

51924

WHO/CTD/LEP/94.2
Distribution générale

E: 50370

STRATEGIE MONDIALE D'ELIMINATION DE LA LEPRE EN TANT QUE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

*Document préparé par l'unité de Lutte contre la Lèpre,
Organisation mondiale de la Santé, Genève
1994*



© Organisation mondiale de la Santé, 1994

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

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

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
■ Résumé d'orientation	
1. Introduction	1
■ Le fardeau mondial de la lèpre	1
■ Succès et échecs	2
■ Une occasion unique dans l'histoire de l'humanité	3
2. Progrès sur la voie de l'élimination	4
■ Accroissement de la couverture par la PCT	4
■ Situation dans 25 principaux pays d'endémie	5
3. Stratégie d'élimination mondiale et activités au niveau des pays	6
■ Conditions préalables de l'élimination	8
■ Activités préparatoires	8
■ Activités fondamentales	9
■ Activités contribuant à l'élimination	10
■ Activités d'évaluation	10
4. Plan de travail	11
■ Priorités dans les pays	11
■ Priorités d'action	15
■ Accroissement des ressources	17
■ Indicateurs essentiels pour la surveillance des progrès	18
5. Amélioration de la gestion	19
■ Formation	19
■ Recherche sur les systèmes de santé	20

	<u>Pages</u>
6. Besoins actuels en matière de recherche et résultats obtenus	20
■ Nécessité d'un traitement amélioré	20
■ Progrès de la recherche	21
■ Orientations futures	22
7. L'importance du partenariat	22
8. Conclusions	24
■ Définitions	26

RESUME D'ORIENTATION

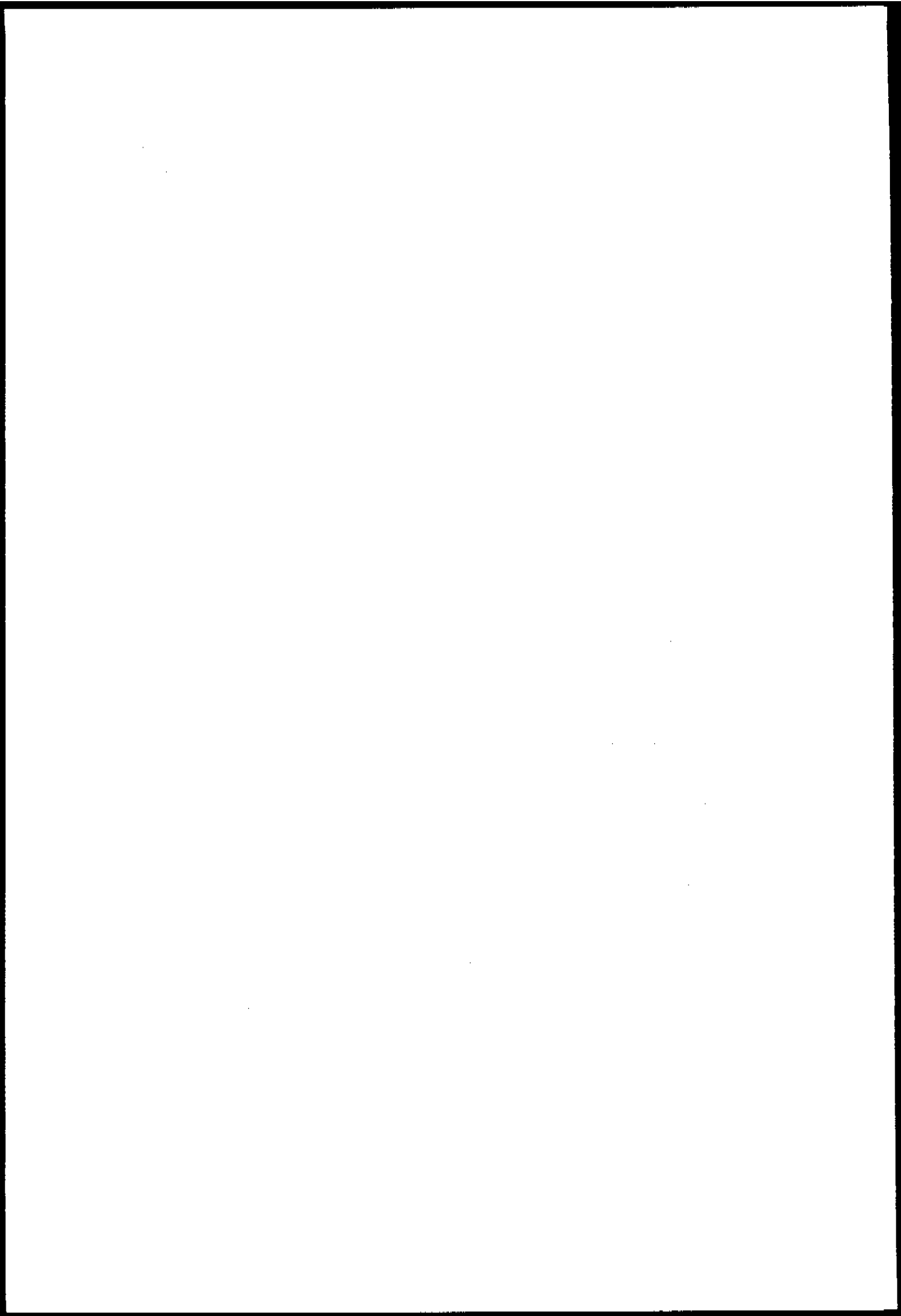
Stratégie mondiale d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique

La lèpre continue de susciter l'effroi même dans les pays où elle a depuis longtemps cessé d'être endémique. On estime actuellement que 2,4 millions de sujets sont atteints (1994) et 79 pays recensent un nombre significatif de cas. Outre l'incapacité permanente et progressive qu'elle provoque, la lèpre présente pour ses victimes des conséquences sociales qui en font un problème de santé publique unique en son genre. Jusqu'au début des années 80, les efforts de lutte fondés sur un traitement à la dapsoné se sont révélés inefficaces, car le traitement devait être poursuivi pendant une période prolongée et se heurtait parfois à une chimiorésistance. Une modification spectaculaire est intervenue à la suite de l'introduction de la polychimiothérapie (PCT) recommandée par l'OMS.

La PCT a fait ses preuves dans la lutte contre la maladie. A la lumière des milliers de cas traités au cours de la dernière décennie, on a pu constater des taux de rechute extrêmement faibles (taux de rechute cumulé de l'ordre de 1 %). Fin 1993, 5,6 millions de malades avaient été guéris et la couverture mondiale cumulée PCT atteignait 89 %. Le nombre des cas enregistrés a été ramené de 5,4 millions en 1985 à 1,7 million en 1994. Ces progrès significatifs de la lutte antilépreuse ont permis à l'OMS de fixer en 1991 l'objectif de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000. A condition d'intensifier encore la lutte antilépreuse par la PCT au cours des années à venir, tout laisse croire qu'il sera possible d'atteindre cet objectif qui consiste plus précisément à ramener la prévalence à moins de un cas pour 10 000 habitants dans les zones d'endémie.

La stratégie mondiale proposée préconise l'affectation de ressources accrues et la définition de priorités aux niveaux mondial, régional et national, avec une sensibilisation de la population déterminante pour le dépistage précoce des cas. Un facteur épidémiologique important est celui de la répartition très inégale de la maladie; 65 % des cas sont concentrés dans cinq pays seulement et 92 % dans 25 pays. La stratégie d'élimination vise à stratifier la situation à différents niveaux, à définir des zones d'action prioritaires, à fixer des objectifs intermédiaires et à surveiller leur exécution. L'ampleur et l'intensité du problème et l'accès aux services de lutte antilépreuse, notamment à la PCT détermineront le niveau de chaque strate. L'engagement politique, ainsi que la mobilisation et la coordination des ressources, notamment celles des ONG, seront des conditions préalables à la stratégie d'élimination. Les activités essentielles continueront de mettre l'accent sur la mise en œuvre de la PCT et sur un dépistage intensif des cas. La surveillance et l'évaluation du programme ainsi que la surveillance épidémiologique constitueront également d'importants éléments de la stratégie. Le groupe de travail de l'OMS sur la lutte contre la lèpre continuera de surveiller les progrès accomplis en vue de l'élimination mondiale de la maladie.

La stratégie d'élimination envisage le diagnostic et le traitement par PCT d'environ 5 millions de cas au total de 1994 à l'an 2000. Le coût des opérations a été estimé à US \$420 millions, dont US \$150 millions pour les médicaments. On pourra mobiliser ces ressources au cours des cinq à sept prochaines années à condition de reconnaître pleinement la nécessité d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique et de faire collaborer activement tous les organismes intéressés dans un esprit de partenariat. Pour atteindre l'objectif de l'élimination, il est indispensable que chacun reconnaisse et saisisse cette occasion de libérer l'humanité d'un fléau qui sévit depuis des millénaires.



