

# La lèpre ou maladie de Hansen : Recherche des contacts et prophylaxie post-exposition

## Orientations techniques



Organisation  
mondiale de la Santé



# **La lèpre ou maladie de Hansen : Recherche des contacts et prophylaxie post-exposition**

## **Orientations techniques**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

La lèpre ou maladie de Hansen : Recherche des contacts et prophylaxie post-exposition.  
Orientations techniques

ISBN: 978-92-9022-807-3

© **Organisation mondiale de la Santé 2020**

Certains droits réservés. L'utilisation de cet ouvrage est soumise aux conditions de la licence Creative Commons Attribution — Pas d'utilisation commerciale — Partage dans les mêmes conditions 3.0 Organisations internationales (CC BY-NC-ND 3.0 IGO) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, il est possible de copier, redistribuer et adapter cet ouvrage à des fins non commerciales, pour autant que ce dernier soit dûment cité, comme indiqué ci-dessous. Quelle que soit l'utilisation réservée à cet ouvrage, elle ne doit en aucun cas laisser entendre que l'OMS fait la promotion de quelque organisation, produit ou service que ce soit. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. En cas d'adaptation de cet ouvrage, l'œuvre qui en résulte devra être soumise à la même licence Creative Commons ou à une licence similaire. Si une traduction de cet ouvrage est produite, le déni de responsabilité suivant devra accompagner la mention de l'ouvrage : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS n'est responsable ni du contenu ni de l'exactitude de cette traduction. La version anglaise originelle est celle qui engage l'OMS et fait foi. »

Toute médiation relative à un litige en rapport avec la licence sera entreprise conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée : La lèpre ou maladie de Hansen : Recherche des contacts et prophylaxie post-exposition. Orientations techniques. New Delhi : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; 2020. Licence : CC BY-NCSA 3.0 IGO.

Catalogage à la source : Les données de catalogage à la source sont accessibles à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter des publications de l'OMS, rendez-vous à l'adresse <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des demandes de renseignements sur les droits et les licences, rendez-vous à l'adresse <http://www.who.int/about/licensing>. Contenu appartenant à des tiers. Pour réutiliser du contenu appartenant à de tierces parties et présenté dans cet ouvrage, par exemple des tableaux, des graphiques ou des images, il vous appartient de juger si une autorisation est requise et de l'obtenir le cas échéant auprès du détenteur des droits d'auteur. L'utilisateur assume seul le risque de réclamation pour violation des droits liés à tout contenu tiers.

Dénégation générale de responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes pointillées et les traits discontinus sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Inde.

## Table des matières

Collaborateurs .....	v
Sigles et abréviations.....	vi
Avant-propos .....	vii
Résumé analytique .....	viii
Glossaire.....	x
1. Introduction.....	1
1.1 Importance de la détection active des cas et de l'examen des contacts.....	1
1.2 Efficacité de la chimioprophylaxie .....	2
1.3 Faisabilité et acceptabilité de la chimioprophylaxie .....	3
2. Vue d'ensemble : Recherche et dépistage des contacts et chimioprophylaxie .....	5
2.1 Recherche et dépistage des contacts .....	5
2.2 Prophylaxie post-exposition .....	6
3. Rôles et responsabilités .....	7
3.1 Responsabilités administratives.....	7
3.2 Responsabilités techniques.....	8
4. Conseil .....	11
4.1 Conseil des cas index.....	12
4.2 Conseil des contacts.....	12
5. Identification et enregistrement des cas index .....	18
6. Liste des contacts.....	19
7. Recherche des contacts.....	20
8. Dépistage des contacts.....	24
9. Administration de la PPE.....	27
10. Gestion de la chaîne d'approvisionnement de la rifampicine.....	30
10.1 Prévisions .....	30
10.2 Gestion de l'approvisionnement en médicaments .....	33
11. Dossiers et rapports .....	35
11.1 Tenir des rapports de la recherche des contacts et de la PPE.....	35
11.2 Rapports concernant la recherche des contacts et la PPE.....	36

12.	Mise en œuvre de la recherche des contacts et de la PPE.....	38
12.1	Préparation au niveau national.....	38
12.2	Préparations au niveau intermédiaire .....	39
12.3	Préparations au niveau périphérique.....	40
13.	Suivi et supervision .....	42
14.	Information, éducation et communication .....	46
15.	Références bibliographiques .....	47
16.	Annexe 1 : Liste des contacts .....	50
17.	Annexe 2 : Consentement du cas index .....	52
18.	Annexe 3 : Consentement du contact .....	53

# Collaborateurs

---

M. A. Arif (Inde)

M. Balagon (Philippines)

E. Cooreman (Inde)

C. Fenenga (Pays-Bas)

B. Quao (Ghana)

A. Solomon (Suisse)

P. Steinmann (Suisse)

A. Tamalsina (Népal)

C. Kasang (Allemagne)

H. J. Kawuma (Ouganda)

M. P. Khobragade (Inde)

T. Letta (Éthiopie)

L. Mieras (Pays-Bas)

V. Narsappa (Inde)

M. Nobre (Brésil)

V. R. R. Pemmaraju (Inde)

Y. Rie (Japon)

E. Rimon (États fédérés de Micronésie)

J. M. C. Rubite (Philippines)

P. Saunderson (Norvège)

N. Vera (Colombie)

S. Warusavithana (Égypte)

Zaw Lin (Inde)

# Sigles et abréviations

---

DUR	Dose unique de rifampicine
GPS	Système mondial de localisation
IEC	Information, éducation et communication
LPEP	Programme sur la prophylaxie post-exposition pour la lèpre (étude)
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
<i>M. tuberculosis</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
MB	Multibacillaire
MTN	Maladie tropicale négligée
NNN	Réseau d'ONG travaillant sur les MTN
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PB	Paucibacillaire
PCT	Polychimiothérapie
PNL	Programme national de lutte contre la lèpre
PPE	Prophylaxie post-exposition
ROM	Rifampicine, ofloxacine, minocycline
TB	Tuberculose
TDNC	Taux de détection de nouveaux cas
WHA	Assemblée mondiale de la Santé



# Avant-propos



La détection précoce et le traitement rapide sont les principes fondamentaux de la lutte contre la lèpre depuis plusieurs décennies. Lorsqu'ils ont été associés à la polychimiothérapie, introduite dans les années 80, la lèpre est devenue une maladie curable.

À mesure qu'un plus grand nombre de patients guérissaient, le nombre de patients sous traitement – correspondant à ce que l'on appelle la « prévalence enregistrée » – baissait rapidement. Toutefois, le taux de détection de nouveaux cas a diminué plus lentement, à raison de 2 % par an. On continue d'observer des déformations visibles au moment du diagnostic, de même que des cas de lèpre infantile, d'où la nécessité d'initiatives de prévention percutantes pour inverser la courbe de détection des cas et réduire les incapacités liées à la lèpre.

Il est connu qu'un contact prolongé avec des patients lépreux non traités favorise la propagation de l'infection. Les contacts à domicile, dans le quartier ou dans la communauté sont considérés comme plus exposés au risque d'infection et de développement ultérieur de la maladie. Le dépistage des contacts et l'administration d'un traitement prophylactique constituent des mesures essentielles pour briser la chaîne de transmission.

Si l'on s'en tient aux données factuelles dont on dispose, la prophylaxie à base de dose unique de rifampicine, administrée aux contacts familiaux et sociaux, prévient la lèpre. Son effet protecteur est d'environ 55 à 60 %, avec une efficacité accrue lorsqu'elle vient s'ajouter à la vaccination par le BCG à la naissance. Par conséquent, les *Lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre (2018)* de l'OMS recommandent une prophylaxie post-exposition à base de dose unique de rifampicine pour tous les contacts.

Le présent document explique *comment* réaliser la recherche des contacts et la chimioprophylaxie dans les conditions d'un programme ordinaire. Il explique également de manière détaillée la nécessité de conseiller les personnes atteintes de la lèpre sur le fait de faire connaître leur état pathologique et la recherche de leurs contacts. Les conseils sont également importants pour encourager les contacts sains à réduire les risques pour eux de développer la lèpre grâce à la chimioprophylaxie. Le document présente en détail les composantes du dépistage et de la chimioprophylaxie en ce qui concerne la lèpre. Il y a tout lieu d'élargir au maximum la couverture de ces deux interventions pour obtenir l'impact nécessaire, qui peut être davantage accéléré en introduisant la prophylaxie post-exposition – une nouvelle intervention simple et prometteuse.

J'espère que ce document aidera les programmes nationaux et les partenaires à poursuivre et accélérer la mise en œuvre d'initiatives efficaces de prévention de la lèpre et à mobiliser des investissements supplémentaires de la part des pouvoirs publics et des partenaires pour assurer à un avenir exempt de lèpre pour tous.

**Dr Poonam Khetrpal Singh**  
Directrice régionale de l'OMS  
pour l'Asie du Sud-Est

# Résumé analytique

---

La lèpre ou maladie de Hansen est connue de l'humanité depuis l'Antiquité. Au début des années 80, l'introduction de la polychimiothérapie (PCT) a suscité beaucoup d'espoir. L'objectif a alors été fixé de parvenir à « l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique ». Cet objectif a été atteint au niveau mondial en 2000 et par la plupart des pays en 2005. Les données des dix dernières années montrent cependant que le nombre de nouveaux cas détectés dans le monde chaque année est supérieur à 200 000. Il est même fait état d'une augmentation dans plusieurs pays où des efforts particuliers ont été déployés pour rechercher activement les cas cachés dans la communauté. La recherche des contacts est l'un des moyens de procéder à cette détection active des cas.

Des études et observations sur le terrain ont révélé que beaucoup plus de cas sont détectés parmi les contacts d'un patient atteint de la lèpre qu'au sein de la population générale. En l'absence d'une baisse notable du nombre de nouveaux cas détectés au fil des ans, il apparaît clairement que la détection passive des cas et le traitement par PCT ne suffiraient pas à eux seuls à interrompre la transmission.

Différents médicaments ou combinaisons de médicaments ont été testés pour la prophylaxie de la lèpre : dapsonne ; acédapsonne ; rifampicine, ofloxacine et minocycline (ROM) ; et rifampicine seule. Ils se sont avérés efficaces, mais les données probantes n'étaient pas suffisantes pour y recourir comme stratégie dans les programmes de lutte contre la maladie. Un essai contrôlé randomisé avec une dose unique de rifampicine (DUR), administrée une seule fois, a démontré une réduction de 57 % du nombre de nouveaux patients atteints de lèpre parmi les contacts. Par la suite, des études menées dans différents pays ont prouvé que la chimioprophylaxie à base de DUR peut être appliquée dans le cadre des activités régulières de lutte antilépreuse, qu'elle est efficace et fort acceptable.

Les programmes de lutte contre la lèpre menés dans plusieurs pays – par exemple Maroc, Inde, Indonésie, Népal, Tanzanie – ont mis en place le dépistage des contacts et la prophylaxie post-exposition (PPE) comme activités régulières du programme et les ont jugées efficaces pour réduire le nombre de nouveaux cas. Si ces deux activités sont réalisées de manière efficace dans d'autres pays, elles devraient accélérer la réduction du nombre de nouveaux cas dans le monde.

Ces deux approches interdépendantes sont considérées comme des interventions majeures de santé publique : le dépistage des contacts permettra de détecter des cas autrement cachés tandis que la PPE réduira à l'avenir la lèpre parmi les contacts sains. Les contacts familiaux sont les plus faciles à atteindre en ce qui concerne la détection de la lèpre chez les contacts, tandis que la PPE aura le plus grand impact au niveau de

la population si une large couverture de tous les types de contacts peut être assurée. La participation des membres de la famille, des personnes touchées par la lèpre et des dirigeants communautaires est essentielle pour élargir au maximum la couverture des deux interventions.

Les conseils sont essentiels pour obtenir le consentement en connaissance de cause des patients index, révéler leur état de santé aux membres de leur foyer, à leurs voisins ou à leurs contacts sociaux ; et pour obtenir des personnes contacts qu'elles acceptent de se faire dépister pour la lèpre ou de bénéficier d'une prophylaxie, à moins que l'approche d'une couverture de grande envergure ou de masse ne soit appliquée, dans le cadre de laquelle il n'est pas nécessaire de faire connaître l'état pathologique du patient index.

Le présent guide technique est destiné à fournir aux lecteurs des orientations sur les méthodes de recherche des contacts et d'administration de la chimioprophylaxie dans les conditions d'un programme ordinaire. Il sera utile aux gestionnaires de programmes nationaux et infranationaux, aux médecins, au personnel paramédical, aux partenaires et à la communauté.

# Glossaire

---

Ce glossaire propose des définitions de termes employés dans le présent document. Le lecteur gagnerait vraiment à connaître ces termes et leurs définitions.

**Exposition** : fait pour une personne en bonne santé d'entrer en contact avec une personne infectée par la lèpre susceptible d'infecter d'autres personnes (c'est-à-dire avant le traitement ou même avant l'apparition des symptômes).

**Infection** : fait pour le bacille de la lèpre de pénétrer un organisme humain et de s'y multiplier. Le bacille peut ou non provoquer la maladie, selon l'immunité (la résistance opposée par l'organisme) de l'hôte.

**Prophylaxie** : administration d'un médicament ou d'un vaccin en vue de prévenir la maladie.

**Chimioprofylaxie** : prévention d'une maladie infectieuse en ayant recours à des agents chimiques ou à des médicaments.

**Prophylaxie post-exposition (PPE)** : administration de médicaments (par exemple, de la rifampicine) pour prévenir la lèpre chez une personne qui est ou a été en contact étroit avec un malade de la lèpre compte tenu de la forte probabilité cette personne ait été infectée.

**Cas de lèpre** : patient présentant l'un ou plusieurs des symptômes suivants : i) une lésion cutanée hypopigmentée avec perte certaine de sensibilité ; ii) une altération ou une atteinte du nerf périphérique témoignée par a) une perte certaine de sensibilité ou b) une faiblesse des mains ou des pieds ou du visage, ou c) des troubles de la fonction autonome tels que l'anhidrose (peau sèche), ou d) la présence de déformations visibles ; iii) des signes de la maladie avec présence avérée de bacilles dans un frottis cutané ou confirmation histopathologique ; ET la nécessité d'un traitement antilépreux décidée par un clinicien (1).

**Cas index** : toute personne diagnostiquée de la lèpre pour la première fois.

**Cas source** : patient non traité susceptible d'avoir infecté ou de pouvoir infecter d'autres personnes. Les termes « cas index » et « cas source » sont souvent utilisés de manière interchangeable, bien qu'il ne soit pas toujours certain que le cas index soit effectivement la véritable source de l'infection.

**Cas secondaire** : cas ultérieur, probablement infecté par un cas source connu. En raison de la variabilité et durée souvent longue de la période d'incubation, les définitions susmentionnées du cas index ou source et du cas secondaire ne sont utilisées qu'à titre conventionnel, étant donné qu'il pourrait ne jamais être possible de déterminer quel patient est véritablement le cas source ou le cas secondaire.

**Contact** : personne entretenant une proximité étroite avec un malade de la lèpre pendant une longue période. Ces personnes sont considérées comme « exposées » à la lèpre et peuvent avoir été infectées ou pas. L'expression « longue période » s'entend d'avoir été en contact avec un patient non traité pendant 20 heures par semaine durant au moins trois mois par an. C'est le cas notamment des membres de la famille, des voisins, des amis, des camarades de classe et des collègues de bureau (2,3).

REMARQUE : une personne dont l'exposition à un patient atteint de la lèpre ne commence qu'après que ce patient a été traité pendant quatre semaines n'est pas considérée comme un contact.

**Contact familial** : contact vivant sous le même toit qu'un cas index ou partageant la même cuisine avec lui. Il peut s'agir de membres de la famille, mais aussi du personnel ou des aides domestiques ou encore des collègues de travail ou d'autres personnes vivant sous le même toit. Un membre de la famille vivant ailleurs ne devrait pas être considéré comme un contact familial.

**Contact voisin** : personne vivant dans l'environnement immédiat d'un cas index, qui s'entend généralement d'un ménage voisin ou vivant à moins de 100 mètres (4). En raison de la proximité géographique, la probabilité que ces personnes soient exposées et/ou infectées est plus élevée.

