priorités.

Un programme d'élimination de la lèpre repose sur différentes phases qui doivent être mises en oeuvre successivement à l'échelon national et aux différents niveaux du pays en fonction des priorités. Les différentes approches discutées ici et les limites de temps sont indiquées à titre d'exemples pouvant faciliter la définition d'objectifs à moyen terme. La plupart des pays francophones ont commencé une ou plusieurs phases et les exemples sont basés sur leur expérience.

- Phase préparatoire (6 mois à 1 an)
- Phase intensive (1 à 3 ans)
- Phase de consolidation (2 ans)
- Phase de maintenance (continue).

L'importance de la lèpre dans les pays d'endémie est liée non seulement au nombre des malades, au nombre des handicapés du fait de la lèpre mais aussi à l'impact socio-culturel qu'a cette maladie dans la population. La stratégie de lutte basée sur la PCT, que ce soit sur le plan technique ou opérationnel, a changé bien des concepts sur cette maladie.

Un programme visant à l'élimination repose sur des objectifs intermédiaires précis et définis dans le temps. C'est pourquoi les activités de suivi et d'évaluation sont de très haute importance. Le système d'information et de surveillance épidémiologique doit être partout renforcé et validé. Les indicateurs recueillis doivent être analysés et discutés. Enfin, de nombreuses questions restent posées sur la stratégie à adopter en phase de post-élimination,

sur les moyens d'améliorer la fiabilité du diagnostic, de traiter les complications et de prévenir les handicaps. Il faut en outre s'assurer par une surveillance épidémiologique étroite, qu'aucun événement particulier ne vienne remettre en cause la stratégie proposée et notamment le contexte social, économique et politique, les rechutes après traitement, l'apparition de résistances médicamenteuses, ou l'impact potentiel de la pandémie SIDA.

2. SITUATION DE LA LEPRE DANS LES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE

2.1 Présentations des Directeurs Nationaux de Programmes

Bénin

Le Docteur A. Guedenon a présenté les résultats du Programme National de Lutte Antilépreuse mis en place en 1988. Le taux de prévalence dans ce pays a diminué de 32 pour dix mille à 3 pour dix mille avec la mise en oeuvre extensive de la PCT. Le taux de détection a augmenté de 1,3 pour dix mille à 2,3 pour dix mille, ceci s'expliquant par une amélioration des activités et de la couverture du programme comme le prouve la réduction des taux de mutilation à la détection passant de 24 à 16%. La couverture par PCT est de 100% et le programme couvre l'ensemble du pays. Les principaux problèmes rencontrés sont d'ordre opérationnels, essentiellement pour assurer la surveillance des malades qui ont terminé leur traitement et dans la prise en charge précoce des invalidités liées à la lèpre. L'Association Française Raoul Follereau soutient la plupart des activités du plan d'action et les résultats du programme sont régulièrement évalués.

Burkina Faso

Le Docteur L. Somé a déclaré que le programme national lèpre était combiné avec le programme de lutte contre la tuberculose. Au niveau périphérique, les activités sont intégrées à l'ensemble des structures de santé. 574 formations sanitaires assurent le diagnostic et le traitement par PCT des malades de la lèpre, permettant ainsi une couverture optimale du pays. Fin 1992, la couverture par PCT était de 100%. Toutefois, il existe des difficultés pour assurer la régularité des malades au traitement. Des difficultés de coordination entre le Ministère de la Santé et l'Association Française Raoul Follereau ont rendu difficile la réalisation de certaines activités. Un des points faibles du programme à l'heure actuelle est le recueil et l'analyse des données épidémiologiques et opérationnelles. Une évaluation du programme et des résultats de la première phase du plan d'action devrait être réalisée prochainement.

Cameroun

Le Dr L. Ndonnang a présenté les résultats de la lutte antilépreuse dans son pays où fin 1992 4616 malades étaient enregistrés pour traitement. Depuis 1985, la couverture PCT n'a cessé d'augmenter, et la prévalence de la maladie a été considérablement réduite. Le nombre des nouveaux cas détectés chaque année reste relativement constant (environ 1000 cas par an) sauf en 1992 où la détection a beaucoup diminué. La couverture par PCT est de 80% et le programme intéresse 56 départements. Le programme est appuyé par l'Association d'aide aux Lépreux Emmaus Suisse. Les principales difficultés rencontrées sont l'insuffisance d'intégration du programme, notamment dans les provinces à faible densité de population et l'instabilité des personnels formés. Un certain nombre

de rechutes après PCT est signalé chaque année depuis 5 ans (en moyenne 20 par an). Ce phénomène qui ne se rencontre pas dans les autres pays mérite d'être étudié.

République Centrafricaine

Monsieur P. Kanda a présenté les résultats du Programme National de Lutte Antiléprouse mis en place en 1986 et renforcé en 1991. La couverture PCT est passée de 31 à 95% en 5 ans, et ce malgré des difficultés importantes telles que le manque d'accessibilité géographique, ruptures de stocks de médicaments, difficultés socio-économiques. L'Association d'aide aux Lépreux Emmaüs Suisse a apporté un soutien continu au programme. Afin de réduire la prévalence de 50% en 5 ans, il est prévu d'intégrer les activités de lutte dans toutes les formations sanitaires, d'augmenter la couverture PCT et de renforcer les activités de formation et de supervision.

Congo

Le Docteur Baya Tsika a décrit les différentes phases de la mise en oeuvre du Programme National de lutte initié en 1990. Les activités de lutte sont partiellement intégrées dans les 47 districts du pays. Les premières phases du programme ont permis une mise à jour des données, et la prévalence est passée de 58 pour dix mille à 10 pour dix mille en 4 ans. Les taux de détection restent sensiblement constants et la couverture PCT augmente régulièrement pour atteindre 37% en 1992. L'association Française Raoul Follereau apporte son soutien au programme. Les principales difficultés qui restent à surmonter sont la formation insuffisante du personnel de santé en matière de lutte antiléprouse, la crainte inspirée par cette maladie et l'absence de programme d'éducation pour la santé.

Côte d'Ivoire

Les Docteurs F. Serie et M. Saki Zadi ont fait l'historique de la lutte antiléprouse dans leur pays et ont expliqué les nombreuses difficultés rencontrées pour la mise en oeuvre de la PCT. Après une première expérience de mise en oeuvre de la PCT dans la ville d'Abidjan en 1984, le projet a été arrêté et il a été décidé de former l'ensemble du personnel impliqué (séminaires d'Education Sanitaire pour l'application de la PCT). En 1992, tous les secteurs médicaux (26) pratiquent la PCT et la couverture est en constante progression. L'Institut spécialisé Raoul Follereau d'Adzopé est le centre d'orientation-recours du programme. Les activités sont partiellement intégrées, le dépistage est sélectivement actif par visites systématiques des écoles, entreprises et familles des malades multibacillaires. L'Association Française Raoul Follereau apporte un soutien technique, logistique et financier au programme. Un plan d'action a été élaboré en 1992 pour intensifier les activités et résoudre les problèmes qui subsistent tels que la formation, les zones d'accès difficile, les ruptures de stock en médicaments et l'inadéquation du système d'information.

Guinée

Le Docteur Sény Diakité a présenté les résultats du Programme National de lutte antiléprouse mis en place en 1988. Depuis la mise en place de ce programme, la PCT a été introduite progressivement dans toutes les préfectures. Ceci explique que la détection de la lèpre n'a cessé d'augmenter parallèlement à la mise en place des services (1110 nouveaux cas en 1987 et 5434 nouveaux cas en 1992). A l'heure actuelle les activités de lutte antiléprouse se mènent

conjointement avec celles de la lutte antituberculeuse et couvrent l'ensemble du pays. L'Association Française Raoul Follereau, les Oeuvres Hospitalières Française de l'Ordre de Malte et la Mission Philafricaine apportent leur appui au programme, chacune dans des régions différentes. Les difficultés les plus importantes sont liées au manque de coordination et au non respect du plan directeur par les différents partenaires associés au programme. Toutefois la couverture PCT est proche de 100% et il est envisagé d'intégrer de plus en plus les activités dans les structures générales de santé.

Madagascar

Les Docteurs Dimsoa Rakotondramarina et C. Ratriamoarivony ont décrit la situation de l'endémie lépreuse à Madagascar. Ce pays contient une prévalence très élevée et des difficultés opérationnelles importantes. Fin 1992, une analyse de la situation a été faite et un plan d'action défini et discuté avec l'ensemble des partenaires associés au programme, notamment l'Association Française Raoul Follereau. L'exécution de ce plan est en train de commencer. A l'heure actuelle la couverture géographique du programme est de 40%, et dans les zones couvertes la couverture par PCT est de 45%. Sur un nombre total de 212 districts, seuls 86 sont en mesure d'appliquer la PCT. Une revue détaillée des malades enregistrés est en cours afin d'identifier ceux qui pourraient bénéficier de la PCT. Il faut noter qu'à Madagascar 43% des nouveaux cas sont multibacillaires, laissant penser que le profil épidémiologique de la maladie est particulier dans ce pays. Pour résoudre les nombreux problèmes rencontrés, il a été décidé de décentraliser les activités et la gestion du programme, de renforcer la supervision, de simplifier le système d'information et d'utiliser l'ensemble des structures existantes pour appliquer la PCT. Une évaluation détaillée de l'exécution et des résultats de la première phase du programme est prévue fin 1993.

Mali

Le Docteur A. Berthé a présenté les résultats du Programme National Lèpre. Les activités de lutte antilépreuse sont totalement intégrées dans l'ensemble des structures sanitaires et le diagnostic et traitement sont décentralisés. La prévalence reste élevée et la couverture par PCT relativement basse. Un plan d'action a été récemment développé en collaboration avec l'Association Française Raoul Follereau et l'Association Malienne Raoul Follereau pour former le personnel, mettre à jour les registres et intensifier le traitement par PCT. Fin 1992 4 régions sur les 8 que comptent le pays appliquent la PCT. Les problèmes majeurs rencontrés sont l'insuffisance de personnel, les zones d'accès difficiles et le manque de moyens logistiques.

Niger

Le Docteur Kalilou Souley a décrit la situation de l'endémie lépreuse dans son pays. Les particularités géographiques et climatiques, la faible densité de population et la mobilité de la population posent des problèmes spécifiques. La faible couverture sanitaire du pays (32%) rend difficile les activités d'intégration. L'association Française Raoul Follereau apporte un soutien continu au programme, et un plan d'action visant à augmenter la couverture PCT a été préparé récemment.

Sénégal

Le Docteur A. Gaye a présenté les résultats du Programme National. Les activités de lutte antilépreuse sont réalisées par les neuf secteurs des grandes endémies et la PCT a été mise en oeuvre sur l'ensemble du territoire. Après une phase intensive de mise en oeuvre de la PCT, les activités sont intégrées dans les services généraux de santé des districts. Un accent particulier est mis sur la prévention des invalidités, la prise en charge des handicapés et l'éducation pour la santé. L'Association Allemande d'Aide aux Lépreux, l'Ordre de Malte et l'Association Sénégalaise d'Aide aux Lépreux prennent une part active dans la réalisation du programme. Les principaux problèmes rencontrés sont liés à l'accessibilité géographique et à la mobilité de la population dans certaines zones du pays.