1.2 Succès et échecs

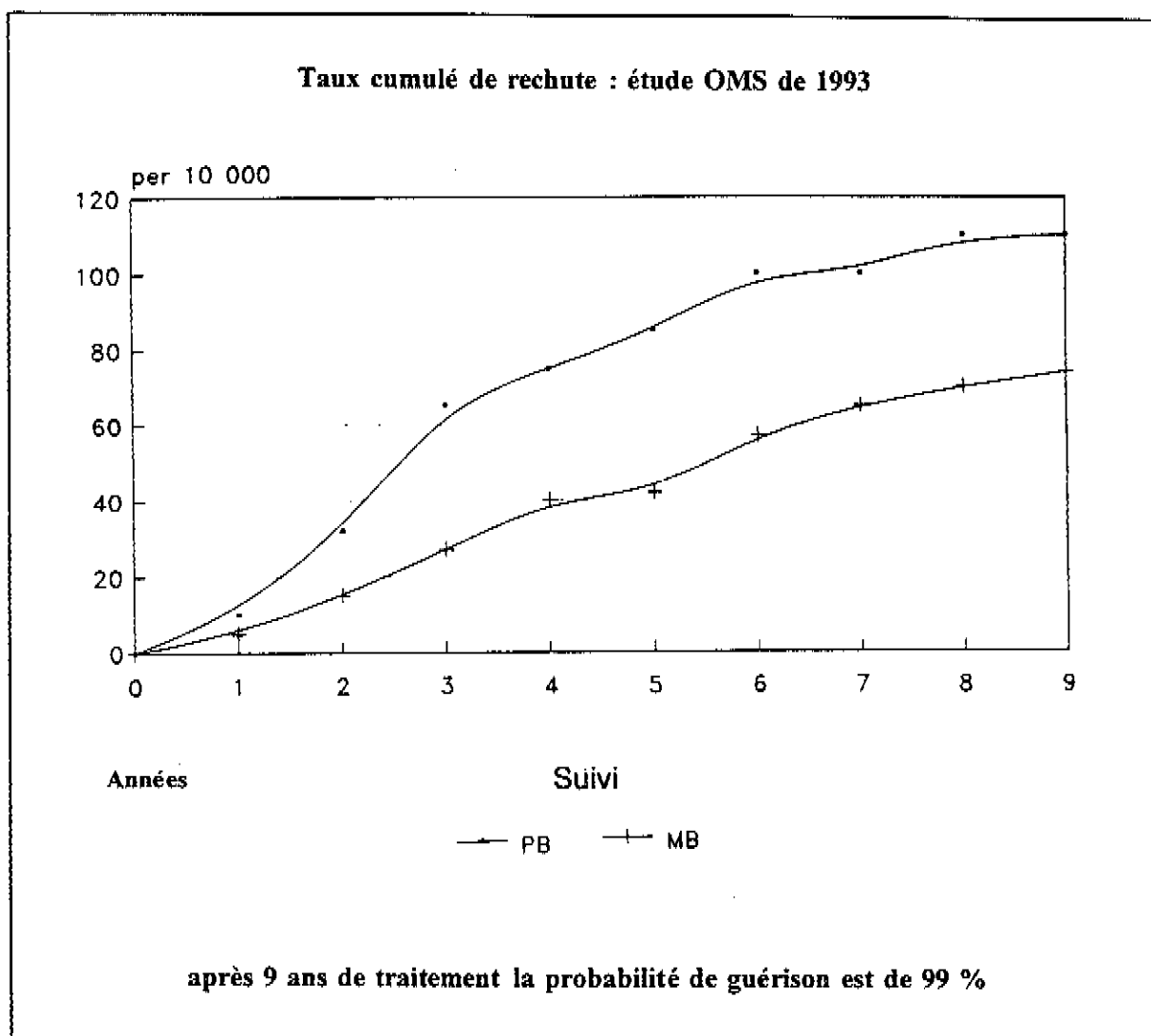
La seule solution sociale face à la lèpre a presque toujours été la ségrégation des malades. Cet isolement forcé n'a fait qu'aggraver la terrible réputation de la maladie. La méthode était compréhensible, mais pour toute une série de raisons pas très efficace. Pourtant, depuis les efforts consentis au cours des années 1870 par le chercheur norvégien G. H. A. Hansen qui a découvert la bactérie à l'origine de la lèpre, baptisée *Mycobacterium leprae*, on a pu amasser une somme considérable de connaissances cliniques et scientifiques sur la maladie.

L'ère de la chimiothérapie antilépreuse a vu le jour pendant les années 50 avec la découverte de l'efficacité de la dapsoné contre les mycobactéries dans l'organisme. Le traitement systématique des malades à domicile est devenu possible, ce qui a encouragé de nombreux pays à entreprendre des programmes organisés de dépistage et d'éducation sanitaire.

Malheureusement, une chimiorésistance est apparue et la lèpre a offert un autre exemple de l'application des principes darwiniens de la sélection naturelle. Dans toute population de plusieurs millions de bactéries, le nombre de celles capables de résister naturellement à la dapsoné est très limité, mais lorsque les autres sont tuées, elles se voient conférer un avantage et prolifèrent. Les bactéries résistantes à la dapsoné ont fini par devenir prépondérantes et les résultats du traitement de moins en moins concluants. En outre, la durée du traitement et la discipline qu'il demandait décourageaient de nombreux patients et la lutte contre la maladie est devenue généralement inefficace.

Cette période d'échec et de frustration a pris fin lors de l'introduction en 1981 d'un traitement associant plusieurs médicaments administrés en même temps, la polychimiothérapie (PCT). La probabilité pour une bactérie de résister aux trois substances utilisées est extrêmement faible, peut-être de l'ordre d'une pour 10. Cette estimation théorique a été confirmée dans la pratique.

Aujourd'hui le malade de la lèpre est assuré d'un risque annuel de rechute inférieur à un pour mille.



Les premières recommandations de schémas de PCT types faites par le groupe d'étude de l'OMS sur la chimiothérapie de 1981 ont donc inauguré une ère d'optimisme. Les recommandations ont été accueillies avec enthousiasme aussi bien par les pays d'endémie, que par les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, les comités régionaux de l'OMS, les donateurs et les associations professionnelles.

1.3 Une occasion unique dans l'histoire de l'humanité

Jamais nous n'avons été aussi près d'éliminer la lèpre. Cet ancien fléau qui touche encore physiquement et socialement des millions de personnes peut maintenant être vaincu. En 1991, les Etats Membres de l'OMS, par une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, ont déclaré leur intention d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique compte tenu des résultats très encourageants enregistrés après dix ans d'utilisation intensive de la polychimiothérapie. La même année, un groupe de travail de l'OMS sur la lutte contre la lèpre a présenté les grandes lignes d'une stratégie d'élimination de la maladie. En 1991 et 1992, les pays les plus touchés et les bureaux régionaux de l'OMS ont examiné la possibilité pratique d'appliquer cette stratégie et préparé des plans nationaux et régionaux. En juillet 1993, le groupe de travail et les principales organisations non gouvernementales, notamment les membres de la Fédération internationale des Associations contre

la lèpre se sont réunis pour évaluer les progrès enregistrés, adopter une stratégie mondiale et mobiliser les ressources nécessaires.

Mais comment y parvenir ? Est-il vraiment possible de se débarrasser d'un fléau qui sévit depuis la nuit des temps ? La question n'est pas simple, car la lèpre est une maladie lente et insidieuse dont la transmission est mal connue et qui touche avant tout la ceinture de pauvreté de la planète. Auparavant, tous les continents étaient touchés et l'image des mutilations, du rejet et de l'exclusion sociale qui accompagnent la maladie reste gravée dans l'histoire et dans la mémoire collective. La lèpre a toujours et partout été considérée comme un cas à part. Comment donc peut-on en finir avec cet ennemi silencieux et cruel ?

Ce qui semblait impossible il y a 10 ans est devenu une réalité avec l'apparition et la large distribution d'un traitement simple et relativement peu coûteux, la PCT. Bien tolérée et acceptée par les malades, elle est aussi très efficace. Elle guérit rapidement la maladie, interrompt la transmission et donc en permet l'élimination. Mais pour en arriver là, encore faut-il diagnostiquer et soigner la grande majorité des cas existants et traiter immédiatement les nouveaux cas qui apparaissent. En outre, la période d'incubation étant relativement longue, cette stratégie doit être maintenue pendant plusieurs années; la pression de la PCT doit être maintenue si l'on entend détruire le réservoir bactérien.

C'est parce que cette occasion est offerte que la lèpre doit retenir l'attention et faire l'objet d'un intérêt prioritaire dans un monde confronté à beaucoup d'autres problèmes difficiles. Les efforts consentis et les ressources mobilisées à cette fin porteront leurs fruits à court et à long termes. Outre la satisfaction de voir disparaître la lèpre, les communautés auront aussi celle de ne plus avoir à supporter tous les handicapés, à vie souvent, dont la maladie leur imposait le fardeau. Le coût du programme de l'élimination de la lèpre sera rapidement compensé par la réduction du nombre des handicapés et par la disparition de l'ostracisme moral et social lié à la maladie.

2. PROGRES EN VUE DE L'ELIMINATION

La situation s'est considérablement améliorée depuis la résolution adoptée en mai 1991 par l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA44.9) sur l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique - c'est-à-dire la réduction de la prévalence à un niveau inférieur à un cas pour 10 000 habitants. Cette amélioration résulte de la couverture accrue de la polychimiothérapie (PCT) dans la plupart des pays d'endémie, d'une meilleure notification des cas et d'estimations plus réalistes.

L'introduction et l'extension de la PCT ont entraîné une modification spectaculaire du profil de la lèpre dans l'ensemble des pays d'endémie. Le tableau 1 indique le nombre des cas, le taux de prévalence et la proportion des malades sous PCT dans chacune des six Régions de l'OMS en 1994. Le total mondial des cas enregistrés en vue d'un traitement est actuellement de 1,7 millions.