**Contact social** : toute autre personne ayant été en contact prolongé avec un cas index et qui n'est pas classée comme contact familial ou voisin. Il peut s'agir d'amis, de personnes partageant un lieu de travail (par exemple, des ouvriers d'une usine, des collègues de bureau) ou fréquentant la même école (élèves/étudiants et enseignants) ou le même lieu de loisirs (par exemple, un club de sport).

**Approche de masse** : situation où l'ensemble de la population d'une zone géographique donnée (par exemple, un district, une île, un village ou un hameau) bénéficie d'une intervention telle que l'administration d'un médicament prophylactique. Dans le cas de la distribution de médicaments, on parle parfois de « chimiothérapie de masse ».



Le diagnostic précoce et le traitement rapide constituent la principale stratégie pour stopper la transmission de *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) et éviter la survenue d'incapacités. Des efforts considérables ont été déployés pour réduire la prévalence, qui s'entend du « nombre de patients sous traitement ». L'objectif fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), à savoir ramener le taux de prévalence à moins d'un cas pour dix mille habitants, a été atteint dans le monde en 2000, et dans la plupart des pays d'endémie au niveau national autour de 2005. Dès lors que cet objectif mondial a été atteint au niveau national, les décideurs, les organisations qui soutenaient la réalisation de l'objectif et même les agents de santé ont baissé la garde. En conséquence, la détection active des cas n'était plus considérée comme efficace et toutes les méthodes de détection active des cas ont été progressivement découragées. Il en était de même du dépistage des contacts. Les services de lutte contre la lèpre ont été intégrés aux services de soins de santé généraux afin d'élargir la portée des services à travers les soins de santé primaires, d'améliorer l'efficacité par rapport aux coûts et de promouvoir l'inclusion.

## 1.1 Importance de la détection active des cas et de l'examen des contacts

Comme le souligne la publication intitulée *Situation de la lèpre dans le monde, 2018* : parvenir à un monde exempt de lèpre, une baisse – quoique très lente – de la détection des cas a été observée : on est en effet passé de 244 796 nouveaux cas détectés en 2009 à 208 641 cas en 2018 ; la baisse du nombre de cas détectés était d'environ 2 % par an. Le recul de la lèpre infantile n'a également été que modeste : de 10,6 par million d'enfants<sup>1</sup> en 2014 à 7,9 par million d'enfants en 2018. La proportion d'enfants parmi les nouveaux cas allait de 9 % en 2014 à 7,6 % en 2018. Le niveau toujours élevé des taux et proportions d'enfants atteints de lèpre indiquent une transmission continue (5). La même publication fait état d'un nombre de cas détectés plus élevé en 2018 qu'en 2017 dans les régions des Amériques, Méditerranée orientale et Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'augmentation du nombre de cas nouvellement détectés dans plusieurs pays s'explique par des raisons opérationnelles plutôt que par une augmentation réelle de l'incidence, car grâce à des campagnes de détection active des cas (y compris l'examen des contacts), ces pays ont été en mesure de détecter de nombreux cas restés longtemps cachés. Le dépistage annuel (pendant cinq ans) de tous les contacts et des membres des communautés élargies de tous les cas de lèpre enregistrés a été proposé dans la *Stratégie*

<sup>1</sup> Un enfant atteint de la lèpre est défini comme une personne âgée de 0 à 14 ans au moment du diagnostic.

*mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020* de l'OMS comme l'une des interventions clés du programme de lutte contre la lèpre parallèlement aux services de PCT dans les contextes à faible charge de morbidité de la lèpre (1).

Les études citées ci-après permettent également de conclure à l'importance de l'examen des contacts. Une étude longitudinale a été menée dans le district de Karonga, au Malawi, et a révélé que les contacts familiaux des patients atteints de lèpre multibacillaire (MB) sont cinq à huit fois plus exposés au risque de développer la lèpre que les personnes ne vivant pas dans de tels contextes ; tandis que la probabilité de développer la lèpre chez les contacts familiaux des cas de lèpre paucibacillaire (PB) était presque le double de celle de la communauté en général (6). Une enquête menée dans le district de Puttalam, au Sri Lanka, a conclu à un risque accru de développer la lèpre parmi les contacts familiaux (rapport de cotes : 6,69 ; valeur  $p < 0,001$ ) (7). Dans une étude menée au Bangladesh, il a été conclu que l'examen des contacts devrait être effectué le plus tôt possible après que le cas index a été diagnostiqué (8). Des études menées aux Comores et au Bangladesh ont révélé un risque accru de lèpre parmi les contacts au-delà des ménages et ont recommandé que l'examen des contacts soit élargi aux voisins (2,9).

La recherche des contacts est également explicitement mentionnée dans le pilier 2 de la *Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020* « Parvenir plus rapidement à un monde exempt de lèpre » (Mettre fin à la lèpre et à ses complications), qui encourage la recherche active des cas et la prise en charge des contacts (10).

## 1.2 Efficacité de la chimioprophylaxie

Des efforts considérables ont été déployés pour trouver un traitement préventif sous forme de médicament. Plusieurs études ont été menées, notamment sur la dapsonne et l'acédapsonne, mais il est fait référence à la rifampicine ici.

En 1988, la chimioprophylaxie à base de DUR a été étudiée dans les Îles Marquises en Polynésie française. Le suivi s'est fait sur dix ans et la réduction globale du nombre de nouveaux cas était de 35 à 40 % (11-13). La chimioprophylaxie a été mise à l'essai dans différentes îles du Pacifique. Des adultes ont reçu de la ROM tandis que les enfants ont reçu de la rifampicine. Certes une réduction substantielle du nombre de nouveaux cas a été observée en 1999, mais les données et le suivi ultérieurs n'ont pas permis d'établir qu'elle était attribuable à la chimioprophylaxie (14). La rifampicine était utilisée dans cinq îles fortement endémiques d'Indonésie. Le taux cumulé de détection des nouveaux cas (TDNC) dans les îles « témoins » était de 39/10 000 habitants, alors qu'il était environ trois fois plus faible dans les îles où l'approche de masse a été appliquée (15).

Une avancée majeure a été réalisée avec l'essai contrôlé randomisé en double aveugle dénommé COLEP, qui été effectué au Bangladesh entre 2002 et 2007. La réduction globale du risque était de 57 % (16,17). Il ressort d'une méta-analyse entreprise par *Smith et al.* des 127 articles publiés sur la chimioprophylaxie – ayant recours à la dapsonne, à



l'acédapsone, à la ROM ou à la rifampicine seule – que la chimioprophylaxie offre une protection de 60 % aux contacts de la lèpre (18).

La *Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020* de l'OMS encourage les interventions de prévention des infections et des maladies (10). Les *Lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre (2018)* de l'OMS recommandent la prévention de la lèpre par la chimioprophylaxie. Dans la note éditoriale des Relevés épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS n° 35/36, 2019, 94, 389–412, il est indiqué que « la réduction progressive des nouveaux cas déjà observée serait davantage favorisée par l'introduction de la chimioprophylaxie avec une dose unique de rifampicine, et la tendance à la baisse du nombre de nouveaux cas soulève la question de savoir si la courbe de détection des cas a pris un virage vers un monde exempt de lèpre » (19).

### 1.3 Faisabilité et acceptabilité de la chimioprophylaxie

La faisabilité et l'acceptabilité de la PPE ayant recours à la DUR administrée une fois dans les conditions d'un programme ordinaire ont été évaluées dans plusieurs études. Une étude qualitative a été menée au Bangladesh, qui a conclu que la chimioprophylaxie pour les contacts familiaux des patients atteints de lèpre est une intervention efficace et socialement acceptable qui vient compléter les activités du programme de lutte contre la lèpre (20). Une étude de faisabilité de l'administration de la DUR a été réalisée sur l'île de Selaru, en Indonésie. Elle a conclu qu'avec une bonne planification adéquate et un peu d'investissement supplémentaire, une approche de masse de la chimioprophylaxie est faisable (21). L'acceptabilité de la mise en œuvre de la PPE a été évaluée dans le territoire de Dadra et Nagar Haveli, en Inde. Cette évaluation a conclu que la DUR pour la PPE a été très bien acceptée par les principales parties prenantes avec un taux d'acceptation de 99 % chez les sujets atteints de lèpres et de 98,6 % chez les contacts (22). Au Brésil, une étude a été menée sur l'acceptabilité de la PPE parallèlement à la conduite du projet *PEP-HANS*, dans le cadre duquel des participants ont reconnu la pertinence de la PPE, sur la base de la possibilité qu'elle offre d'interrompre la transmission, de prévenir de nouveaux cas et d'améliorer la qualité de vie (23).

Dans une étude plurinationale baptisée Leprosy Post-Exposure Prophylaxis Program (LPEP) (*programme sur la prophylaxie post-exposition pour la lèpre*), la DUR a été administrée une fois comme méthode de PPE. Cette étude a été menée entre 2015 et 2018 au Brésil, en Inde, en Indonésie, au Népal, au Myanmar, au Sri Lanka et en Tanzanie. Il a évalué la faisabilité de la PPE dans les conditions d'un programme ordinaire et a conclu que l'approche mise à l'essai de la recherche des contacts suivie d'un dépistage et de l'administration de la DUR est généralement faisable, en adaptant la définition des contacts aux conditions locales et aux ressources du programme. Une fois la recherche des contacts assurée, la PPE peut être intégrée aux programmes ordinaires de lutte contre la lèpre avec un minimum d'efforts supplémentaires. Elle est généralement bien acceptée par les patients, leurs contacts et le personnel de santé (24).

Le caractère économique de la PPE à base de DUR a également été évalué dans le cadre de l'étude LPEP menée à Dadra et Nagar Haveli, en Inde. Il a été conclu que l'administration de la DUR pour la PPE est une stratégie économique de lutte contre la lèpre aussi bien à court terme (5 ans) qu'à long terme (25 ans) (25).

À ce jour, aucun vaccin ni outil de prévention ne s'est imposé dans les programmes ordinaires de lutte de contre la lèpre.

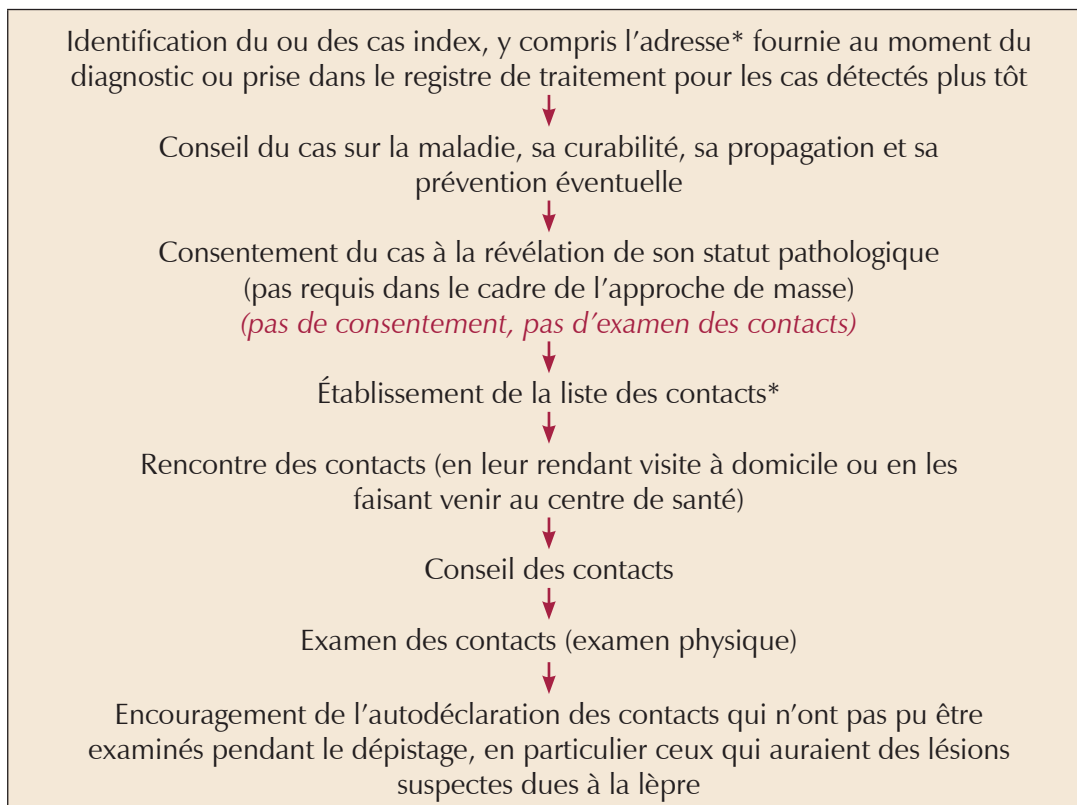
Compte tenu des faits mentionnés ci-dessus et des éléments probants disponibles, il apparaît clairement que les systèmes de santé devraient être orientés vers l'ajout de l'examen des contacts parmi les volets importants de la lutte contre la lèpre. L'examen des contacts et les interventions spéciales telles que la chimioprophylaxie à base de DUR administrée une fois sont faisables, acceptables, économiques et utiles pour réduire le risque de développer la lèpre et ralentir la transmission de la maladie. Des recherches sont en cours pour trouver un « vaccin préventif », une combinaison de vaccin et de chimioprophylaxie, des combinaisons plus efficaces de médicaments prophylactiques, etc., qui pourraient éventuellement remplacer la PPE à base de DUR.

Le présent guide technique présente aux lecteurs différents aspects de la recherche des contacts et de l'administration de la chimioprophylaxie appliquées dans les conditions d'un programme ordinaire. Il traite notamment des critères d'éligibilité, de l'obtention du consentement, de l'administration, du suivi, de la supervision, de l'achat de médicaments, de la gestion de l'approvisionnement, et du suivi et de la notification des événements indésirables. Il sera utile aux gestionnaires de programmes nationaux et infranationaux, aux médecins, au personnel paramédical et aux partenaires.

# Vue d'ensemble : Recherche et dépistage des contacts et chimioprophylaxie

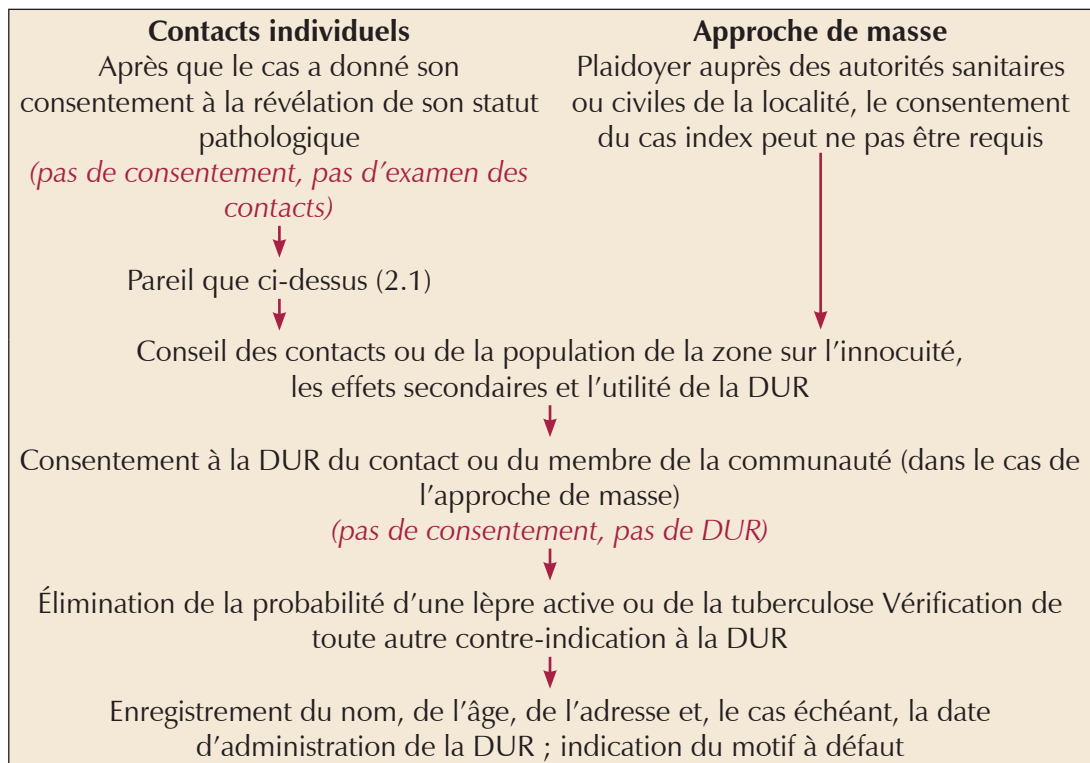
## 2

### 2.1 Recherche et dépistage des contacts



\*Le système de localisation géographique (GPS) peut être utilisé lorsque cela est possible.