Tchad

Le Docteur Fatchou Gakaitengou a présenté les résultats du programme de lutte récemment mis en oeuvre dans son pays. Les activités de lutte antilépreuse sont partiellement intégrées dans les préfectures socio-sanitaires. La couverture PCT reste encore faible, mais un plan national a été élaboré pour permettre son extension. Il est nécessaire d'opérer à une mise à jour des données existantes et d'impliquer les médecins responsables des préfectures (délégués socio-sanitaires) dans la lutte antilépreuse. L'Association Française Raoul Follereau et The Leprosy Mission International contribuent au programme. Les principaux problèmes rencontrés, en plus des difficultés d'accessibilité, sont liés principalement à une trop grande verticalisation du programme.

Togo

Le Docteur Tignokpa Napo a décrit les activités du Programme National qui après une phase verticale est maintenant combiné avec la lutte antituberculeuse. La couverture sanitaire du pays est bonne et il n'existe pas de problème majeur d'accessibilité. La couverture par PCT a constamment progressé et un accent particulier est mis sur la prévention des invalidités et l'éducation pour la santé. L'Association Allemande d'Aide aux Lépreux apporte un soutien constant et participe activement à la réalisation du programme. Les principaux problèmes rencontrés sont d'ordre technique, difficultés à réaliser les examens de laboratoire et complexité des procédures diagnostiques qui peuvent compromettre ou retarder l'intégration des activités de lutte dans les structures générales de santé.

Zaire

Le Docteur Mputu Luengu Boyau a présenté les résultats de la lutte antilépreuse dans son pays où le contexte actuel rend difficile toute activité. Les résultats de l'année 1992 ne sont pas encore disponibles et la situation est décrite à partir des données de 1991. Le Programme National Lèpre ne couvre qu'un tiers du pays à travers les zones de santé fonctionnelles. Là où le programme est en place, la couverture PCT est bonne. Les difficultés actuelles sont très grandes: accessibilité géographique, faible couverture sanitaire, personnel démotivé, insécurité. En 1992 la principale préoccupation a été de maintenir les activités et d'assurer le traitement des malades qui avaient commencé leur PCT. American Leprosy Mission, Ciba Geigy Leprosy Funds, Fondation Damien (Belgique), FOPERDA (Fondation du Père Damien), The Leprosy Mission International apportent leur soutien au programme.

2.2 Bilan de la situation de la lèpre dans les pays d'Afrique francophone

Des progrès remarquables ont été enregistrés ces dernières années dans tous les secteurs d'activités de la lutte antilèpreuse; lors de la conférence de Brazzaville le nombre de malades enregistrés dans les 14 pays était de 194 852 et la couverture PCT de 14%. Aujourd'hui, la prévalence a été réduite pour atteindre 72 479 et la couverture globale PCT est de 50,60% (couverture PCT pendant l'année 1992).

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 1989 était de 12 015 et a augmenté en 1992 pour atteindre 18 871. Ces chiffres illustrent bien l'amélioration des programmes en terme de couverture géographique, d'intégration des activités et de nombre de malades qu'il est possible de traiter et guérir chaque année (en 1992 24 277 malades ont été guéris par la PCT).

Le ratio prévalence/incidence qui reflète la dynamique des programmes (plus le ratio est bas, plus le programme est dynamique) est passé de 16,2 en 1989 à 3,8 en 1992.

Les données recueillies sont de plus en plus fiables et complètes. Les définitions des cas sont généralement normalisées et utilisées. Le calcul de la couverture par PCT pose encore quelques problèmes selon que l'on utilise la couverture instantanée, c'est à dire le nombre de malades sous PCT parmi les malades enregistrés à un moment donné (généralement le 31 décembre), ou la couverture annuelle, c'est à dire le nombre de malades ayant bénéficié de la PCT durant l'année parmi le nombre de malades enregistrés la même année.

Le tableau ci-après résume les dernières informations disponibles recueillies à l'occasion de la réunion et montre les progrès accomplis. La couverture par PCT est présentée chaque fois que possible sous sa forme instantanée et sa forme annuelle.

SITUATION DE LA LEPRE DANS LES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE

PAYS	Benin	Burkina	Cameroun	RCA	Tchad	Congo	RCI	Guinée	Madagascar	Mali	Niger	Senegal	Togo	Zaire
EPIDEMIOLOGIE														
Estimés	3000	5000	7300	5000	11000	5000	15000	15000	30000	15000	10000	8000	3000	25000
Taux p 10.000	6,09	5,25	5,77	15,54	18,42	20,63	11,58	24,54	23,43	15,29	12,13	10,33	7,98	6,59
Enregistrés	1431	2092	4616	3756	6952	2444	6483	6942	5290*	12710	6468	2029	1757	7736
Taux p. 10.000	3,40	2,20	3,65	11,67	11,64	10,08	5,01	11,36	4,13	12,95	7,84	2,62	4,67	2,04
Nouveaux cas	936	-	320	416	228	345	2249	5434	2050	1162	460	576	452	3247
Taux p. 100.000	19,0	-	2,53	12,93	3,82	14,23	17,37	88,90	16,01	11,8	5,58	7,44	12,02	8,56
Prop MB%(Nx cas)	18,9	-	77,5	2,4	31,6	31,01	16,10	28,1	85,2	36,2	23,9	31,94	48,23	20,11
Prop Handicap %	17,7	-	3,13	54,8	-	-	12,67	13,7	-	6,80	-	19,62	-	14,04
Prey/détection	1,53	-	14,4	9,03	30,50	7,08	2,88	1,28	2,58	10,94	14,1	3,52	3,9	3,95
PCT Cas sous PCT dans l'année	2910	4103*	3717	3554	2341	895	9054	12197	7767	4420	549	2087	1250	5755
Cas sous PCT fin d'année	1631	-	3261	2134	761	401	4696	6942	5188	3114	447	1341	552	2181
Couverture en fin d'année %	97,3	-	70,7	56,8	10,95	16,41	72,44	100	98,07*	24,5	6,9	66,1	31,4	28,2
Couverture annuelle %	100	100*	61,4	49	27,4	21,8	61,4	100	38,7	29,8	8,3	75,2	43,4	51
Couverture des cas estimés %	41,23	-	44,7	42,7	6,9	8,02	31,3	46,3	17,3	20,76	4,5	16,8	18,4	8,7
PCT terminée	7084	5911	8988	2069	2472	1524	11910	18366	8037	3279	1087	2409	1866	41957
Couverture cumulative %	97,72	-	90,4	72,15	34,3	48,5	90,28	100	-	39,9	20,3	84,5	66,7	85,4

* Information incomplète ou ne concernant qu'une partie du programme

3. COMMUNICATIONS TECHNIQUES

3.1 La Polychimiothérapie antilépreuse: nécessité, résultats et perspectives : Dr Ji Baohong

Jusqu'à la fin des années 1970, la monothérapie par la dapsoné était le schéma standard pour les programmes de lutte antilépreuse. Au milieu des années 70, de plus en plus de malades rechutaient et deux problèmes se sont posés. Le premier et le plus grave, était l'apparition de la résistance à la dapsoné; et le deuxième était la démonstration de la persistance de bacilles viables bien que totalement sensibles à la dapsoné. Plusieurs enquêtes sur la résistance à la dapsoné ont été menées sous la coordination du groupe de travail scientifique sur la chimiothérapie de la lèpre à l'OMS (THELEP). La résistance est apparue partout où les malades ont été traités par la dapsoné pendant plus de 5 ans. La prévalence de la résistance augmente rapidement et atteint dans certaines régions 40% des malades MB traités (résistance secondaire), et 70% des malades MB non traités (résistance primaire). Il devenait urgent de prendre des mesures pour prévenir l'extension de cette résistance. De plus, il semble que des bacilles persistants existent chez beaucoup de malades MB et soient responsables d'une partie des rechutes, spécialement quand le traitement n'est donné que pour une durée déterminée. Il n'existe pas encore de méthode fiable pour mesurer avec précision le nombre de bacilles persistants, et l'on estime qu'aucun médicament actuel, utilisé seul ou en association, n'est capable de les éliminer.

Chez un malade de la lèpre MB non traité, on estime que le nombre total de bacilles varie entre 10^{11} et 10^{13} , et que seuls 10% d'entre eux sont vivants, soit entre 10^9 et 10^{11} . Dans cette population, on estime que 10^5 sont naturellement résistants à la dapsoné ou la clofazimine et $\leq 10^4$ naturellement résistants à la rifampicine. Aucun germe n'est naturellement résistant à plus d'un antibiotique, et c'est sur cette base que la polychimiothérapie antilépreuse a été recommandée. A l'heure actuelle, seuls la rifampicine, la clofazimine et la dapsoné sont recommandés pour la PCT. Les thioamides ayant montré leur hépatotoxicité ne doivent pas être utilisés comme composants de la PCT antilépreuse.

Les schémas PB et MB tels que recommandés par l'OMS depuis 1981 ont montré leur grande efficacité (taux de rechute inférieur à 0,2% par an dans les programmes) et leur très bonne tolérance. L'impact de la PCT est très net sur la prévalence de la maladie, mais plus difficile à observer sur l'incidence. Bien que très efficaces, les schémas recommandés sont de durée encore trop longue, en particulier pour les MB. De plus, il n'est pas certain que les malades prennent leurs doses journalière en auto-traitement. En conséquence, il peut être utile de mettre au point des traitements mensuels supervisés sans prise quotidienne, ou des traitements courts et administrés sous surveillance. On doit considérer aussi que certains groupes ethniques n'acceptent pas la clofazimine, et qu'il est nécessaire d'utiliser d'autres médicaments pour les malades résistants à la rifampicine. Depuis 1985, on a trouvé trois groupes d'antibiotiques actifs contre *M. leprae*: les fluoroquinolones (peflo, oflo et sparfloxaciné), les macrolides (clarithromycine) et les tetracyclines (minocycline). L'effet bactéricide de ces médicaments est beaucoup plus puissant que celui de la dapsoné ou de la clofazimine. A partir de cette découverte, de nouveaux schémas PB et MB sont à l'étude, associant rifampicine et ofloxaciné, ou rifampicine, ofloxaciné, clarithromycine, minocycline. Il est important de préciser que ces schémas sont en cours d'étude et qu'ils ne doivent pas être utilisés avant que les résultats concernant leur tolérance, leur efficacité et leur faisabilité ne soient connus.

3.2 Problèmes opérationnels posés par la mise en oeuvre de la PCT : Dr Gakaitangou Fatchou

La plupart des pays d'endémie lépreuse doivent faire face à de nombreuses priorités et à de nombreux problèmes d'ordre politique, administratif, technique, logistique, géo-climatique et économique. Les problèmes de type opérationnel relatifs à la lutte contre les maladies viennent en général au premier plan, et la mise en oeuvre de la PCT ne fait pas exception. Les plans de réajustement structurel et les problèmes liés à la gestion du personnel de santé entraînent une diminution quantitative et qualitative du personnel chargé de conduire les actions de santé. Il est essentiel que le personnel soit formé ou recyclé pour appliquer les nouvelles directives techniques. La distribution du traitement demande une ré-organisation des services permettant un approvisionnement régulier en médicaments, un système de supervision et de rattrapage des absents. Si la stratégie de lutte contre la lèpre basée sur la PCT ne pose pas de problèmes techniques particuliers, il est en revanche important d'étudier tous les obstacles potentiels à sa mise en oeuvre et d'apporter les solutions correspondantes. Toutes les procédures doivent être simples et adaptées aux conditions réelles, tenant compte des particularités de certaines zones comme par exemple population nomades, déserts, inondations, guerre. La préparation et l'exécution d'un plan d'action national en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, mais aussi avec les effecteurs du plan, a prouvé son efficacité. Les clés du succès d'un programme de lutte antilépreuse sont la volonté politique, le partenariat, la formation/recyclage du personnel, la stabilité du personnel, la disponibilité des médicaments spécifiques, et l'évaluation régulière périodique des résultats du programme.