2.1 Accroissement de la couverture par la PCT

La proportion des cas enregistrés sous PCT au moment de la rédaction du présent document dépasse 54 % et la couverture cumulée par la PCT depuis l'introduction de la stratégie atteint 89 %. Quelque 5,6 millions de malades ont été guéris depuis 1985. S'il devient plus difficile d'accroître, ou même de maintenir, le taux de couverture dans certains pays, ces chiffres montrent qu'un nombre croissant de malades ont accès à des services de diagnostic et peuvent recevoir un traitement antilépreux efficace.

2.2 Situation dans les 25 principaux pays d'endémie

La lèpre continue de présenter un problème de santé publique dans 79 pays ou territoires, 92 % des cas dans le monde étant concentrés dans 25 pays. Aux fins de la planification, le classement des pays est fondé sur le nombre absolu des cas estimés. Le classement des pays peut varier selon qu'on considère le nombre de cas enregistrés ou le taux de prévalence. Le tableau 2 montre le nombre de cas enregistrés dans les 25 principaux pays d'endémie et les résultats qui y ont été obtenus par la PCT sur la base du nombre de cas enregistrés et estimés.

Tableau 1 Prévalence des cas enregistrés et couverture par la PCT, par Région de l'OMS

REGIONS DE L'OMS (Nombre de pays d'endémie)	Cas enregistrés	Prévalence pour 10 000 habitants ^a	Couverture par la PCT %	PCT terminée	Couverture cumulée par la PCT %
Afrique (34)	155 536	2,96	65,02	257 757	86,84
Amérique (36)	276 498	3,71	38,13	55 251	48,44
Méditerranée orientale (3)	22 594	0,55	91,88	29 907	96,51
Asie du Sud-Est (9)	1 173 630	8,57	53,89	5 123 958	91,41
Pacifique occidental (17)	57 972	0,37	89,72	132 332	96,87
Europe (0)	4 927	0,06	47,49	2 134	63,36
Total (79)	1 691 157	3,10	54,06	5 601 339	89,35

^a Sur la base des données sur la population au milieu de l'année 1993 tirées de Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections (WHO/HST/GSP/93.2)

Tableau 2 Ampleur du problème de la lèpre dans les 25 principaux pays d'endémie

Pays et territoires	Cas enregistrés	Prévalence pour 10 000 ^a habitants	Malades sous PCT	Couverture par la PCT %	PCT terminée	Couverture cumulée par la PCT %
Inde	995 285	11,34	516 413	51,20	4 557 126	91,16
Brésil	223 539	14,30	72 694	32,52	23 008	38,82
Bangladesh	19 932	1,63	13 007	65,26	35 618	87,53
Indonésie	70 961	3,71	45 831	64,59	77 933	83,12
Myanmar	56 410	12,98	31 646	56,10	101 998	84,37
Nigéria	36 907	4,17	22 473	60,89	2 251	63,14
Philippines	15 317	2,34	14 751	96,30	28 491	98,71
Iran	2 627	0,46	2 627	100,00		
Népal	21 702	10,81	16 426	75,69	25 137	88,74
Soudan	4 579	1,71	4 579	100,00	2 478	
Zaïre	8 190	2,16	5 460	66,67	41 957	94,56
Ethiopie	15 673	3,00	12 059	76,94	50 578	94,54
Mozambique	12 838	7,77	5 413	42,16	533	44,47
Guinée	6 942	11,36	6 942	100,00	18 366	100,00
Colombie	15 930	4,65	7 449	46,76	1 668	51,81
Côte d'Ivoire	3 762	2,90	3 602	95,75	16 163	99,20
Viet Nam	9 449	1,36	7 423	78,56	23 284	93,81
Mali	8 000	8,15	4 800	60,00	3 279	71,63
Madagascar	5 369	4,19	5 369	100,00	9 118	100,00
Tchad	6 952	11,64	761	10,95	2 472	34,31
Mexique	8 938	0,97	6 187	69,22	4 417	79,40
Cambodge	1 627	1,88	1 627	100,00	3 152	100,00
Niger	6 563	7,96	1 690	25,75	1 662	40,75
Thaïlande	6 819	1,19	6 667	97,77	36 054	99,65
Egypte	3 338	0,61	3 338	100,00	16 024	100,00
Total	1 567 649	7,33	819 234	52,26	5 348 737	89,18

^a Sur la base des données sur la population au milieu de l'année 1993 tirées de Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections (WHO/HST/GSP/93.2)

3. STRATEGIE D'ELIMINATION MONDIALE ET ACTIVITES AU NIVEAU DES PAYS

L'élimination vise à ramener la prévalence à moins de un cas pour 10 000 habitants. L'un des principaux points, au moins au cours des premières années, consiste donc à faire bénéficier tous les malades de la PCT et à les guérir. En réduisant constamment la source d'infection, la transmission de la maladie devrait diminuer sensiblement et de manière progressive. Il faut toutefois souligner que, même si l'objectif de l'élimination est atteint, un nombre significatif de cas de lèpre subsisteront et que beaucoup de personnes resteront confrontées à des problèmes économiques et sociaux graves du fait des séquelles de la lèpre.

Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'élimination de la lèpre

L'OMS s'engage à continuer de promouvoir le recours à toutes les mesures de lutte, y compris la polychimiothérapie associée au dépistage, afin de parvenir à l'élimination mondiale de la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000. On entend par élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique la réduction de la prévalence à un niveau inférieur à un cas pour 10 000 habitants.

Une stratégie mondiale est indispensable pour atteindre l'objectif envisagé. En raison de la date fixée, il faudra constamment examiner les progrès et appliquer des approches souples, notamment dans les domaines où l'on est confronté à des problèmes spéciaux.

La lèpre est une maladie dont la répartition entre les pays et à l'intérieur des pays est très inégale. Le développement des services de santé et leur capacité de lutter contre la maladie varie beaucoup d'un pays d'endémie à l'autre. La stratégie d'élimination devra tenir compte de ces variations et s'y adapter pour répondre à des besoins particuliers.

Dans des pays très peuplés comme la Chine, le but de l'élimination a déjà été atteint (0,2 cas pour 10 000 habitants en 1992), mais des poches à forte prévalence subsistent. Ainsi, dans certains districts de la Préfecture de Wenshan, dans la Province du Yunnan, dont la population dépasse 350 000 habitants, la prévalence a été ramenée à 2 pour 10 000 (1992) après six années de PCT, mais le taux de dépistage s'inscrit toujours dans une fourchette de 3,2-12,7 pour 100 000 avec un taux de mutilations élevé.

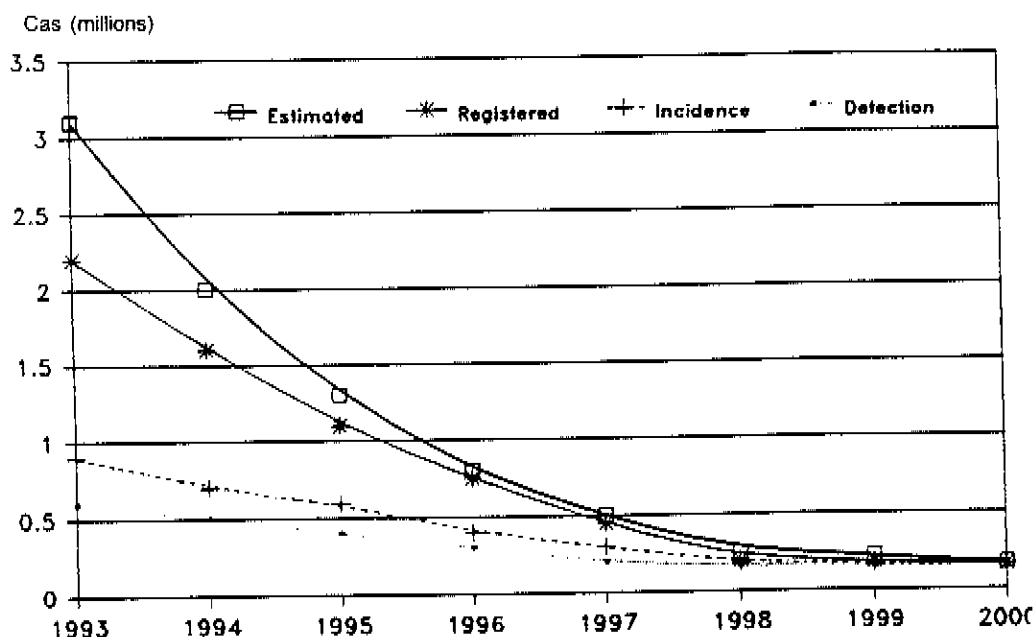
La répartition inégale de la lèpre entre les pays est très frappante. Sur la base des données de 1994, on constate qu'un pays, l'Inde, regroupe à lui seul 59 % de l'ensemble des cas enregistrés alors que six pays, à savoir le Bangladesh, le Brésil, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar et le Nigéria regroupent 82 % des cas et les 25 principaux pays d'endémie 92 % de l'ensemble des cas enregistrés dans le monde.

Les services de lutte antilépreuse varient également beaucoup aussi bien en ce qui concerne la qualité que l'organisation. Un petit nombre de pays à forte endémicité et certains pays qui dépendent de l'aide extérieure ont des programmes spéciaux alors que, dans la grande majorité des cas, la lutte antilépreuse relève de services de santé intégrés, même si la plupart de ceux-ci disposent de services de supervision et d'orientation recours spécialisés.