## 2.2 Prophylaxie post-exposition



# Rôles et responsabilités

# 3

## 3.1 Responsabilités administratives

Le tableau ci-dessous répertorie les activités, assorties des rôles et responsabilités connexes éventuels, qui seront nécessaires pour adapter et mettre en œuvre ces lignes directrices d'une manière efficace. Les pays peuvent adapter ces lignes directrices en fonction de leurs propres politiques et circonstances.

Activité/tâche	Personne responsable
Élaboration de lignes directrices nationales concernant la recherche des contacts de patients atteints de lèpre Élaboration de lignes directrices nationales concernant la chimioprophylaxie	Responsable du programme national de lutte contre la lèpre (PNL)/ministère de la Santé
Impression et distribution des lignes directrices, formulaires, formats de déclaration et supports d'information-éducation-communication (IEC)	Responsable du PNL, niveau intermédiaire ou périphérique selon la politique établie
Réunion de diffusion au niveau national sur la recherche des contacts et la PPE	Responsable du PNL et parties prenantes concernées
Coordination avec toutes les parties prenantes pour une mise en œuvre (régulière) sans heurt des activités de recherche des contacts et/ou d'administration de la PPE	Responsable du PNL
Formation au niveau national des formateurs retenus sur la recherche des contacts et/ou la PPE	Responsable du PNL
Réunion de diffusion sur la recherche des contacts/PPE au niveau intermédiaire	Responsable du programme de lutte contre la lèpre (niveau intermédiaire) associant les acteurs locaux
Coordination avec les parties prenantes au niveau intermédiaire	Responsable du programme de lutte contre la lèpre (niveau intermédiaire)
Formation au niveau intermédiaire des formateurs retenus sur la recherche des contacts et/ou la PPE	Responsable du programme de lutte contre la lèpre (niveau intermédiaire)
Formation de membres du personnel au niveau périphérique	Responsable au niveau périphérique
Achat (ou don) et distribution de rifampicine	Programme de lutte contre la lèpre/ministère de la Santé

Activité/tâche	Personne responsable
Saisie de données	Personnel désigné aux niveaux national, intermédiaire et périphérique (selon le système d'information du pays)
Compilation de rapports et notification à partir de différents niveaux	Personnel désigné aux niveaux national, intermédiaire et périphérique (selon le système d'information du pays)
Suivi et supervision (peut faire partie du programme global de lutte contre la lèpre ou de la supervision intégrée)	Responsable du programme de lutte contre la lèpre (niveau national, intermédiaire ou périphérique)
Conduite de l'IEC sur la recherche des contacts et/ou la PPE (peut faire partie des activités courantes d'IEC sur la lèpre ou la santé)	Responsable du programme de lutte contre la lèpre ou point focal pour l'éducation sur la santé (niveau national, intermédiaire ou périphérique)

### 3.2 Responsabilités techniques

Le tableau ci-dessous donne les grandes lignes (liste de contrôle) de ces responsabilités, chaque activité étant présentée en détail dans les chapitres suivants

Activité/tâche	Personne responsable	Observations
Identification du nouveau cas (index)	Médecin ou responsable de l'établissement de santé	Au moment du diagnostic ; si cela n'a pas été fait pour quelque raison que ce soit, prendre cette information dans le registre de traitement
Enregistrement de l'adresse, du numéro de téléphone et d'autres renseignements Le cas échéant, les coordonnées GPS peuvent être enregistrées	Médecin ou responsable de l'établissement de santé ou agent de santé désigné	Prendre cette information dans le registre de traitement ou demander directement au patient
Conseils pour obtenir le consentement du cas index	Médecin, conseiller ou membre du personnel qualifié désigné. <i>Les conseils peuvent être prodigués par un professionnel ou un conseiller formé par des pairs, y compris une personne atteinte de la lèpre</i>	Nécessite un cadre propice. Les conseils peuvent être prodigués à nouveau 3 à 6 mois plus tard, selon les besoins. Une ou plusieurs séances de conseil peuvent être nécessaires.

Activité/tâche	Personne responsable	Observations
Établissement de la liste des contacts	Médecin ou membre du personnel désigné	À transmettre à l'agent de terrain qui effectuera la visite à domicile
	Agent de terrain désigné	Si cela n'a pas été fait lors de la consultation à l'établissement de santé
Visites des contacts à domicile, conseils, obtention du consentement et insistance sur la présentation précoce de la maladie  Le cas échéant, les coordonnées GPS peuvent être utilisées	Agent de terrain désigné, si nécessaire avec l'aide d'un bénévole de santé communautaire (ou d'un membre du ménage/de la famille sensibilisé).  <i>Les conseils peuvent être prodigués par un professionnel ou un conseiller formé par des pairs, y compris une personne atteinte de la lèpre</i>	Première visite à effectuer en principe au cours des deux à trois premiers mois de traitement du cas index.  Les conseils peuvent être prodigués à nouveau 3 à 6 mois plus tard, selon les besoins.  Une ou plusieurs séances de conseils peuvent être nécessaires.
Conseil et obtention du consentement des contacts qui se présentent à l'établissement de santé	Médecin, conseiller ou membre du personnel qualifié désigné.  <i>Les conseils peuvent être prodigués par un professionnel ou un conseiller formé par des pairs, y compris une personne atteinte de la lèpre</i>	Le cas index, le membre de la famille, l'agent de terrain ou le bénévole encourage les contacts à se rendre à l'établissement de santé
Examen des contacts à leur domicile	Agent de terrain désigné ou membre du ménage/de la famille sensibilisé	À répéter chaque année pendant 5 ans ;  Les conseils, l'examen des contacts et l'obtention du consentement constituent des aspects essentiels à mettre en œuvre en tenant compte du contexte local.  Utiliser la liste de vérification pour identifier les cas présumés de lèpre et repérer les critères d'exclusion de la DUR
Examen des contacts à l'établissement de santé	Médecin ou membre du personnel désigné	Idem.
Plaidoyer auprès des autorités sanitaires ou civiles locales, des chefs religieux, etc.	Agent de santé de district	Dans le cas d'une approche de masse
Plaidoyer auprès des membres de la communauté	Agent de santé de district, agent de terrain désigné, représentants de la société civile	Dans le cas d'une approche de masse

Activité/tâche	Personne responsable	Observations
<p>Administration de la DUR à domicile (pour les contacts) ou à domicile/à l'établissement de santé communautaire (approche de masse).</p> <p><i>Si un cas est détecté parmi les contacts, ses contacts à lui qui ont déjà reçu de la rifampicine au cours des deux dernières années ne devraient plus recevoir de DUR.</i></p>	Agent de terrain désigné	<p>Emporter de la rifampicine en quantité suffisante ;</p> <p>Vérifier les critères d'exclusion ;</p> <p>Enregistrer le nom du contact et/ou du membre de la communauté et la date d'administration de la PPE ;</p> <p>Conseiller le contact/les membres de la communauté au sujet des effets secondaires éventuels ;</p> <p>Déterminer la posologie appropriée et superviser la prise de rifampicine</p>
<p>Administration de la DUR dans un établissement de santé.</p> <p><i>Si un cas est détecté parmi les contacts, ses contacts à lui qui ont déjà reçu de la rifampicine au cours des deux dernières années ne devraient plus recevoir de DUR.</i></p>	Médecin ou membre du personnel désigné	<p>Vérifier les critères d'exclusion ;</p> <p>Enregistrer le nom du contact et la date d'administration de la PPE ;</p> <p>Conseiller le contact au sujet des effets secondaires éventuels ;</p> <p>Déterminer la posologie appropriée et superviser la prise de rifampicine</p>
Assurer le suivi de tous les patients orientés vers l'établissement de santé	Agent de terrain désigné	Coordonner avec différents départements ou programmes



Il existe de nombreuses définitions du conseil, données par différents auteurs, pour une application dans différents contextes. La plus appropriée pour la lèpre est la définition que l'on doit à Pepinsky et Pepensky (1954) (26), à savoir :

*« Le conseil (prise en charge psychologique) est cette interaction entre deux individus dont le but est trouver une solution aux problèmes d'un individu, qui ont un côté émotionnel. Cette solution inclut généralement le changement de comportement de l'individu dont les problèmes sont examinés ».*

Beaucoup de gens ne savent pas que la lèpre peut être guérie et chaque guérison signifie que le patient n'est plus contagieux. Certains croient encore que la lèpre est une maladie épouvantable. Beaucoup d'autres ne savent pas que la prévention de la lèpre est possible même après que l'on a été infecté et qu'il est possible de prévenir les incapacités (ou leur aggravation).

Le conseil au cas index devrait être prodigué au moment du diagnostic et peut être répété après trois ou six mois. Une ou plusieurs séances de conseil peuvent être nécessaires. Le conseil peut être prodigué par un professionnel ou un conseiller formé par des pairs, y compris une personne atteinte de la lèpre. Le patient devrait être bien informé des faits concernant la lèpre, du risque d'infecter autrui, du traitement, de la prévention et de la prise en charge des incapacités.

En ce qui concerne la recherche des contacts, il est impératif d'obtenir le consentement des cas index pour pouvoir communiquer leur identité et il faut l'autorisation des contacts pour pouvoir les soumettre à un dépistage. Si un cas index refuse de faire connaître son statut, cette décision doit être respectée. Dans ce cas, aucun contact ne sera soumis à un dépistage individuel. Parfois, le cas index peut accepter de faire connaître son identité uniquement aux membres de sa famille et non aux voisins et aux contacts sociaux. L'éducation sur la santé devrait également être entreprise dans la communauté du cas index.

Le consentement des contacts est requis avant tout dépistage de la lèpre ou toute administration de DUR. Dans le cas d'une approche de masse, il faudrait obtenir le consentement des dirigeants communautaires avant le lancement de toute campagne de PPE et de chaque membre de la communauté avant de lui administrer la DUR. Dans le cas où des contacts refusent de donner leur consentement, la DUR ne doit pas leur être imposée ni aux membres de la communauté.

## 4.1 Conseil des cas index

Le guide n° 2 de la série de guides sur la stigmatisation et le bien-être intitulée *Stigma and Mental Wellbeing* (ILEP/NNN Toolkits) (27) décrit la première rencontre avec un patient atteint de lèpre après confirmation du diagnostic comme « l'heure précieuse » (*golden hour* en anglais). Pendant cette heure précieuse, le patient peut avoir hâte de recevoir le traitement et vouloir guérir tout de suite. Le diagnostic de la lèpre peut être reçu comme une mauvaise nouvelle, car la personne concernée peut devoir le communiquer aux membres de sa famille et à ses contacts. Les patients et leurs familles peuvent craindre de perdre leur statut social ou, pire, d'être ostracisés et expulsés de leurs communautés.

Le degré de perte sociale dépend de plusieurs facteurs, dont la manière dont le patient est abordé pendant cette heure précieuse. Le conseil pendant cette rencontre est considéré comme une intervention très efficace.

Au cours de cette séance de conseil, les aspects sur lesquels il faudrait insister devraient être les suivants : la curabilité de la lèpre, le traitement de la lèpre (début précoce, durée totale), les réactions éventuelles, les incapacités éventuelles, quand se rendre à l'établissement de santé pour un suivi, et la nécessité d'une surveillance des contacts. Il faudrait informer les cas index de la probabilité qu'ils aient infecté d'autres personnes et que celles-ci présenteront un risque moindre de développer la lèpre si elles reçoivent une DUR. Le conseil aidera également à obtenir le consentement des cas index pour révéler leur identité et procéder à la recherche de leurs contacts.

## 4.2 Conseil des contacts

Le conseil des contacts (et des membres de la communauté dans le cadre de l'approche de masse) aidera à obtenir le consentement pour le dépistage (c.-à-d. La réalisation d'un examen physique) et l'administration de la DUR. La majorité globale des contacts seront des sujets en bonne santé, et on ne comptera que très peu de cas de lèpre parmi eux.

Il faudrait expliquer les aspects suivants aux contacts : la transmission, le risque possible de développer la maladie, la prévention de la lèpre grâce à la , l'administration en une seule fois de la DUR, l'innocuité de la rifampicine, les limites de la PPE et les premiers signes de la lèpre. Il faudrait expliquer aux contacts qui acceptent de recevoir la DUR les effets secondaires courants de la rifampicine (par exemple, la coloration rouge temporaire de l'urine, de la salive et des larmes) et les effets indésirables plutôt rares (dont d'éventuels maux d'estomac, un syndrome grippal ou la jaunisse) dont la survenue devrait être une indication de se rendre à l'établissement de santé.

Le personnel de santé devrait avoir de bonnes aptitudes en matière de communication et de conseil pour conseiller les cas index et les contacts (membres de la famille, voisins, contacts sociaux). En principe, il faudrait recourir à des conseillers, mais les conseils peuvent également être prodigués par des agents de santé communautaires, des infirmiers, des

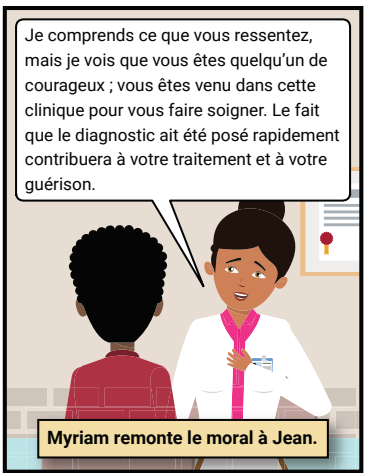
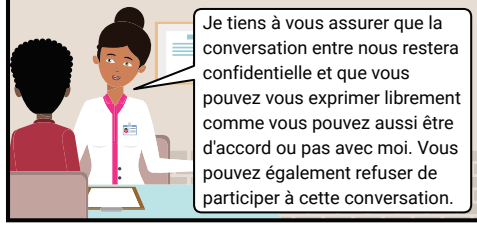
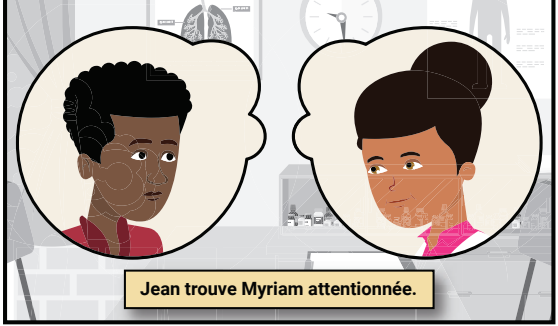
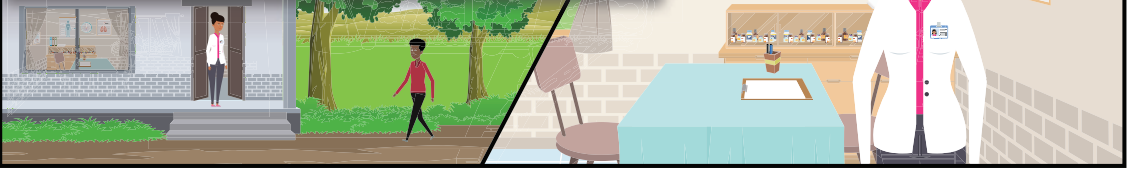
travailleurs en réadaptation, des médecins généralistes, des bénévoles communautaires et des pairs conseillers. Les pairs conseillers sont des personnes qui ont elles-mêmes souffert de la lèpre et qui ont été traitées avec succès (guéries). Toutes les personnes prodiguant des conseils devraient avoir reçu une formation adéquate à cet effet.