3.3 Organisation de la lutte antilépreuse basée sur la PCT : Dr L. Ndonnang

L'organisation de la lutte antilépreuse doit se faire au niveau périphérique (district de santé) à partir du plan d'action et des directives nationales. L'équipe santé du district sanitaire doit préparer un plan d'opération détaillé permettant d'organiser ou de ré-organiser les activités en fonction des contraintes locales. Les principaux aspects à considérer sont:

- les activités de diagnostic qui demandent un personnel formé et une infrastructure adaptée pour réaliser l'examen bacilloscopique. Il est important d'impliquer l'ensemble des structures générales de santé dans cette activité et de simplifier au maximum les procédures diagnostiques et de classification. La supervision des formations périphériques par du personnel spécialisé permet d'améliorer la fiabilité du diagnostic.
- les activités thérapeutiques reposent sur des stratégies différentes selon les circonstances locales. D'une façon générale, tout doit être mis en oeuvre pour améliorer l'accessibilité des malades à la PCT. Le principe de prise mensuelle contrôlée des médicaments 'sensibles' tels que la rifampicine ou la clofazimine est important, mais ne doit pas constituer un obstacle à la distribution du traitement.
- l'approvisionnement en médicaments spécifiques doit être soigneusement organisé, d'autant plus qu'il dépend souvent d'une aide extérieure. Les prévisions, commandes, stockage, distribution et gestion des stocks doivent avoir pour objectif d'assurer la continuité du traitement de tous les malades. Une meilleure coordination avec les organisations non gouvernementales est nécessaire dans ce domaine.

- le système d'orientation-recours est essentiel dans la lutte antilépreuse pour la confirmation de certains diagnostics difficiles, et surtout la prise en charge précoce des complications et des troubles neurologiques qui font la gravité de la maladie.

- le système d'enregistrement et de notification des malades doit être orienté sur la prise de décision, et ce à tous les niveaux. Il est utile de réviser et simplifier les systèmes d'information qui étaient utilisés précédemment afin de les adapter pour la PCT.

- la formation continue et le recyclage du personnel doivent permettre de décentraliser les activités du programme et doivent être orientés sur les tâches spécifiques à accomplir.

- l'information des malades et de la communauté, l'éducation pour la santé permettront d'augmenter l'accessibilité à la PCT et de réduire la perception négative de la lèpre.

3.4 L'apport de la recherche en système de santé dans la mise en oeuvre de la lutte antilépreuse Dr L. Blanc

La recherche en système de santé, encore appelée recherche opérationnelle ou recherche action-santé, est une approche systématique de résolution de problèmes opérationnels au niveau local. Cette approche doit permettre rapidement d'aboutir à des solutions pratiques aux problèmes posés. Elle fait appel à une équipe multidisciplinaire, et concerne particulièrement les responsables de programme au niveau national ou régional. En matière de lutte antilépreuse, plusieurs exemples de recherche en système de santé peuvent être cités: sensibilité et spécificité de la classification de la lèpre basée sur une méthode clinique, comparée à la méthode clinique plus bacilloscopie (Indonésie); Amélioration de la détection et de la régularité au traitement en zone urbaine (Myanmar); Intérêt d'un programme de lutte associé Lèpre-Tuberculose dans une zone de faible endémie lépreuse (Thaïlande). En Afrique, notamment dans les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE), plusieurs approches ont été utilisées pour résoudre des problèmes spécifiques et des solutions originales ont été trouvées, par exemple le dépistage actif sélectif au Bénin, la PCT en zone urbaine à Bamako (Mali), le projet pilote Dargol (Niger) et l'expérience de mobilisation sociale au Sénégal. D'une façon plus générale, l'OCCGE en analysant les résultats de la mise en oeuvre de la PCT dans ses Etats Membres, a pu montrer que les éléments de réussite sont la décentralisation des responsabilités, la mise en place d'un programme définissant le rôle de chaque intervenant et un système de supervision. Les résultats jusqu'à présent montrent que l'intégration des activités de lutte antilépreuse n'ont pas diminué le nombre de malades diagnostiqués, et a contribué à la généralisation de la PCT. La recherche en système de santé pourrait contribuer à trouver des solutions pour les problèmes suivants, spécifiques aux pays de la sous-région: comment traiter les nomades par PCT, comment améliorer le dépistage dans le contexte d'élimination, comment prendre en charge précocement les problèmes neurologiques?

3.5 Facteurs déterminants de l'irrégularité des malades sous PCT, un exemple de recherche opérationnelle dans le district de Bamako (Mali) : Dr P.M. Sylla

Une étude non expérimentale basée sur questionnaire a été conduite pour étudier les facteurs déterminants de l'irrégularité des malades sous PCT dans le district de Bamako. Il apparaît que 3,1 % des malades sont irréguliers au traitement, et que l'irrégularité est plus fréquente chez les malades multibacillaires. Parmi tous les facteurs déterminants étudiés, un seul s'est avéré statistiquement significatif: les malades avaient stoppé leur traitement parce qu'ils pensaient être guéris. Il semble même que la durée du traitement ne soit pas seule mise en cause. Cette étude confirme la très bonne acceptabilité du traitement PCT par les malades, y compris chez les anciens malades précédemment traités par la dapsoné. Les moyens proposés pour augmenter la régularité thérapeutique, notamment chez les malades MB, sont d'améliorer les système de rattrapage des absents et de fournir toutes les explications nécessaires aux malades avant et pendant traitement.

3.6 Mobilisation des ressources et coordination en matière de lutte antiléprouse : Mr P. Olphe Galliard

L'ILEP est la Fédération des Organisations Privées qui, à travers le monde, se sont mobilisées contre la lèpre, représentant vingt-quatre pays. Lorsqu'une organisation est membre de l'ILEP, cela signifie qu'elle affecte une part importante de ses ressources à la lutte contre la lèpre, qu'elle accepte de respecter un certain nombre de principes, notamment l'indépendance des autres membres, et la coordination unique des pays d'endémie où elle intervient. Il faut insister sur la première caractéristique de ces ressources, il s'agit de fonds privés. Cette origine privée explique que leur mobilisation n'est jamais acquise. Elle dépend, année après année, de la générosité spontanée de millions de donateurs. L'ILEP, année après année, collecte et distribue à travers le monde, environ 72 Millions de dollars américains. Les autorités sanitaires doivent d'ores et déjà prendre conscience et se convaincre d'utiliser aujourd'hui tout le poids de leur volonté politique pour parvenir à l'élimination voire l'éradication de la lèpre, sinon demain, et en raison des autres urgences auxquelles les pays seront confrontés, on risque de se retrouver face à une résurgence sévère de l'endémie lèpreuse. Les fonds sont affectés par les donateurs à une destination bien précise: la lutte contre la lèpre et le bien des malades de la lèpre. Il est donc de la responsabilité des associations de veiller à ce que ces fonds atteignent effectivement leur objectif. En cela, les membres de l'ILEP se font mutuellement confiance: l'un d'entre eux est désigné pour organiser, au nom de tous, la répartition des fonds sur le terrain, pour parvenir au résultat escompté. Il s'établit entre l'ILEP et les structures sanitaires étatiques un véritable partenariat, pour mener la lutte antiléprouse. Le rôle du représentant ILEP au niveau pays est d'informer, cette information est à double sens vers les autorités sanitaires et vers les donateurs, d'évaluer les résultats du programme et l'utilisation des fonds, et de jouer un rôle d'assistance permettant de faire face rapidement à des problèmes particuliers.

3.7 La formation du personnel chargé de la lutte antiléprouse : Dr A. Guedenon

La formation ou le recyclage du personnel chargé de mettre en oeuvre la lutte antiléprouse est une étape essentielle pour la réussite du programme de lutte. Au Bénin, cette formation a été soigneusement planifiée, préparée et réalisée. D'une façon générale, on a d'abord procédé à une identification des activités et des tâches que devaient réaliser chaque catégorie de personnel sur

la base des directives techniques définies par le programme, de lutte basé sur la PCT. Ensuite, une liste d'objectifs spécifiques de formation a été élaborée, puis le matériel pédagogique approprié sélectionné ou préparé spécialement. Cette approche de formation orientée sur les aspects spécifiques du programme a facilité la sélection du personnel à former et a permis de réduire la durée de cette formation. Seul le personnel chargé de la gestion du programme et de la supervision a été formé à l'extérieur. Grâce à cette méthode, il a été possible de former ou recycler la plupart du personnel sur place en organisant régulièrement des séminaires nationaux et provinciaux (formation en cascade). Ceci a grandement facilité l'intégration des activités de lutte antilépreuse dans l'ensemble des structures de santé et a permis d'atteindre des bons résultats en un temps relativement court. Actuellement il est tenu compte des résultats de l'évaluation des résultats du programme national pour réviser ou adapter les objectifs de formation. Si ce type de formation offre de nombreux avantages, il faut signaler qu'il nécessite une bonne coordination et un appui continu. En effet, dans un souci d'intégration, il faut considérer que le nombre de personnes à former est élevé. De plus, la préparation du contenu et des méthodes d'apprentissage demandent une participation multidisciplinaire nationale et internationale. Dans ce cadre l'apport de l'OCCGE par l'intermédiaire de l'Institut Marchoux a été considérable. Il ne faut pas sous-estimer la charge de travail et surtout le coût de tels types de formation et il est important que les partenaires, notamment ILEP, continuent d'apporter leur soutien à cette activité qui a démontré son importance, sa faisabilité et son efficacité à court et à long terme.

3.8 La surveillance épidémiologique de la lèpre et l'évaluation des programmes de lutte : Dr Ahouandogbo

La surveillance comprend la collecte, la compilation, l'analyse des données et la diffusion des résultats à l'ensemble de ceux qui ont besoin d'être informés. Jusqu'à présent, la lèpre est une maladie à déclaration obligatoire, ce qui facilite le recueil d'information. Toutefois il convient de faire le meilleur usage de cette information et notamment pour améliorer le suivi quotidien des activités en cours d'exécution afin de s'assurer qu'elles se déroulent conformément au plan et au calendrier fixés. D'une façon générale, les supports de données ont du être adaptés pour la PCT et sont maintenant partout normalisés. De même, l'utilisation des indicateurs essentiels permet de simplifier la compilation et l'analyse. Toutefois certaines difficultés subsistent, notamment en ce qui concerne les informations sur le suivi des malades après arrêt du traitement, ainsi que les informations concernant les invalidités. En plus de ce suivi des activités, il est important d'obtenir toutes les informations nécessaires sur l'épidémiologie de la maladie, surtout dans le contexte d'élimination de la maladie.

L'évaluation des résultats des programmes de lutte revêt une particulière importance. C'est un outil de gestion qui doit être directement orienté vers la prise de décision. Il s'est avéré très utile de réaliser des évaluations régulières (annuelles) basées sur des critères précis et réalisée avec des représentants de tous les partenaires du programme, avec si possible des participants extérieurs indépendants. Enfin, il faut souligner que l'introduction de la PCT a entraîné de tels bouleversements dans la lutte antilépreuse, tant sur le plan opérationnel qu'épidémiologique, qu'il est maintenant nécessaire d'adapter la surveillance, l'évaluation et les indicateurs aux modifications de la situation.