Les approches indispensables à l'élimination sont le dépistage des cas et leur traitement par la PCT. La prévention des invalidités et la réadaptation sont également importantes, mais pas directement liées à l'objectif de l'élimination. La stratégie de l'élimination suppose que l'on fixe des objectifs intermédiaires et que l'on surveille constamment les progrès réalisés. La définition d'objectifs à court terme visera principalement à diminuer le nombre de cas en guérissant les malades au moyen de la PCT et en réduisant par conséquent la prévalence. Alors que la réduction de la prévalence est directement proportionnelle au nombre de cas traités, celle de l'incidence dépendra du traitement précoce de l'ensemble des cas et du maintien d'une couverture élevée par la PCT.

Si l'intensification des activités de lutte antilépreuse par la PCT se poursuit comme prévu, les chiffres de la prévalence estimée, de la prévalence enregistrée, de l'incidence estimée et du dépistage seront sensiblement égaux en l'an 2000 ou autour de cette date.

Elimination mondiale de la lèpre Cibles et prévisions



3.1 Conditions préalables de l'élimination

Une stratégie d'élimination efficace doit être suffisamment simple pour faire l'objet d'une large mise en oeuvre et suffisamment souple pour être adaptée aux besoins de la maladie et de la lutte antilépreuse qui évoluent rapidement.

La stratégie nécessite un engagement politique ferme et des mécanismes efficaces garantissant la collaboration entre autorités nationales, OMS, ONG internationales et autres donateurs, notamment en ce qui concerne la coordination des ressources financières et techniques. Des accords multilatéraux associant les gouvernements et les organisations concernées, notamment les ONG et l'OMS, ont déjà fait leurs preuves pour faciliter ce processus.

3.2 Activités préparatoires

- A. Plan d'action • Il est indispensable de préparer des plans d'action à long et à moyen termes ou de modifier les plans existants afin d'atteindre l'objectif de l'élimination. Ces plans doivent servir de base à la formulation des activités annuelles.
- B. Mobilisation des ressources • La stratégie d'élimination entraînera une intensification des activités, ce qui suppose la mobilisation de ressources complémentaires notamment pour les médicaments qui peuvent être obtenus auprès d'organismes internationaux, bilatéraux ou multilatéraux ainsi que d'ONG internationales. L'engagement à long terme d'organismes

extérieurs est particulièrement important afin que cet appui soit disponible pour l'ensemble de la période visée par le plan.

- C. Organisation des services de santé • Les activités de lutte antilépreuse doivent de préférence être appliquées par les services de santé existants ou prévus dans le pays/territoire. En général, des programmes totalement verticaux ou des associations de deux programmes verticaux ne se justifient plus sauf dans des circonstances tout à fait particulières. Les services de santé généraux doivent être en mesure de faire face à la plupart des situations à condition d'avoir des éléments spécialisés au niveau intermédiaire et central pour la supervision, l'orientation-recours, la formation et l'évaluation.

Exemple de planification par étapes au niveau du district

PHASES D'ACTIVITES LIEES A L'ELIMINATION			
Phase d'intensification (durée une année)	Phase d'expansion (durée 2 à 3 ans)	Phase de maintenance (durée 4 à 5 ans)	Phase de post-élimination
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réévaluer l'ampleur du problème ▪ Porter la couverture par la PCT à 75 % au moyen de procédures types 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etendre la PCT de façon systématique pour atteindre une couverture géographique optimale ▪ Porter la couverture par la PCT à 100 % ▪ Combiner les diverses approches pour atteindre tous les cas estimés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traiter tous les cas incidents par la PCT ▪ Décentraliser le diagnostic et les activités de traitement ▪ Mettre en oeuvre des approches souples adaptées aux besoins des malades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accroître la spécificité du diagnostic ▪ Renforcer la surveillance épidémiologique ▪ Etablir un plan d'éradication

3.3 Activités fondamentales

- A. Mise à jour des registres • L'information sur les cas enregistrés dans les pays à forte prévalence et à faible couverture par la PCT devra être vérifiée de façon à déterminer si l'ensemble des cas existent en réalité et si les malades présentent la forme évolutive de la maladie nécessitant une PCT.
- B. Application de la PCT • La mise en oeuvre de la PCT est cruciale pour la stratégie d'élimination. Il s'agit de traiter par la PCT tous les cas enregistrés et tous les nouveaux cas. Il peut être nécessaire de mettre l'accent dans un premier temps sur certaines zones géographiques à la suite de contraintes opérationnelles et de ressources. Tous les cas multibacillaires précédemment traités à la dapsonne doivent recevoir une PCT si les ressources

sont suffisantes. Bien que la confirmation du diagnostic au laboratoire par frottis cutané soit importante, elle ne doit pas être une condition préalable à l'introduction de la PCT. L'approvisionnement constant en médicaments ainsi qu'un système d'assurance de la qualité doivent être mis en place.

- C. Observance et fin du traitement • L'observance du traitement tant en ce qui concerne les doses administrées sous supervision que les doses auto-administrées de PCT est indispensable pour que la polychimiothérapie soit couronnée de succès. Une éducation sanitaire adéquate doit veiller à ce que tous les sujets qui commencent une PCT aillent jusqu'à la fin du traitement.
- D. Dépistage des cas • L'approche la plus efficace pour le dépistage des cas est la promotion de la notification personnelle des lésions suspectes grâce à une meilleure sensibilisation communautaire à la maladie et à la possibilité de la guérir. En outre, tous les contacts familiaux des nouveaux cas dépistés doivent être examinés au moment du diagnostic. Des efforts particuliers seront parfois nécessaires pour mettre en évidence des cas dans des poches à forte endémicité. Les services de santé périphériques doivent recevoir une formation adéquate afin d'apprendre à reconnaître les premiers signes de lèpre. Lorsque l'incidence devient très faible, il faudra parfois faire confirmer le diagnostic par des agents de santé spécialisés. L'évaluation des incapacités chez les nouveaux cas au moment du diagnostic constitue un indicateur indirect d'un diagnostic tardif.
- E. Evaluation, prévention et prise en charge des invalidités • Une guérison précoce constitue la manière la plus efficace d'éviter les invalidités. L'évaluation, la prévention et la prise en charge de celles-ci au moyen d'approches simples et peu coûteuses doivent être incorporées aux programmes systématiques de lutte antilépreuse, non seulement dans l'intérêt des sujets eux-mêmes mais aussi pour préserver la crédibilité du programme. Une meilleure crédibilité favorisera l'autonotification précoce et une meilleure observance de la PCT et par conséquent contribuera à atteindre l'objectif de l'élimination.

3.4 Activités contribuant à l'élimination

En plus des activités fondamentales, les activités ci-après contribueront sensiblement à l'élimination :

- conseils aux malades et à la famille
- éducation communautaire
- systèmes adéquats d'orientation-recours
- promotion d'une intégration sociale et économique

3.5 Activités d'évaluation

- A. Surveillance et évaluation du programme • Il s'agit d'activités essentielles pour mesurer les progrès vers les objectifs spécifiques ainsi que pour mettre en évidence des problèmes et trouver des solutions. S'il est souvent possible de résoudre des problèmes grâce à l'expérience acquise, parfois une approche systématique par la recherche sur les systèmes de santé sera nécessaire pour trouver des solutions à certains problèmes locaux particuliers.
- B. Surveillance épidémiologique • Cette surveillance doit s'effectuer au moyen des informations recueillies de façon systématique. Dans des conditions de faible endémicité, la surveillance épidémiologique peut nécessiter des méthodes particulières d'investigation. La surveillance par des centres sentinelles devrait être un bon moyen de prévoir les tendances futures.

4. **PLAN DE TRAVAIL**

4.1 Priorités dans les pays

La cible à atteindre d'ici l'an 2000 - moins d'un cas de lèpre pour 10 000 habitants - présente un caractère très spécifique et doit être envisagée à différents niveaux de la population - mondial, national, district et communautaire - mais aussi au niveau des groupes à risque. Du point de vue opérationnel, il est clair que la stratégie d'élimination part de la communauté où la maladie est encore transmise. Du point de vue de la santé publique et aux fins de la planification, il est important de définir d'abord les zones à priorité élevée et de se concentrer sur ces zones-là afin de déterminer les priorités et de prendre les mesures qui s'imposent. La stratégie d'élimination proposée par l'OMS vise donc à agir localement et à prévoir mondialement.