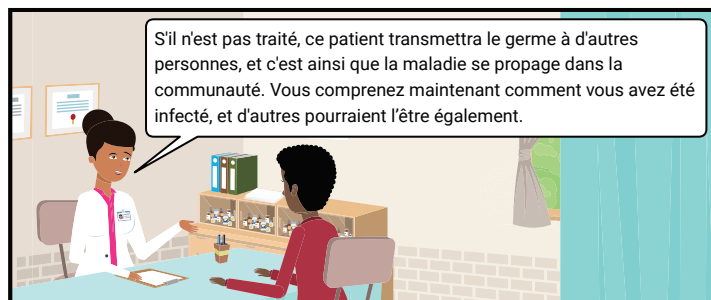
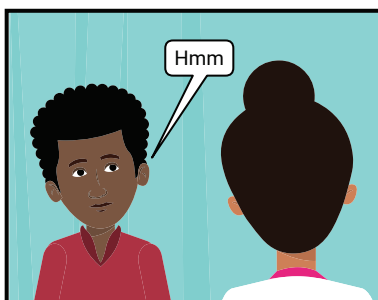
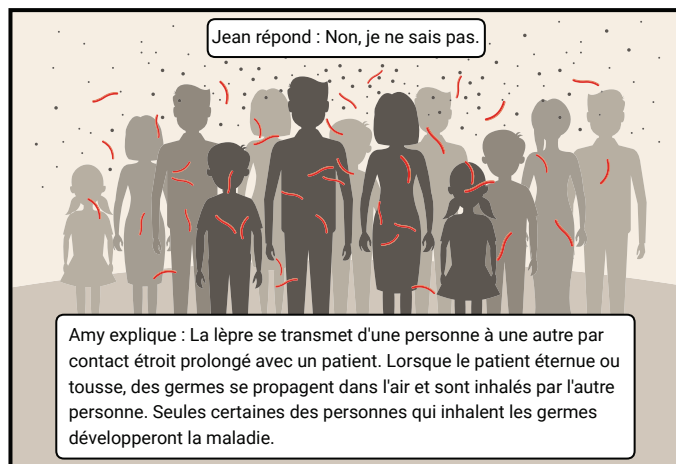
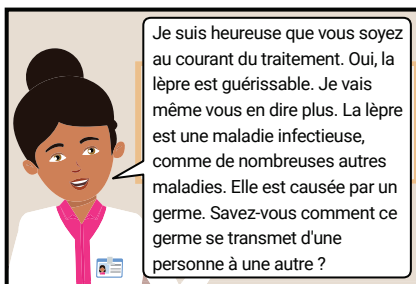
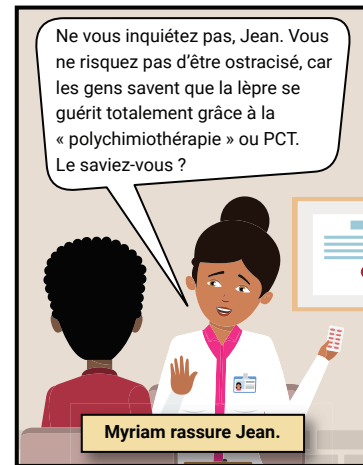
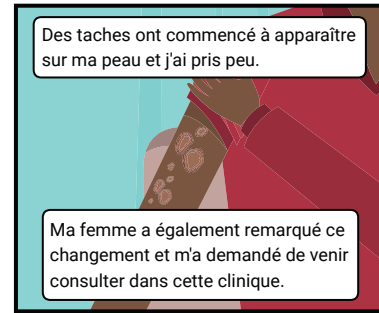
Les bonnes pratiques de conseil, décrites dans le module de formation en ligne de l'OMS sur les conseils en matière de lèpre (28), sont les suivantes :

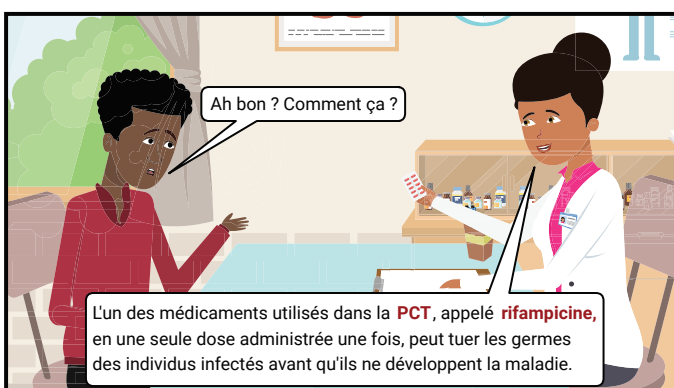
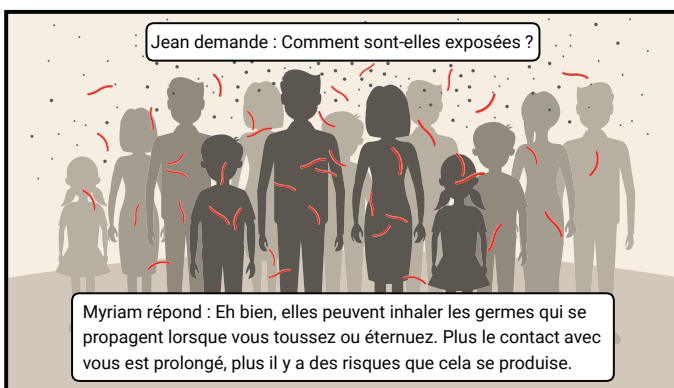
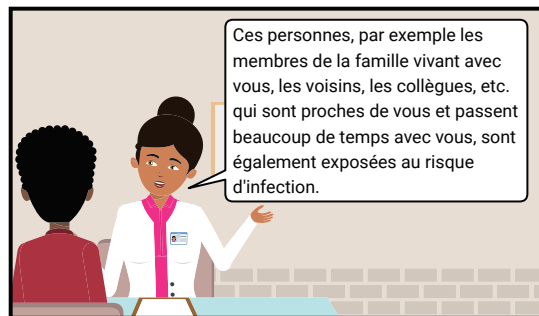
- être bien informé et donner des informations exactes sur la maladie ;
- communiquer à la communauté des informations exactes sur la lèpre ;
- être chaleureux, rassurer et reconforter ;
- répondre aux questions et résoudre les doutes ;
- préserver la confidentialité ;
- éviter d'être inutilement intrusif ;
- recommander aux patients de commencer le traitement à un stade précoce et de terminer le traitement complet pour guérir totalement.

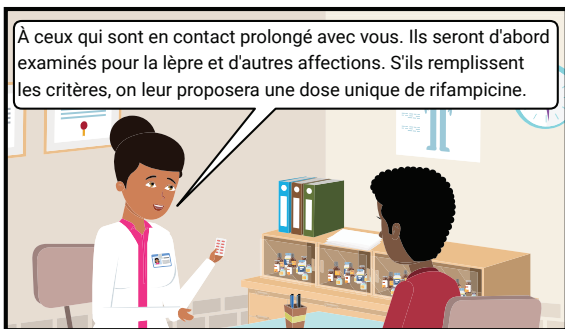
Voici un exemple de la manière dont un patient (*Jean*) est conseillé par un agent de santé (*Myriam*). Les mêmes principes peuvent être appliqués aux contacts avec des informations et des faits pertinents pour eux. Ce récit est un exemple et n'a pas vocation à être exhaustif ni à être reproduit mot pour mot. Il faut garder à l'esprit l'éducation et les origines sociales, culturelles et religieuses des patients et de leurs contacts. La langue locale la plus simple possible doit être utilisée et tout jargon technique évité.

Dans un centre de santé, Myriam, qui est agent de santé, a été formée pour prodiguer des conseils aux patients. Jean, qui vient d'être diagnostiqué de la lèpre, se rend au centre de santé pour la première fois après la confirmation du diagnostic. Il doit recevoir des conseils sur la lèpre et donner son consentement pour la recherche des contacts.







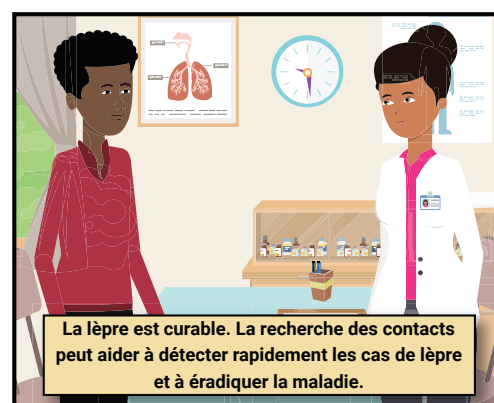
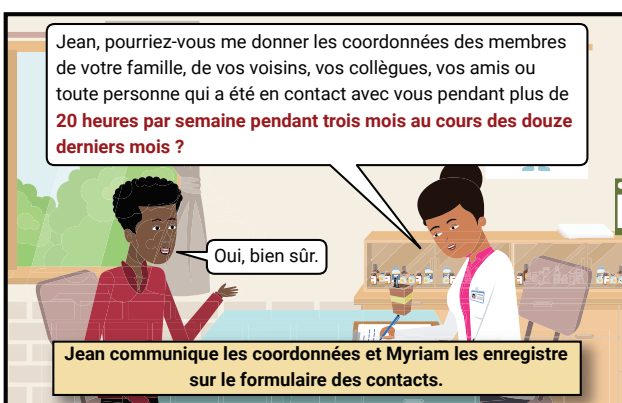
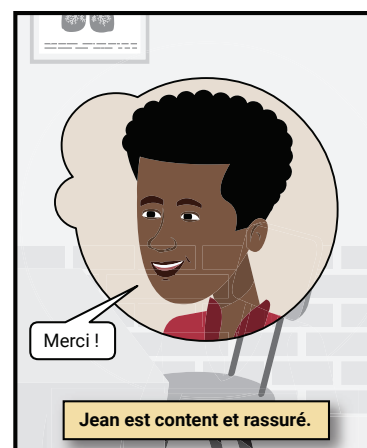


Myriam répond : Oui, vous serez guéri en 12 mois\* si vous prenez votre traitement régulièrement.

Guéri en 6-12 mois\*

JANUARY	FEBRUARY	MARCH	APRIL
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
MAY	JUNE	JULY	AUGUST
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEPTEMBER	OCTOBER	NOVEMBER	DECEMBER
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

\* Le traitement de la lèpre PB est de six mois et celui de la lèpre MB de 12 mois.



# 5 Identification et enregistrement des cas index

Tous les nouveaux cas de lèpre doivent être considérés comme des cas index. Le cas index est généralement considéré comme la source de l'infection des contacts. Les exceptions pouvant être les enfants et d'autres personnes dont la source est souvent un autre patient sous le même toit, dans le même voisinage ou dans la même école. Par conséquent, l'identification du cas index ou la détection d'un nouveau cas constitue le point de départ de la recherche des contacts et de la PPE. Il revient au pays de décider de la date à partir de laquelle les cas index doivent être enregistrés pour la PPE, par ex. la date marquant le début de l'année de déclaration ou la prise en compte de l'année ou des années précédentes. Dès que le diagnostic est confirmé, il faut conseiller les cas index comme indiqué au chapitre 4. La participation des membres de la famille contribue à une meilleure acceptation de l'examen par tous les contacts. Après avoir conseillé le patient, il faudrait obtenir son consentement pour faire connaître son statut à sa famille, ses voisins et ses contacts sociaux. Il faudrait en priorité faire connaître le diagnostic aux membres du ménage, car c'est en son sein qu'on a la plus grande probabilité d'enregistrer des cas secondaires. Faute de consentement, le statut du cas ne devrait pas être dévoilé.

Si le consentement n'est pas obtenu, la recherche des contacts peut toujours se faire sans révéler l'identité du cas index. L'expérience tirée des études et de l'administration de la DUR a montré que le message du type « un cas de lèpre a été détecté au sein de votre communauté, ce qui vous expose à un risque plus élevé d'avoir également la lèpre » fonctionne. Il a pour résultat l'acceptation par les membres de la communauté du dépistage de la lèpre et de l'administration de la PPE.

Une fois le consentement obtenu, le cas index doit être enregistré et considéré comme enregistré pour d'autres activités. Une « case de consentement » peut être cochée sur la fiche de traitement du cas index. L'enregistrement des cas index devrait être lié au registre de traitement, autrement dit, leur numéro d'enregistrement devrait être le même dans tous les dossiers et rapports. Les adresses et numéros de téléphone des cas index devraient être enregistrés de manière à faciliter la visite à leur domicile. La liste des cas index devrait être tenue par année de notification, soit une période de 12 mois, correspondant dans la plupart des pays (mais pas tous) à l'année civile. Cette liste est à consulter chaque année où le programme prévoit de dépister des contacts, conformément à la politique du pays. Il est recommandé de dépister tous les contacts annuellement pendant une période de cinq ans afin d'assurer un bon suivi.

Le conseil du cas index devrait se faire au moment du diagnostic ainsi que pendant toute visite de contrôle. Si le conseil n'a pas été réalisé à ce moment-là, une visite spéciale peut encore être organisée à une date ultérieure à l'établissement de santé ou au domicile du cas index. Le conseil ne devrait pas être dispensé sur le lieu de travail ou à l'école de l'enfant, car cela peut entraîner plus de stigmatisation et empêcher le cas index de coopérer.



Toute personne qui a été en contact avec un cas index non traité pendant au moins 20 heures par semaine durant au moins trois mois au cours de la dernière année est considérée comme un contact aux fins de la recherche des contacts. L'enregistrement des contacts familiaux, des contacts voisins et des contacts sociaux peut être facilité par la relation établie avec les membres de la famille. Ces seuils (20 heures par semaine, 3 mois par an) ne sont pas absolus, mais basés sur la probabilité plus élevée que ces contacts aient été infectés ou aient développé la maladie.

On peut distinguer trois types de contacts :

- **Les contacts familiaux** : contacts vivant sous le même toit qu'un cas index ou partageant la même cuisine avec lui. Il peut s'agir de membres de la famille, mais aussi du personnel ou des aides domestiques ou encore des collègues de travail ou d'autres personnes vivant sous le même toit. Un membre de la famille vivant ailleurs ne devrait pas être considéré comme un contact.
- **Les contacts voisins** : personnes vivant dans l'environnement immédiat d'un cas index, qui s'entend généralement d'un ménage voisin, ou vivant à moins de 100 mètres. En raison de la proximité géographique, la probabilité que ces personnes soient exposées et/ou infectées est plus élevée. Pour des raisons pragmatiques, les programmes peuvent également définir les contacts voisins comme étant les résidents des 5 à 10 maisons entourant la maison du cas index (en fonction de la densité locale des habitations).
- **Les contacts sociaux** : toute autre personne ayant été en contact prolongé avec un cas index et qui n'est pas classée comme contact familial ou voisin. Il peut s'agir d'amis, de proches, de personnes partageant un lieu de travail (par exemple, des ouvriers d'une usine, des collègues de bureau) ou fréquentant la même école (élèves/étudiants et enseignants) ou le même lieu de loisirs (par exemple, un club de sport).

**Remarque** : une personne dont l'exposition à un patient atteint de la lèpre ne commence qu'après que ce patient a été traité pendant quatre semaines n'est pas considérée comme un contact.

Tous les contacts, y compris les contacts familiaux, les contacts voisins et les contacts sociaux d'un cas index doivent être enregistrés sur la liste des contacts, ainsi que leurs coordonnées. On trouvera à l'annexe 1 un exemple de liste de contacts.

# 7 Recherche des contacts

---

C'est l'un des éléments importants pour répertorier les nouveaux malades de la lèpre ainsi que pour administrer la PPE. Les protocoles de recherche des contacts peuvent être utilisés non seulement pour la recherche active de cas de lèpre, mais également pour enquêter sur d'autres maladies courantes où une détection active des cas peut être indiquée, comme la tuberculose, le pian, d'autres maladies de la peau ou le diabète sucré. Tous les membres du personnel intervenant dans la recherche des contacts devraient bénéficier d'une formation adéquate pour détecter les cas présumés de lèpre et de tuberculose ou d'autres problèmes de santé. Grâce aux questions standard et, en cas de doute, à des investigations complémentaires, il est possible de réduire les risques de passer à côté de cas. .