3.9 Prévention et traitement des invalidités provoquées par la lèpre : Dr A.M. Diallo

Le malade bactériologiquement guéri mais mutilé constitue un échec thérapeutique. La prise en charge des patients porteurs de névrite hansénienne est une priorité. La prévention des invalidités et la PCT doivent désormais constituer une entité indissociable. La prévention commence dès le dépistage du malade et doit se poursuivre pendant et après la PCT. Au stade des déficits neurologiques définitifs, l'apprentissage de nouveaux comportements et l'auto-responsabilisation du patient permettent d'éviter l'apparition ou l'aggravation des handicaps. L'éducation sanitaire constitue la pièce maîtresse de la prévention. La physiothérapie, la kinésithérapie, l'orthopédie et la chirurgie peuvent permettre au malade de récupérer un déficit et peuvent corriger les handicaps.

3.10 Réseaux de surveillance épidémiologique et évaluation de l'élimination de la lèpre : Dr D. Daumerie

Le concept d'élimination est très discuté, ce mot ayant une signification différente dans la plupart des langages. Toutefois en santé publique, les termes de lutte contre la maladie (contrôle), élimination et éradication sont relativement bien définis. Le contrôle est une réduction réfléchie de la prévalence d'une maladie à un niveau relativement bas; la transmission continuant, maintenant l'existence de la maladie dans le milieu. Le concept d'élimination n'est qu'une extension du contrôle; on vise ici à réduire la prévalence à un seuil fixé, considérant qu'en dessous de ce seuil la maladie va s'éteindre d'elle même. On espère réduire la prévalence par le contrôle de l'incidence et/ou de la durée de la maladie. L'éradication d'une maladie contagieuse représente l'ensemble des mesures visant la disparition totale de la maladie dans la population. Elle représente les efforts ultimes pour la destruction de l'agent à tous les niveaux et pour l'interruption de sa propagation.

Les activités nécessaires à l'élimination de la lèpre se répartissent en quatre phases: phase préparatoire, phase d'attaque, phase de consolidation et phase d'entretien. Lors de chacune de ces phases il est nécessaires de disposer d'un bon outil permettant de mesurer (1) l'ampleur du problème (2) la mise en oeuvre de la stratégie (3) le résultat des activités et (4) l'impact du programme.

La situation de l'endémie lépreuse changeant rapidement depuis la mise en oeuvre de la PCT, les directeurs de programme et les autorités sanitaires des pays d'endémie ont besoin d'estimer au mieux l'ampleur du problème et ce afin de fixer des objectifs réalistes en vue de l'élimination et d'estimer les ressources nécessaires à mettre en oeuvre. D'une façon générale, il est difficile d'estimer la prévalence réelle de la lèpre, et les méthodes classiques présentent de nombreux inconvénients, dont le principal est d'être longues et coûteuses.

En 1992, l'Unité de la lèpre de l'OMS a révisé les estimations globales du nombre de cas de lèpre dans le monde. Cette estimation de 5 à 6 millions de cas était basée sur les informations disponibles dans un certain nombre de pays les plus endémiques, sur l'application d'un facteur de correction pour un certain nombre d'autres pays. En 1993, cette estimation a été affinée et le nombre estimé est voisin de 3,1 millions de cas. Au niveau national la méthode la plus simple

d'estimer le nombre de cas de lèpre dans un pays est d'utiliser l'information et l'expérience existantes en tenant compte de l'histoire de la maladie, des tendances des 10 dernières années, de la prévalence enregistrée, de la détection, du ratio prévalence/détection, de la couverture PCT, de la date de mise en oeuvre de la PCT et de la couverture géographique du programme.

Les pays d'endémie d'Afrique francophone présentent certaines caractéristiques et expériences communes qui peuvent justifier la création d'un réseau de surveillance de la lèpre. Ces caractéristiques sont notamment une population de taille similaire, une histoire de la lutte antiléprouse identique, des taux de prévalence et détection voisins, des mêmes profils épidémiologiques, une mise en oeuvre généralisée de la PCT commençant au même moment, une grande expérience des différents aspects de la lutte antiléprouse, une coopération de longue date avec les organisations caritatives membres de l'ILEP et un nombre important de centres ou d'organisations nationales ou inter-Etats spécialisées (OCEAC, OCCGE, ILAD, Institut d'Adzopé, Institut Marchoux). Certains pays ont enregistré des résultats spectaculaires lors de la mise en oeuvre de la PCT, et certains autres rencontrent des problèmes particuliers. L'introduction du concept d'élimination de la lèpre amène aussi à réviser les activités de lutte, à les intensifier et à mettre en place des systèmes de surveillance adaptés.

3.11 Importance des échanges d'expérience dans la lutte antiléprouse, le rôle de l'Association des Léprologues de Langue Française : Dr H. Sansarricq

Dès la publication, en 1982 du rapport du groupe d'étude de l'OMS sur la "chimiothérapie pour les programmes de lutte antiléprouse" commence un effort soutenu dans lesquels s'associent les gouvernements des pays d'endémie, les partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale, les organisations caritatives et l'OMS afin de mettre en application la PCT de la lèpre sur un nombre toujours croissant de malades. Si la mise en oeuvre de la PCT ne rencontre pas de difficulté technique, elle soulève en revanche toute une série de problèmes opérationnels.

Une des caractéristiques habituelles des problèmes opérationnels est que, selon les conditions locales variant d'une région ou d'un pays à l'autre avec les cultures, les coutumes et les habitudes ou le contexte géographique, il apparaît préférable d'appliquer à un même problème des solutions différentes. Il semble aussi qu'au moins dans certains pays on entre maintenant ou qu'on doit entrer bientôt dans une période de difficultés opérationnelles accrues. En effet, la PCT a été généralement appliquée d'abord dans les zones où existait une bonne infrastructure et un personnel suffisant. Lorsqu'on va étendre la couverture PCT à des zones moins favorisées, on va naturellement devoir faire face à davantage de problèmes. Un des moyens les plus habituellement utilisés pour aider à la solution de problèmes opérationnels, en particulier dans les programmes de santé publique, est d'organiser des échanges d'expériences entre personnels ayant des responsabilités et des tâches comparables. C'est sans doute bien là la raison pour laquelle l'extension de la couverture PCT a justifié depuis 1982 de multiples réunions tenues à tous les niveaux: subdivisions administratives des pays, pays, continents, sous-régions et régions géopolitiques, régions OMS, niveau mondial. Une des caractéristiques de ces réunions a été naturellement souvent la participation des divers acteurs de la lutte antiléprouse: représentants aux divers niveaux de l'administration, des autorités de santé, des organismes de coopération, des organisations caritatives, de l'OMS. L'Association des Léprologues de Langue Française, récemment réorganisée, est entièrement disposée à collaborer avec les gouvernements, l'OMS, les organisations

caritatives et autres organismes afin notamment de favoriser les échanges d'expériences relatives à la lutte antilépreuse et souhaite augmenter sa participation à ces efforts comme à tous les autres efforts dirigés contre la lèpre.

4. CONCLUSIONS DES DISCUSSIONS DE GROUPE

4.1 Aspects techniques du diagnostic et du traitement de la lèpre. Document de travail préparé par le Dr J.L. Cartel

(a) Le diagnostic de la lèpre reste essentiellement clinique. L'examen microscopique et la détermination de l'index bactériologique (IB) reste indispensable au moment du dépistage et de la mise en traitement. Les résultats de cet examen microscopique doivent être confrontés à ceux de l'examen clinique pour assurer une classification correcte du malade en pauci ou multibacillaire et prescrire un traitement adéquat au malade. Mais, pour assurer la qualité de cet examen microscopique, il faut recycler périodiquement et motiver, y compris financièrement, tous les intervenants (microscopistes et infirmiers responsables du prélèvement). Dans le contexte de pandémie HIV, il est essentiel que les prélèvements soient fait aseptiquement et avec du matériel à usage unique. L'examen microscopique est également indispensable en cas de suspicion clinique de rechute.

(b) Les rapports présentés à l'occasion de cette réunion ont montré que la PCT de durée fixe (6 mois pour les paucibacillaires, 24 mois pour les multibacillaires) actuellement appliquée est efficace (guérison des malades et très faible nombre de rechutes). Cependant une PCT aussi efficace que celle actuellement recommandée, mais de durée plus courte est souhaitable.

(c) la surveillance annuelle des malades clinique et microscopique pendant le traitement et plusieurs années après la fin du traitement n'est plus recommandée car, dans la pratique, le nombre de malade suivi est très faible et les avantages très limités (diagnostic précoce des réactions et des rechutes). Il apparait que l'information du malade, de son entourage et du personnel de santé est essentielle afin que les malades se présentent spontanément aux services de santé en cas d'apparition de signes pouvant faire suspecter une réaction ou une rechute.

(d) toute suspicion clinique de rechute devrait être confirmée:

- par le médecin superviseur avec examen du malade et revue complète du dossier;
- par examen microscopique, quelque soit la classification initiale du malade, réalisé au laboratoire régional puis au laboratoire de référence nationale;
- si l'examen microscopique est positif par prélèvement biopsique adressé à un laboratoire spécialisé pour inoculation à la patte de souris en vue de prouver la réalité de la rechute et de détecter une éventuelle résistance.

Enfin, en cas de suspicion de rechute, un prélèvement sanguin systématique pour réalisation d'un test de dépistage HIV est recommandé.

4.2 Organisation de la lutte antilèpreuse. Aspects opérationnels Document de travail préparé par le Dr L. Bide

(a) Priorité à accorder à la lutte antilèpreuse et engagement politique

La possibilité de réduire voire d'éliminer un problème grave de santé publique dans des pays traditionnellement endémiques est une opportunité réelle à laquelle les gouvernements devrait accorder un degré de priorité élevé. L'engagement politique peut se traduire par la mise en place d'un plan national d'élimination de la lèpre et d'une coordination nationale chargé d'exécuter ce plan. Les ressources nécessaires peuvent être mobilisées auprès des gouvernements des Etats, des organismes bi et multilatéraux, des ONG et des partenaires traditionnels, notamment membres de l'ILEP. La mise en place d'un comité de coordination nationale regroupant le Ministère de la Santé, les ONG nationales et internationales intervenant dans la lutte antilèpreuse et l'OMS peut être utile pour définir les priorités, planifier, mobiliser les ressources et évaluer les résultats.

(b) Mobilisation communautaire. Information et Education Communautaire

L'Information et Education Communautaires (IEC) sont des composantes essentielle du programme de lutte antilèpreuse et doivent contribuer à l'intégration du programme dans l'ensemble des structures de santé. La participation communautaire permettra de diminuer les préjugés sur la maladie, d'améliorer le dépistage passif et le traitement réguliers des malades, de faciliter la réinsertion sociale des malades.

(c) Dépistage des cas

Le dépistage actif autrefois en vigueur n'est plus recommandé. Là encore, un diagnostic intégré dans l'ensemble des structures de santé est le meilleur moyen de réaliser un diagnostic précoce. Pour que les structures sanitaires puissent jouer ce rôle, il est indispensable que le personnel soit formé et ait à sa disposition des fiches opérationnelles techniques sur la conduite à tenir devant une personne suspecte de lèpre. De même le système d'orientation-recours et de supervision doit être bien défini et connu de tous. Dans certains cas, il est justifié de maintenir un dépistage sélectif, notamment par la visite systématique de l'entourage des malades multibacillaires.