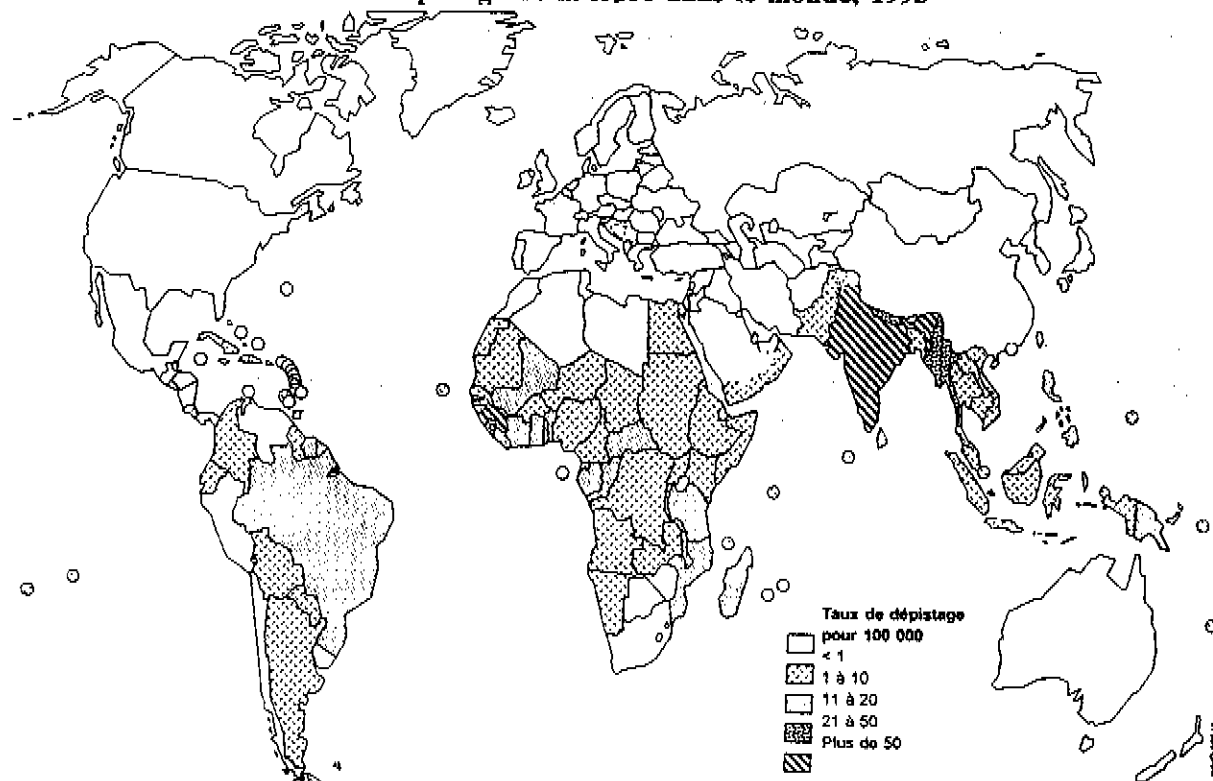
La première étape consiste à ramener la prévalence mondiale du niveau actuel de 4,5 pour 10 000 habitants (estimation de 1994) à 1 pour 10 000 en mettant simultanément l'accent sur les régions, pays, districts et communautés à forte endémicité.

Les différentes Régions de l'OMS devraient atteindre les taux d'élimination prévus à différents moments. En attendant, chaque pays d'endémie doit identifier les districts où la lèpre sévit encore à l'état endémique et leur donner la priorité. Concrètement, on propose d'utiliser le pays comme point focal et de définir, pour chaque pays prioritaire, les activités critiques à mettre en oeuvre. Là encore, la même approche peut être suivie dans un pays déterminé pour définir les districts prioritaires.

4.1.1 Pays prioritaires

Les critères utilisés pour grouper les pays d'endémie se fondent sur des données épidémiologiques et opérationnelles. L'information épidémiologique comprend des chiffres en valeur absolue et des taux de prévalence des cas estimés et enregistrés; dans certaines situations il doit aussi être possible d'utiliser les données sur les taux de dépistage des cas. Les données opérationnelles prises en considération sont avant tout les progrès accomplis en ce qui concerne la couverture par la PCT.

Dépistage de la lèpre dans le monde, 1993



Méthodes d'estimation

Si les enquêtes par sondage sont utilisées pour estimer la prévalence de maladies touchant plus de 10 % de la population, elles ne conviennent pas dans le cas de la lèpre. Pour que l'enquête par sondage donne des résultats avec un niveau de précision acceptable, la taille de l'échantillon doit être très importante et les erreurs non liées au sondage minimales, ce qui demande parfois un temps et des investissements considérables. Certaines procédures indirectes sont donc utilisées à des fins pratiques pour estimer la morbidité. Les données sur le caractère plus ou moins complet de la déclaration systématique et certains schémas épidémiologiques contribuent à cette procédure. Des méthodes pouvant être utilisées dans trois situations différentes sont indiquées ci-dessous :

■ Avant la mise en oeuvre de la PCT :

- utiliser le rapport prévalence/dépistage pour déterminer la dynamique du programme de lutte;
- extrapoler à partir des cas enregistrés, généralement après un examen des registres et un réexamen des cas déclarés (mise à jour du registre);
- extrapoler à partir de la prévalence chez l'enfant;
- enquêtes rapides dans les villages.

Exemple - Nigéria (chiffres de 1992) : 62 080 cas enregistrés pour une estimation de 63 000 cas. Facteur de correction 1,02.

■ Au cours de la mise en oeuvre de la PCT (1 à 4 ans) :

- surveiller l'efficacité opérationnelle;
- surveiller la courbe du dépistage et l'incidence selon l'âge;
- évaluer la couverture du programme et l'autonotification.

Exemple - Guinée : 6900 cas enregistrés pour une estimation de 15 000 cas. Facteur de correction 2,2.

■ Phase de maintenance de la PCT (après 4 ans d'application satisfaisante) :

- accepter les cas enregistrés et un pourcentage réduit de cas inconnus;
- utiliser au besoin la méthode Delphi pour aboutir à un consensus sur le facteur de correction.

Exemple - Thaïlande : 6820 cas enregistrés pour une estimation de 10 000 cas. Facteur de correction 1,5.

En appliquant ces méthodes à différentes régions d'un pays déterminé, on peut raisonnablement estimer la charge de travail à un moment donné. Comme la situation évolue rapidement avec l'application de la PCT, il faudra évidemment revoir les estimations chaque année.

Sur la base des estimations de 1994, on peut répartir les pays du monde en six groupes dont les trois premiers nécessitent une intervention intensive :

- groupe 1 : pays comptant plus d'un million de cas : un seul pays, l'Inde
- groupe 2 : pays où la prévalence dépasse 1 pour 10 000 habitants et le nombre de cas est situé entre 30 000 et 300 000 : 7 pays
- groupe 3 : pays où la prévalence dépasse 1 pour 10 000 et le nombre de cas est situé entre 10 000 et 30 000 : 17 pays
- groupe 4 : pays où la lèpre constitue un problème de santé publique nécessitant une action progressive modérée : prévalence supérieure à 1 pour 10 000 et nombre de cas situé entre 5000 et 10 000 : 14 pays
- groupe 5 : pays qui devraient atteindre l'objectif à condition de maintenir les niveaux d'activités actuels : 40 pays
- groupe 6 : pays où la lèpre ne représente plus un problème de santé publique au niveau national : 118 pays (la Chine, le Pakistan et les Etats-Unis d'Amérique peuvent être considérés comme des exceptions, le nombre des cas y dépassant encore 5000).

Groupe I - 1 pays

Inde

Groupe II - 7 pays

Bangladesh, Brésil, Indonésie, Iran, Myanmar, Nigéria, Philippines

Groupe III - 17 pays

Cambodge, Colombie, Côte d'Ivoire, Egypte, Ethiopie, Guinée, Madagascar, Mali, Mexique, Mozambique, Népal, Niger, Soudan, Tchad, Thaïlande, Viet Nam, Zaïre

Groupe IV - 14 pays

Angola, Argentine, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Laos, Libéria, Malaisie, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Sri Lanka, Tanzanie, Venezuela

Groupe V - 55 pays

Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Bahreïn, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Botswana, Cap-Vert, Chypre, Comores, Costa Rica, Cuba, Djibouti, Equateur, Etats fédérés de Micronésie, Fidji, Gabon, Gambie, Ghana, Grenade, Guadeloupe, Guam, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Guyana, Guyane française, Haïti, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Iles Turques et Caïques, Kiribati, Lesotho, Libye, Malawi, Maldives, Martinique, Mauritanie, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, République dominicaine, Réunion, Sainte-Lucie, Samoa américaines, Samoa occidentale, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Somalie, Suriname, Togo, Vanuatu, Yémen, Zambie

Groupe VI - 126 pays

Reste du monde

4.2 Priorités d'action

La première priorité en vue d'éliminer la lèpre consiste à traiter tous les cas enregistrés par la PCT et d'améliorer ensuite la couverture et la précocité du dépistage. Il est très important, en outre, de maintenir une couverture élevée par la PCT pendant au moins quatre à cinq ans si l'on veut réduire la transmission de la maladie. Pour atteindre l'objectif de l'élimination, des mesures urgentes s'imposent, notamment en ce qui concerne :

- a) L'engagement politique et les plans d'action en vue de l'élimination.
- b) La mobilisation de ressources pour appliquer les plans d'action.
- c) La mise à jour de l'information disponible.
 - La mise en évidence systématique des cas enregistrés nécessitant une PCT.
 - La suppression sur les registres des sujets ne nécessitant pas un traitement.
 - L'analyse des données disponibles pour une mise à jour du nombre estimé de cas.
- d) Le traitement de tous les cas existants par la PCT. Cette activité ne doit pas être différée. Il faut veiller à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments ainsi qu'à l'accès aux médicaments.
- e) L'amélioration du dépistage et le maintien d'une couverture élevée par la PCT. Une meilleure sensibilisation du public favorisera également un dépistage précoce.
- f) La formation est considérée comme une composante importante, mais elle ne doit pas retarder la mise en oeuvre des activités clés.
- g) La surveillance des progrès enregistrés dans la mise en oeuvre du plan d'élimination.