## Approches de la recherche des contacts

- **Approche pour les contacts familiaux** : lorsqu'un cas index est détecté, tous les contacts familiaux sont répertoriés et suivis. Le dépistage peut se faire en invitant les contacts à se présenter à l'établissement de santé, à la prochaine visite prévue ou à un moment autre ; avec ou sans le cas index. Ou alors un agent de santé ou un bénévole formé (homme ou femme, selon le contexte culturel) peut aussi visiter le cas index à son domicile. Dans ce cas de figure, il convient de prévenir le ménage afin que le maximum des membres du ménage (de préférence tous) soient présents pendant la visite. Il faudrait obtenir le consentement du cas index à l'avance afin d'éviter que la visite elle-même ne constitue une atteinte au respect de la confidentialité en révélant le diagnostic de lèpre aux membres de la famille ou aux voisins. Les membres du ménage/ de la famille sensibilisés et motivés doivent être identifiés pour améliorer la recherche, le dépistage et la couverture des contacts.
- **Approche pour les contacts voisins** : elle nécessite généralement une ou plusieurs visites d'un agent de santé ou d'un bénévole formé (homme ou femme, selon le contexte culturel). Selon la politique du pays, cette approche peut consister à retenir un nombre arbitraire de maisons (par exemple cinq) autour de la maison du cas index ou toutes les maisons dans un rayon de 100 mètres par exemple. Le nombre attendu de contacts voisins est variable, se situant généralement entre 25 et 50 contacts (pour une moyenne de cinq par ménage).  
La recherche des contacts familiaux peut se faire en même temps que la recherche des contacts voisins.
- **Approche pour les contacts sociaux** : Dans cette approche, les contacts sociaux sont suivis. Le suivi des contacts sociaux à leur domicile garantit la meilleure

façon de préserver la confidentialité, mais il requiert souvent d'une logistique complexe. Les membres sensibilisés du ménage/de la famille aider à répertorier les contacts sociaux. Exceptionnellement, ils peuvent également être suivis sur leur lieu de travail, à l'école ou à tout autre lieu qui s'y prête. Ils pourraient aussi, autrement, être invités à se rendre à l'établissement de santé.

- **Approche mixte :** Tous les contacts – familiaux, voisins et sociaux – sont répertoriés. Ils peuvent être invités à se présenter à l'établissement de santé à un moment opportun ou il peut leur être proposé de les visiter à leur domicile ou à tout autre endroit convenable. Les membres du ménage peuvent être contactés ensemble. Les contacts voisins peuvent être contactés maison par maison, tandis que les contacts sociaux devraient être abordés individuellement.

L'approche mixte est susceptible de permettre de retrouver le plus grand nombre de contacts. Il convient de garder à l'esprit que le fait de maximiser la couverture – à la fois pour la détection active des cas et pour la PPE – est primordiale.

- **Approche de masse :** elle est principalement recommandée pour des populations réduites bien précises présentant une charge de morbidité due à la lèpre relativement élevée. Les cercles de contacts se chevauchent tellement qu'il convient de considérer l'ensemble de la communauté comme des contacts de cas index. Une population précise peut s'appliquer à un district, à une île, à un foyer urbain (par exemple un bidonville), à un village ou même à un groupe plus restreint.
- **Approche d'autodépistage :** dans le cadre de cette approche participative, les personnes concernées et leurs familles s'identifient et s'enregistrent elles-mêmes comme contacts. Des brochures montrant les symptômes et signes de la lèpre sont distribuées aux contacts. Ils sont invités à s'auto-examiner (ou à se faire examiner par un membre de leur famille) et, en cas de présomption de lèpre, à se présenter à l'établissement de santé pour confirmation (ou rejet) du diagnostic. Cette approche requiert une grande motivation de la part des cas index et des contacts.
- **Approche « camp de dépistage » :** cette approche aide à dépister les nouveaux cas et à enregistrer leurs contacts simultanément. Dans cette approche, des camps de dépistage sont organisés dans une zone d'endémie avec pour objectif principal de détecter les cas de lèpre et par conséquent leurs contacts. D'autres maladies cutanées courantes sont également dépistées et traitées à cette occasion.

### Situations particulières :

- **La recherche des contacts lorsque le cas index est un enfant**

Si le cas index est un enfant scolarisé, faire connaître son diagnostic et le présenter comme la source d'une transmission potentielle de la maladie à d'autres peut conduire à sa stigmatisation et à sa discrimination. Bien qu'un

enfant passe généralement plus de 20 heures par semaine à l'école, il n'est pas conseillé de rechercher ses camarades de classe ou ses enseignants à l'école. La seule exception serait si un programme ordinaire de santé scolaire ou une campagne avec examen physique sont programmés. Ce pourrait être l'occasion de mener des investigations sur la lèpre à l'école, sinon l'école pourrait être informée et soit le programme de santé scolaire pourrait être mis à contribution, soit le directeur ou l'enseignant pourrait être prié de fournir les adresses personnelles des contacts d'un enfant. La recherche des camarades de classe et des enseignants d'un cas enfant devrait se faire à leur domicile. Lors de la visite à la famille, l'identité du cas enfant répertorié ne devrait pas être communiquée au contact ou à sa famille. La visite à domicile est l'occasion de toucher tous les membres de la famille du contact. Les membres du ménage/ de la famille jouent un rôle clé en donnant leur consentement à l'examen et facilitent la conduite de l'examen de tous les membres. La famille de l'enfant devrait bénéficier de conseils – sur la lèpre et sur les avantages de la PPE – avant le dépistage.

- **Les migrants comme contacts**

Si des personnes emménagent dans une famille, une ville ou même un pays, mais n'ont pas d'antécédents d'exposition à un malade de la lèpre, elles ne devraient pas être considérées comme des contacts.

Pour les migrants, il faudrait explorer l'histoire de contact de chaque individu, avec un cas index dans son lieu d'origine.

Si des personnes ont été en contact avec un cas index pendant plus de 20 heures par semaine pendant trois mois par an, mais ont déménagé entretemps, elles doivent toujours être considérées comme des contacts. Tous les efforts devraient être déployés pour chercher à savoir où elles se trouvent. Les autorités de santé publique compétentes dans la zone où ces personnes ont migré devraient être informées et les recherches entreprises.

- **Décès ou migration d'un cas index**

Si un cas index qui a vécu avec des membres de sa famille ou des voisins ou des contacts sociaux pendant environ 20 heures par semaine pendant trois mois par an décède ou émigre, il faudrait examiner les contacts et leur administrer la DUR, s'ils remplissent les critères.

## **Choix du moment et fréquence de la recherche des contacts**

La recherche des contacts peut se faire dès que possible après le diagnostic ou périodiquement dans une zone géographique donnée ou annuellement dans le cadre d'une campagne spéciale ou d'une combinaison de ces approches. Il est important que des efforts soient entrepris pour maximiser la couverture (l'idéal étant de viser 100 % de couverture).

Le choix du moment ou la fréquence de la recherche des contacts et les approches utilisées dépendront des facteurs opérationnels du programme, de l'infrastructure et de la situation géographique dans un pays ou un environnement donnés. La formule retenue peut consister à :

- rechercher les contacts de chaque nouveau cas peu de temps après le diagnostic du cas index (par exemple, dans les programmes où la vérification des adresses se fait systématiquement) ;
- procéder à la recherche de chaque cas quatre semaines après le début du traitement du cas index ;
- de procéder par vagues, lorsque suffisamment de cas index ont été diagnostiqués ;
- de procéder par vagues, périodiquement (par exemple tous les 3, 6 ou 12 mois) pour tous les nouveaux cas recensés au cours des 3, 6 ou 12 mois précédents ainsi que les cas index répertoriés au cours des cinq dernières années ;
- procéder à la recherche des contacts lorsque cette activité est confiée à des agents de sensibilisation communautaires, chaque fois que leur emploi du temps s'y prête.

Le but est de s'assurer de rechercher le maximum de contacts.

# 8

## Dépistage des contacts

---

Le dépistage des contacts peut se faire à l'établissement de santé, à leur domicile ou dans un lieu indiqué. Il faudrait s'employer à maximiser le nombre de contacts recherchés et examinés. Des visites répétées peuvent être organisées pour assurer une couverture maximale. Les membres de la famille des personnes atteintes de la lèpre contribuent à améliorer la couverture du dépistage des contacts.

Le dépistage s'entend de l'examen d'une personne pour détecter en elle des signes et des symptômes de la lèpre (dans le but de déceler la lèpre), rechercher d'autres affections (par exemple, la tuberculose) ou repérer d'autres critères d'exclusion de la PPE.

Avant d'examiner le contact, un rapport doit être établi et des conseils prodigués. Il faudrait expliquer aux contacts les faits concernant la lèpre (curabilité, transmission), l'importance du dépistage précoce et la possibilité (avec certaines limites) de réduire le risque de développer la lèpre grâce à la PPE. La procédure d'examen doit être clairement expliquée. Il faudrait obtenir le consentement du contact à l'examen physique ainsi qu'à l'administration de la PPE, le cas échéant.

L'examen physique doit se faire de la tête aux pieds sous un bon éclairage (de préférence à la lumière du jour), mais dans le respect total de l'intimité. Il faudrait respecter le contexte culturel, qui exige généralement que les contacts féminins soient examinés par des femmes et les contacts masculins par des hommes. Si l'agent de santé ou le bénévole communautaire est du sexe opposé, il peut être nécessaire d'expliquer cette situation minutieusement et/ou recourir aux services d'un membre du ménage/de la famille ou d'un bénévole de sexe masculin ou féminin sensibilisé et de laisser cette personne procéder à l'examen physique. Si cela n'est pas possible, on peut expliquer au sujet comment réaliser un auto-examen.

Des antécédents de picotements, d'engourdissements dans les mains et les pieds, de fièvre, de toux, de perte d'appétit, de perte de poids, de nausées, de coloration jaune des urines ou de selles de couleur pâle sont à explorer. Il faudrait évoquer l'éventualité d'une grossesse. Il faudrait procéder à une observation à la recherche de gonflement des paupières ou du visage, d'une coloration jaune des yeux, de toute macule hypopigmentée ou macule cutanée. Si une macule ou un engourdissement picotant est observé, il faudrait évaluer la présence d'une anesthésie sur les macules ou les membres. Les contacts présentant des lésions qui laissent penser à la lèpre doivent être orientés vers un personnel de santé qualifié pour un examen de confirmation de la lèpre.

On veillera à repérer les éléments suivants :

- Une personne présentant des signes de la lèpre : lésions cutanées hypopigmentées avec perte de sensibilité ; altération ou atteinte du nerf périphérique témoignée par a) une perte certaine de sensibilité ou b) une faiblesse des mains ou des pieds ou du visage ou c) des troubles de la fonction autonome tels que l'anhidrose (peau sèche) ou d) la présence de déformations visibles ou, en cas de doute, orienter le sujet pour des investigations plus poussées ;
- Une personne présentant des signes et symptômes de la tuberculose : toux chronique (plus de deux semaines), perte d'appétit, perte de poids, augmentation de la température corporelle le soir. Si l'un de ces symptômes est observé, orienter le sujet pour des investigations plus poussées ;
- Grossesse : elle pourrait être confirmée par l'absence de règles sur une période ou un test de grossesse positif. En cas de doute et si la personne remplit par ailleurs les critères pour recevoir la PPE, orienter le cas en vue d'exclure l'éventualité d'une grossesse ;
- Troubles hépatiques : les premiers signes d'atteinte hépatique sont : la perte d'appétit, la perte de poids, les nausées, l'aversion pour le tabagisme. Parmi les autres signes, on pourrait citer la coloration jaune de l'urine, la coloration jaune des yeux (conjonctive), la couleur pâle des selles. Si l'un de ces symptômes ou signes est observé, orienter le sujet pour des investigations plus poussées ;
- Troubles rénaux : les premiers signes d'une atteinte rénale sont une urine trouble caractérisée par l'oligurie (production de moins d'urine) et la polyurie (production excessive d'urine), la fatigue, un aspect terreux du visage, un gonflement des paupières ou du visage, une pression artérielle élevée. Il faudrait orienter le cas pour des investigations plus poussées.

Si un contact est dépisté, il faudrait l'enregistrer en mentionnant la date près du nom du contact. Le résultat du dépistage devrait également être enregistré.

# Recherche et dépistage des contacts



Organisation mondiale de la Santé

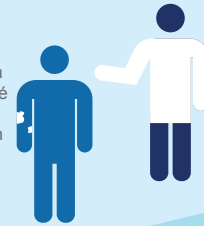
## 1 Identification du ou des cas index

Identification du ou des cas index, en indiquant notamment l'adresse\* et le numéro de portable/téléphone au moment du diagnostic ou en les prenant dans le registre de traitement pour les cas détectés plus tôt.



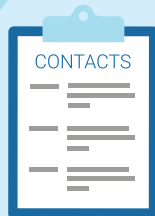
## 2 Conseils au cas

Conseillez le cas sur la maladie, sa guérison, sa propagation, la nécessité d'un dépistage des contacts et la prévention éventuelle.



## 4 Établissement de la liste des contacts

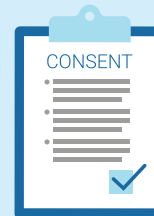
Établissez la liste des contacts\*



## 3 Consentement à la communication d'informations

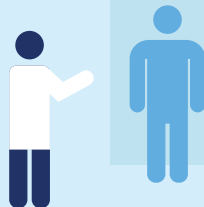
Demandez au cas son consentement à l'information de ses contacts.

**! Pas de consentement, pas d'examen des contacts**



## 5 Rencontre des contacts

En leur rendant visite à domicile ou en les faisant venir au centre de santé.



## 6 Conseils au(x) contact(s)

Expliquez l'importance de la recherche et de l'examen des contacts pour déceler d'autres cas de lèpre à un stade précoce et éventuellement leur administrer une dose unique de rifampicine (DUR) afin de prévenir la lèpre.



## 8 Examen du contact

Effectuez un examen physique du contact et répétez cette procédure chaque année pendant cinq ans.



## 7 Encouragement de l'auto-signalisation

Encouragez l'auto-déclaration des contacts qui n'ont pas pu être examinés pendant le dépistage, en particulier ceux qui auraient des lésions suspectes dues à la lèpre.



\* Dans la mesure du possible, le système de localisation géographique (GPS) peut être utilisé.



La prophylaxie post-exposition pour la lèpre est administrée sous forme de chimioprophylaxie, c'est-à-dire qu'un médicament (la rifampicine) est administré, une seule fois, à des personnes en bonne santé dans le but de réduire le risque de développer la lèpre. Il est important que le sujet qui la reçoit donne son consentement avant de prendre le médicament. Il faudrait à cet effet bien informer le sujet de ses avantages (réduction de la probabilité de contracter la lèpre), mais aussi de ses effets secondaires courants (tels que la décoloration de l'urine) ainsi que des effets indésirables moins fréquents ou extrêmement rares.

La DUR ne devrait être administrée aux contacts qu'après que le cas index a suivi un traitement d'au moins quatre semaines. La raison en est que c'est le temps nécessaire pour rendre la plupart des patients non infectieux. Il y a donc toujours un (faible) risque d'infection pendant les premières semaines de traitement du cas index. Cependant, si la couverture par la DUR devait être sérieusement compromise par un retard dans l'administration de cette dernière, celle-ci pourrait être donnée plus tôt.

On prendra soin d'avoir exclu la lèpre, la tuberculose et d'autres affections chez le sujet avant d'administrer la DUR. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants :

- **Critères d'inclusion**

- Être identifié comme un contact, c'est-à-dire une personne qui a été en contact étroit avec le cas index pendant 20 heures ou plus par semaine pendant plus de trois mois. L'exception est une approche de masse où aucun lien ne doit être établi avec un cas index.
- Âge : plus de 2 ans ; si l'enfant a moins de 2 ans, il peut recevoir une DUR à l'âge de 2 ans, lors des visites de contrôle des contacts (s'il répond à tous les autres critères d'inclusion).
- Obtention du consentement du contact. Selon la situation du pays, le consentement peut être écrit ou oral. Dans le cas des enfants, le consentement doit être obtenu du parent ou du tuteur, et parfois il faudrait obtenir l'assentiment des enfants d'un certain âge.

- **Critères d'exclusion**

- Personnes présentant des signes et/ou des symptômes possibles de la lèpre ;
- Personnes présentant des signes et/ou des symptômes possibles de tuberculose ou chez qui la tuberculose a été confirmée.

- Les personnes ayant des antécédents de troubles hépatiques ou rénaux ;
- Grossesse ; la DUR peut être administrée après l'accouchement
- Personnes ayant reçu de la rifampicine au cours des deux dernières années, par exemple, comme traitement de la tuberculose, de la lèpre ou comme prophylaxie (par exemple à la suite d'un contact avec un autre cas index) ;
- Personnes ayant des antécédents d'allergie à la rifampicine
- Refus de prendre la DUR.