(d) Disponibilité des médicaments

Considérant que le traitement PCT est standardisé et que les médicaments utilisés on des indications spécifiques, il est justifié de mettre en place un système de gestion spéciale de ces médicaments. D'une façon générale les pays font appel à l'aide extérieure pour se procurer les médicaments PCT, mais il est indispensable que les opérations de commande, stockage, distribution et contrôle soient de la responsabilité de la coordination nationale.

(e) Supervision des activités

La supervision est l'élément essentiel pour la réussite du programme et de son intégration. Le contenu technique de la supervision doit être standardisé et cette activité doit être l'occasion d'organiser la formation ou le recyclage du

personnel. Le coût de cette activité ne doit pas être sous-estimé et la supervision doit être soutenue par les moyens logistiques et financiers adéquats.

(f) Prévention et prise en charge des invalidités

L'ampleur du problème des invalidités dues à la lèpre mérite d'être évalué. D'une façon générale il faut s'assurer que le malade est informé des risques encourus et qu'il soit examiné régulièrement. La prise en charge des invalidités passe par l'organisation d'un système d'orientation-recours adapté et par l'IEC.

4.3 Formation du personnel chargé de la lutte antilépreuse
Document de travail préparé par le Dr A. Tiendrebeogo

La stratégie de formation doit se baser sur les besoins correspondant aux tâches définies lors de l'élaboration du programme de lutte. Il est très utile que le délai entre la formation et la mise en pratique soit le plus court possible et pour cela on s'attachera à former le personnel sur place, voire même sur leur lieu de travail. La formation doit s'appuyer sur du matériel adapté (type modules de formation) élaboré en fonction des objectifs du programme national. Différents méthodes de formation peuvent être utilisées, mais il est important de souligner que la supervision et l'auto-apprentissage sont des moyens très efficaces permettant de former ou recycler rapidement un grand nombre de personnes.

A titre d'exemple les tableaux ci-dessous décrivent les besoins, le programme de formation et la durée indicative pour les différentes catégories de personnel.

Besoins en formation aux différents niveaux du système de santé

NIVEAU	PERSONNEL	ACTIVITES/TACHES
DISTRICT	Agent de santé Infirmier	Suspicion clinique Traitement Suivi Prévention Information Diagnostic des réactions Gestion Système d'information
	Infirmier superviseur Technicien de labo Médecin	Diagnostic clinique Bacilloscopie Indications thérapeutiques Formation. Supervision Gestion
INTERMEDIAIRE	Médecin/chirurgien Infirmier spécialiste Technicien de labo	Diagnostic des rechutes Contrôle bacilloscopie Traitement des réactions graves Formation. Supervision Gestion Système d'information
CENTRAL	Médecin/chirurgien Technicien de labo	Référence et normalisation Planification Formation. Supervision Gestion Evaluation Recherche Coordination. Echanges

Programme et méthodes de formation en fonction des besoins
au niveau périphérique

Personnel	Infirmier.	Superviseur	Médecin	Technicien de labo.
Durée	4 jours	8 jours	5 jours	2 jours
Lieu	District	Région	Région	Région
Nombre de participants	10-20	8-12	10	1
Formateur	Superviseur	Médecin	Médecin	Technicien de labo.
Ressources	Malades Modules Fiches techniques	Malades Modules	Malades Modules	Malades Labo

Programme et méthodes de formation en fonction des besoins
au niveau intermédiaire et central

Personnel	Médecin régional	Superviseur régional	Médecin national	Technicien de labo. national
Durée	10 jours	4 jours	2-3 mois	1 mois
Lieu	Central	Central	Université Instituts	Université Instituts
Nombre de participants	10	10	1	1
Formateur	Médecin	Médecin	Médecin spécialiste	Médecin spécialiste Technicien de labo.
Ressources	Malades Modules	Modules	Cours Diplômes	Cours Diplômes

4.4 Indicateurs essentiels pour la surveillance et l'évaluation des programmes de lutte antiléprouse

Document de travail élaboré par le Dr S.A. Diallo

Les indicateurs essentiels ont été définis en fonction de leur pertinence et de la faisabilité au niveau national et périphérique. L'ensemble des indicateurs doit permettre de mesurer les progrès accomplis au niveau d'un district, d'une région et d'un pays et d'établir des comparaisons entre différentes zones. Les indicateurs suivants ont été retenus comme essentiels et devraient être disponibles au minimum une fois par an:

- la prévalence: chiffre absolu et taux
- la détection: chiffre absolu et taux
- proportion de nouveaux cas présentant des invalidités de degré 2 (OMS)
- couverture annuelle PCT et couverture cumulative PCT
- taux de guérison
- nombre annuel de rechutes

Les définitions complètes de ces indicateurs, les données à recueillir et les méthodes de calcul sont détaillées dans divers documents techniques édités par l'OMS. (Rapport d'une consultation sur la surveillance et l'évaluation de la lutte antiléprouse, OMS 1992). Il est important de préciser pour chaque indicateur la population de référence, la couverture géographique et le moment du calcul ou la période couverte. A cet égard des difficultés sont rencontrées lors du calcul de la prévalence, détection et couverture PCT. Le calcul du taux de guérison demande la mise en place d'un système de recueil et d'analyse de données portant sur des cohortes de malades.

L'élément essentiel du système d'information pour la surveillance de la lèpre est l'analyse des données, la publication des résultats et la rétro-information. Ces activités doivent être réalisées au niveau intermédiaire et périphérique au moins une fois par an. Pour cela il est utile que les responsables à ces niveaux reçoivent une formation de base en santé publique et en épidémiologie.

En plus des évaluations annuelles des résultats des programmes nationaux et des systèmes continus d'information en place dans tous les pays d'endémie, il est important de mettre en place un réseau de surveillance sentinelle pour valider les résultats et évaluer les progrès vers l'élimination de la lèpre.

5. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- 5.1 L'objectif d'éliminer la lèpre en tant que problème de Santé Publique dans les Pays d'endémie d'Afrique Francophone, a été clairement exprimé par les Directeurs de Programme Nationaux et par les partenaires soutenant ces Programmes, notamment les Organisations Membres de l'ILEP.
- 5.2 Les informations mises à jour ainsi que les estimations de l'ampleur du problème de la lèpre montrent que l'élimination de la lèpre en tant que problème de Santé Publique est faisable, à la condition de renforcer les activités des Programmes de lutte existants.
- 5.3 L'expérience acquise en matière de stratégies de lutte contre la lèpre, basées sur la polychimiothérapie dans ces pays, a prouvé que la PCT est efficace, bien acceptée et bien tolérée. De plus, les problèmes opérationnels posés par la polychimiothérapie ont pu être résolus dans la plupart des pays d'endémie d'Afrique Francophone. En conséquence, la PCT devrait être mise en oeuvre aussitôt que possible partout où la monothérapie sulfonée reste employée comme mesure de lutte.
- 5.4 Les plans d'action de lutte contre la lèpre élaborés en collaboration avec les partenaires traditionnels notamment ceux de l'ILEP, doivent être adaptés (ou réorientés) pour atteindre l'objectif de l'élimination de la lèpre. Il sera très utile de définir clairement des objectifs intermédiaires pour le dépistage des cas estimés existants et pour assurer la guérison de ces cas.
- 5.5 La formation/recyclage du personnel des services généraux de santé et des agents de santé spécialisés doit être directement orientée sur les tâches que le personnel doit accomplir, à chaque niveau, pour mettre en oeuvre la polychimiothérapie antilépreuse. Dans la mesure du possible, il est souhaitable que le personnel formé reste en poste suffisamment longtemps, notamment pendant la phase intensive de l'élimination de la lèpre.
- 5.6 A long terme, le diagnostic précoce et le traitement par PCT semblent être les moyens les plus efficaces pour prévenir l'apparition des handicaps dus à la lèpre. Toutefois, les plans d'action nationaux doivent prévoir des mesures pour prévenir et prendre en charge les handicaps dû à la lèpre. Ces mesures reposent principalement sur l'information et l'éducation des malades, l'examen neurologique, la prise en charge précoce des réactions par traitement médical et physiothérapie.
- 5.7 La stratégie à mettre en oeuvre pour atteindre l'élimination de la lèpre impose un renforcement des systèmes de surveillance permettant d'assurer que les malades qui commencent leur traitement PCT, le terminent comme prescrit. Ce système doit être simple, intégré et fournir annuellement les indicateurs essentiels. Le suivi des progrès vers l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique devrait être réalisé par la mise en place d'un réseau sentinelle.

LIGNES STRATEGIQUES POUR L'ELIMINATION DE LA LEPRE

Dr S.K. Noordeen et Dr D. Daumerie

1. Introduction

La lèpre reste un problème de santé publique important dans la majeure partie des pays d'Afrique francophone. Historiquement connus pour être des pays d'endémicité très élevée, avec parfois les plus hauts taux de prévalence du monde (Burkina Faso, Centre-afrique, Congo par exemple). La lutte contre la lèpre dans ces pays a enregistré des résultats remarquables après la mise en oeuvre de stratégies basées sur le dépistage mobile actif et la dapsonsone. Au début des années 80, la situation a été considérablement modifiée par l'apparition de la résistance à la dapsonsone, et par la modification des systèmes de santé. Les activités de lutte ont été adaptées, et depuis 1988-1989 l'ensemble des pays d'Afrique francophone ont mis en place des programmes de lutte basés sur la polychimiothérapie (PCT).

Les résultats enregistrés depuis sont encourageants et il semble que partout la PCT ait été très bien acceptée par les malades et par les services de santé chargés de la mettre en oeuvre. Toutefois un certain nombre de problèmes ont été identifiés, la plupart liés aux difficultés socio-économiques, à la faible priorité accordée à la lutte antilépreuse et aux difficultés d'intégrer les activités dans les services généraux de santé.

Lors de la conférence sur la lutte antilépreuse en Afrique organisée par l'OMS à Brazzaville en 1989, différents aspects opérationnels et techniques ont été discutés et plusieurs recommandations ont été formulées. A la suite de cette réunion, la plupart des pays ont formulés des plans d'action avec des objectifs précis visant à accroître la couverture par PCT.

En mai 1991, l'Assemblée mondiale de la Santé notant les progrès considérables accomplis en matière de lutte antilépreuse depuis la mise en oeuvre de la PCT, a recommandé aux Etats Membres d'intensifier leurs activités de lutte afin d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique, c'est à dire de réduire les taux de prévalence à moins de un pour dix mille habitants d'ici l'an 2000.

La présente réunion est l'occasion de faire le bilan des résultats obtenus, d'analyser les problèmes qui se posent et de re-formuler les plans d'action nationaux afin de réduire la prévalence de la lèpre de façon très significative.

2. L'ampleur du problème de la lèpre dans les pays d'Afrique francophone

Selon les données disponibles à l'unité de la lèpre de l'OMS, le nombre de malades enregistrés dans la région Afrique est de 272.580, soit un taux de prévalence de 5,20 pour dix mille habitants. (Tableau et Figure 1). Les pays d'Afrique francophone comptent 108.000 malades (taux de prévalence 6,80 pour dix mille habitants), soit 40% du total. Le nombre de cas estimés en Afrique est de 350.000 (Tableau 2 et Figure 2). La détection annuelle est de 38.000 cas (7 pour 100.000 habitants) dont 18.000 pour l'Afrique francophone (47%).

Ces chiffres permettent de mesurer la charge de travail pour éliminer la lèpre, en considérant que la détection reste sensiblement identique, les pays d'Afrique devront diagnostiquer, traiter et guérir environ 600.000 cas d'ici l'an 2000. Le tableau 3 montre les indicateurs détaillés de la situation dans les pays de l'Afrique francophone, ces indicateurs prennent en considération le nombre de malades enregistrés, le nombre de cas estimés, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, le nombre de malades recevant un traitement PCT et le nombre de malades qui ont été guéris par cette même PCT depuis qu'elle a été mise en oeuvre.

Tableau 1.

LA LEPRE DANS LE MONDE 1993
Cas enregistrés et couverture PCT par Région de l'OMS

Région	Cas enregistrés	Prévalence p. 10.000	Traités par PCT	Couverture par PCT %	PCT terminée	Couverture cumulative %
Afrique	272 580	5,19	101 168	37,11	213 107	64,71
Amériques	313 446	4,20	95 141	30,35	52 193	40,29
Europe	7 874	0,09	2 810	35,69	1 009	42,99
Méditerranée	86 835	2,11	33 161	38,19	21 272	50,35
Pacifique	76 827	0,50	54 390	70,80	124 038	88,83
S.E. Asie	1 643 192	12,00	850 648	51,77	3 786 310	85,40
Total	2 400 754	4,40	1 137 318	47,37	4 197 928	80,85

TAUX DE PREVALENCE
DE LA LEPRE DANS LE MONDE 1993

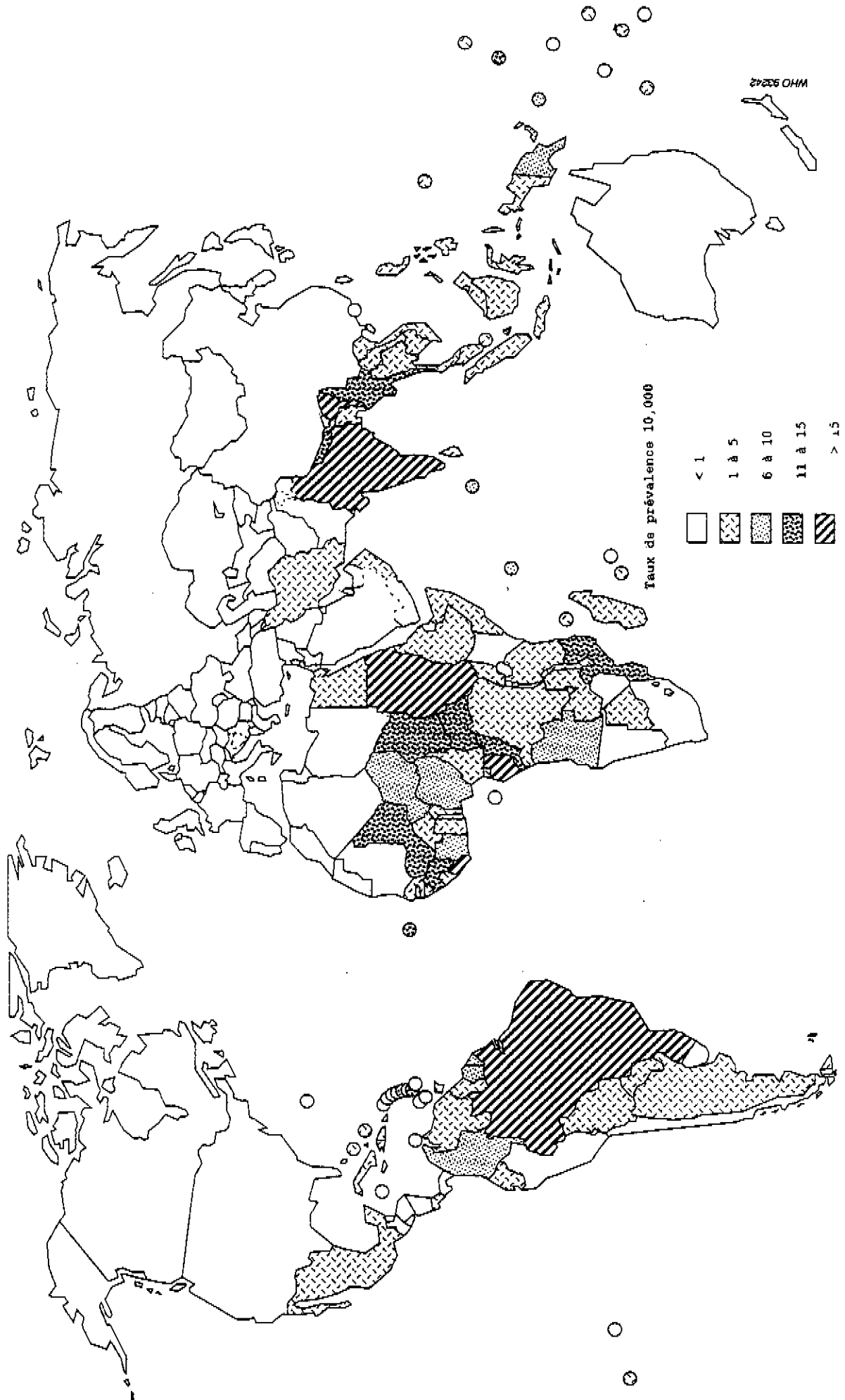


Figure 1

WHO 93242

Tableau 2

LEPRE: NOMBRE DE CAS ESTIMES ET DETECTION ANNUELLE

Région	Cas estimés*	Prévalence p. 10.000	Couverture par PCT %	Nouveaux cas	Détection p. 100,000
Afrique	349 883	6,66	28,91	38 007	7,24
Amériques	383 796	5,14	24,79	33 699	4,52
Europe	9 262	0,11	30,34	83	0,01
Méditerranée	55 761	1,35	59,47	6 253	1,52
Pacifique	145 979	0,95	37,26	14 527	0,94
S.E. Asie	2 147 510	15,69	39,61	557 063	40,69
Total	3 092 191	5,67	37,00	649 632	11,91

* Estimation provisoire ne constituant pas une référence officielle

PREVALENCE ESTIMEE DE LA LEPRE DANS LE MONDE 1993

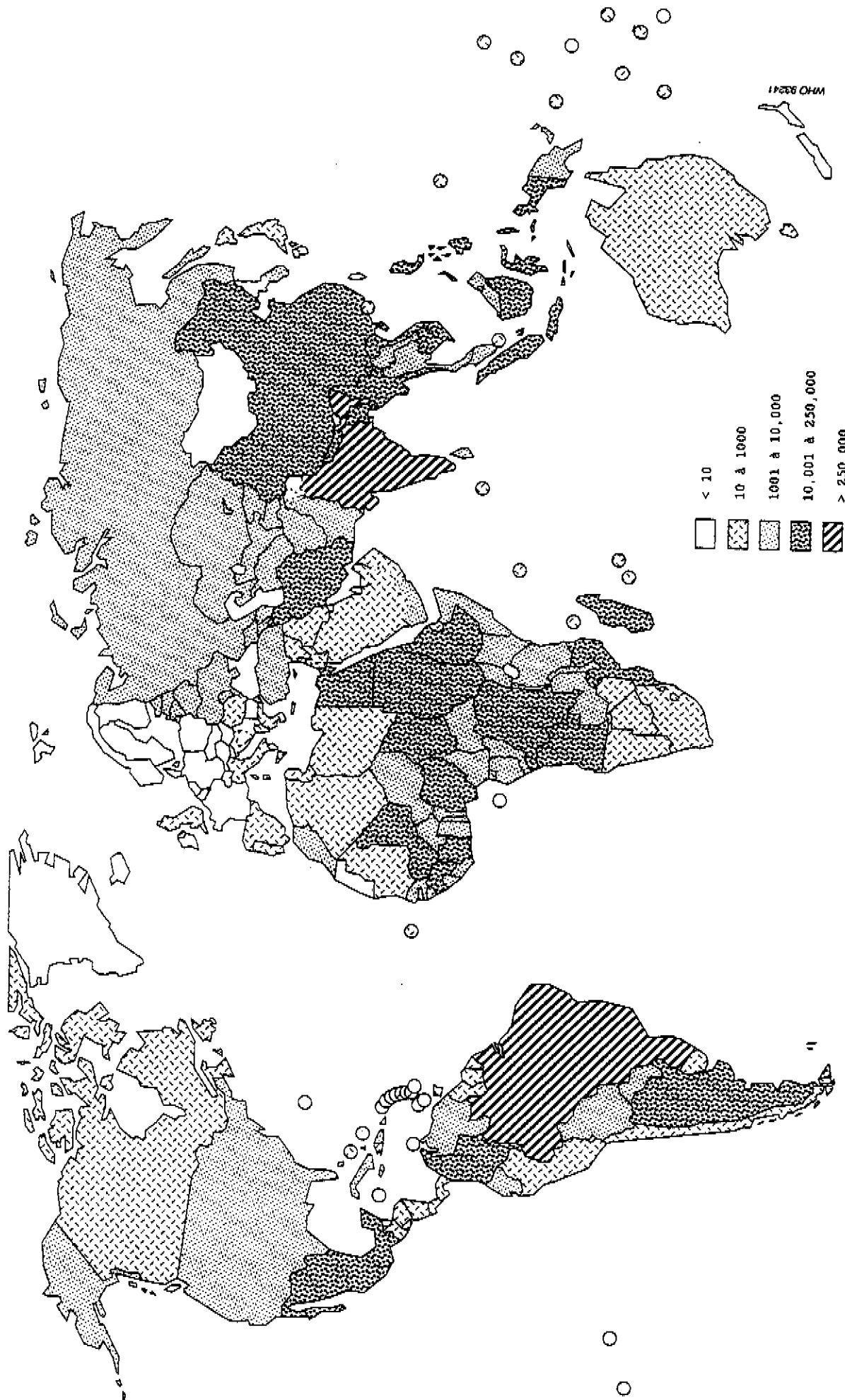


Figure 2

TAUX DE DETECTION
DE LA LEPRE DANS LE MONDE 1993

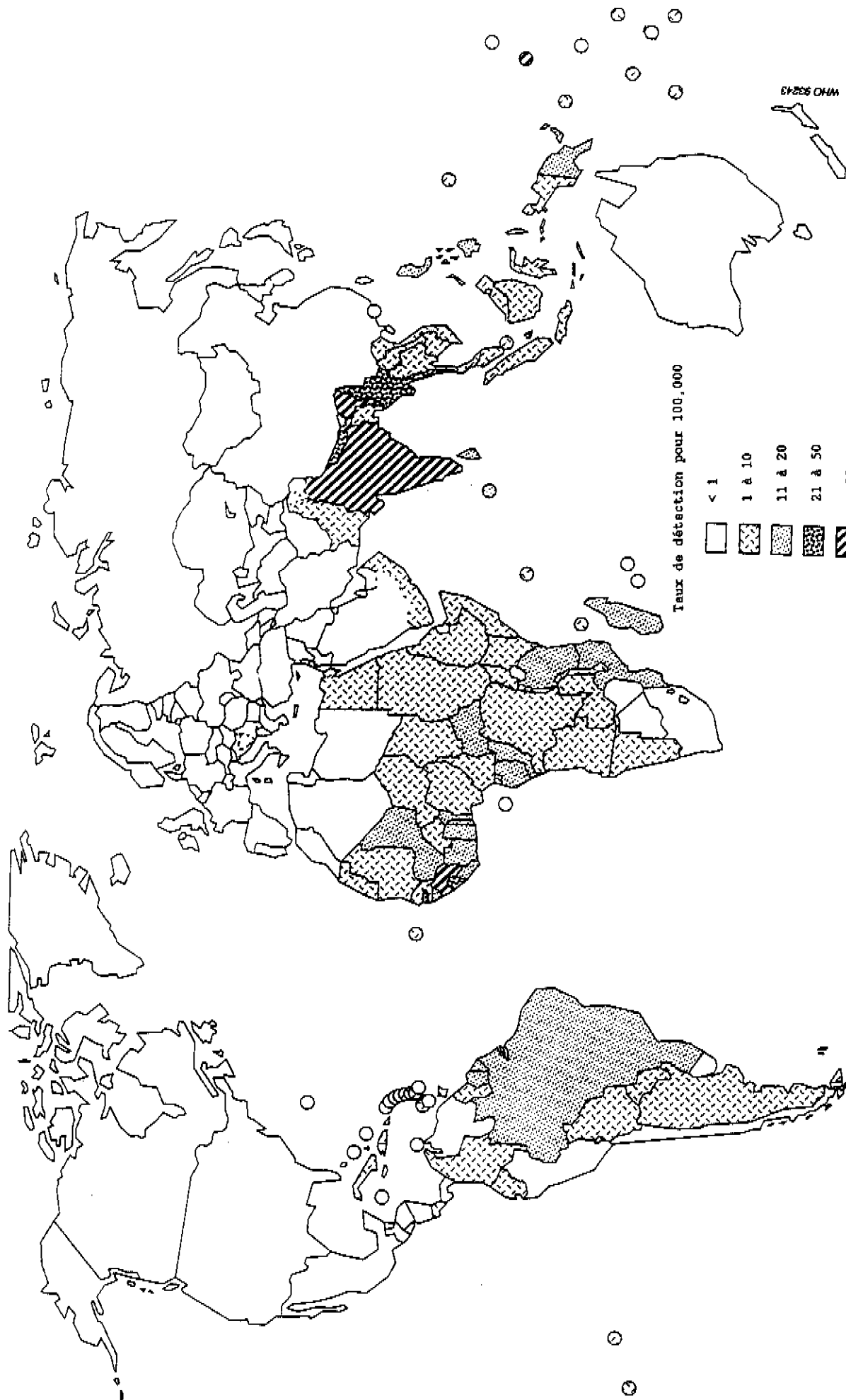


Figure 3

Tableau 3 SITUATION DE LA LEPRE DANS LES PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE

PAYS	Benin	Burkina Faso	Cameroun	RCA	Tchad	Congo	RCI	Guinée	Madagascar	Mali	Niger	Senegal	Togo	Zaire
EPIDEMIOLOGIE														
Estimés	3000	5000	7300	5000	11000	5000	15000	15000	30000	15000	10000	8000	3000	25000
Taux p. 10.000	6,09	5,25	5,77	15,54	18,42	20,63	11,58	24,54	23,43	15,29	12,13	10,33	7,98	6,59
Enregistrés	1431	2092	4616	3756	6952	2444	6483	6942	5290*	12710	6468	2029	1757	7736
Taux p. 10.000	3,40	2,20	3,65	11,67	11,64	10,08	5,01	11,36	4,13	12,95	7,84	2,62	4,67	2,04
Nouveaux cas	936	-	320	416	228	345	2249	5434	2050	1162	460	576	452	3247
Taux p. 100.000	19,0	-	2,53	12,93	3,82	14,23	17,37	88,90	16,01	11,8	5,58	7,44	12,02	8,56
Prop MBX(Nx cas)	18,9	-	77,5	2,4	31,6	31,01	16,10	28,1	85,2	36,2	23,9	31,94	48,23	20,11
Prop Handicap %	17,7	-	3,13	54,8	-	-	12,67	13,7	-	6,80	-	19,62	-	14,04
Prev/détection	1,53	-	14,4	9,03	30,50	7,08	2,88	1,28	2,58	10,94	14,1	3,52	3,9	3,95
PCT														
Cas sous PCT dans l'année	2910	4103*	3717	3554	2341	895	9054	12197	7767	4420	549	2087	1250	5755
Cas sous PCT fin d'année	1631	-	3261	2134	761	401	4696	6942	5188	3114	447	1341	552	2181
Couverture en fin d'année %	97,3	-	70,7	56,8	10,95	16,41	72,44	100	98,07*	24,5	6,9	66,1	31,4	28,2
Couverture annuelle %	100	100*	61,4	49	27,4	21,8	61,4	100	38,7	29,8	8,3	75,2	43,4	51
Couverture des cas estimés %	41,23	-	44,7	42,7	6,9	8,02	31,3	46,3	17,3	20,76	4,5	16,8	18,4	8,7
PCT terminée	7084	5911	8988	2069	2472	1524	11910	18366	8037	3279	1087	2409	1866	41957
Couverture cumulative %	97,72	-	90,4	72,15	34,3	48,5	90,28	100	-	39,9	20,3	84,5	66,7	85,4

* Information incomplète ou ne concernant qu'une partie du programme

3. Stratégie pour l'élimination de la lèpre

La stratégie d'élimination de la lèpre repose essentiellement sur le dépistage précoce et le traitement des malades par la PCT et ce afin de réduire la source d'infection à un niveau tel que la transmission de la maladie dans la population deviendra négligeable. Bien que la transmission de la maladie ne puisse se mesurer que par l'observation de l'incidence, la stratégie d'élimination n'a pas pour but d'éradiquer la lèpre, c'est à dire de stopper l'infection et de réduire l'incidence à 0. En effet, on estime que si la prévalence (c'est à dire le nombre d'individus potentiellement infectants) atteint un niveau très bas, la transmission sera considérablement réduite et la maladie s'éteindra d'elle même. Cette assomption est basée sur l'étude des tendances de la lèpre dans certains pays où la transmission de la lèpre s'est arrêtée dès que la prévalence a atteint un certain seuil.

La stratégie d'élimination comporte plusieurs phases et doit tenir compte de la distribution géographique, surtout lorsque l'on connaît la distribution très hétérogène des cas de lèpre. Ainsi un pays pourra avoir atteint l'objectif moins de un pour dix mille au niveau national, mais certains foyers d'endémie peuvent subsister, et l'objectif sera alors d'éliminer la lèpre dans ces foyers.

De même, après la phase d'élimination, on devra s'assurer que celle-ci est maintenue pendant un temps suffisant et qu'aucun événement particulier ne vient la compromettre. Ceci demandera de surveiller étroitement les tendances épidémiologiques de la maladie, son incidence, sa distribution et l'existence de facteurs qui pourraient créer une résurgence de la maladie, comme par exemple la pandémie SIDA.

La stratégie d'élimination est donc principalement opérationnelle et basée sur la PCT. Elle permet de mieux analyser le problème et de concentrer les ressources disponibles sur les priorités. Cette stratégie globale repose sur quelques éléments spécifiques importants:

- La volonté politique: l'élimination doit reposer sur un plan d'action national, limité dans le temps, et doit recevoir le soutien de tous les niveaux: population, gouvernement, services de santé, organisations non gouvernementales.
- Mobilisation des ressources: L'utilisation des ressources existantes, et surtout la mise en oeuvre de la stratégie à travers les structures générales de santé ainsi que la mobilisation des ressources additionnelles nécessaires à l'élimination sont essentielles.
- Estimation de la charge de travail: Dans la majorité des pays d'endémie, les données disponibles sont suffisantes pour estimer le nombre de cas attendus et le nombre de cas à guérir pour atteindre l'élimination. Ces données peuvent être utilisées pour une planification annuelle basée sur des estimations révisées chaque année, et sur un bon système de surveillance épidémiologique.
- Composantes techniques de la stratégie: Ces composantes sont les mêmes que celles recommandées pour la mise en oeuvre de la PCT, c'est à dire diagnostic clinique, diagnostic bactériologique de forme chaque fois que cela est possible, définition de cas standardisée, traitement PB et MB

standardisés, suivi des cas pendant traitement, prévention des infirmités, prise en charge des complications et soins aux malades handicapés.

☐ Suivi et évaluation: La stratégie d'élimination exige un système d'information fiable permettant de suivre les progrès du programme. Ce système d'information doit être complété par des évaluations régulières.

4. Différentes phases du programme

Un programme d'élimination de la lèpre repose sur différentes phases qui doivent être mises en oeuvre successivement à l'échelon national et aux différents niveaux du pays en fonction des priorités. Les différentes approches discutées ici et les limites de temps sont indiquées à titre d'exemples pouvant faciliter la définition d'objectifs à moyen terme. La plupart des pays francophones ont commencé une ou plusieurs phases et les exemples sont basés sur leur expérience.

4.1 Phase préparatoire (6 mois à 1 an)

Cette phase consiste à réaliser une évaluation rapide de la situation existante du point de vue épidémiologique et opérationnel. Les différents indicateurs épidémiologiques sont analysés et une première estimation de la charge de travail est faite: nombre de malades devant bénéficier de la PCT, mise à jour des fichiers, nombre de malades estimés, nombre de nouveaux cas attendus. Le bilan des ressources disponibles permet de déterminer les besoins en personnel, d'identifier les besoins en formation, de dresser la liste des infrastructures et équipements utilisés pour le programme.

A ce stade, un plan d'opération est préparé et les ressources additionnelles sont mobilisées. D'une façon générale les opérations consistent à:

- Former ou recycler le personnel pour les tâches spécifiques à la PCT;
- Ré-examiner tous les cas enregistrés pour identifier les malades devant bénéficier de la PCT, cette étape permettant aussi de contribuer à la formation du personnel;
- Mettre en place ou renforcer les moyens techniques et logistiques.

4.2 Phase intensive (1 à 3 ans)

☐ Première étape extension de la PCT

Durant cette phase, l'extension de la PCT est progressivement étendue à l'ensemble du pays afin que tous les malades enregistrés ainsi que tous les nouveaux cas diagnostiqués soient traités par PCT.

Souvent la phase intensive repose sur un système vertical spécialisé et ce système doit prévoir en cours d'opération l'intégration du programme dans l'ensemble des structures de santé. Cette intégration passe par la simplification des procédures diagnostiques et des modalités de distribution du traitement, la simplification du système d'information, la formation de l'ensemble du personnel et surtout sur la supervision. Le système d'orientation-recours devra être organisé ou renforcé afin de prendre en charge les complications lépreuses et de prévenir les risques de mutilations. Dans ce cadre il est utile de ré-orienter les activités des centres spécialisés et des nombreuses "léproseries" qui existent en Afrique francophone.

■ Deuxième étape intensification du dépistage

Cette étape ne peut être réalisée que lorsqu'on est sûr que tous les malades enregistrés et nouveaux cas ont accès à la PCT. Il est remarquable de constater que dès que les malades ont accès au traitement, la détection augmente de façon très significative. D'une façon générale, l'intensification du dépistage reposera uniquement sur l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, l'information de la population et l'éducation pour la santé. En dehors de l'examen régulier des contacts domiciliaires des malades, il n'est pas nécessaire ni rentable d'organiser un dépistage actif systématique.

■ Troisième étape évaluations régulières

Les résultats de la phase intensive doivent être régulièrement évalués (au moins une fois par an), et les résultats de ces évaluations doivent être utilisés pour adapter le plan d'action.

4.3 Phase de consolidation (2 ans)

Après la phase intensive, la majorité des malades enregistrés ont été guéris, la prévalence a été considérablement réduite et se rapproche de l'incidence. Les activités de dépistage permettent de diagnostiquer tôt les cas et de les traiter par PCT.

Durant cette phase il faut maintenir un taux élevé de couverture PCT et intensifier les activités visant à l'intégration. A ce moment l'objectif national de moins de un pour dix mille aura été atteint (sauf cas particuliers), et l'on s'efforcera d'éliminer les foyers résiduels: zones ou population d'accès difficile. Le système de surveillance épidémiologique sera renforcé, notamment par l'appui de zones ou centres sentinelles, afin de vérifier que l'endémie se maintient à un niveau très bas. A ce stade il sera indispensable de surveiller étroitement l'incidence de la lèpre.

Durant la phase de consolidation, les activités diagnostiques et traitement diminueront considérablement, et une plus grande priorité pourra être donnée à la prise en charge des malades et anciens malades handicapés à cause de la lèpre.

4.4 Phase de maintenance (continue)

L'élimination a été atteinte mais la lèpre n'a pas disparu. Il faut maintenir un niveau de transmission très bas pendant longtemps et pour cela s'assurer que tous les nouveaux cas sont diagnostiqués et traités. Le nombre de cas devenant peu important, il sera difficile de maintenir la vigilance et les compétences pour les prendre en charge. A ce stade, le diagnostic et le traitement de la lèpre pourra être délégué à des services spécialisés, par exemple de Dermatologie ou Neurologie. Toutefois, le diagnostic de suspicion et le système d'orientation recours devront être maintenus partout et intégrés dans l'ensemble des structures de santé.

Les différentes phases du programme d'élimination de la lèpre

Phase préparatoire	Phase intensive	Phase de consolidation	Phase de maintenance
Durée: 6 mois-1an	Durée: 1-3ans	Durée 2 ans	Durée: continue
Objectif	Objectif	Objectif	Objectif
Planifier l'élimination	Couverture PCT 100%	Augmenter le dépistage	Maintenir la prévalence à moins de un pour dix mille
Activités	Activités	Activités	Activités
Evaluation rapide	Extension de la PCT	Intensification du dépistage	Information
Estimation de la charge de travail: prévalence et cas attendus	Amélioration du dépistage	Maintien de la couverture PCT	Diagnostic de suspicion décentralisé
Mobilisation des ressources	Information et éducation pour la santé	Intégration dans l'ensemble des structures de santé:	Diagnostic et traitement intégrés
Planification de l'élimination	Régularité des malades en traitement	- simplification des procédures	Prise en charge des malades handicapés
Formation/recyclage	Préventions des invalidités et prise en charge des complications	- formation/recyclage	Surveillance épidémiologique
Mise en place de moyens logistiques		- orientation-recours	
Mise en place du système d'orientation-recours	Recherche opérationnelle pour les cas ou les zones spéciaux	- décentralisation des moyens	
Révision du système d'information	Surveillance épidémiologique	- Supervision régulière	
Re-examen des malades enregistrés	Evaluation annuelle	Prise en charge des complications et des handicaps	
Traitement des malades par PCT		Surveillance épidémiologique et mise en place d'un réseau sentinelle	
		Evaluation finale	

5. Stratification

Considérant les différents niveaux d'endémie entre les pays, et la distribution très hétérogène de la maladie entre les différentes régions d'un même pays, et tenant compte des différents systèmes de santé ainsi que les résultats déjà atteints par les programmes de lutte, la mise en oeuvre du programme d'élimination pourra varier d'un pays à l'autre. La stratification sera basée sur une série d'indicateurs épidémiologiques et opérationnels tels que le nombre de cas estimés, le nombre de cas attendus, le nombre de cas enregistrés, la couverture PCT, la couverture géographique, la fiabilité du système d'information, les conditions d'accessibilité, les problèmes ou obstacles spéciaux. Le tableau ci-dessous résume la situation des différents pays d'Afrique francophone et peut servir d'orientation pour la planification vers l'élimination.

Pays	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Bénin	Terminée	Terminée	En cours	
Burkina-Faso	Terminée	En cours		
Burundi	Terminée	Terminée	Terminée	En cours
Cameroun	Terminée	En cours		
Centre-afrique	Terminée	En cours		
Congo	En cours			
Cote d'Ivoire	En cours			
Gabon	Terminée	En cours		
Guinée	Terminée	Terminée		
Madagascar	En cours		En cours	
Mali	En cours			
Mauritanie	Terminée	En cours		
Niger	En cours			
Rwanda	Terminée	Terminée		
Senégal	En cours		Terminée	En cours
Tchad	En cours			
Togo	Terminée	En cours		
Zaïre	Terminée	En cours		

6. Conclusion

L'importance de la lèpre dans les pays d'endémie est liée non seulement au nombre des malades, au nombre des handicapés du fait de la lèpre et surtout à l'impact socio-culturel qu'a cette maladie dans la population. La stratégie de lutte basée sur la PCT, que ce soit sur le plan technique ou opérationnel, a changé bien des concepts sur cette maladie. La priorité à accorder à la lutte antilépreuse repose sur le fait que cette maladie est maintenant vulnérable, on peut raisonnablement prévoir de réduire considérablement la prévalence, et par là même le nombre de personnes handicapées à cause de cette maladie. Le concept d'élimination permet de mobiliser les services nationaux de santé, la communauté scientifique, les partenaires traditionnels de la lutte contre la lèpre vers un objectif commun.

La stratégie d'élimination repose sur des objectifs intermédiaires précis et définis dans le temps. C'est pourquoi les activités de suivi et d'évaluation sont de très haute importance. Le système d'information et de surveillance épidémiologique doit être partout renforcé et validé. Les indicateurs recueillis doivent être analysés et discutés.

Enfin, de nombreuses questions restent posées sur la stratégie à adopter en phase de post-élimination, sur les moyens d'améliorer la fiabilité du diagnostic, de traiter les complications et de prévenir les handicaps. Il faut en outre s'assurer par une surveillance épidémiologique étroite, qu'aucun événement particulier ne vienne remettre en cause la stratégie proposée et notamment le contexte social, économique et politique, les rechutes après traitement, l'apparition de résistances médicamenteuses, ou l'impact potentiel de la pandémie SIDA.

LISTE DE PARTICIPANTS

Dr Baya Tsika, Médecin-chef du Programme National de Lutte contre la Lèpre, B.P. 1066, Brazzaville, Congo

Dr Adama Berthé, Coordonnateur National Lèpre, Division Epidémiologie et Prévention, B.P. 228, Bamako, Mali

Dr Bijeck Paul, Bureau Lèpre Tuberculose, B.P. 786, Yaoundé, Cameroun

Dr Seny Diakité, Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Lèpre, B.P. 585, Conakry, Guinée

Dr Fatchou Gakaitengou, Directeur du Programme National de Lutte contre la Lèpre, B.P. 759 N'Djamena, Tchad (Président)

Dr Abou Beker Gaye, Médecin-chef du Service National des Grandes Endémies, Ministère de la Santé Publique, Dakar, Sénégal

Dr Augustin Guedenon, Coordonnateur Lèpre, Ministère de la Santé Publique, B.P. 882, Cotonou, Bénin

Mr Pierre Kanda, Adjoint au chef de service des Grandes Endémies, Ministère de la Santé Publique, Direction des Grandes Endémies, B.P. 783, Bangui, République Centrafricaine

Dr Mputu Luengu Boyau, Médecin Directeur du Bureau National de Lutte contre la Lèpre (BNL), B.P. 4741, Kinshasa II, Zaïre

Dr Luc Ndonngang, Bureau Lèpre Tuberculose, B.P. 786, Yaoundé, Cameroun

Dr Dimsoa Rakotondramarina, Directeur du Service Lèpre Tuberculose, Antananarivo, Madagascar

Dr Claude Ratriamoarivony Médecin-chef de la Division Lèpre, B.P. 460, Antananarivo 101, Madagascar

Dr Laurent Somé, Responsable du Programme Lèpre Tuberculose, Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille, B.P. 7009, Ouagadougou 03, Burkina Faso

Dr Kalilou Souley, Coordonnateur National Programme Lèpre, B.P. 371, Niamey, Niger

Dr Stanghellini, Conseiller technique auprès du Directeur des Grandes Endémies, B.P. 1066, Brazzaville, Congo

Dr Papa Malick Sylla, Superviseur du Programme National de Lutte contre la Lèpre, Dakar, Sénégal

Dr Napo Tignokpa, Médecin Coordonnateur du Programme Lèpre, B.P. 2271, Lomé, Togo

Dr Saki Zadi, Directeur de la Santé Communautaire, B.P. V16 Abidjan, Côte d'Ivoire

Organisations Non Gouvernementales

Dr Jean Brière de l'Isle, Association Française Raoul Follereau, Tchad

Mr Michel Chabod, Association Française Raoul Follereau, B.P. 3386, Antananarivo, Madagascar

Mr Jean Danois, Fondation Damien, Belgique

Mr Grégoire Detoef, Association Allemande d'Aide aux Lépreux (DAHW), Dakar, Sénégal

Soeur Martha Escobar, Léproserie de Mokolo, Cameroun

Dr Célestin Gantin, Association Française Raoul Follereau, Cotonou, Bénin

Dr Ousmane Keita, Association Française Raoul Follereau, Conakry, Guinée (Vice-Président)

Dr Mannoni, Association Française Raoul Follereau, Yaoundé, Cameroun

Dr Jacques Millan, Ordre de Malte

Dr Jean-Pascal René, Association Française Raoul Follereau, Antananarivo, Madagascar

Mr Van Ryswyk, Association Française Raoul Follereau

Dr Sadzo-Hetsu Dzrevo, Association Allemande d'Aide aux Lépreux (DAHW), Lomé, Togo

Dr Sansarricq, Président de l'Association des Léprologues de Langue Française, 35, Avenue J. Cantini, Marseille, France

Dr Félix Série, Association Française Raoul Follereau, Côte d'Ivoire

Mr Xavier Surmont, Association Française Raoul Follereau, Ouagadougou, Burkina Faso

Mme Oumou Timbo, Association Française Raoul Follereau, Bamako, Mali

Mr Waeber, Association d'Aide aux Lépreux, Emmaus Suisse, Yaoundé, Cameroun

Institutions Spécialisées et Organisations Inter-Etats

Dr Paul Ambassa, CIESPAC, Brazzaville, Congo

Dr Félix Ahouandogbo, Université de Bordeaux II, Bordeaux 33000, France

Dr Leopold Blanc, OCCGE, Institut Marchoux, B.P. 251, Bamako, Mali

Dr Jean-Louis Cartel, Directeur de l'Institut de Léprologie Appliquée, Dakar, Sénégal

Dr Abdoulaye Mady Diallo, Institut Marchoux, OCCGE, B.P. 251, Bamako, Mali

Dr René Migliani, OCEAC, BP 288, Yaoundé, Cameroun

Dr Alexandre Tiendrébéogo, OCCGE, Institut Marchoux, B.P. 251, Bamako, Mali

Secrétariat

Dr Ji Baohong, Association Française Raoul Follereau, 33 Rue de Dantzig, Paris, France

Dr Bidé Landry, STC/LEP Madagascar

Dr Denis Daumerie, Unité de la Lèpre, OMS Genève

Dr Amadou Sékou Diallo, STC/LEP Bamako, OMS AFRO

Dr Abdou Moudi, Représentant de l'OMS au Cameroun

Mme Jean Moorhead Feruzi, OMS, Yaoundé, Cameroun

Dr S.K. Noordeen, Médecin-chef de l'Unité de la Lèpre, OMS Genève

Mr Pierre Olphe-Galliard, Directeur des Projets, Association Française Raoul Follereau, 33 Rue de Dantzig, Paris, France

= = =