Activités prioritaires selon la situation de la lèpre et le calendrier d'application

Activités	Groupes	Calendrier	Mesures à prendre
Engagement politique	2	1994	Réunions nationales et régionales
Mobilisation/ réaffectation des ressources	2	A partir de 1994	Réunion des donateurs
Mise à jour de l'information	2	A partir de 1994	Equipes d'évaluation spéciales
Traitement de tous les cas enregistrés par la PCT	1 & 2	A partir de 1994	Fourniture de médicaments/ gestion des stocks
Etablissement/ révision des plans d'action nationaux	2	A partir de 1994	Assistance technique du personnel OMS; réunions; principes directeurs
Amélioration du dépistage et de la notification	2	1993-2000	Recherche sur les systèmes de santé; intégration aux services de santé généraux; promotion de l'autonotification
Formation et recherche sur les systèmes de santé	1 & 2	1994-2000	Groupe spécial; réseau national
Surveillance de la mise en oeuvre	1 & 2	1993-2000	Examen annuel complet du programme
Evaluation de l'élimination	1, 2 & 3	1998-2000	Vérification des registres

4.3 Accroissement des ressources*

Une lutte antilépreuse large et ininterrompue fondée sur la PCT offre l'occasion d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique. Dans plusieurs pays d'endémie, la lutte antilépreuse se heurte à la concurrence de la lutte contre beaucoup d'autres maladies et ne bénéficie que d'un degré de priorité assez faible. Or, la possibilité d'éliminer la lèpre mérite de retenir sérieusement l'attention. Le coût d'une telle stratégie doit être analysé du point de vue des ressources supplémentaires dont on a besoin et, surtout, du point de vue du coût/efficacité. La lutte antilépreuse fondée sur la PCT a démontré que la prévalence de la maladie peut diminuer de façon spectaculaire en très peu de temps (2 à 3 ans). Avec une réduction de la prévalence, on peut s'attendre à enregistrer une diminution sensible du coût de la lutte antilépreuse et donc à pouvoir réaffecter des ressources à d'autres priorités. En revanche, le coût de la phase de maintenance indispensable pour éliminer la lèpre dans une zone déterminée ne doit pas être sous-estimé.

* Des renseignements plus détaillés sur les besoins supplémentaires en ressources peuvent être demandés à l'unité de Lutte contre la Lèpre.

Régions de l'OMS	Nombre de cas à guérir	Coûts supplémentaires (en millions de US \$)
Afrique	340 000	34
Amériques	383 000	37
Méditerranée orientale	80 000	12
Asie du Sud-Est	4 060 000	321
Pacifique occidental	130 000	20
Europe	7 000	1
Monde entier	5 000 000	425

- Cinq à six millions de cas à guérir d'ici l'an 2000
- Coûts supplémentaires : US \$400 à 500 millions, dont US \$120 à 150 millions pour les médicaments et US \$280 à 350 millions pour la fourniture des services

4.4 Indicateurs essentiels pour la surveillance des progrès

I. Taux de prévalence : cas enregistrés

Le taux de prévalence instantanée est le rapport du nombre de cas enregistrés en vue d'une chimiothérapie à la fin de l'année à la population dans laquelle surviennent les cas. Cet indicateur reflète l'ampleur du problème et facilite la planification et l'évaluation des mesures de lutte. La prévalence peut être exprimée en valeur absolue et en taux pour 10 000 habitants.

II. Taux de dépistage : nouveaux cas dépistés

Ce taux est le rapport du nombre de nouveaux cas dépistés pendant l'année à la population dans laquelle les cas surviennent. L'indicateur est particulièrement approprié pour estimer la véritable incidence de la maladie dans une population donnée lorsqu'on la rapproche de la proportion des sujets présentant des invalidités (degré 2) parmi les nouveaux cas dépistés. Cet indicateur qui doit toujours être rapproché de la prévalence s'exprime en valeur absolue et en taux pour 10 000 habitants.

III. Proportion des malades présentant des invalidités de degré 2 parmi les nouveaux cas

Cette proportion s'entend de la proportion de nouveaux cas dépistés présentant des invalidités de degré 2 parmi le nombre total de nouveaux cas dépistés pendant l'année. Cet indicateur est censé refléter l'efficacité du programme du point de vue de la précocité du dépistage et du niveau de sensibilisation communautaire à la maladie.

IV. Couverture par la PCT

- Couverture actuelle par la PCT :

Cette expression s'entend de la proportion des cas sous PCT à tout moment pendant l'année parmi le nombre total des cas figurant sur le registre pendant l'année. L'indicateur montre dans quelle mesure le programme est parvenu à assurer une couverture complète par la PCT et contribue à fixer les cibles.

- Couverture cumulée par la PCT :

La couverture cumulée par la PCT est un indicateur composite, qui représente la proportion des malades sous PCT ou ayant suivi un tel traitement depuis l'introduction du programme de PCT parmi l'ensemble des malades enregistrés au cours de la même période.

V. Taux de guérison

Ce taux indique la proportion des cas enregistrés guéris de la lèpre. L'indicateur est extrêmement utile pour suivre la PCT au niveau mondial. Il peut être calculé par la notification des cohortes, la cohorte étant un groupe de malades commençant le traitement au même moment (ou au cours de la même période).

VI. Taux de rechute/risque de rechute

Le taux de rechute s'entend du nombre de sujets guéris de la lèpre (selon la définition du Comité d'experts) chez qui de nouveaux signes de la maladie réapparaissent par la suite. Le taux de rechute doit être exprimé en sujet/années de suivi, le risque de rechute étant la probabilité annuelle de rechute de chaque sujet guéri. Ce type de suivi n'étant pas facilement applicable comme mesure systématique, on peut utiliser des chiffres absolus et cumulés de rechute.

Définitions opérationnelles destinées aux programmes de lutte

Le sixième Comité d'experts a clairement défini la classification opérationnelle avec ou sans examen bactériologique des nouveaux cas dépistés et des cas déjà traités.

On entend par "cas de lèpre" un malade présentant les signes cliniques de lèpre, avec ou sans confirmation bactériologique du diagnostic, et qui a besoin de recevoir une chimiothérapie. Il est recommandé que tous les pays adoptent désormais cette définition, de façon qu'on puisse valablement comparer les données de prévalence.

- 1) La lèpre paucibacillaire regroupe uniquement les cas à frottis négatif qui relèvent de la lèpre indéterminée (I), de la lèpre tuberculoïde polaire (TT) et de la lèpre borderline tuberculoïde (BT) de la classification de Ridley-Jopling ou du groupe indéterminé (I) et de la forme tuberculoïde (T) de la classification de Madrid. Tout cas relevant de ces divers types mais présentant un frottis positif doit être classé dans la lèpre multibacillaire aux fins des programmes de polychimiothérapie.
- 2) La lèpre multibacillaire englobe tous les cas correspondant à la lèpre borderline proprement dite (BB), à la forme borderline lépromateuse (BL) et à la forme lépromateuse polaire (LL) de la classification de Ridley-Jopling ou au groupe borderline (B) et à la forme lépromateuse (L) de la classification de Madrid, ainsi qu'à tous les autres types à frottis positif.

Aux fins de la polychimiothérapie, les patients qui ont déjà été traités seront classés comme suit :

- 1) Ceux qui, à l'époque où le diagnostic a été posé, auraient été mis dans le groupe multibacillaire, resteront classés comme tels, quelle que soit la valeur actuelle de leur indice bactérien.
- 2) Ceux qui auraient été à l'origine classés dans le groupe paucibacillaire seront désormais classés compte tenu de leur état actuel sur le plan clinique et bactériologique.

5. AMELIORATION DE LA GESTION

5.1 Formation

Dans beaucoup de pays d'endémie, les carences de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de programmes de lutte antilépreuse bien structurés contribuent au maintien de la lèpre en tant que problème grave de santé publique. De nombreux malades de la lèpre dans ces pays ne bénéficient pas d'un traitement approprié fondé sur la PCT.

Pour contribuer à régler ce problème, une série de cinq modules de formation a été produite par l'unité Lèpre de l'OMS avec le soutien financier du Ministère néerlandais de la Coopération au Développement et la collaboration technique de l'Institut tropical royal (KIT) d'Amsterdam. Ce module de formation a pour objet de renforcer les compétences gestionnaires des agents de santé responsables de la planification des programmes de lutte antilépreuse. La formation doit être simple, présenter un bon rapport coût/efficacité, faire l'objet de révisions périodiques et être répétée selon les besoins; on en suivra attentivement les résultats.

Il faut mettre au point des modules semblables pour former tous ceux qui participent à la lutte antilépreuse. Des programmes de formation spéciaux seront peut-être nécessaires pour les agents de santé qui s'occupent de malades dans les systèmes de soins de santé intégrés. En effet une forte diminution du nombre des cas risque d'être accompagnée d'une réduction des compétences en matière de dépistage et de prise en charge.

5.2 Recherche sur les systèmes de santé (RSS)

Dans le cadre de la lutte antilépreuse, la recherche sur les systèmes de santé est l'approche permettant de résoudre les problèmes de façon systématique. Cette recherche doit, dans la mesure du possible, permettre d'évaluer l'ensemble des aspects du programme de lutte antilépreuse. Les méthodologies doivent être relativement simples et peu coûteuses à appliquer et la recherche sur les systèmes de santé doit définir les problèmes prioritaires d'un lieu déterminé sur la base des besoins à satisfaire.

Les programmes chargés de la recherche sur les systèmes de santé concernant la lèpre doivent faire l'objet d'évaluations à court et à long termes, car il faut pouvoir mesurer les avantages de cette recherche non seulement du point de vue des solutions immédiates apportées à des problèmes spécifiques mais, à long terme, du point de vue de l'amélioration de la lutte contre la maladie et du renforcement de la capacité de recherche et de gestion.

Afin d'appuyer la recherche sur les systèmes de santé dans le domaine de la lèpre et suivant la recommandation formulée par le groupe de travail sur la lutte contre la lèpre au cours de sa première réunion en juillet 1991, un groupe spécial de recherche sur les systèmes de santé concernant la lèpre a été créé. Les objectifs du groupe spécial sont les suivants : 1) promouvoir la recherche sur les systèmes de santé comme instrument gestionnaire pour améliorer la lutte antilépreuse; 2) examiner les propositions de recherche sur les systèmes de santé soumises au financement de l'OMS; et 3) promouvoir la collaboration avec les organismes ayant des intérêts similaires.