Les contacts présentant des signes ou symptômes de la lèpre devraient être orientés en vue de confirmer (ou d'écarter) la lèpre. En cas de confirmation du diagnostic, un traitement complet par PCT doit être administré. Le patient devrait alors être traité comme un autre cas index et ses contacts devraient être répertoriés conformément aux lignes directrices. Dans le cas où la lèpre est exclue, une chimioprophylaxie avec DUR peut être administrée (sauf si un autre critère d'exclusion est présent).

Les contacts présentant des signes ou symptômes de la tuberculose devraient être orientés en vue de confirmer (ou d'écarter) la tuberculose. En cas de confirmation du diagnostic de la tuberculose, un traitement complet doit être administré. Dans le cas où la tuberculose ou d'autres affections sont écartées, une chimioprophylaxie par la DUR peut être administrée.

Des questions et des doutes ont été soulevés quant au risque possible d'induire une résistance à la rifampicine au cas où la DUR serait administrée à une personne chez laquelle une tuberculose active n'aurait pas été reconnue. Des experts en antibiorésistance, tuberculose et lèpre ont conclu que la DUR administrée aux contacts de patients lépreux, en l'absence de symptômes de tuberculose active, présente un risque négligeable de générer une résistance de *Mycobacterium tuberculosis* (*M. Tuberculosis*) aux médicaments chez les individus et au niveau de la population. Les avantages de la prophylaxie par la DUR, à savoir réduire le risque de développer la lèpre chez les contacts de nouveaux patients lépreux l'emportent de loin sur les risques négligeables de création de résistance de *M. tuberculosis* (29) aux médicaments.

Le tableau 1 présente la posologie recommandée pour la DUR. La rifampicine est généralement disponible en gélules de 300 mg ou 150 mg. Pour les enfants, le sirop de rifampicine peut être indiqué. La posologie est généralement fonction de l'âge et/ou du poids corporel.

**Tableau 1** : Posologie de la rifampicine administrée en DUR pour la prophylaxie de la lèpre

Âge/poids corporel	Dose unique de rifampicine
15 ans et plus	600 mg
10 à 14 ans	450 mg
Enfants de 6 à 9 ans (poids $\geq$ 20 kg)	300 mg
Enfants de 6 à 9 ans (poids $<$ 20 kg)	150 mg
Enfants de 2 à 5 ans	10-15 mg/kg

La DUR utilisée comme PPE est généralement une intervention que les sujets tolèrent bien. Jusqu'à présent, aucun événement indésirable grave n'a été signalé dans le cadre d'une étude de recherche ou d'un programme ayant recours à la PPE au moyen de la DUR. Néanmoins, il faudrait bien expliquer aux sujets qui la reçoivent la possibilité d'effets secondaires et d'événements indésirables (rares), et les contrôler et en assurer le suivi. L'effet secondaire le plus courant de la rifampicine est la coloration rouge de l'urine, de la salive, des larmes ou de la sueur. Bien que courant, ce problème est passager et se résorbe après quatre à six heures. Les événements indésirables possibles de la rifampicine incluent la fièvre, les courbatures, la fatigue (soit un syndrome similaire à celui de la grippe) et – rarement – la jaunisse. Il faut expliquer clairement aux sujets auxquels la DUR est administrée qu'ils devraient contacter l'établissement de santé le plus proche s'ils remarquent ou ressentent un quelconque signe ou symptôme, mis à part la coloration sans conséquence de l'urine.

# 10

## Gestion de la chaîne d'approvisionnement de la rifampicine

---

L'élément crucial de la PPE au moyen de la DUR consiste à disposer d'un stock de rifampicine suffisant pour pouvoir le mettre à la disposition des personnes qui remplissent les critères pour la recevoir. En principe, le pays devrait, à cette fin, mettre en place une politique d'acquisition de la rifampicine. Cette politique couvre les prévisions concernant les besoins en médicaments, l'approvisionnement (sauf don), le stockage et la distribution. Tous ces éléments relèvent de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui peut être gérée de manière intégrée (parallèlement à la PCT ou d'autres médicaments) ou dans le cadre d'un projet particulier. Cette dernière approche peut être plus indiquée lorsqu'il n'y a qu'une poignée de cas index et de contacts, tandis que la première approche peut être plus économique et durable.

### 10.1 Prévisions

Dans les programmes de lutte contre la lèpre de plusieurs pays et dans les projets de recherche, les cas détectés les années précédentes étaient comptés comme cas index ; leurs contacts ont été recherchés et ont reçu la DUR. Cette pratique se fondait sur l'hypothèse que les cas détectés les années précédentes pouvaient avoir infecté leurs contacts, qui restent à un stade sous-clinique ou n'ont pas été diagnostiqués.

Il revient au pays décider de la date à partir de laquelle les cas index doivent être enregistrés pour la PPE, par ex. la date marquant le début de l'année de déclaration ou la prise en compte de l'année ou des années précédentes. Pour le calcul des besoins en rifampicine, il convient de déterminer le nombre de cas détectés (ou susceptibles de l'être) en une année. Le nombre de cas détectés au cours de l'année précédente peut être pris en compte pour estimer le nombre de cas qui seront détectés au cours de l'année suivante, en procédant à quelques ajustements si les conditions opérationnelles changent (telles que des campagnes actives de dépistage de cas). L'estimation des besoins en rifampicine devrait être déterminée en trois étapes, à savoir : (1) calcul des besoins totaux en doses de rifampicine en une année ; (2) ventilation des doses totales en fonction des besoins selon l'âge ; et (3) finalisation de la commande à passer.

- **Étape 1 : calculer les besoins totaux**

Pour calculer les besoins totaux en doses de rifampicine requises en une année, il nous faudra les données suivantes :

- le nombre de nouveaux cas (index) détectés dans la zone au cours d'une année (de notification) ;
- le plus grand nombre de contacts répertoriés. Si ce nombre n'est pas connu, on peut supposer 40 contacts par cas index. Cela signifierait que pour chaque cas index, nous aurions besoin de rifampicine pour traiter 40 contacts. Ce nombre est arbitraire et suppose 5 contacts familiaux, 25 contacts de 5 maisons voisines et 10 contacts sociaux. Il peut être modifié en fonction de la stratégie de recherche des contacts et des données plus affinées disponibles, en particulier au niveau local.

Le calcul peut se faire en appliquant la formule suivante :

$$\text{nombre total de doses de rifampicine requises} = \text{nombre de cas index} \times \text{nombre de contacts par cas index}$$

On retrouvera un exemple au tableau 2.

**Tableau 2** : Calcul des besoins en rifampicine pour l'année suivante, pays « X »

Nombre de cas déclarés l'année précédente	Nombre de contacts supposés par cas index	Nombre total de contacts supposés
[A]	[B]	[C] = [A] x [B]
847	40	33 880

L'approche de masse représente une situation particulière, où le nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir la DUR est estimé comme la population totale de la zone âgée de plus de deux ans. Si ce chiffre n'est pas connu, il peut être (arbitrairement) défini par déduction à partir de la population totale de la zone.

- **Stock régulateur**

Il n'est généralement pas possible d'administrer de la rifampicine à tous les contacts (ou à l'ensemble de la population) : certains contacts peuvent ne pas être retrouvés, d'autres peuvent refuser ou doivent être écartés parce que ne remplissant pas les critères d'inclusion, il peut ne pas être nécessaire d'ajouter un stock régulateur. Une couverture de 85 à 90 % de la population cible est considérée comme un très bon résultat. Si le calcul des besoins en rifampicine est effectué sur la base de 100 %, les 10 à 15 % restants peuvent être considérés comme un stock régulateur.

- **Étape 2 : calculer les besoins en rifampicine en fonction de l'âge**

Une fois que le nombre total de doses requises a été calculé, il faudrait procéder à la ventilation par âge. Cela peut être fait en évaluant le pourcentage de la population dans les différents groupes d'âge au sein de la communauté, car les contacts proviendront de la communauté. Les données suivantes sont requises :

- le pourcentage de la population d'adultes (15 ans et plus) ;
- le pourcentage de la population d'enfants (10 à 14 ans) ;
- le pourcentage de la population d'enfants (6 à 9 ans) ; par exemple environ un tiers d'entre eux auront un poids corporel supérieur ou égal à 20 kg ;
- le pourcentage de la population d'enfants (2 à 5 ans).

Les besoins par âge peuvent être calculés en appliquant la formule suivante :

$$\text{besoins en rifampicine pour le groupe d'âge} = \frac{\% \text{ de la population du groupe d'âge} \times \text{doses requises}}{100}$$

On retrouvera un exemple de calcul au tableau 3.

**Tableau 3 :** besoins en DUR par âge pour une année, pays « X »

Groupe d'âge	Pourcentage parmi la population	Nombre total de contacts supposés	Besoins en rifampicine pour un groupe d'âge	
			Calcul (formule)	Résultat
≥ 15 ans	52 %	33 880	52 x 33 880 / 100	17 618
10 à 14 ans	12 %	33 880	12 x 33 880 / 100	4 066
6 à 9 ans (≥ 20 kg)	5 %	33 880	5 x 33 880 / 100	1 694
6 à 9 ans (< 20 kg)	10 %	33 880	10 x 33 880 / 100	3 388
2 à 5 ans*	10 %	33 880	10 x 33 880 / 100	3 388

\* Comme la proportion du groupe d'âge des 2 à 5 ans au sein de la population peut ne pas être connue, on utilisera plutôt la moitié de la proportion du groupe d'âge des 0 à 5 ans (21 %) au sein de la population.

- **Étape 3 : calculer les quantités à commander**

La rifampicine est disponible en gélules et comprimés de 300 mg et 150 mg.

Le tableau 4 montre comment les besoins en médicaments sont calculés.

**Tableau 4 :** Calcul des besoins en rifampicine, par type de gélule, sur une année, pays « X »

Groupe d'âge	Nombre de contacts	Gélule	Nombre de gélules	Nombre total de gélules par groupe d'âge	Besoins totaux par gélule	
					Gélule de 150 mg	Gélule de 300 mg
	[A]		[B]	[C] = [A] x [B]		
≥ 15 ans	17 618	300 mg	2	35 236		35 236
10 à 14 ans	4 066	300 mg	1	4 066		4 066
	4 066	150 mg	1	4 066	4 066	
6 à 9 ans (≥ 20 kg)	1 694	300 mg	1	1 694		1 694
6 à 9 ans (<20 kg)	3 388	150 mg	1	3 388	3 388	
Nombre total (exact) de gélules					7 454	40 996
<b>Nombre total de gélules (arrondi) (à commander)</b>					<b>8 000</b>	<b>41 000</b>

Dans l'exemple ci-dessus, le pays « X » commanderait 41 000 gélules de rifampicine 300 mg et 8 000 gélules de rifampicine 150 mg. Bien que la rifampicine injectable soit également disponible, elle ne doit pas être utilisée à des fins prophylactiques.

La rifampicine est également disponible sous forme de sirop, la forme préférée des jeunes enfants (2 à 5 ans). La formule la plus indiquée à des fins de chimioprophylaxie est d'utiliser des flacons de 60 ml de 100 mg/5 ml.

## 10.2 Gestion de l'approvisionnement en médicaments

Il faudrait maintenir la chaîne de distribution et d'approvisionnement comme pour les autres médicaments. La prévision peut être établie pour les besoins annuels de la zone (district, région, province, pays). La commande et la distribution peuvent se faire trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en tenant compte des besoins de la zone, de la durée de conservation de la rifampicine, du mode (vague ou au cas par cas), de la distance, de l'accessibilité, de la disponibilité de moyens de transport, du délai d'expédition et celui de transport jusqu'à destination.

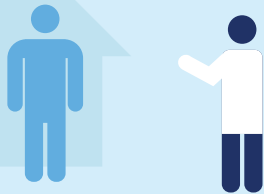
Conformément aux normes de bon stockage, il faut veiller à conserver la rifampicine également dans un endroit frais et sec à l'abri de la lumière directe du soleil et des enfants. Le principe du « premier périmé, premier sorti » devrait être appliqué au maintien de la chaîne d'approvisionnement.

# Prophylaxie post-exposition



Organisation mondiale de la Santé

## CONTACTS INDIVIDUELS



### 1 Prodiguez des conseils sur la maladie

Après le consentement du cas à la communication d'informations, suivez les mêmes étapes que celles indiquées dans l'encadré « Recherche et dépistage des contacts ».

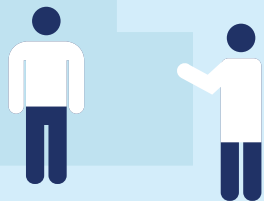
**! Pas de consentement, pas de PPE à base de DUR**



### 2 Conseils sur la dose unique de rifampicine (DUR)

Conseillez les contacts ou la population de la zone sur l'innocuité, les effets secondaires et l'utilité de la DUR.

## APPROCHE DE MASSE



### 1 Plaidoyer auprès des autorités

Faites du plaidoyer auprès des autorités sanitaires ou civiles de la localité (le consentement du cas index peut ne pas être requis).



### 4 Contrôles avant le dosage

Assurez-vous que la lèpre active et la tuberculose ont été écartées.

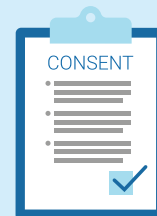
Recherchez toute autre contre-indication à la DUR - atteinte hépatique ou rénale, âge inférieur à 2 ans, grossesse.



### 3 Consentement à la DUR

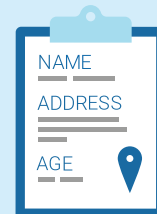
Demandez le consentement du contact ou du membre de la communauté (dans le cas de l'approche de masse) pour la DUR.

**! Pas de consentement, pas de DUR**



### 5 Tenue de registres

Enregistrez le nom, l'âge, l'adresse \*, la date et le lieu d'administration de la DUR (si éligible). Dans le cas contraire, indiquez le motif du non-enregistrement.



\* Dans la mesure du possible, le système de localisation géographique (GPS) peut être utilisé.



## 11.1 Tenir des rapports de la recherche des contacts et de la PPE

La recherche des contacts et la mise en œuvre de la PPE devraient être des volets systématiques du programme national de lutte contre la lèpre. Les dossiers devraient être réduits au minimum et leur tenue ne devrait pas nécessiter trop de travail et devrait s'aligner sur l'enregistrement et la notification systématiques des données.

Les dossiers suivants devraient être conservés :

- **Carte de traitement du patient**

Cette carte contient normalement toutes les informations relatives à un malade atteint de la lèpre. Il n'est pas nécessaire d'établir une « carte de cas index » distincte.

En ce qui concerne la recherche des contacts, la *carte de traitement du patient* doit comporter les informations suivantes : « Consentement donné pour la recherche des contacts :  OUI /  NON ». Bien entendu, l'adresse complète et le numéro de téléphone du patient devraient également être mentionnés.

- **Liste des contacts ou registre des contacts**

Bien que les contacts puissent être mentionnés sur la carte de traitement du patient, ils pourraient être trop nombreux pour y figurer. À proprement parler, les informations relatives aux contacts ne sont pas pertinentes pour la prise en charge clinique du cas index. Il est donc conseillé d'établir une liste des contacts (une liste par cas index) voire un registre des contacts (une page par cas index). Au lieu d'un dossier sur papier, la liste ou le registre peuvent également être tenus sur format électronique avec une bonne sauvegarde. Le projet PEP-HANS au Brésil a démontré la fusion des données de la PPE dans leur système informatique ordinaire en ligne (30).

Ce dossier sera utile pour enregistrer les données relatives à la recherche des contacts, au dépistage des contacts (y compris l'orientation-recours) et à l'administration de la PPE. Des rapports peuvent être générés à partir de ce dossier. Ils peuvent également être utilisés pour le suivi après le dépistage ou l'administration de la DUR, par exemple, le suivi d'une cohorte peut être entrepris. Un exemple du formulaire (liste ou registre) est présenté à l'annexe 1.

La *liste des contacts* (ou la page du *registre des contacts*) devrait comprendre les éléments suivants :

- cas index : nom et numéro de traitement (par exemple 2020/32) ;
- contact : numéro de contact, nom, âge, sexe et type. Le *numéro du contact* peut être le même que le numéro de traitement du cas index, suivi du numéro de série du contact (par exemple 2020/32/01, 2020/32/02, etc.) ; par « type », on entend contact familial (« F »), voisin (« V ») ou social (« S »).
- Date de la recherche du contact (ne rien inscrire dans le champ si la recherche n'a pas été entreprise) ;
- consentement obtenu pour le dépistage : cocher la case si le consentement a été obtenu ;
- Date de dépistage du contact (ne rien inscrire dans le champ si le contact n'a pas été dépisté ou en indiquer la raison dans la colonne des remarques, par exemple l'absence d'un agent de santé de sexe féminin) ;
- consentement obtenu pour la PPE : cocher la case si ce consentement a été obtenu ;
- date d'administration de la DUR (ne rien inscrire si la date n'a pas été fournie) ; mentionner la raison dans la colonne des remarques
- Remarque : mentionner des informations telles que le refus, les critères d'exclusion, etc.

## 11.2 Rapports concernant la recherche des contacts et la PPE

La collecte, la compilation et la notification des données – en lien avec la recherche des contacts et la PPE – devraient faire partie du système de notification ordinaire du programme national de lutte contre la lèpre. Les formats des dossiers et rapports du pays devront peut-être être révisés pour tenir compte des informations relatives à la recherche des contacts et à la PPE.

La collecte des données relatives à la recherche des contacts et à la PPE devrait se faire au(x) même(s) niveau(x) que celui où les données d'autres rapports sur la lèpre sont recueillies. La notification en matière de lèpre est généralement trimestrielle, mais certains pays tiennent des rapports mensuels tandis que d'autres pays établissent des rapports sur la lèpre deux ou une fois par an. Peu de pays exigent même des rapports sur la lèpre en temps réel. On peut retenir la même fréquence pour les rapports sur la recherche des contacts et la PPE.

Si les rapports sur la lèpre sont établis au niveau de l'établissement de santé, le rapport sur la recherche des contacts et la PPE devrait également être compilé à ce

niveau. Cependant, si les rapports sont établis au niveau du district, alors des rapports sur la recherche des contacts et la PPE peuvent y être établis. Les rapports regroupés peuvent être transmis sous forme de rapports sur papier ou par voie électronique via le canal prévu à cet effet dans le pays. En principe, un bref commentaire narratif devrait les présenter..

Si la tenue de dossiers de la lèpre se fait électroniquement et se fonde sur les cas, alors des informations supplémentaires liées à la recherche des contacts et à la PPE devraient être ajoutées aux informations sur le cas index tandis qu'un mécanisme distinct devrait être conçu pour une approche de masse.

Les indicateurs suivants sont utiles pour donner un sens à la performance des composantes recherche des contacts et PPE du programme national de lutte contre la lèpre :

- Nombre de cas index enregistrés au cours de la période (mois/trimestre/année) : [A]
- Nombre de contacts répertoriés pour ces cas index : [B]
  - Nombre de contacts familiaux : [B<sub>1</sub>]
  - Nombre de contacts voisins : [B<sub>2</sub>]
  - Nombre de contacts sociaux : [B<sub>3</sub>]
- Nombre moyen de contacts par cas index : [C] = [B] / [A] (base de référence : ~40)
- Nombre de contacts ayant subi un dépistage : [D]
- Proportion de contacts ayant subi un dépistage : [E] = [D] / [B]
- Nombre de contacts ayant reçu la DUR : [F]
- Proportion de contacts ayant reçu la DUR : [G] = [F] / [B]
- Nombre de cas de lèpre détectés parmi les contacts ayant subi un dépistage : [H]
- Proportion de cas de lèpre détectés parmi les contacts = [H] / [B]

# 12 Mise en œuvre de la recherche des contacts et de la PPE

## 12.1 Préparation au niveau national

Pour une mise en œuvre réussie de la recherche des contacts et/ou de la PPE (au moyen de la DUR), une préparation considérable sera nécessaire. Il s'agira notamment de :

- l'adaptation du présent document d'orientation technique au contexte national (et infranational). Les formats des dossiers et rapports devront être adaptés : carte de traitement du patient, liste ou registre des contacts, fiche d'orientation-recours. Cela pourrait être fait en constituant un groupe de travail ou une équipe ou en confiant cette tâche à un groupe d'individus.
- Les directives spécifiques au pays, les formats des dossiers et rapports devraient être imprimés et distribués (ou alors ils peuvent être mis à disposition en ligne). Les documents devront peut-être également être traduits dans les langues locales avant impression et distribution.
- La recherche des contacts et la PPE sont principalement des interventions de santé publique, même si elles sont liées à des patients individuels. Il est donc important que les décideurs politiques et la communauté en aient été informés et aient accepté ces stratégies. Si notamment les deux interventions sont nouvelles dans le pays ou au niveau infranational, un travail de plaidoyer devrait être entrepris. Un budget (pour les activités de plaidoyer, la formation et la mise en œuvre) devra également être dégagé.
- Une fois que les interventions ont été approuvées au niveau politique, des acteurs doivent être identifiés pour les mettre en œuvre. La responsabilité première incombe aux prestataires de services de santé, mais d'autres parties prenantes peuvent devoir être impliquées, par exemple, les organisations non gouvernementales (ONG), les personnes touchées par la lèpre, les organisations communautaires, les bénévoles de santé communautaire, les chefs religieux, les enseignants. Au niveau national, les principaux représentants de ces parties prenantes peuvent être réunis dans le cadre d'un atelier national pour obtenir leur soutien. Ils devraient également être informés de ce que la PPE au moyen de la DUR réduit considérablement le risque de développer la maladie.

- Pour renforcer les capacités en matière de recherche des contacts et de PPE, une formation des formateurs devrait être organisée au niveau national afin de pouvoir les faire participer à la formation en cascade du personnel de santé et des bénévoles aux niveaux inférieurs. Cette formation peut également être intégrée dans une autre formation.
- Obtention de la rifampicine à des fins prophylactiques, par don ou par achat. En cas d'achat, la politique du pays est à suivre, ce qui peut signifier un achat central ou local. Si le médicament est obtenu par don ou acheté au niveau central, il peut être plus efficace d'organiser la distribution parallèlement aux fournitures ordinaires de la PCT. Ce travail nécessite une planification détaillée.
- Pour informer la communauté dans son ensemble des avantages de la recherche des contacts et/ou de la PPE, il faudrait élaborer et diffuser des supports d'IEC.
- Le plan national (annuel) contre la lèpre devrait intégrer la recherche des contacts et/ou la PPE ; cela serait préférable à l'élaboration d'un plan distinct pour ces interventions. Il devrait être possible de suivre les progrès généraux de la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE dans le cadre des activités de lutte contre la lèpre.

## 12.2 Préparations au niveau intermédiaire

Les activités préparatoires à la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE au niveau intermédiaire – État, province, région – différeront d'un pays à l'autre, mais peuvent inclure les aspects suivants :

- Des représentants de différentes parties prenantes – responsables de programme, médecins, personnel de santé, politiciens, partenaires, personnes touchées par la lèpre, ONG locales, chefs de village, etc. – peuvent être invités à une réunion tenue au niveau intermédiaire. Dans cette réunion ou cet atelier, les détails de la recherche des contacts et/ou de la PPE peuvent être expliqués afin que toutes les parties prenantes comprennent les avantages pour la communauté et soient convaincues d'apporter leur soutien. Ils devraient également être informés de ce que la PPE au moyen de la DUR réduit considérablement le risque de développer la maladie.
- Pour renforcer les capacités à entreprendre la recherche des contacts et/ou la PPE, une formation formelle des formateurs identifiés devrait être organisée au niveau intermédiaire, en utilisant les formateurs formés au niveau central comme personnes ressources clés. Les personnes formées au niveau intermédiaire peuvent ensuite participer davantage à une formation en cascade aux niveaux plus périphériques.
- Les rôles et responsabilités du personnel de santé et des bénévoles de santé communautaire pour les différentes actions devraient être définis et la formation en cascade planifiée en conséquence.

- Si la rifampicine doit être achetée au niveau intermédiaire, l'achat devrait se faire conformément aux politiques en vigueur.
- La communauté dans son ensemble devrait être informée des avantages de la recherche des contacts et/ou de la PPE en tant qu'interventions de santé publique. Des messages appropriés devraient être incorporés lors de l'élaboration des supports d'IEC au niveau intermédiaire.
- Le plan (annuel) de lutte contre la lèpre pour le niveau intermédiaire devrait inclure les activités nécessaires à la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE : formation du personnel, obtention et distribution de rifampicine (idéalement en association avec les médicaments de PCT), planification de la recherche des contacts, supervision. Il est préférable que la recherche des contacts et la PPE soient intégrées dans un plan ordinaire de lutte contre la lèpre (ou même de lutte contre la maladie ou de santé) plutôt que d'élaborer un plan distinct à cette fin. Il devrait être possible de suivre les progrès généraux de la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE dans le cadre des activités de lutte contre la lèpre.

### 12.3 Préparations au niveau périphérique

Les activités préparatoires à la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE au niveau périphérique – district ou sous-district, communauté – différeront d'un pays à l'autre, voire au sein des pays. Celles-ci peuvent inclure :

- Des représentants de différentes parties prenantes – responsables de programme, médecins, personnel de santé, politiciens locaux, partenaires, personnes touchées par la lèpre, ONG locales, chefs de village, leaders religieux, etc. – peuvent être invités à une réunion tenue au niveau du district. Dans cette réunion ou cet atelier, les détails de la recherche des contacts et/ou de la PPE peuvent être expliqués afin que toutes les parties prenantes comprennent les avantages pour la communauté et le patient pris individuellement soient convaincues d'apporter leur soutien. Ils devraient également être informés de ce que la PPE au moyen de la DUR réduit considérablement le risque de développer la maladie.
- Les rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE par les médecins, le personnel de santé et les bénévoles de santé communautaire devraient être expliqués.
- Pour renforcer les capacités à entreprendre la recherche des contacts et/ou la PPE, une formation ou une orientation du personnel de santé périphérique et des bénévoles de santé communautaire devrait être organisée (généralement au niveau du district ou du sous-district), en utilisant les formateurs de niveau intermédiaire comme personnes-ressources clés.

- L'achat des médicaments se fait généralement à un niveau supérieur. Si la rifampicine est achetée au niveau périphérique, l'achat devrait se faire conformément aux politiques en vigueur.
- La communauté dans son ensemble devrait être informée des avantages de la recherche des contacts et de la PPE. La communauté devrait également être informée de ce que la PPE au moyen de la DUR réduit considérablement le risque de développer la maladie. Le plaidoyer local et les activités pertinentes d'IEC devraient être entrepris périodiquement (en cas de recherche de contacts ou de la PPE tout au long de l'année) ou quelques semaines avant la mise en œuvre effective (dans le cas où les activités sont entreprises dans le cadre d'une campagne). L'objectif ici est d'élargir la couverture au maximum.
- Toute activité supplémentaire à décider au niveau local.
- Le plan (annuel) de lutte contre la lèpre pour le niveau districale ou communautaire devrait inclure les activités nécessaires à la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE : plaidoyer local, formation ou orientation du personnel et des bénévoles, obtention et distribution de rifampicine (idéalement en association avec les médicaments de PCT), détermination d'un système d'orientation-recours, planification de la recherche des contacts, suivi et supervision.
- Il est préférable que la recherche des contacts et la PPE soient intégrées dans un plan ordinaire de lutte contre la lèpre (ou même de lutte contre la maladie ou de santé) pour le district plutôt que d'élaborer un plan distinct à cette fin. Il devrait être possible de suivre les progrès généraux de la mise en œuvre de la recherche des contacts et/ou de la PPE dans le cadre des activités de lutte contre la lèpre.

# 13 Suivi et supervision

---

Le suivi et la supervision sont pour la plupart abordés ensemble, car tous deux sont des outils de gestion de programme, destinés à suivre l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités planifiées ou à évaluer les résultats du programme ou du projet.

Le suivi consiste à évaluer le flux continu d'informations de haut en bas dans la chaîne du programme, et par le biais de rapports d'étape (périodiques ou ponctuels), vers d'autres unités et au-delà. Il s'appuie sur un ensemble d'indicateurs basés sur des objectifs planifiés dits « SMART »<sup>2</sup>. Seuls les indicateurs qui peuvent être recueillis avec une relative facilité devraient être utilisés. Les informations générées par le suivi sont utilisées à tous les niveaux de gestion (national et infranational) pour évaluer les progrès, recenser les problèmes et prendre des mesures correctives (1).

Le but de la supervision, en revanche, est d'assurer et d'améliorer la qualité des services. Elle est principalement axée sur l'évaluation et l'amélioration des performances du personnel. La supervision formative encourage l'amélioration grâce à un esprit de collaboration en établissant des normes uniformes, en identifiant et en résolvant les problèmes, en déterminant les besoins et en offrant des possibilités de perfectionnement. Pour plus d'informations sur le suivi et la supervision, consultez le document de l'OMS intitulé *Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre de 2016-2020 : Guide du suivi et évaluation* (1).

Ce chapitre traite des aspects du suivi et de la supervision pertinents pour la recherche des contacts et la PPE. En réalité, ces aspects peuvent être pris en compte dans le cadre de l'évaluation globale du programme de lutte contre la lèpre ou même de l'évaluation des activités de sensibilisation communautaire menées au titre des interventions de santé publique.

Le suivi de la mise en œuvre des activités prévues et la supervision des performances du personnel de santé et des bénévoles de santé communautaire peuvent être assurés en les accompagnant en ayant recours à une liste de contrôle et à des observations. Les listes de contrôle énumérées ci-après peuvent être utilisées.

- **Liste de contrôle pour l'enregistrement des cas index**
  - Les cas index identifiés correspondent aux cas inscrits dans le registre de traitement.

---

<sup>2</sup> Objectifs SMART : spécifiques, mesurables, acceptables, pertinents et temporellement définis



- Tous les cas index ont été conseillés sur les aspects élémentaires de base de la lèpre ainsi que sur les avantages de la recherche des contacts et de la PPE.

Un échantillon de cas index peut être interrogé pour vérifier leurs connaissances. Un échantillon de séances de conseil a pu être observé pour en vérifier la qualité. Si les connaissances du cas index sont insatisfaisantes ou si la qualité du conseil n'est pas à la hauteur, le superviseur de l'agent de santé peut lui montrer comment le réaliser.

- **Liste de contrôle pour la liste des contacts et la recherche des contacts**

- Le consentement des cas index est obtenu pour faire connaître de leur statut lors de la recherche des contacts. Cela suppose que le cas index consent également à la recherche des contacts.

Les cas index peuvent avoir accepté de faire connaître « en partie » leur maladie, par exemple, aux contacts familiaux, mais pas aux voisins ou aux contacts sociaux. Cela peut être vérifié auprès d'un échantillon de cas index.

- La liste des contacts est aussi exhaustive que possible. Les noms et autres coordonnées des contacts sont correctement enregistrés dans le formulaire ou le registre des contacts.

Les contacts familiaux et voisins peuvent être confirmés lors d'une visite au domicile du cas index. Il n'est généralement pas possible de vérifier si tous les contacts sociaux sont répertoriés.

- Des visites ont été effectuées par l'agent de santé désigné ou le bénévole de santé communautaire aux contacts répertoriés.

Cela pourrait être vérifié en visitant les maisons de quelques contacts répertoriés. Lors de la visite des contacts, les points suivants doivent être vérifiés :

- les coordonnées des contacts sont correctement enregistrées ;
- le conseil est prodigué en lien avec la transmission possible et la prévention de la maladie.

- **Liste de contrôle pour le dépistage des contacts**

- L'importance et les étapes du dépistage ont été correctement expliquées aux contacts, et ceux-ci ont donné leur consentement pour le dépistage (examen physique). Cela peut être vérifié en interrogeant quelques contacts.

- Le dépistage des contacts a été correctement effectué, le dépistage a pu être observé, ou le superviseur peut demander au contact de décrire comment le dépistage physique a été réalisé. Cette option est préférable à la soumission du cas de contact à un nouvel examen physique.

- L'orientation-recours, le cas échéant, a été assurée et fait l'objet d'un suivi.
- Les contacts autodéclarés après le dépistage ont été enregistrés

- **Liste de contrôle pour la PPE**

- Les contacts ont été convenablement informés des avantages et des limites (efficacité limitée, mais aussi des effets secondaires possibles) de la PPE par la DUR.
- Dans le cas où une DUR a été administrée, il existe des éléments qui prouvent que les critères d'exclusion ont été vérifiés.
- Dans le cas où la DUR n'a pas été administrée, il existe des éléments qui prouvent que les critères d'inclusion ont été vérifiés.

Les critères ci-dessus peuvent être vérifiés en interrogeant un échantillon de contacts ou en observant les procédures.

En cas de refus de la PPE, le superviseur devrait s'employer à convaincre le contact de l'accepter.

- **Liste de contrôle pour la gestion du médicament**

- La rifampicine (à différentes doses) est disponible en quantité suffisante au regard des besoins anticipés pour la zone ou la campagne.
- La rifampicine est commandée en temps opportun.
- Le stockage de la rifampicine se fait selon les directives standard.
- La date d'expiration devra être vérifiée. Le principe du « premier périmé, premier sorti » est respecté.

- **Suivi des dossiers et des rapports**

- La carte de traitement du patient, la liste ou le registre des contacts sont complets et correctement tenus.
- L'enregistrement des entrées et sorties de stock (la carte stock) ou le registre des médicaments est correctement tenu.
- Les rapports sont compilés comme il se doit.
- Les rapports sont soumis en temps opportun au niveau suivant.
- Les retours d'expérience, le cas échéant, sont reçus et des mesures sont prises en conséquence, si besoin est.

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour évaluer la mise en œuvre du dépistage des contacts et/ou de la PPE. Les indicateurs peuvent être recueillis mensuellement, trimestriellement ou annuellement pour une zone donnée et regroupés à un niveau supérieur.

- Nombre de cas index enregistrés au cours de la période (mois, trimestre, année) [A]
- Nombre de contacts répertoriés pour ces cas index [B]
- Nombre moyen de contacts par cas index [C] = [B] / [A]. Base de référence : ~40
- Nombre de contacts ayant subi un dépistage [D]
- Proportion de contacts ayant subi un dépistage [E] = [D] / [B] x 100 (%)
- Nombre de contacts ayant reçu la DUR [F]
- Proportion de contacts ayant reçu la DUR [G] = [F] / [B] x 100 (%)
- Nombre de cas de lèpre détectés parmi les contacts durant la période [H]
- Nombre total de cas de lèpre détectés pendant la période [I]
- Proportion de cas de lèpre détectés dans le cadre de la recherche des contacts [J] = [H] / [I] x 100 (%)
- Taux de détection des cas de lèpre parmi les contacts répertoriés = [H] / [B] x 1 million

Les indicateurs décrits ci-dessus peuvent avoir été recueillis dans le cadre de la mise en œuvre ordinaire de la recherche des contacts et de la PPE. Si ces données sont disponibles, le superviseur peut comparer ses conclusions avec les informations qui ont été recueillies ou déclarées et évaluer ainsi la qualité des rapports réguliers.

# 14 Information, éducation et communication

---

L'information, l'éducation et la communication – également désignées par l'abréviation « IEC » – sont une composante très importante de tout programme de santé publique. Une communauté informée favorisera la demande de services tandis qu'un patient ou une personne touchée qui sont bien informés et ont compris les aspects élémentaires de la lèpre seront plus dociles et coopératifs.

Parallèlement aux autres activités d'IEC, il convient d'insister sur des messages du type « *Il est maintenant possible de prévenir la lèpre* », « *maintenant le risque de développer la lèpre peut être réduit de manière significative* » ou « *une dose unique de rifampicine peut réduire considérablement le risque de développer la lèpre* », etc. Ces messages devraient être rédigés dans une langue comprise par les bénéficiaires. Le jargon médical est à éviter. Ces messages donneront de l'espoir aux patients, aux membres de leur famille, à leurs contacts et à la communauté en général.

# Références bibliographiques

- (1) Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, Programme mondial de lutte contre la lèpre. Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016–2020 : Guide de suivi et évaluation. New Delhi : Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225867-fre.pdf?sequence=5>)
- (2) Moet FJ, Pahan D, Schuring *et al.* Physical Distance, Genetic Relationship, Age, and Leprosy Classification Are Independent Risk Factors for Leprosy in Contacts of Patients with Leprosy. *The Journal of Infectious Diseases* 2006; 193:346–53
- (3) Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1999; 67:119-128.
- (4) Bakker MI, Hatta M, Kwenang A *et al.* Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72(4): 443-8
- (5) Organisation mondiale de la Santé. Situation de la lèpre dans le monde, 2018 : parvenir à un monde exempt de lèpre. *Wkly Epidemiol Rec* 2019, 94, 389-412.
- (6) Fine PEM, Sterne JAC, Ponnighaus JM *et al.* Household and Dwelling Contact as Risk Factors for Leprosy in Northern Malawi. *Am J Epidemiol* (146), 1, 91-102
- (7) Dabrera TME, Tillekeratne LG, Fernando MSN *et al.* Prevalence and Correlates of Leprosy in a High-Risk Community Setting in Sri Lanka. 2016. *Asia Pac J Pub Hlth* (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539516666360>)
- (8) Butlin CR, Nicholls P, Bowers B *et al.* Household contact examinations: outcome of routine surveillance of cohorts in Bangladesh, *Lep Rev* 2019; 90 (3): 290-304
- (9) Ortuno-Gutierrez *et al.* Clustering of leprosy beyond the household level in a highly endemic setting on the Comoros, an observational study. *BMC Infectious Diseases* (2019) 19:501 <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4116-y>
- (10) Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016–2020 « Parvenir plus rapidement à un monde exempt de lèpre ». New Delhi : Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225867-fre.pdf?sequence=5>)
- (11) Cartel JL, Chanteau S, Boutin JP *et al.* Implementation of chemoprophylaxis of leprosy in the Southern Marquesas with a single dose of 25 mg per kg rifampin. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1989; 57 (4): 810-6.
- (12) Cartel JL, Chanteau S, Mouliia-Pelat JP *et al.* Chemoprophylaxis of leprosy with a single dose of 25 mg per kg rifampin in the southern Marquesas; results after four years. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1992; 60(3): 416-20.
- (13) Nguyen LN, Cartel JL, Grosset JH. Chemoprophylaxis of leprosy in the southern Marquesas with a single 25 mg/kg dose of rifampicin. Results after 10 years. *Lep Rev* 2000; 71 Suppl: S33-5; discussion S5-6.
- (14) Richardus JH, Oskam L. Protecting people against leprosy: Chemoprophylaxis and immunoprophylaxis. *Clinics in Dermatology* (2015) 33, 19-25
- (15) Bakker MI, Hatta M, Kwenang A *et al.* Prevention of leprosy using rifampicin as chemoprophylaxis. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72(4): 443-8
- (16) Moet FJ, Oskam L, Faber R *et al.* A study on transmission and a trial of chemoprophylaxis in contacts of leprosy patients: design, methodology and recruitment findings of COLEP. *Lep Rev* 2004; 75(4): 376-88
- (17) Moet FJ, Pahan D, Oskam L *et al.* Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336 (7647): 761-4

- (18) Smith CM, Smith WC. Chemoprophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: a systematic review and meta-analysis. MILEP2 Study Group. *Mucosal Immunology of Leprosy. J Infect* 2000; 41: 137-142.
- (19) Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre. Organisation mondiale de la Santé (2018) (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290226963-fre.pdf>)
- (20) Feenstra SG, Nahar Q, Pahan D et al. Acceptability of chemoprophylaxis for household contacts of leprosy patients in Bangladesh: a qualitative study. *Lepr Rev* (2011) 82, 178–187
- (21) Tiwari A, Dandel S, Djupuri R et al. Population-wide administration of single dose rifampicin for leprosy prevention in isolated communities: A three year follow-up feasibility study in Indonesia. *BMC Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3233-3>
- (22) Apte H, Chitale M, Das S et al. Acceptability of contact screening and single dose rifampicin as chemoprophylaxis for leprosy in Dadra and Nagar Haveli, India. *Leprosy Review* 2019; 90(1): 31-45.
- (23) Da Cortela DCB, Ferreira SMB, Virmond MCL et al. Acceptability of chemoprophylaxis in an endemic area for leprosy: The PEP-HANS Brazil Project. *Cadernos de Saude Publica*. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068719>
- (24) Steinmann P, Cavaliero A, Aerts A et al. The Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: update and interim analysis. *Lepr Rev* 2018; 8 9; 102-116.
- (25) Tiwari A, Blok DJ, Arif M et al. Leprosy post-exposure prophylaxis in the Indian health system: A cost-effectiveness analysis. *PLoS Negl Trop Dis* 14(8): e0008521. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008521>
- (26) Pepinsky HB, Pepinsky PN in : 1954. Counseling theory and practice. The Ronald Press Company, New York, p. 307. Counselling skills for managers (en ligne, disponible à l'adresse <https://slideplayer.com/slide/1489353/>) (consulté le 2 juin 2020)
- (27) Toolkits: Guides on Stigma and Mental Wellbeing, guide 2 (en ligne, disponible à l'adresse <https://www.infondt.org/toolkits/stigma-guides/guide-2-how-reduce-impact-stigma/1-undetected-disease>) (consulté le 20 juin 2020)
- (28) World Health Organization. eModule\_3\_Counselling for leprosy (en ligne, disponible à l'adresse <http://searo.labs.enablingdimensions.com/mod/scorm/player.php>) (consulté le 20 juin 2020)
- (29) Mieras L, Anthony R, van Brakel W et al. Negligible risk of inducing resistance in *Mycobacterium tuberculosis* with single-dose rifampicin as post-exposure prophylaxis for leprosy. *Infect Dis Poverty* 2016; 5(46).
- (30) Marques GN, Ignotti E, di Franco Schiavon S et al. A Health Information System to Assist Information Management of Leprosy Post-Exposure Prophylaxis in the Brazilian pilot project: Background and trends. Mars 2020, en ligne, disponible à l'adresse <https://bit.ly/3lbHXG2>. Consulté le 6 juillet 2020.

# Annexes

# Annexe 1 : Liste des contacts

Cas index    Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans    No de reg. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Type de lèpre :  MB  PB    Date de début du traitement : \_\_\_\_\_

## Contacts :

N°	Nom	Téléphone	Âge	Sexe		Type			Conseils		Consente- ment obtenu		Date d'adminis- tration de la DUR	Observations
				M	F	Ménage	Voisin	Social	Examen	DUR	Dépistage			
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



N°	Nom	Téléphone	Âge	Sexe		Type			Conseils		Consente- ment obtenu		Date d'adminis- tration de la DUR	Observations
				M	F	Ménage	Voisin	Social	Examen	DUR	Dépistage	DUR		
18				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
29				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
38				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
39				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Annexe 2 : Consentement du cas index

(Explications à fournir par le conseiller, le médecin ou l'agent de santé)

« La lèpre – comme de nombreuses autres maladies infectieuses – est une maladie causée par un germe. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner une invalidité et une défiguration. La lèpre peut être guérie par un cycle complet de polychimiothérapie (PCT).

La lèpre se transmet généralement par contact étroit avec un patient non traité. Lorsque le patient éternue ou tousse, des germes se propagent dans l'air et peuvent ensuite être inhalés par une autre personne. La plupart des personnes sont naturellement immunisées, mais d'autres peuvent développer la lèpre, souvent après de nombreuses années.

Après avoir commencé le traitement par la PCT, vous allez guérir.

Mais ceux qui sont ou ont été en contact étroit avec vous pendant des périodes prolongées (20 heures par semaine, trois mois par an), à l'instar des membres de votre famille, de vos voisins ou de vos collègues, peuvent également avoir été infectés. La rifampicine est un médicament efficace pour tuer les germes dans le corps avant que la maladie ne se développe. Des études ont prouvé et l'OMS recommande qu'une dose unique de rifampicine (DUR), si elle est administrée à des contacts, (qui peuvent avoir le germe dans leur corps mais présenter des signes ou des symptômes de la maladie), peut faire qu'ils ne développent pas la lèpre.

À la lumière de ces faits, nous vous recommandons de faire dépister vos contacts pour rechercher des signes et symptômes de la lèpre. S'ils ne présentent aucun signe ou symptôme, ils peuvent recevoir de la rifampicine afin d'éviter qu'ils ne développent la lèpre. Une dose unique de rifampicine suffit pour prévenir la lèpre.

Maintenant que vous avez commencé le traitement, vous ne serez plus contagieux et vous allez guérir. Mais pour prévenir la lèpre dans votre famille, chez vos voisins, vos collègues ou amis, consentez-vous que nous leur disions que vous avez la lèpre afin que nous puissions leur faire passer des contrôles également et leur offrir de la rifampicine ?

Si vous y consentez, veuillez signer ce formulaire pour indiquer que vous acceptez que révélons que vous êtes atteint(e) de la lèpre et que nous puissions rechercher vos contacts.

Si vous n'y consentez pas, nous respecterons également votre décision. »

Je consens que vous divulguiez mon identité :

aux membres de ma famille

à d'autres personnes vivant chez moi

à mes voisins

à mes collègues / amis / autres

**Cas index** No reg. \_\_\_\_\_

**Conseiller / médecin / agent de santé**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

(Pour mineur(e)) Tuteur : \_\_\_\_\_

Désignation : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature :

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Annexe 3 : Consentement du contact

(Explications à fournir par le conseiller, le médecin ou l'agent de santé)

« La lèpre – comme de nombreuses autres maladies infectieuses – est une maladie causée par un germe. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner une invalidité et une défiguration. La lèpre peut être guérie par un cycle complet de polychimiothérapie (PCT).

La lèpre se transmet généralement par contact étroit avec un patient non traité. Lorsque le patient éternue ou tousse, des germes se propagent dans l'air et peuvent ensuite être inhalés par une autre personne. La plupart des personnes sont naturellement immunisées, mais d'autres peuvent développer la lèpre, souvent après de nombreuses années.

Étant donné que vous vivez dans une zone d'endémie ou que vous avez passé beaucoup de temps avec un patient, vous avez peut-être été infecté(e). Au cas où vous seriez infecté(e) – et il n'existe actuellement aucun test pour le confirmer – il y a un risque que vous développiez également la lèpre, même après de nombreuses années.

L'un des médicaments appelés rifampicine est efficace pour tuer les germes dans le corps avant que la lèpre ne se développe. Nous vous proposons de la rifampicine pour prévenir la lèpre. Elle n'est administrée qu'en une seule dose, prise une fois. Elle réduit le risque de développer la lèpre à plus de 50 %. Cependant, avant cela, nous devons vous examiner pour exclure présence de la lèpre et également vous poser des questions afin de savoir si vous auriez d'autres contre-indications à la rifampicine.

La rifampicine administrée en dose unique ne présente aucun risque majeur. Elle ne provoque qu'une coloration rouge de l'urine, qui disparaît après quelques heures. D'autres événements indésirables tels que des maux d'estomac, des symptômes pseudo-grippaux ou même une jaunisse peuvent survenir, mais ils sont très rares. Dans ce cas, vous devriez immédiatement vous présenter à l'établissement de santé le plus proche où vous recevrez un traitement approprié.

Si vous consentez que nous vous examinions pour rechercher des signes ou des symptômes de la lèpre et que nous vous proposons de la rifampicine pour prévenir la lèpre, veuillez signer le présent formulaire.

Si vous n'y consentez pas, nous respecterons également votre décision. »

Je consens :  à un dépistage pour rechercher des signes et symptômes de la lèpre  
 de prendre de la rifampicine en dose unique pour réduire le risque de contracter la lèpre (si je remplis les critères pour bénéficier de cette intervention)

**Cas contact** No reg. \_\_\_\_\_ **Conseiller / médecin / agent de santé**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

(Pour mineur(e)) Tuteur : \_\_\_\_\_ Désignation : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

« Afin de faire baisser le nombre de cas détectés parmi les contacts de sujets atteints de la lèpre du point A au point B d'ici deux ans, les programmes peuvent choisir de traiter 100 contacts atteints de la lèpre et de n'administrer de la chimioprophylaxie à personne **ou** d'administrer la chimioprophylaxie à tous les contacts et de traiter 47 patients atteints de la lèpre ». Ce dernier choix est le plus évident pour de nombreux programmes.

Ce document fournit des orientations sur **comment** réaliser le dépistage des contacts et la chimioprophylaxie à base de dose unique de rifampicine. Le contenu de ce document est organisé de manière logique : conseil et obtention du consentement, identification et enregistrement des cas index, établissement de la liste des contacts, recherche des contacts, dépistage des contacts, administration du médicament prophylactique.

Les aspects de gestion du dépistage des contacts et de la chimioprophylaxie sont également traités, y compris la planification, la formation, la supervision et la gestion des médicaments.