6. **BESOINS ACTUELS EN MATIERE DE RECHERCHE ET RESULTATS OBTENUS**

6.1 Nécessité d'un traitement amélioré

La PCT classique recommandée par l'OMS a donné de très bons résultats et il s'agit dans l'immédiat d'encourager les programmes nationaux à l'appliquer aussi rapidement que possible.

Pourtant, trois médicaments antilépreux seulement peuvent être utilisés de façon sûre sur le terrain, à savoir la rifampicine, la dapsonne et la clofazimine. Si un malade multibacillaire ne tolère pas la clofazimine en raison de problèmes de pigmentation, il n'a pas accès à une PCT de remplacement facilement applicable. D'autres solutions sont également nécessaires pour les sujets qui ne peuvent absorber de la rifampicine, soit qu'ils ne la tolèrent pas, soit du fait d'une résistance à la rifampicine consécutive à un usage inadéquat du médicament ou à une autre maladie concomitante (par exemple une hépatite active chronique). Les programmes de lutte antilépreuse et les malades peuvent dans certains cas avoir besoin d'un autre schéma thérapeutique selon les besoins du programme et/ou du sujet.

Il faut également mettre au point de nouveaux schémas thérapeutiques pour l'avenir et ce pour les raisons suivantes :

- Il serait très utile de pouvoir réduire sensiblement la durée totale du traitement en la ramenant à moins de deux ans, même si certains malades auront encore besoin de soins pour des complications tardives, notamment des réactions et des conséquences de lésions nerveuses.

- Il est important que les nouveaux schémas thérapeutiques soient aussi simples que possible à appliquer dans le cadre des services généraux de santé et que les médicaments soient principalement administrés sous supervision. Les contacts ambulatoires mensuels pour l'administration de médicaments sont généralement très bien acceptés, permettent de diagnostiquer rapidement les réactions et autres complications et se révèlent beaucoup moins coûteux que l'hospitalisation.

6.2 Progrès de la recherche

Trois nouveaux médicaments, à savoir l'ofloxacine (une fluoroquinolone), la clarithromycine (un macrolide) et la minocycline (une tétracycline), qui agissent chacun différemment ont récemment laissé entrevoir des résultats très prometteurs dans des modèles expérimentaux et des essais cliniques à court terme. Ces médicaments offrent la possibilité d'accroître l'efficacité et de réduire la durée de la chimiothérapie antilépreuse. En outre, les nouveaux médicaments peuvent se révéler utiles contre les souches de *Mycobacterium leprae* qui résistent aux médicaments actuels, notamment à la rifampicine.

ESSAIS DE TERRAIN MULTICENTRIQUES DE SCHEMAS THERAPEUTIQUES CONTENANT DE L'OFLOXACINE			
Pays	Nombre de centres	Nombre de sujets	
		MB	PB
Brésil	2	450	600
Inde	5	300	200
Kenya	1		100
Mali	1	100	200
Myanmar	1	300	300
Pakistan	3		200
Philippines	1	400	200
Viet Nam	1	200	200
Total	15	1 750	2 000

6.3 Orientations futures

Nous disposons actuellement de plusieurs nouveaux médicaments et la mise au point de schémas thérapeutiques permettant d'utiliser pleinement les possibilités offertes continuera de retenir l'attention. Il faudra continuer d'évaluer l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité opérationnelle de schémas comprenant l'ofloxacine dans un essai de terrain actuellement en cours dans 15 centres de huit pays d'endémie. La mise au point de schémas intermittents entièrement sous surveillance associant rifampicine, ofloxacine, clarithromycine et minocycline est également importante.

Puisqu'on dispose de plusieurs nouveaux léprocides, la priorité doit actuellement être accordé à la mise au point de médicaments antiréactions pour réduire les invalidités. Ceux actuellement disponibles comme les corticostéroïdes et la thalidomide présentent des effets secondaires graves qui en limitent l'application dans les conditions de terrain.

En outre, des études s'imposent pour surveiller les rechutes post-thérapeutiques, lutter contre l'apparition d'une résistance aux médicaments actuels et nouveaux et aussi, par la recherche sur les systèmes de santé, pour améliorer les systèmes de fourniture de médicaments et l'observance des malades.

Parmi les autres priorités de la recherche sur la lèpre, on peut mentionner la mise au point de nouveaux moyens diagnostiques pour le dépistage de l'infection, les cas précoces, la résistance aux médicaments et la viabilité de *M. leprae*. Un appui est également nécessaire pour mener à bien l'évaluation des vaccins qui font actuellement l'objet d'essais.

7. L'IMPORTANCE DU PARTENARIAT

L'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique suppose des efforts coordonnés de toutes les parties intéressées qui tiennent compte des mandats spécifiques des divers organismes intéressés par la lutte antilépreuse, du montant et de la nature des ressources disponibles, des avantages relatifs et les intérêts particuliers. Les efforts de coordination en cours doivent être renforcés pour tirer le maximum des ressources disponibles.

Les programmes de lutte antilépreuse qui manquent de ressources sont appuyés par la communauté internationale et en particulier par les ONG internationales dans le domaine de la lèpre, notamment la Fondation Sasakawa, la Fédération internationale des associations contre la lèpre (ILEP) et la Banque mondiale. Au niveau international, l'OMS a suivi de près la situation de la lèpre, mis au point des interventions peu coûteuses et facilement applicables, renforcé les capacités nationales d'entreprendre des mesures de lutte antilépreuse, appuyé et facilité la mise en oeuvre de la lutte antilépreuse par la PCT. L'OMS a également financé les activités de recherche afin d'améliorer les interventions par exemple par des associations de médicaments plus efficaces.

CONTRIBUTION DE L'ILEP

Les contributions financières de l'ILEP ont été considérables, dépassant US \$619 millions au cours des 25 dernières années. On constate que les montants destinés à l'Afrique et à l'Asie sont à peu près équivalents (Afrique US \$273 millions, Asie US \$274 millions), les Amériques ayant reçu US \$28 millions et l'Europe et l'Océanie US \$44 millions. Les associations membres de l'ILEP n'ont pas seulement apporté des fonds. Les 900 projets de traitement de la lèpre organisés, appuyés et gérés par elles ont prouvé, sur une grande échelle, que la lèpre est un mal guérissable puisqu'ils ont permis de déclarer guéris plus de 1,5 million de cas dont beaucoup auraient été mutilés ou seraient morts prématurément en raison des effets indirects de la lèpre. Les associations ont également formé des milliers de personnes, notamment des agents de programmes nationaux, et entrepris des activités de recherche considérables dans des pays frappés ou non par l'endémie. En participant aux programmes nationaux, les associations membres ont également encouragé les gouvernements à prendre conscience de la possibilité d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique et on peut même affirmer que, dans certains cas, la lutte antilépreuse aurait été impossible sans leur appui. En appuyant les programmes, les membres de l'ILEP dépassent de loin l'objectif immédiat de la PCT pour tous, prenant des mesures concernant tous les aspects des soins, notamment la prévention des incapacités, la réadaptation et la réintégration sociale.

De nombreux partenaires contribuent à la lutte antilépreuse, aussi bien d'importants services de santé de l'Etat ou des organisations bénévoles, que des fondations confessionnelles et caritatives ou encore des chercheurs, des médecins et des agents de santé individuels.

Les premiers exemples d'organisations caritatives de citoyens qui sont aujourd'hui devenus des ONG ont été fondés pour lutter contre la lèpre. Certaines, liées aux activités des missionnaires remontent au siècle dernier. Celles qui appartiennent à la Fédération internationale des associations contre la lèpre (ILEP) ont consacré en 1993 plus de US \$74 millions à leurs activités, dont US \$67 millions aux activités sur le terrain et US \$5,5 millions à la recherche. Elles s'occupent de plus de 20 % des cas enregistrés dans le monde et leur objectif est d'assurer "la PCT pour tous les malades de la lèpre" d'ici l'an 2000.

Les autres organisations concernées par les activités de terrain sont l'Association internationale contre la lèpre spécialisée dans les questions scientifiques et l'Union internationale contre la lèpre qui relie entre elles les ONG dans les pays en développement et s'intéresse à la sensibilisation, à l'accroissement de la participation et à la formation de réseaux avec d'autres ONG et gouvernements pour aboutir à des programmes efficaces de PCT. La Fondation Sasakawa du Japon appuie les activités de l'OMS au Siège et dans les bureaux régionaux et renforce les compétences nationales de lutte antilépreuse. La coopération internationale et intersectorielle s'est donc développée de façon considérable en vue d'éliminer la lèpre et d'atténuer les souffrances des victimes de la maladie.

La stratégie de l'élimination dépend avant tout de la mobilisation de ressources nouvelles et de l'utilisation toujours plus efficace des ressources disponibles. Les programmes de lutte antilépreuse qui manquent de ressources, sont appuyés par la communauté internationale, y compris par les gouvernements de pays donateurs. Au niveau international, l'OMS s'est surtout

attachée à améliorer le coût/efficacité des interventions et à les rendre facilement applicables et elle a financé des activités de recherche visant à accroître l'efficacité des associations médicamenteuses.

L'objectif de l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique d'ici l'an 2000 exige un effort conjoint des partenaires. Le chemin déjà parcouru montre que l'objectif est désormais en vue.

Le partenariat est fondé sur la confiance, la compréhension et le respect mutuels. Il s'agit d'oeuvrer ensemble pour atteindre un but commun en utilisant les points forts de chacun et les fonctions des autorités nationales, de l'OMS et des organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

Si l'objectif commun envisagé par la résolution de l'OMS de mai 1991 est "l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000", il faut aussi envisager ce qui se passera après l'élimination. Plusieurs pays qui sont en passe d'atteindre l'objectif se demandent comment faire face aux nouvelles questions qui se poseront dans la période suivant l'élimination. La résolution de l'OMS indique la direction à suivre à l'avenir en soulignant la nécessité de "renforcer les activités de dépistage par divers moyens, notamment par l'éducation sanitaire, la participation communautaire et la formation des agents de santé"; d'"intégrer la lutte antilépreuse aux services de santé généraux et prendre des mesures appropriées de réadaptation socio-économique le plus tôt possible, en fonction des réalités locales"; et de "coordonner les ressources techniques et financières mises à la disposition de la lutte antilépreuse par les organisations internationales et non gouvernementales afin de les utiliser le mieux possible".

Au niveau opérationnel, ce partenariat peut prendre différentes formes, par exemple un meilleur échange de données, une attitude commune dans les rôles de plaidoyer et la souplesse dans la coopération à tous les niveaux. Aux niveaux régional et mondial, les dispositifs de coordination de l'appui technique dans les domaines particuliers de la formation et de la recherche doivent être renforcés. Au niveau des pays, il importe de mettre sur pied une relation triangulaire où les gouvernements joueront un rôle clé et collaboreront avec l'OMS et les organisations non gouvernementales pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer les programmes de lutte antilépreuse. Il est indispensable d'associer la communauté à ce partenariat, faute de quoi le processus de réhabilitation des malades restera incomplet.

Ce partenariat permettra non seulement d'éviter les chevauchements, mais encouragera la coordination et renforcera l'efficacité du programme. Un partenariat efficace est plus important que jamais en raison de l'ampleur et de la nature de l'objectif commun.

8. CONCLUSIONS

Compte tenu des technologies et stratégies disponibles et prévues de lutte antilépreuse, de la volonté politique générée au cours des dernières années, et des occasions de mobiliser des ressources par différents moyens, l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000 est devenue vraiment possible. Il est indispensable que les principaux pays d'endémie intensifient encore et maintiennent leurs activités de lutte antilépreuse, notamment la couverture par la PCT, afin d'atteindre l'objectif de l'élimination. Si l'on peut réduire sensiblement la prévalence ces prochaines années, il faudra encore un certain nombre d'années pour obtenir le même genre de résultats en ce qui concerne l'incidence en raison de la longue période d'incubation de la maladie et de la nécessité d'assurer une couverture totale par la PCT.

Il ne sera pas facile d'atteindre l'objectif de l'élimination; il faudra pour cela des efforts constants et sans relâche de tous les partenaires. Mais le but peut être atteint à condition de consentir des efforts substantiels et de les intensifier au cours des prochaines années, tant du point de vue de l'action que de la mobilisation des ressources. Les pays d'endémie ont là une occasion majeure de résoudre une fois pour toutes un important problème de santé publique, une occasion que l'on ne peut pas se permettre de laisser passer.

* * * * *

DEFINITIONS

Classification des malades de la lèpre

Système accepté de catégories de manifestations de la lèpre en types ou groupes bien définis.

La classification de Madrid est utilisée principalement à des fins cliniques. Une distinction plus détaillée est possible par la classification de Ridley et Jopling fondée sur les constatations immunologiques, histologiques, bactériologiques et cliniques. Aux fins des programmes appliquant la polychimiothérapie (PCT), on distingue les cas paucibacillaires (PB) et multibacillaires (MB).

Couverture

Concept indiquant dans quelle mesure un certain service de santé est appliqué à une population déterminée.

Cotation des invalidités

Méthode permettant de définir le niveau d'invalidité en fonction de certains critères. Le Comité OMS d'experts de la lèpre (1988) a proposé un système de classification simple à trois degrés (0, 1 et 2), principalement aux fins de recueillir des données générales sur les invalidités et/ou incapacités.

Il est souvent nécessaire de se prononcer sur le degré global d'invalidité des sujets. En pareil cas, on retient le degré d'invalidité le plus élevé observé lors des divers examens.

Critères

Signes qui servent de base à un jugement, à la prise de décisions et à l'évaluation de mesures.

Dépistage

Méthode systématique utilisée pour trouver de nouveaux cas de lèpre au stade le plus précoce possible. Deux approches sont suivies :

- le dépistage actif, par exemple l'enquête sur la population, l'enquête scolaire, l'examen systématique des contacts familiaux;
- le dépistage passif, par exemple la notification volontaire par les sujets eux-mêmes.

District

Zone géographique et administrative la plus périphérique dotée des pleins pouvoirs pour le compte des principaux ministères concernés par les affaires locales, par exemple pour la santé, l'agriculture ou l'éducation. Les districts ont une population de 100 000 à 300 000 habitants et une superficie de 5000 à 50 000 km². Différents termes sont utilisés dans les différents pays pour les désigner.

Abandon du traitement

On parle d'abandon dans le cas des malades qui ne se présentent pas pour leur traitement (c'est-à-dire pour absorber leurs médicaments sous supervision, ou s'approvisionner en médicaments en vue

d'une autoadministration à domicile) au cours d'une période déterminée après le rendez-vous fixé. Cette période varie selon les conditions locales. Le personnel doit en retrouver la trace (au moyen de messages, de visites à domicile, etc.)

Lèpre multibacillaire (MB)

La lèpre MB englobe tous les cas correspondant à la lèpre borderline proprement dite (BB), à la forme borderline lépromateuse (BL) et à la forme lépromateuse polaire (LL) de la classification de Ridley-Jopling ou au groupe borderline (B) et à la forme lépromateuse (L) de la classification de Madrid, ainsi qu'à tous les autres types à frottis positif.

Lèpre paucibacillaire (PB)

La lèpre PB regroupe uniquement les cas à frottis négatif qui relèvent de la lèpre indéterminée (I), de la lèpre tuberculoïde polaire (TT) et de la lèpre borderline tuberculoïde (BT) de la classification de Ridley-Jopling ou du groupe indéterminé (I) et de la forme tuberculoïde (T) de la classification de Madrid. Tout cas relevant de ces divers types, mais présentant un frottis positif, doit être classé dans la lèpre multibacillaire aux fins des programmes de polychimiothérapie.

Observance

Le fait ou la volonté d'accepter des exigences ou des recommandations précises ou de s'y conformer. L'observance du traitement consiste pour le malade à suivre le traitement prescrit. Il s'agit aussi bien de se rendre régulièrement dans les centres de santé que d'absorber les médicaments.

Polychimiothérapie (PCT)

La polychimiothérapie désigne un traitement antilépreux fondé sur deux ou plusieurs médicaments.

Prévention des invalidités

Cette composante de la lutte antilépreuse vise à éviter l'invalidité, c'est-à-dire à reconnaître rapidement les déficiences de la fonction nerveuse et les complications, à veiller à l'éducation sanitaire du sujet, à fournir des chaussures de protection, etc.

Prise en charge des cas

Méthodes utilisées pour veiller à ce que les malades suivent le traitement tel qu'il est prescrit pendant toute la durée de la période prévue.

Rechute

Un sujet considéré comme guéri après traitement, mais qui se présente à nouveau avec une maladie évolutive est considéré comme faisant une rechute.

Régularité du traitement

Cette définition est arbitraire. Une définition raisonnable de la régularité du traitement pour les malades paucibacillaires serait de six doses de PCT sur une période ne dépassant pas neuf mois au total. Pour les malades multibacillaires, une définition raisonnable serait de 24 doses sur une période de 36 mois.

Services de santé intégrés

Services nécessaires pour protéger la santé dans une zone déterminée et relevant soit d'une administration unique, soit de plusieurs organismes prévoyant la coordination des services. Un service de santé intégré est un système organisé comme un tout, c'est-à-dire au sein duquel les divers éléments sont disposés, organisés et coordonnés en fonction d'un objectif commun : l'acceptation de la responsabilité en ce qui concerne la santé d'une population.

Soins de santé intégrés

Des soins de santé sont considérés comme intégrés tous les types de soins (curatifs, préventifs, promotion de la santé) pour tous les genres de problèmes de santé sont donnés au même endroit. Le niveau de soins dépend des connaissances et des compétences du personnel et des ressources disponibles. Ces soins peuvent être coordonnés soit par différents agents de santé travaillant en même temps soit par les mêmes agents de santé fournissant différents types de soins. Un système d'orientation-recours adéquat fait partie des soins de santé intégrés.

Taux de dépistage

Rapport du nombre de nouveaux cas diagnostiqués (dépistés) par un service de santé déterminé dans une population déterminée au cours d'une certaine période (par exemple une année) à la population moyenne au cours de cette période.

Taux d'invalidité

Proportion des malades présentant un degré d'invalidité donné parmi un groupe de malades déterminés (par exemple, proportion des malades de degré 2 parmi les cas nouvellement dépistés).

Tendances

Les observations du même type enregistrées au cours d'une certaine période sont des séries chronologiques. Lorsqu'elles évoluent régulièrement et dans le même sens on parle de tendance. Une tendance sert à formuler des prévisions sur la base de certaines hypothèses.

Acronymes et sigles

IILEP	Fédération internationale des Associations de Lutte contre la lèpre
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCT	Polychimiothérapie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine