

Interruption de la transmission et élimination de la lèpre

Orientations techniques



Interruption de la transmission et élimination de la lèpre

Orientations techniques



World Health
Organization

Interruption de la transmission et élimination de la lèpre - Orientations techniques

ISBN:978-92-9022-065-7

© World Health Organization 2023

Certains droits réservés. Cette œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-pas d'utilisation commerciale-partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 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, l'avis de non-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. Interruption de la transmission et élimination de la lèpre - Orientations techniques. New Delhi : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est ; 2023. Licence : CC BY-NC-SA 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 l'octroi de licences, rendez-vous à l'adresse <http://www.who.int/about/licensing>.

Contenu appartenant à des tiers. Pour réutiliser du contenu appartenant à des 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.

Avis général de non-responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune opinion 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 en pointillé 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 ou produits de certains fabricants n'implique pas que ceux-ci sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue qui eux, ne sont pas mentionnés. 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

Contenu

Contributeurs	7
Sigles et abréviations	8
Glossaire	10
Avant-propos	12
1. Résumé d'orientation	13
2. Introduction	16
3. Contexte	18
4. Concepts et définitions	22
4.1 Cadre générique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées, leur élimination et leur éradication (adapté à la lèpre)	23
4.2 Distinction de l'interruption de la transmission de la lèpre de son élimination....	24
5. Phases d'élimination	27
5.1 Phase 1 - Jusqu'à l'interruption de la transmission de la bactérie <i>M. leprae</i>	29
5.2 Phase 2 - De l'interruption de la transmission à l'élimination de la lèpre	29
5.3 Phase 3 - Phase de surveillance post-élimination	31
5.4 Statut de non-endémicité	32
6. Indicateurs	33
6.1 Interruption (élimination) de la transmission	34
6.2 Élimination de la lèpre	37
7. Critères de vérification	40
7.1 Engagement politique.....	41
7.2 Mise en œuvre du programme	43
7.3 Surveillance.....	46
7.4 Critères, interventions et indicateurs pour la phase 1 (jusqu'à l'interruption de la transmission) et la phase 2 (jusqu'à l'élimination de la lèpre)	48
7.5 Critères de vérification au terme de la phase 2 : élimination de la lèpre.....	53

8.	Suivi de l'interruption de la transmission et de l'élimination de la lèpre	58
8.1	Documentation et vérification des réalisations allant dans le sens de l'élimination	59
8.2	Outil du monitoring de l'élimination de la lèpre	59
8.3	Évaluation du niveau de transmission de la bactérie <i>M. leprae</i>	60
8.4	Sources zoonotiques et environnementales de la bactérie <i>M. leprae</i>	60
8.5	Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie	60
9.	Vérification de l'élimination.....	63
9.1	Compilation des données probantes attestant de l'élimination de la lèpre : le Dossier sur l'élimination de la lèpre.....	64
9.2	Contexte	64
9.3	Aperçu du Dossier sur l'élimination de la lèpre.....	66
10.	Références	67
Annexes.....		69
1.	Ensemble de soins contre la lèpre	70
2.	Études de cas nationales sur l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre.....	71
2.1	Maldives	71
2.2	Maroc	74

Contributeurs

Abraham Aseffa (Éthiopie)

Albis Gabrielli (Italie)

Annemieke Geluk (Pays-Bas)

Arielle Cavaliero (Suisse)

Christine Fenenga (Pays-Bas)

David Blok (Pays-Bas)

Epcó Hasker (Belgique)

Erwin Cooreman (Inde)

Furen Zhang (Chine)

John Kurian George (Inde)

Raisa Rumbaut (Cuba)

Mauricio Nobre (Brésil)

Nestor Vera (Colombie)

Paul Fine (Royaume-Uni)

Peter Steinmann (Suisse)

Sabera Sultana (Bangladesh)

Sana Salym (Maldives)

Santiago R Nicholls (Colombie)

Supriya Warusavithana (Sri Lanka)

Vijay Kumar Pannikar (Inde)

Vineet Chadha (Inde)

Vivek Lal (Inde)

Pemmaraju Venkata Ranganadha Rao (Inde)

Wim van Brakel (Pays-Bas)

Zaw Lin (Myanmar)

Yves Thierry Barogui (Bénin)

Godwin Gérard Kpoton (Bénin)

Alexandre Tiendrebeogo (Burkina-Faso)

Sigles et abréviations

5-QSI-AP	Indicateur de stigmatisation des personnes affectées en cinq questions
5-QSI-CS	Indicateur de stigmatisation communautaire en cinq questions
RBC	Réadaptation à base communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
SIG	Système d'information géographique
GPS	Système mondial de positionnement
IEC	Information, éducation, communication
ID1	Infirmité de degré 1
ID2	Infirmité de degré 2
HMIS	Système d'information pour la gestion sanitaire
EPLT	Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie
MB	Multibacillaire
PCT	Polychimiothérapie
M. leprae	Mycobacterium leprae
M. lepromatosis	Mycobacterium lepromatosis

PdA	Protocole d'accord
M. tuberculosis	Mycobacterium tuberculosis
TDNC	Taux de détection des nouveaux cas
ONG	Organisation non gouvernementale
PNL	Programme national de lutte contre la lèpre
MTN	Maladie tropicale négligée
PB	Paucibacillaire
PPE	Prophylaxie post-exposition
SSP	Soins de santé primaire
DUR	Dose unique de rifampicine
MON	Mode opératoire normalisé
TB	Tuberculose
TFCEL	Groupe de travail sur les définitions, critères et indicateurs pour l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Glossaire

Ce glossaire définit les termes techniques qui apparaissent dans le présent document. Il n'intègre pas les concepts définis au Chapitre 4.

Chimioprophylaxie	Prévention d'une maladie infectieuse au moyen d'agents chimiques ou de médicaments.
Contact	Personne se trouvant à proximité immédiate d'un malade de la lèpre pendant une période prolongée (voir ci-dessous). Une telle personne est considérée comme « exposée » à la lèpre et peut ou peut ne pas avoir été infectée.
Incapacité	Terme général couvrant toute infirmité ou déficience, limitation d'activité ou restriction de participation touchant une personne donnée.
Degré d'infirmité	Système de classification des déficiences liées à la lèpre pour chaque œil, main et pied sur une échelle de 0 à 2. On utilise la note maximale de l'un des six points pour déterminer le degré d'infirmité de la personne.
Score	Somme des degrés d'infirmité individuels pour chaque yeux (Y),
Yeux-main-pied	main (M) et pied (P) (fourchette allant de 0 à 12).
Exposition	Lorsqu'une personne en bonne santé entre en contact avec une personne infectée par la lèpre capable de contaminer d'autres personnes (c'est-à-dire avant le traitement ou même avant l'apparition des symptômes), la personne en bonne santé est considérée comme exposée.
Déficience	Problème dans le fonctionnement ou la structure du corps, tel qu'une anomalie ou une perte significative.
Cas index	Premier cas de lèpre identifié dans un groupe de cas apparentés.
Infection	Lorsque le bacille de la lèpre pénètre dans le corps humain et s'y multiplie, l'individu est décrit comme étant infecté. Le micro-organisme peut ou peut ne pas provoquer de maladie, en fonction de l'immunité de l'hôte (qui désigne la résistance de son organisme).
Cas de lèpre	Patient présentant une ou plusieurs des caractéristiques ci-après i) lésion cutanée hypopigmentée avec perte définitive de sensibilité ; ii) épaississement ou élargissement du nerf périphérique (déficience)

ou atteinte du nerf périphérique, démontrée par a) une perte définitive de sensibilité ; ou b) une faiblesse musculaire au niveau des mains ou des pieds ou encore du visage ; ou c) des troubles de la fonction autonome tels que l'anhidrose (sécheresse de la peau) ; ou d) la présence de déficiences visibles ; iii) des signes de la maladie avec présence avérée de bacilles acido-alcool-résistants dans un frottis cutané ou confirmée par histopathologie ; ET la nécessité d'un traitement contre la lèpre, selon la décision d'un clinicien.

Prophylaxie	Administration d'un médicament ou d'un vaccin en vue de prévenir une maladie.
Prophylaxie post-exposition (PPE)	Administration de médicaments (par exemple, la rifampicine) pour prévenir la maladie chez un individu qui est ou a été exposé à l'infection à <i>M. leprae</i> lors d'un contact étroit avec un patient atteint de la lèpre.
Durée de contact prolongée	Contact avec un patient (non traité) pendant 20 heures par semaine pendant au moins trois mois par an avec, par exemple, des membres de sa famille, des voisins, des ami(e)s, des élèves de la même classe, des collègues partageant le même bureau, etc.
Résurgence de la lèpre	Il conviendrait d'examiner la possibilité d'une résurgence de la lèpre si trois ou davantage de cas pédiatriques, en moyenne, surviennent pendant trois années consécutives dans une zone donnée pendant la phase 2 (après l'interruption de la transmission) ou si trois ou davantage de cas (tous âges confondus) en moyenne surviennent pendant trois années consécutives dans une zone donnée pendant la phase 3 (phase de surveillance post-élimination).
Cas secondaire	Cas ultérieur, probablement infecté par un cas source connu (cas index). Du fait de la variabilité de la période d'incubation et de sa fréquente longueur, les définitions susmentionnées du cas index ou source et du cas secondaire ne sont utilisées qu'à titre conventionnel et il peut s'avérer tout à fait impossible d'identifier le patient qui est le véritable cas source ou secondaire.
Cas source	Patient non traité qui peut avoir infecté ou peut encore 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 source réelle de l'infection.
Cas sporadique	Nouveaux cas occasionnels de lèpre survenant au cours de la phase 2 (cas pédiatrique uniquement) ou de la phase 3 de l'élimination dans une zone spécifique au cours d'une année donnée.

Avant-propos



La lèpre est une maladie infectieuse chronique qui touche principalement la peau et les nerfs périphériques. Si elle n'est pas traitée, cette maladie peut avoir des conséquences à long terme, notamment des infirmités et des incapacités, qui sont associées à la stigmatisation. Ces dernières décennies, les pays touchés par la lèpre en ont considérablement réduit la charge de morbidité, le nombre de nouveaux cas de lèpre signalés dans le monde étant passé d'environ 600 000 par an au début des années 1980 à un peu plus de 200 000 en 2019. Les pays touchés par la lèpre entendent actuellement interrompre sa transmission, ainsi que celle de la trypanosomiase humaine africaine et de l'onchocercose, en tant qu'objectif principal de la Feuille de route pour les maladies tropicales négligées (MTN) 2021-2030 de l'OMS. La Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030, qui fait partie intégrante de la Feuille de route pour la lutte contre les MTN, fournit aux pays les orientations nécessaires pour atteindre cet objectif.

En 2020, les pays où les cas de lèpre ne sont plus signalés - et les pays sur le point de franchir ce jalon - ont sollicité l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin qu'elle élabore un mécanisme permettant de définir les critères, les définitions et les seuils pour l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre. Le groupe de travail qui en a résulté, mandaté par l'OMS, a examiné les données probantes disponibles, consulté les programmes nationaux et recommandé des critères et des seuils clés pour vérifier l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre.

Sur la base de ces recommandations et d'autres consultations, l'OMS a élaboré le présent Cadre pour l'élimination de la lèpre, qui définit clairement la manière dont un pays ou une zone infranationale peut accomplir des progrès dans le sens de l'interruption de la transmission de la lèpre et son élimination, suivies d'une phase de surveillance post-élimination et parvenir à la non-endémicité. Ce cadre s'accompagne de plusieurs outils qui aideront les programmes de lutte contre la lèpre à assurer le suivi des progrès accomplis et à entreprendre des évaluations épidémiologiques et programmatiques détaillées.

J'adresse mes remerciements à tous les membres du personnel des programmes de lutte contre la lèpre et autres agents de santé pour les efforts qu'ils déploient depuis des décennies pour lutter contre la lèpre et ne laisser personne pour compte. Ensemble, tirons parti de ce cadre pour interrompre la transmission de la lèpre et l'éliminer à jamais.



D^{re} Poonam Khetrpal Singh
Directrice régionale de l'OMS pour
l'Asie du Sud-Est

1. Résumé d'orientation

Le présent document fournit des orientations techniques sur les concepts, les définitions, les indicateurs, les critères, les jalons et les outils pour aider les programmes de lutte contre la lèpre à avancer vers la réalisation des objectifs que sont l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre et tout au long de la période post-élimination. Qui plus est, il fournit des critères assortis de jalons, dans la mesure du possible, pour tous les aspects clés des programmes et services de lutte contre la lèpre. Ces programmes et services ont trait non seulement à ceux liés aux efforts d'élimination, mais également à ceux en rapport avec le diagnostic et la prise en charge de la lèpre, aux infirmités y liées, au bien-être mental, à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi qu'à l'inclusion et à la participation des personnes touchées par cette maladie. Le document souligne que l'élimination de la lèpre est une initiative de longue durée et continue, d'une part, et que, d'autre part, il est possible d'identifier des jalons clairs le long du parcours et d'évaluer la mise en œuvre du programme à l'aune des jalons, ce qui permet de prendre des mesures appropriées pour maintenir le programme sur la bonne voie.

Le contenu de cette orientation technique s'inspire des travaux du Groupe de travail de l'OMS sur les définitions, les critères et les indicateurs pour l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre (TFCEL). Il s'appuie également sur les orientations existantes de l'OMS relatives à l'élimination d'autres maladies tropicales négligées (MTN), telles que la filariose lymphatique et le trachome, sur les documents de l'OMS se rapportant à la lutte contre les maladies infectieuses, tels que la Stratégie mondiale de l'OMS contre la lèpre 2021-2030, la Feuille de route de l'OMS pour les MTN 2021-2030 et d'autres sources faisant autorité.

Le concept « d'élimination » est défini et utilisé avec précaution et examiné par rapport à d'autres concepts pertinents. L'objectif ainsi visé est d'aider à éviter toute confusion concernant ce terme, comme cela s'est produit à l'époque où a été déclarée « l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique ». Cela a été, à l'époque, mal interprété comme signifiant qu'il n'y aurait plus un nombre significatif de cas de lèpre dans les pays ayant atteint cette cible, ce qui a ainsi eu un impact négatif sur le financement, la perception de la priorité accordée à cette maladie dans les programmes de santé publique, etc. Le présent document vise à éviter cette situation en définissant avec rigueur les concepts utilisés, en essayant d'aligner la terminologie sur celle utilisée dans les orientations de l'OMS pour d'autres programmes de lutte contre les maladies infectieuses, notamment les maladies tropicales infectieuses négligées (MTN).

Dans le présent document sont présentés quatre nouveaux outils qui sont résumés ci-dessous :

1. Le Cadre pour l'élimination de la lèpre qui décrit les phases d'élimination assorties des indicateurs et des jalons indiquant quand une région ou un pays passe d'une phase à l'autre. Les zones infranationales peuvent être aisément classées sur la base des données existantes et cartographiées afin de visualiser l'évolution du pays vers la réalisation des objectifs que sont l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre.
2. Le deuxième outil est l'Outil de Monitoring de l'élimination de la lèpre (OMEL), se référer à la section 8.2). Cet outil, basé sur Excel, permet aux zones et aux pays de suivre leurs progrès d'une phase à l'autre de l'élimination de la lèpre et de déterminer quand ils passent d'une phase à l'autre (ou y sont prêts).
3. L'Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie (EPLT) est le troisième outil. Les ministères de la santé et les administrateurs des programmes de lutte contre la lèpre peuvent s'en servir pour évaluer l'état d'avancement des programmes et des services connexes de lutte contre la lèpre au regard d'un ensemble de critères couvrant tous les aspects essentiels d'un Programme de lutte contre la lèpre. Cette évaluation peut être effectuée avant qu'une zone infranationale ne soit reconnue par le Ministère de la santé comme étant parvenue à interrompre la transmission de la lèpre ou à l'éliminer. Il est cependant également possible de l'utiliser à d'autres moments. Il importe de noter que cet outil sera utilisé au niveau national par l'OMS pour vérifier qu'un pays a effectivement franchi le jalon qu'est l'élimination de la lèpre.

4. Le Dossier sur l'élimination de la lèpre.

Les données et les informations recueillies au travers de l'EPLT seront ajoutées à tout résultat de l'EPLT entreprise au niveau infranational et compilées dans ce dossier. Un pays soumettra un dossier sur l'élimination de la lèpre à l'OMS au moment où il sollicitera la vérification du franchissement des jalons que sont l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre. Le dossier contient des informations générales sur le système de santé et le contexte de développement du pays, des renseignements sur le Programme de lutte contre la lèpre et ses activités, ainsi que des données probantes attestant du franchissement des jalons.

Il documente également la capacité du Programme de lutte contre la lèpre à fournir les services nécessaires pour gérer les besoins permanents de tout nouveau cas sporadique qui pourrait encore survenir et des personnes vivant avec les conséquences à long terme de la lèpre. L'OMS examinera le dossier pour s'assurer que tous les critères ont été remplis avant de déclarer que le pays est parvenu à éliminer la lèpre.

Nous espérons que cet ensemble de définitions, d'indicateurs, de critères et d'outils programmatiques apportera une plus grande clarté à la tâche qui nous attend et qu'il renforcera l'engagement politique et la motivation du personnel des programmes de lutte contre la lèpre à faire tout ce qui est en son pouvoir pour franchir les jalons indiqués et offrir les services requis à toutes les personnes touchées par la lèpre dans les années à venir.



2.

Introduction

Tous les ministères de la santé des pays d'endémie de la lèpre aspirent à interrompre la transmission de la bactérie *Mycobacterium leprae* et à parvenir au jour où il n'y aura plus de nouveaux cas autochtones de lèpre et à célébrer un tel jour. Bien que les programmes de lutte contre la lèpre à travers le monde s'attellent depuis de nombreuses années à atteindre ces objectifs, il n'existait cependant aucune feuille de route pour l'élimination de la lèpre distinguant clairement les phases, assorties d'indicateurs et de jalons, ni d'outils spécifiques pour évaluer la situation dans les zones (anciennement) endémiques en ce qui concerne la transmission et collecter des données probantes aux fins d'un processus qui déboucherait sur la vérification de l'élimination de la lèpre au niveau national.

Pour combler ces lacunes, l'OMS a organisé en février 2020, à Mexico, une consultation informelle sur la définition des critères permettant de déclarer l'élimination de la lèpre. Sur la base des recommandations découlant de cette consultation, un Groupe de travail sur les définitions, critères et indicateurs pour l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre (TFCEL) a été constitué. Le TFCEL a organisé des réunions virtuelles mensuelles pour identifier les concepts, les définitions, les indicateurs et les jalons à franchir par les pays pour parvenir à interrompre la transmission de la lèpre et à l'éliminer. Le Groupe a également travaillé sur les critères de programme destinés aux services de lutte contre la lèpre et aux systèmes de surveillance et d'intervention dans le double objectif d'accélérer les progrès vers l'élimination de la lèpre et d'utiliser lesdits critères dans la phase post-élimination. Les travaux du TFCEL se sont achevés par un atelier à Chennai, en Inde, en mars 2021.

Le présent document d'orientations techniques s'appuie sur le travail effectué par le TFCEL pour fournir des orientations sur la surveillance du processus d'élimination et la confirmation de l'interruption de la transmission et de l'élimination de la lèpre en tant que maladie. Il examine les concepts clés utilisés et en donne les définitions. Il décrit les « phases d'élimination » d'un point de vue épidémiologique et fournit des indicateurs et des jalons pour assurer le suivi des progrès et permettre de déterminer le passage d'une phase à l'autre. Le tout est illustré par quelques études de cas de pays qui se trouvent à différents stades de la réalisation des objectifs que sont l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre.

Pour aider les programmes de lutte contre la lèpre à accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles d'élimination, assurer un diagnostic précoce et un traitement rapide des nouveaux malades de la lèpre et fournir des soins de qualité aux individus souffrant de complications liées à la lèpre et de conséquences à long terme, un ensemble de « critères pour assurer la disponibilité des services de lutte contre la lèpre » a été défini. Ces critères sont décrits dans le présent document.

Ce document d'orientations techniques présente le concept d'**évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie** et fournit des orientations sur les données à collecter et la manière dont elles peuvent être interprétées. Un autre nouvel outil est le **Dossier sur l'élimination de la lèpre**, un dossier à compiler au niveau national pour fournir des données probantes attestant de la réalisation des objectifs d'élimination par un pays. Le dossier documente également la manière dont les exigences d'un système solide de surveillance et d'intervention post-élimination sont satisfaites.

Dans l'ensemble, on espère que ces critères, indicateurs, jalons et outils fourniront des orientations suffisantes aux programmes de lutte contre la lèpre pour redynamiser les efforts visant à atteindre les objectifs à long terme d'interruption de la transmission et d'élimination de la lèpre et à documenter leur état d'avancement afin d'en permettre le suivi et la vérification de façon normalisée à l'échelle mondiale.

3.

Contexte

La lèpre fait partie des 20 maladies tropicales négligées (MTN) mentionnées dans la « Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 de l’OMS ».¹ L’agent causal est la bactérie *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) et, dans certaines régions, la bactérie *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*). À partir de ce point, il ne sera fait référence qu’à la bactérie *M. leprae* car, la plupart du temps, le diagnostic est posé sans examen bactériologique détaillé et le traitement est le même pour les deux infections. La lèpre est, avec la trypanosomiase humaine africaine (THA) et l’onchocercose, l’une des trois MTN dont la transmission doit être interrompue d’ici 2030. Au nombre des cibles spécifiques à la lèpre énoncées dans la Feuille de route pour 2030, figurent 120 pays où aucun nouveau cas de lèpre autochtone n’a été recensé (Organisation mondiale de la Santé, 2020, p. 126). Cela implique que des processus soient mis en place pour permettre la vérification de ces réalisations au niveau national. Le Tableau 1 indique la cible générale pour chaque MTN.

¹ Organisation mondiale de la Santé (2020). Mettre fin à la négligence d’atteindre les objectifs de développement durable : une feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Genève : OMS, consulté le 16 juin 2023)

Tableau 1: Contrôle, élimination et éradication des MTN conformément aux cibles indiquées dans la Feuille de route pour les MTN 2021-2030

Concept	MTN ciblées (d'ici 2030)	Implications pour la santé publique	Procédure de reconnaissance
Contrôle ²	Ulcère de Buruli Chikungunya Leishmaniose cutanée Dengue Échinococcose Trématodoses d'origine alimentaire Mycétome, chromoblastomycose et d'autres mycoses profondes Gale et autres ectoparasitoses Envenimation due à une morsure de serpent Taeniasis/cysticercose	Réduction de la morbidité	Aucun
Élimination en tant que problème de santé publique	Maladie de Chagas THA-rhodesiense Filariose lymphatique Rage Schistosomiase Géohelminthiases Trachome Leishmaniose viscérale	Élimination de la morbidité ou réduction de la transmission	Validation
Élimination	THA-gambiense Lèpre Onchocercose	Interruption de la transmission au niveau national	Vérification
Éradication	Dracunculose Pian	Perturbation de la transmission globale	Certification
Extinction		Éradication complète d'un agent pathogène dans la nature et en laboratoire	Éventuellement aucune

L'OMS a mis en place des processus de reconnaissance pour valider, vérifier ou certifier l'atteinte des cibles fixées par tout pays candidat. Au nombre des processus mondiaux mis en place, figurent la certification de l'éradication de la dracunculose et du pian, la vérification de l'élimination de l'onchocercose et la validation de l'élimination de la filariose lymphatique, du trachome, de la leishmaniose viscérale et de la rage en tant que problèmes de santé publique. D'autres sont en cours d'élaboration.

² Pour une définition précise de chaque concept, voir le Chapitre 4 -Concepts et définitions

En règle générale, seuls les pays endémiques qui ont mis en œuvre des interventions de lutte contre la maladie et réussi à atteindre une cible fixée peuvent demander à l’OMS de reconnaître cette réalisation. Pour les maladies à éradiquer, les pays non-endémiques sont également soumis au processus de certification. Les processus de certification et de vérification sont généralement coordonnés au niveau du Siège de l’OMS, tandis que la validation se fait au niveau régional. Trois étapes clés sont nécessaires pour qu’un pays soit soumis au processus de reconnaissance. Ce sont : i) l’élaboration d’un dossier (comportant toutes les données probantes en appui à la demande du pays) ; ii) la soumission du dossier à l’OMS pour solliciter la vérification ; iii) la mise en place d’un organe d’examen (généralement un groupe d’experts), chargée de vérifier l’assertion faite par le pays ; et iv) la reconnaissance officielle de la réalisation par le Directeur général de l’OMS, sur la base de l’avis de l’organe d’examen.

En 1990, le Programme mondial de lutte contre la lèpre (PML) de l’OMS a formulé une cible « d’élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique ». Cette cible a été approuvée par la Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 1991 par le biais de la Résolution WHA44.9.³ La cible était de réduire la prévalence enregistrée de la lèpre à moins de 1 pour 10 000 habitants au niveau mondial dès l’an 2000. Cette cible et la campagne menée par l’OMS pour l’atteindre ont permis de réaliser des progrès sans précédent dans les efforts déployés au niveau mondial pour mettre fin à la lèpre. Par exemple, alors que le recours à la polychimiothérapie (PCT) recommandé par l’OMS était encore inégal dans de nombreux pays en 1990 et n’avait même pas été introduite dans d’autres, la mise en œuvre et l’utilisation de cette thérapie étaient universelles dès décembre 2000. De vastes campagnes de détection des cas ont permis de traiter des centaines de milliers de nouveaux patients au moyen de la polychimiothérapie. En conséquence, la cible d’élimination de cette maladie en tant que problème de santé publique a été atteinte au niveau mondial et dans de nombreux pays endémiques. Des millions de patients ont été traités et guéris au moyen de la polychimiothérapie et ont été radiés des registres de traitement. En 2006, la prévalence des cas de lèpre sous traitement avait chuté de 90 % par rapport à 1991.⁴

Malheureusement, le malentendu autour de la communication de cette réalisation a conduit à penser que « l’élimination de la maladie en tant que problème de santé publique » signifiait que la lèpre était désormais un problème relevant du passé. Les ressources allouées aux programmes de lutte contre la lèpre et à la recherche sur cette maladie ont été considérablement réduites, ce qui a entraîné des problèmes majeurs pour la poursuite des services de lutte contre la lèpre et l’attraction des chercheurs pour s’attaquer aux nombreux défis qui subsistent dans le domaine de la recherche. Il en a résulté une aversion généralisée contre le terme « élimination » utilisé en rapport avec la lèpre, en particulier dans les rangs des organisations de la société civile, y compris les organisations de personnes touchées par la lèpre.

³ Organisation mondiale de la Santé (1991). Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Résolution [WHA44.9](#), consulté le 16 juin 2023).

⁴ Organisation mondiale de la Santé (2006). Rapport du forum mondial sur l’élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Genève : [OMS](#), consulté le 16 juin 2023).

Dans le présent document et dans le cadre des efforts futurs pour atteindre la cible « zéro lèpre », le Programme mondiale de lutte contre la lèpre s'efforce d'éviter toute confusion supplémentaire autour du terme « élimination » tout en respectant cependant la terminologie standard utilisée dans la lutte contre les maladies infectieuses, telle qu'indiquée ci-dessus. Pour cette raison et parce qu'elle a déjà été atteinte dans la grande majorité des pays, on utilise plus la cible d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, exprimée en termes de prévalence des cas de lèpre sous traitement. Les jalons aussi bien pour l'interruption de la transmission que l'élimination de la lèpre sont exprimés en termes d'incidence, respectivement, des nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants et de tout nouveau cas autochtone.

En outre, ce document cherche à éviter les situations où l'interruption de la transmission est célébrée comme une « élimination » alors que, du fait de la longueur de la période d'incubation de la lèpre, de nombreux nouveaux patients continuent d'apparaître au cours des années suivantes. Le document fait donc une distinction entre « l'interruption de la transmission » et « l'élimination de la lèpre en tant que maladie » comme deux jalons distincts. Cette distinction est expliquée de façon plus circonstanciée à la section 4.2. Les indicateurs et jalons utilisés pour marquer le passage d'une phase d'élimination à la suivante sont expliqués au Chapitre 5 et illustrés par quelques exemples nationaux.

Un système de surveillance efficace est essentiel pour assurer le suivi des progrès accomplis pour franchir ces jalons. En outre, alors que les programmes de lutte contre la lèpre s'efforcent de parvenir à l'interruption de la transmission et à l'élimination de la lèpre, il est essentiel de maintenir des services de qualité pour la prise en charge des patients et pour l'auto-prise en charge pour les infirmités, la réadaptation et l'intégration des personnes touchées par la lèpre. Le Chapitre 7 décrit les critères relatifs aux éléments clés de ces services et propose des indicateurs pour leur suivi.

Le Chapitre 8 détaille les indicateurs utilisés pour assurer le suivi de l'interruption de la transmission et de l'élimination de la lèpre et décrit la manière dont les données peuvent être interprétées. Ce chapitre présente également l'enquête sur l'évaluation de la transmission de la lèpre, un nouvel outil clé pour le processus de vérification de la réalisation de la cible qu'est l'interruption de la transmission. Un autre nouvel outil clé, à savoir le Dossier sur l'élimination de la lèpre, est présenté au Chapitre 9. Ce dossier compile les données probantes attestant qu'un pays a atteint l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que maladie. Il décrit également la manière dont des dispositions adéquates ont été prises pour mettre en place un système de surveillance et d'intervention post-élimination.

Les annexes fournissent un certain nombre de formulaires et d'outils pratiques qui peuvent être utiles aux programmes de lutte contre la lèpre sur la voie pour parvenir à l'interruption de la transmission et à l'élimination de la lèpre.

4.

Concepts et définitions

À l’instar de la plupart des MTN, la lèpre est une maladie infectieuse. Les efforts de contrôle et d’élimination des maladies infectieuses passent par un certain nombre d’étapes que l’OMS a défini dans un « Cadre générique pour le contrôle, l’élimination et l’éradication des MTN ». ⁵ Le Groupe de travail sur les définitions, les critères et les indicateurs pour l’interruption de la transmission et l’élimination de la lèpre a ajouté quelques concepts et leurs définitions qui sont importants dans le contexte de l’interruption de la transmission et de l’élimination de la lèpre.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (2016). [Cadre générique pour le contrôle, l’élimination et l’éradication des maladies tropicales négligées.](#)

4.1 Cadre générique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées, leur élimination et leur éradication (adapté à la lèpre)

4.1.1 Contrôle

S'entend de la réduction de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité ou de la mortalité d'une maladie à un niveau acceptable au plan local grâce à des efforts délibérés ; des mesures d'intervention continues sont nécessaires pour maintenir la réduction. Le contrôle peut être lié aux cibles mondiales fixées par l'OMS ou non.

4.1.2 Élimination en tant que problème de santé publique (terme lié à la fois à l'infection et à la maladie)

Renvoie à la réalisation des cibles mondiales mesurables fixées par l'OMS en rapport avec une maladie spécifique. Une fois les cibles atteintes, des actions continues sont nécessaires pour les maintenir ou pour progresser dans l'interruption de la transmission. Le processus de documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique est appelé validation.

S'agissant de la lèpre, une cible « d'élimination en tant que problème de santé publique » a été approuvée par la Résolution WHA44.9 de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 1991. La cible était de réduire la prévalence enregistrée de la lèpre à moins de 1 pour 10 000 habitants au niveau mondial dès l'an 2000. Elle a été atteinte au niveau mondial et dans la plupart des pays endémiques.

4.1.3 Élimination de la transmission (également appelée interruption de la transmission)

Fait référence à la réduction à zéro de l'incidence de l'infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique définie, avec un risque minimal de réintroduction, grâce à des efforts délibérés ; des actions continues pour empêcher la reprise de la transmission peuvent être nécessaires.

4.1.4 Élimination de la lèpre⁶

Se dit quand aucun nouveau cas de lèpre autochtone ne survient dans une région ou un pays donné(e) pendant au moins trois années consécutives.

Reconnaissant que cela s'écarte de la pratique utilisée pour un certain nombre d'autres MTN, le TFCEL a estimé qu'il était important d'opérer cette distinction pour éviter des situations où l'élimination de la transmission serait annoncée publiquement alors qu'un nombre substantiel de nouveaux cas continuerait à se produire pendant des années.

⁶ Organisation mondiale de la Santé (2021). Groupe de travail sur les définitions, les critères et les indicateurs pour l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre : Rapport de la réunion finale. [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est](#), consulté le 16 juin 2023).

4.1.5 Éradication

Désigne la réduction à zéro de façon permanente d'un agent pathogène spécifique à l'échelle mondiale, grâce à des efforts délibérés, sans plus aucun risque de réintroduction. Le processus de documentation de l'éradication est appelé certification.

Il est à noter que l'éradication de la lèpre n'est pas (dans les circonstances actuelles) possible du fait de l'existence d'un réservoir zoonotique et de la transmission zoonotique de la bactérie *M. leprae*.

4.1.6 Extinction

S'entend de l'éradication de l'agent pathogène spécifique afin qu'il n'existe plus dans la nature ou en laboratoire, ce qui peut se produire avec ou sans efforts délibérés.

4.2 Distinction de l'interruption de la transmission de la lèpre de son élimination

Dans la Feuille de route pour les MTN 2021-2030 de l'OMS, la lèpre constitue désormais l'une des trois MTN « ciblées pour être éliminées (interruption de la transmission) » (Organisation mondiale de la Santé, 2020, p. 18). Cependant, la période d'incubation de la lèpre est très longue, environ deux à cinq ans pour la lèpre paucibacillaire (PB) et cinq à dix ans pour la lèpre multibacillaire (MB) (Richardus, Ignotti and Smith). On peut donc s'attendre à ce que de nouveaux cas de lèpre apparaissent pendant des années, même après l'interruption de la transmission de la bactérie *M. leprae*. Dans le cadre conceptuel de l'élimination de la lèpre, il importe donc d'opérer une distinction entre l'interruption de la transmission en tant qu'étape clé de l'élimination de la lèpre en tant que jalon final. La présente section passe en revue les concepts pertinents et leurs définitions.

4.2.1 Cas autochtone

Désigne un cas de lèpre *préssumé avoir* contracté l'infection à la suite d'une transmission locale dans la zone déclarante.⁶

L'idée sous-tendant cette définition est que le cas résulte d'une infection contractée localement. La définition tient compte des situations à l'intérieur du pays des cas détectés non-résidents du district ou de l'État ou encore de la province où ils ont été détectés. Au niveau infranational, le terme « autochtone » signifie « contracter localement ».

4.2.2 Cas non autochtone

Désigne tout nouveau cas de lèpre dont l'infection est supposée être survenue dans un pays ou une région autre que celui ou celle où le cas de lèpre a été diagnostiqué. Il peut avoir déménagé ou migré temporairement dans le pays ou la région actuel(le) à partir d'un pays ou d'une région où la lèpre est endémique. Par ailleurs, un résident d'un pays ou d'une région peut être classé comme « non autochtone » s'il a visité ou résidé dans un pays ou une région où la lèpre est endémique pendant six mois ou plus au cours des 15 dernières années. Si la personne s'est installée dans le pays ou la région actuel(le) il y a plus de 15 ans, on peut supposer qu'elle a contracté l'infection localement et peut donc être classée comme un cas autochtone. D'un point de vue épidémiologique, les cas non autochtones ne sont pas considérés comme entrant dans la chaîne de transmission locale.

4.2.3 Cas sporadiques

Le terme « sporadique » fait référence à une maladie qui survient à échéance peu fréquente et irrégulière.⁸ En ce qui concerne la lèpre, cette définition est entendue de « nouveaux cas occasionnels de lèpre survenant au cours de la phase 2 (cas pédiatriques uniquement) de l'élimination ou à la phase 3 dans une zone donnée au cours d'une année spécifique ». Les cas sporadiques ne sont pas liés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas des contacts du même cas index, ne font pas partie du même groupe de transmission ou ne font pas partie d'une éventuelle résurgence de la lèpre (qui devrait être envisagée en cas de « survenance de trois ou davantage de cas pédiatriques en moyenne pendant trois années consécutives » dans une zone donnée pendant la phase 2 (après l'interruption de la transmission), ou de trois ou davantage de cas (tout âge confondu) en moyenne pendant trois années consécutives dans une zone donnée pendant la phase 3 [phase de surveillance post-élimination]). Dans une région qui se trouve déjà en phase post-élimination, chaque nouveau cas doit faire l'objet d'une enquête pour s'assurer que le diagnostic est confirmé et que le cas est traité conformément aux lignes directrices nationales. De plus, il importe de déterminer si le nouveau cas est autochtone ou s'il est susceptible d'avoir été infecté ailleurs. Si plusieurs cas autochtones surviennent dans un même district ou une même municipalité, il conviendrait d'étudier la possibilité d'une relation entre ces cas.

Les critères ci-après peuvent être utilisés pour décider si les cas sont liés :

- les cas sont nouvellement détectés et il a été établi qu'ils sont autochtones ; *et*
- les personnes concernées vivent dans le même village ou le même quartier, ont un lien de parenté, des amis *ou* des contacts sociaux, ou ont passé régulièrement du temps ensemble pendant au moins trois mois au cours des cinq dernières années ;⁷ *ou*
- les cas sont des contacts du même cas index (pour une définition de « contact », se référer au Glossaire).

4.2.4 Population à risque

Il s'agit d'un terme couramment utilisé dans la lutte contre les MTN (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Il a très souvent été utilisé pour la lèpre. Dans le contexte de la lèpre, ce terme est entendu au sens de « contacts étroits des nouveaux cas de lèpre (membres du ménage et voisins) et toute personne d'une zone donnée d'endémicité de lèpre qui vit (ou a vécu) pendant au moins six mois dans le même village ou quartier qu'un ou plusieurs cas de lèpre non traités ». ⁶ Pour la prévention de la lèpre, ce concept peut être rendu opérationnel en le traduisant par « nombre de personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition » (d'après Taal et al. (2021).

4.2.5 Interruption de la transmission

Ce terme désigne un « état épidémiologique dans un pays ou une région où la lèpre est endémique et où l'on ne dénombre plus de transmission locale de *M. leprae* », attesté par l'absence de nouveaux cas autochtones chez les enfants âgés de moins de 15 ans pendant au moins cinq ans. Le jalon seuil a été choisi en raison de la période d'incubation moyenne souvent citée de la lèpre, qui est de cinq ans.

⁷ Ces critères sont choisis arbitrairement en fonction de la probabilité d'un contact étroit réel et d'une durée bien supérieure à celle d'un contact occasionnel.

L'étude des ensembles de données au niveau infranational n'a montré aucune nouvelle augmentation locale des nouveaux cas après le franchissement de ce jalon.

4.2.6 Élimination de la lèpre

Elle est définie comme une phase marquée par « zéro nouveau cas de lèpre autochtone pendant au moins trois années consécutives » après être parvenu au jalon d'interruption de la transmission. Le jalon seuil de « trois années consécutives » a été choisi pour des raisons pragmatiques afin de ne pas obliger les pays à attendre longtemps après être parvenu à la phase de zéro cas autochtone avant de solliciter la vérification de l'élimination de la lèpre. L'étude de plusieurs ensembles de données nationales semble montrer que l'apparition de nouveaux cas autochtones sporadiques de temps à autre n'a aucune conséquence en termes de transmission locale.

4.2.7 Endémicité

La présence constante ou la prévalence habituelle d'une maladie ou d'un agent infectieux au sein d'une population dans une zone géographique donnée.⁸ Les programmes de lutte contre la lèpre font souvent la distinction entre les niveaux d'endémicité. D'un point de vue conceptuel, ces niveaux sont liés aux phases d'élimination. Il est recommandé d'utiliser les critères suivants au niveau du pays, de l'État ou de la province et du district :

forte endémicité : s'applique aux pays ou aux zones en phase 1 d'élimination (avant l'interruption de la transmission) ;

faiblement endémicité : s'applique aux pays ou aux zones en phase 2 ou 3 d'élimination (après interruption de la transmission) ; et

non endémicité : s'applique aux pays ou aux zones où aucun cas ou seuls des cas autochtone(s) sporadique(s) n'est/ne sont survenu(s) pendant au moins 10 ans.

4.2.7 Non endémicité (pour la lèpre)

Une zone ou un pays est dit « non endémique » si aucun cas de lèpre autochtone n'a été normalement détecté dans la population de cette zone ou de ce pays depuis 10 ans ou plus. Toutefois, des cas sporadiques peuvent encore y survenir.

Les critères ci-après peuvent être utilisés pour décider si une zone ou un pays est effectivement non endémique :

- la vérification (au niveau national) ou la reconnaissance (au niveau infranational) de l'élimination de la lèpre a été menée à bien ;
- aucun nouveau cas n'est détecté, à l'exception des cas sporadiques ou non autochtones ; et
- il existe un système de surveillance capable de détecter, de diagnostiquer et de signaler les cas de lèpre.

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. principles of epidemiology in public health practice, Third edition. [CDC Web Archive](#), consulté le 16 juin 2023).

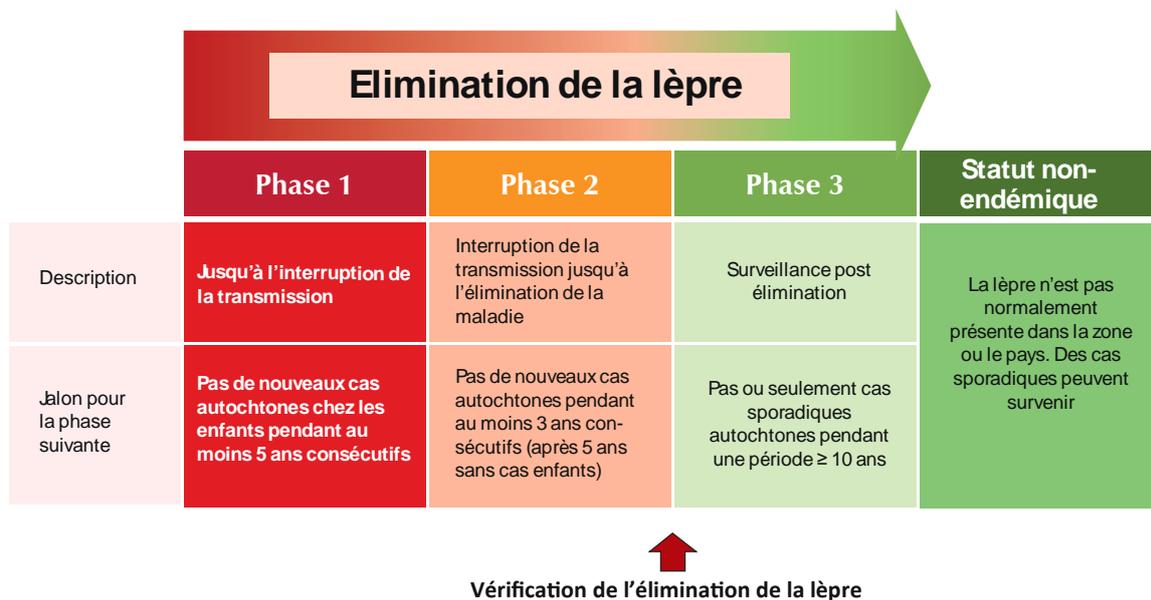
5.

Phases d'élimination

Dans la trajectoire de l'élimination de la lèpre, on peut distinguer deux phases d'élimination et une phase post-élimination (se référer à la Figure 1 ci-dessous). Ces phases sont pertinentes et doivent être appliquées à différents niveaux : mondial, national et infranational. Avant de pouvoir vérifier formellement l'élimination au niveau national, ce jalon devra être franchi dans toutes les unités administratives infranationales de premier niveau. La réalisation est donc un processus ascendant qui reconnaît que la situation de la lèpre au niveau infranational peut être fort différente d'une province ou d'un État à l'autre, d'un district ou d'une municipalité à l'autre.

Cette diversité s’observe également au niveau national. Certains pays n’ont pas encore atteint la cible d’interruption de la transmission, tandis que d’autres se trouvent déjà dans une phase post-élimination. Pour aller de l’avant et utiliser les critères et les outils de ce document d’orientations techniques, il importe donc de commencer par examiner la situation de la lèpre aux niveaux national et infranational, en appliquant les indicateurs et les jalons indiqués à la Figure 1. Pour ce faire, il est possible d’utiliser des couleurs simples, comme celles des feux de signalisation. Il conviendrait de noter que dans les juridictions faiblement peuplées, il est possible de parvenir au jalon qu’est « l’interruption de la transmission » – pendant cinq années consécutives sans nouveau cas autochtone de lèpre chez les enfants - avant que l’on ne réalise « l’élimination en tant que problème de santé publique » (par exemple, si seuls des cas chez les adultes ont été détectés). Bien que cela puisse prêter à confusion, il s’agit d’une conséquence du passage de la concentration sur la prévalence à la focalisation sur l’interruption de la transmission, l’incidence de la maladie et, par la suite, l’élimination de la maladie. Pour illustrer les analyses qu’il est possible d’entreprendre de cette manière, quelques exemples de pays sont fournis dans ce chapitre.

Figure 1 : Cadre d’élimination de la lèpre montrant les phases d’élimination de la lèpre



5.1 Phase 1 - Jusqu'à l'interruption de la transmission de la bactérie *M. leprae*

La phase 1 s'étend sur une longue période, avec une grande variation des niveaux d'endémicité d'un pays à l'autre et au sein même des pays aux niveaux infranationaux. Les pays sont susceptibles d'avoir de nombreux districts (ou municipalités) voir des États ou des provinces où aucun nouveau cas pédiatrique n'a été détecté depuis de nombreuses années. Ces zones ont donc déjà franchi les jalons de l'interruption de la transmission (aucun nouveau cas autochtone de lèpre chez les enfants enregistrés pendant au moins cinq années consécutives). Cette situation doit être confirmée pour s'assurer que l'absence de détection de cas pédiatriques n'est pas le résultat d'un manque de sensibilisation à la lèpre, de formation des agents de santé ou de services de diagnostic (ou d'accès à ces derniers). Une fois ces données confirmées dans une région administrative donnée, le Ministère de la santé peut officiellement reconnaître que l'interruption de la transmission y est effective.

Le Programme de lutte contre la lèpre encouragera aussi bien la détection passive des cas par la sensibilisation de la communauté que par la détection active des cas par le dépistage des contacts. La plupart des centres de santé primaires des zones endémiques proposeront des services de confirmation du diagnostic pour les personnes présentant des signes et des symptômes évocateurs de la lèpre et un traitement par polychimiothérapie pour tout nouveau cas confirmé. Les ménages, les voisins et les contacts sociaux recevront une chimioprophylaxie conformément aux lignes directrices de l'OMS et celles du pays. L'objectif est d'empêcher les contacts déjà infectés de développer eux-mêmes la lèpre, mais aussi d'interrompre le plus tôt possible la transmission à partir de ces personnes.

Une gamme complète de services de prévention et de prise en charge des infirmités est proposée par la plupart des services de soins de santé primaires, et les services de santé ainsi que les services sociaux sont censés offrir ou faciliter l'accès aux groupes d'auto-prise en charge, à la réadaptation à base communautaire (RBC) et aux services de santé mentale. En collaboration avec les agents de santé locaux et les ONG, le Programme de lutte contre la lèpre du district lancera des activités de réduction de la stigmatisation et d'autres activités visant à promouvoir l'inclusion des personnes affectées par la lèpre (se référer au Tableau 2).

5.2 Phase 2 - De l'interruption de la transmission à l'élimination de la lèpre

Au cours de la phase 2, seuls les cas adultes autochtones sont détectés. On présume que leur infection s'est faite depuis un certain temps. Tout nouveau cas pédiatrique devrait être considéré comme un incident critique et faire l'objet d'une enquête approfondie. La question clé est de savoir si le cas pédiatrique est autochtone ou non et quel est le cas source probable. Dans un certain nombre d'ensembles de données nationales comportant des données concernant chaque cas, il existe des cas sporadiques de lèpre chez les enfants, mais ceux-ci ne semblent pas avoir entraîné une résurgence de la lèpre dans la région au cours des années suivantes. Il conviendrait d'en assurer une surveillance étroite par un dépistage annuel des contacts de l'enfant ainsi que de ceux du cas index, s'ils sont connus.

Les faits montrent qu'à mesure que les régions ou les pays progressent vers l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre, il est probable que la plupart des nouveaux cas soient multibacillaires (MB) et que l'agrégation des cas au sein des familles ou dans les rangs des contacts étroits augmente au fil du temps. Le Programme de lutte contre la lèpre poursuivra la détection active des cas par le dépistage des contacts et la confirmation du diagnostic des personnes présentant des signes et symptômes évocateurs de la lèpre, ainsi que le traitement de tout nouveau cas confirmé. Les contacts continuent de recevoir une chimioprophylaxie conformément aux lignes directrices de l'OMS et à celles des pays. L'objectif principal visé est d'empêcher les contacts déjà infectés de développer eux-mêmes la lèpre. Les cas secondaires dans les phases 2 et 3 et dans les zones non-endémiques semblent extrêmement rares. Il se peut que des zones n'aient diagnostiqué aucun nouveau patient depuis de nombreuses années. Si tel est le cas, l'on peut dans la foulée reconnaître qu'elles sont parvenues à interrompre la transmission et à éliminer la lèpre, si elles remplissent certains critères (voir ci-dessous et au Chapitre 9).

La palette complète de services aux personnes handicapées est maintenue dans les soins de santé primaires où des cas sont enregistrés ou qui comptent des personnes souffrant d'infirmités liées à la lèpre dans leur zone de desserte. Les services de santé et les services sociaux devraient continuer à offrir ou à faciliter l'accès aux groupes d'auto-prise en charge, à la réadaptation à base communautaire et aux services de santé mentale. En fonction du niveau de stigmatisation lié à la lèpre, les agents de santé locaux, les ONG et le Programme de lutte contre la lèpre du district poursuivront les activités de réduction de la stigmatisation et d'autres activités visant à promouvoir l'inclusion des personnes touchées par la lèpre (se référer au Tableau 2).

Si une zone administrative n'a diagnostiqué aucun nouveau cas autochtone pendant au moins trois ans, alors elle a franchi le jalon d'élimination de la lèpre. À l'instar de l'étape clé qu'est l'interruption de la transmission, au niveau infranational, le Programme national de lutte contre la lèpre vérifie cette réalisation si elle est reconnue par le ministère de la Santé. L'Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie (EPLT) fait partie du processus de vérification dans la zone concernée (se référer à la section 8.5). Dans le cadre de cette enquête, des données probantes seront recueillies et versées au Dossier national sur l'élimination de la lèpre.

Dans les régions administratives où aucun nouveau cas autochtone n'a été détecté depuis 10 ans ou plus et qui remplissent les critères énoncés dans le Tableau 3 il n'est pas nécessaire de procéder à une EPLT complète. Dans ce cas, il est possible d'entreprendre une EPLT modifiée en tenant une réunion d'examen à laquelle toutes les parties prenantes concernées sont présentes (autorités locales, agents de santé, ONG concernées, représentant des personnes touchées). Il sera particulièrement important de s'assurer que les agents de santé de niveau primaire et communautaire ont été formés à la lutte contre la lèpre.

Une fois que toutes les zones administratives infranationales ont franchi le jalon d'élimination de la lèpre, le pays est prêt à soumettre son Dossier sur l'élimination de la lèpre à l'OMS et à solliciter la vérification de ladite élimination (se référer à la section 9). La constitution de ce dossier représente un travail considérable. Il est donc conseillé aux pays de s'y atteler de façon progressive sur un certain nombre d'années jusqu'à ce qu'ils parviennent à l'élimination, qui constitue un jalon.



5.3 Phase 3 - Phase de surveillance post-élimination

Une fois l'élimination de la lèpre vérifiée par l'OMS, le pays entre dans la phase de surveillance post-élimination. Il importe de noter que du fait de la longueur de la période d'incubation de la lèpre, l'on peut encore s'attendre à ce que de nouveaux cas apparaissent de temps à autre. Ils sont susceptibles d'être détectés comme des personnes présentant des signes ou des symptômes évocateurs de la lèpre. Ils doivent être examinés par un agent de santé ou un médecin formé à la lèpre. Si leur état est confirmé, ils doivent être traités par polychimiothérapie. Il est donc essentiel qu'un bon système de surveillance et d'intervention soit en place. Ces cas occasionnels sont appelés « cas sporadiques » (voir définition 4.2.3). Chaque cas sporadique doit faire l'objet d'une enquête afin de déterminer si l'infection est susceptible d'avoir été contractée localement ou ailleurs. Si le patient vient d'un pays ou d'une région où la lèpre est endémique, il est classé comme « non autochtone », à moins qu'il n'ait vécu dans le pays ou la région en question pendant 15 ans ou plus (se référer au point 4.2.2). Si le patient a visité un pays d'endémie de lèpre ou y a séjourné ou, s'agissant d'une zone infranationale, dans une zone endémique du même pays, pendant six mois ou plus au cours des 10 dernières années, il est lui aussi supposé avoir contracté l'infection ailleurs. Il *ne s'agit donc pas* d'un cas autochtone. Si rien ne prouve que le patient ait contracté l'infection ailleurs, il est considéré comme un cas autochtone. Pour déterminer si un cas est « sporadique », il conviendrait d'examiner s'il existe un lien avec d'autres nouveaux cas sporadiques. Les critères permettant de déterminer si deux nouveaux cas

sont liés sont indiqués à la section 4.2.3. Si deux cas sont considérés comme liés, il est probable qu'ils fassent partie du même groupe de transmission ayant en partage un cas source connu ou inconnu. Cela signifie que la transmission n'a peut-être pas été interrompue et que les contacts de ces cas doivent être soumis à un dépistage annuel pendant les cinq années suivantes. En pareille circonstance, tous les contacts familiaux, sociaux et les voisins doivent se voir proposer une chimioprophylaxie. En théorie, la lèpre peut réapparaître dans une région donnée. Il convient d'étudier cette possibilité lorsque trois ou davantage cas de lèpre, en moyenne, sont survenus au cours de trois années consécutives dans une zone donnée. Si aucune raison opérationnelle n'est identifiée pour justifier l'augmentation de l'incidence et si les nouveaux cas continuent de survenir au même taux ou à un taux plus élevé, les autorités sanitaires doivent prendre les mesures appropriées, qui peuvent comprendre la rétrogradation de la zone à la phase précédente d'élimination, en tenant compte non seulement des données, mais aussi des circonstances et des préoccupations locales.

Outre la nouvelle surveillance des cas et la réponse, qui comprend le diagnostic et le traitement par polychimiothérapie, des services continueront d'être nécessaires pour la prise en charge des complications, telles que les réactions et les lésions neurologiques, la prévention des déficiences secondaires et la prise en charge des infirmités, par exemple au moyen d'appareils fonctionnels ou de chirurgie reconstructive, de physiothérapie ou d'ergothérapie. Potentiellement, de nombreuses personnes atteintes d'infirmités liées à la lèpre sont encore en vie et ont besoin - de temps à autre - de soins en matière d'infirmité, de santé mentale, de réadaptation ou de services visant à promouvoir l'inclusion. Au fil du temps, ces services seront de plus en plus proposés selon une approche intégrée, dans la mesure où les services et les interventions nécessaires sont rarement spécifiques à la lèpre.

5.4 Statut de non-endémicité

Si aucun nouveau cas autochtone n'a été détecté ou si seuls des nouveaux cas autochtones sporadiques l'ont été pendant au moins 10 ans dans un pays ou une région administrative donné(e), ce pays ou cette région peut être considéré(e) comme non endémique. Des cas non autochtones peuvent encore être signalés et, si c'est le cas, des dispositifs de surveillance et d'intervention appropriés doivent être mis en place. Il en va de même pour les services de prise en charge des complications, de prévention des déficiences secondaires et de prise en charge des infirmités, de la réadaptation et de la santé mentale. Toutefois, ces services seraient proposés par des établissements de santé généraux qui apportent assistance aux personnes souffrant de problèmes similaires dus à d'autres causes. Si l'on continue de faire signaler de nombreux cas non autochtones, alors une formation à la lèpre ciblant le personnel travaillant dans les centres de diagnostic et de traitement désignés sera toujours nécessaire.

Vous trouverez à l'annexe 2 des exemples de la manière dont on peut appliquer les phases d'élimination aux données nationales.

6.

Indicateurs

Les indicateurs présentés ci-dessous sont uniquement ceux qui sont pertinents pour les phases d'élimination. Ils sont regroupés en fonction des deux jalons à franchir, à savoir : l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre.

6.1 Interruption (élimination) de la transmission

6.1.1 Proportion d'enfants parmi les nouveaux cas

Comment assurer le monitoring des progrès accomplis pour parvenir à l'interruption de la transmission ?

Définition : « Proportion de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) par rapport au nombre total de nouveaux cas autochtones détectés, exprimée en pourcentage » (Guide de S&E, p.33).⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) détectés}}{\text{Nombre total de nouveaux cas autochtones détectés au cours de la période considérée}} \times 100$$

Note

Dans les zones de faible endémie (<50 nouveaux cas par million et par an), le nombre de nouveaux cas de lèpre chez les enfants (<15 ans) est également susceptible d'être très faible. Dans ce cas, il est préférable d'utiliser le nombre absolu de nouveaux cas pédiatriques plutôt qu'un pourcentage, car ces données varient de façon trop considérable, avec des changements minimes au niveau du numérateur.

Interprétation

La lèpre chez les enfants est révélateur d'une transmission récente. Elle atteste également de l'efficacité de la détection et du diagnostic.

6.1.2 Taux de nouveaux cas pédiatriques

Définition : « Nombre de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) détectés au sein d'une population donnée au cours d'une année, exprimé en taux par million d'habitants. »

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) détectés au cours de l'année considérée}}{\text{Population pédiatrique (<15 ans)}} \times 1\,000\,000$$

Interprétation

La lèpre chez les enfants est révélateur d'une transmission récente. Elle atteste également de l'efficacité de la détection et du diagnostic. Le taux de nouveaux cas pédiatriques au sein de la population pédiatrique constitue un indicateur plus stable que le « pourcentage d'enfants parmi les nouveaux cas », en particulier lorsque le nombre de nouveaux cas est faible (<50).

⁹ Organisation mondiale de la Santé (2017). Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020. Accélérer l'avènement d'un monde sans lèpre. Guide de surveillance et d'évaluation. New Delhi : [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est](#), consulté le 16 juin 2023).

6.1.3 Nombre de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) détectés

Définition : « Nombre de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants (<15 ans) détectés au sein d'une population donnée au cours de l'année considérée ».

Interprétation

Le nombre absolu de nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants est révélateur d'une transmission récente et peut également être utilisé pour calculer les besoins en polychimiothérapie pour les enfants. C'est un indicateur plus approprié que le pourcentage d'enfants parmi les nouveaux cas lorsque le nombre total de cas est très faible (<50).

6.1.4 Âge (évolution) au moment de la détection

Définition : « Distribution selon le groupe d'âge au moment de la détection parmi les nouveaux cas autochtones détectés dans un pays donné au cours d'une année considérée ou distribution de fréquence des nouveaux cas selon le groupe d'âge dans un pays donné au cours d'une période donnée ».

Notes

- Le groupe d'âge pourrait être simplement celui des adultes et des enfants, comme cela a été le cas à ce jour, mais l'idéal serait d'inclure des groupes d'âge de plus petites tailles : par exemple, pour les enfants de 0 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans.
- L'espérance de vie moyenne augmente avec une meilleure alimentation, un meilleur accès aux soins de santé, etc., indépendamment de toute évolution réelle de l'incidence de la maladie. Indépendamment de toute évolution réelle de l'incidence de la maladie. Cela peut contribuer à un déplacement de l'âge moyen de détection vers des groupes d'âge plus élevés.

Interprétation

Une augmentation de l'âge moyen au moment de la détection, un changement de mode pour passer aux groupes d'âge plus élevés et une diminution du pourcentage d'enfants parmi les nouveaux cas (ou taux d'enfants) sont autant d'éléments qui indiquent qu'un pays ou une région est parvenu(e) à interrompre la transmission ou s'en rapproche (Suárez-García *et al.*, 2017).

6.1.5 de l'infection à *M. leprae* chez les enfants

Définition : « Nombre d'enfants (âgés de six à sept ans) dont le test de dépistage de l'infection à *M. leprae* est positif, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants dans un échantillon donné ».

Formule

$$\frac{\text{Nombre d'enfants (six à sept ans) dont le test est positif}}{\text{Nombre chez les enfants (six à sept ans) dépistés}} \times 100$$

Notes

- Pour l'heure, cet indicateur est à l'étude en tant qu'outil de détection de la séroprévalence. Des recherches plus approfondies sont encouragées.
- Pour utiliser cet indicateur à des fins de surveillance au sein d'une population donnée, des enquêtes répétées par échantillonnage aléatoire sont nécessaires, de préférence après les interventions, sinon tous les cinq ans.
- Les zones dans lesquelles ces enquêtes doivent être menées et la méthode d'échantillonnage doivent être définies dans des lignes directrices opérationnelles ou des modes opératoires normalisés destinés à la vérification de l'interruption de la transmission.

Interprétation

Un test de dépistage positif pour l'infection à *M. leprae* mesuré chez de jeunes enfants indiquerait une transmission récente. Étant donné que les jeunes enfants ne peuvent avoir été infectés qu'au cours d'années récentes, cet indicateur a été proposé comme un indicateur de transmission relativement sensible.

6.1.6 Pourcentage (évolution) d'infection multibacillaire parmi les nouveaux cas

Définition : « Le pourcentage (évolution) de cas multibacillaires par rapport au nombre total de nouveaux cas détectés » (Guide de S&E p.36)⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas multibacillaires détectés}}{\text{Nombre total de nouveaux cas détectés au cours de la période considérée}} \times 100$$

Notes

- La définition du terme « multibacillaire » est importante et doit être réaffirmée ; les variations de définition peuvent poser problème pour l'interprétation de l'évolution au fil du temps.
- L'interprétation doit être prudente, car il existe des différences entre les régions dans l'histoire naturelle de la lèpre.

Interprétation

La lèpre multibacillaire est associée à des périodes d'incubation plus longues que la forme paucibacillaire. Les patients dont la lèpre est due à une infection récente sont plus susceptibles d'être atteints de la forme paucibacillaire de la maladie. Par conséquent, une tendance à l'augmentation du pourcentage de lèpre multibacillaire parmi les nouveaux cas pourrait indiquer que la transmission est en déclin ou qu'elle a peut-être déjà été interrompue (Irgens and Skjaerven, 1985)

6.2 Élimination de la lèpre

6.2.1 Nombre de nouveaux cas autochtones détectés

« Nombre de nouveaux cas autochtones détectés au sein d'une population donnée au cours d'une année ».

Interprétation

L'objectif d'élimination de la lèpre dans une région donnée est de zéro nouveau cas autochtone. Le nombre de nouveaux cas autochtones est un indicateur direct de cette cible, particulièrement utile lorsque le nombre de nouveaux cas devient très minime.

6.2.2 Taux de détection des nouveaux cas

Définition : « Nombre de nouveaux cas autochtones détectés au sein d'une population donnée au cours d'une année, exprimé en taux pour un million d'habitants » (Guide de S&E p.27)⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas autochtones détectés en (année)}}{\text{Population à mi-année (année)}} \times 1\,000\,000$$

Note

À moins que les données sur les cas non autochtones ne soient collectées et déclarées séparément, le nombre de nouveaux cas déclarés (numérateur) est supposé être le nombre de nouveaux cas autochtones.

Interprétation

Cet indicateur peut s'appliquer aux niveaux national et infranational. Il s'agit de l'indicateur le plus important reflétant la charge de morbidité de la lèpre dans une région. On s'en sert comme mesure indirecte du taux d'incidence, car ce dernier ne peut être mesuré directement. Il existe généralement un écart entre l'incidence et la détection - la détection peut sous-estimer ou surestimer l'incidence en fonction de l'efficacité de la détection des cas. Les informations obtenues auprès des nouveaux cas sur la durée de la maladie peuvent fournir des renseignements sur le délai de détection des nouveaux cas. Le taux est plus significatif que le nombre absolu de nouveaux cas car il reflète avec plus de précision la charge de morbidité de la lèpre par rapport à la population et à la transmission (Guide de S&E, p.27-28).⁹

6.2.3 Proportion de cas non autochtones par rapport au nombre total de nouveaux cas détectés

Définition : Proportion de nouveaux cas ayant contracté l'infection à l'extérieur de la région ou du pays où le cas a été diagnostiqué par rapport au nombre total de nouveaux cas détectés, exprimé en pourcentage.

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas non autochtone détectés}}{\text{Nombre total de nouveaux cas détectés au cours de la période considérée}} \times 100$$

Lorsque le nombre de nouveaux cas est faible, il conviendrait d'utiliser le nombre absolu de nouveaux cas non autochtones.

Interprétation

Cet indicateur reflète la fréquence relative des cas non autochtones par rapport aux cas de lèpre supposés avoir contracté leur infection localement dans une zone donnée. Il montre l'importance des cas non autochtones dans la détection totale des cas dans le pays.

6.2.4 Taux de détection des nouveaux cas

Définition : « Nombre de nouveaux cas détectés au sein d'une population donnée au cours d'une année, exprimé en taux par million d'habitants » (Guide de S&E p.27)⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas détectés en (année)}}{\text{Population à mi-année (année)}} \times 1\,000\,000$$

Interprétation

Le nombre de nouveaux cas nécessitant un traitement contre la lèpre fait partie du nombre total de personnes nécessitant des interventions en rapport avec cette maladie. Étant donné que l'indicateur inclut tous les nouveaux cas détectés, qu'ils soient autochtones ou non, il constitue la meilleure mesure unique de la charge de morbidité de la lèpre dans la région ou le pays.

6.2.5 Taux de nouveaux cas présentant une infirmité de degré 2

Définition : « Nombre de nouveaux cas détectés présentant une ID2 parmi les nouveaux cas dans une population définie au cours d'une année, exprimé en taux par million d'habitants » (Guide de S&E p.19).⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas détectés présentant une ID2}}{\text{Population à mi-année}} \times 1\,000\,000$$

Interprétation

Cet indicateur reflète aussi bien le retard dans le diagnostic de la lèpre que la détection de nouveaux cas. Le retard dans le diagnostic entraîne un risque accru d'infirmité visible (degré 2). L'indicateur devrait diminuer à mesure que diminuent le nombre de cas et de nouveaux cas présentant une infirmité de degré 2.

6.2.6 Taux de prévalence

Définition : « Nombre de cas de lèpre enregistrés pour traitement au sein d'une population donnée à un moment donné (généralement au terme de l'année considérée), exprimé en taux par million d'habitants » (Guide de S&E, p. 30).⁹

Formule

$$\frac{\text{Nombre de cas de lèpre enregistrés pour traitement au terme de l'année considérée}}{\text{Population à mi-année (année)}} \times 1\,000\,000$$

Interprétation

Cet indicateur fait référence au nombre réel de personnes qui ont besoin de polychimiothérapie ou sont sous polychimiothérapie (enrôlées pour traitement) à un moment donné (généralement au terme de l'année considérée). Il reflète le nombre de cas pris en charge par les services de santé. Il a été utilisé par le passé pour définir l'objectif d'élimination en tant que problème de santé publique (taux de prévalence inférieur à 1 pour 10 000 habitants). Il n'est pas utilisé pour définir les phases d'élimination.

7. Critères de vérification

Tout au long du processus d'élimination, les programmes de lutte contre la lèpre doivent offrir des services qui répondent à certains critères, tant en termes de qualité que de quantité, afin d'atteindre efficacement l'objectif d'élimination et de répondre aux besoins de diagnostic, de prise en charge des cas, de traitement des complications, de réadaptation et d'intégration de toutes les personnes touchées par la lèpre. Certains de ces critères s'appliquent jusqu'à ce que le jalon d'élimination de la lèpre soit franchi, tandis que d'autres sont nécessaires tout au long de la phase post-élimination et même au-delà. Ces critères sont liés aux données probantes qui doivent être compilées dans le Dossier sur l'élimination de la lèpre utilisé pour s'assurer que le jalon d'élimination a été franchi au niveau national. Les critères peuvent également être utilisés pour les examens périodiques des progrès accomplis par le Programme de lutte contre la lèpre.

Les « critères de vérification » sont précisés dans le présent document. Ils sont structurés selon trois rubriques à savoir : l'engagement politique, la mise en œuvre du programme et la surveillance. Une description générale est d'abord donnée, puis les détails, les indicateurs, les moyens de vérification et les niveaux de réalisation sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

7.1 Engagement politique

7.1.1 Plan stratégique national

Le succès de la mise en œuvre des programmes nationaux dépend de l'engagement exprimé et démontré aux niveaux national et infranational. L'existence ou l'élaboration d'une « Feuille de route zéro lèpre » nationale propre au pays et d'un plan stratégique qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé dans le pays et sont conformes à la Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 et à la Feuille de route mondiale pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 témoignent de l'engagement politique. L'allocation de budgets et l'acheminement de fonds au niveau opérationnel attestent également de l'engagement des gouvernements nationaux ou des autorités locales. Le Plan stratégique national devrait être accompagné de modes opératoires normalisés (MON) pour tous les services et interventions liés à la lèpre. Ensemble, ils constituent la base des évaluations par les équipes internes et des vérifications futures par l'équipe externe pour s'assurer de l'élimination de la maladie. Le plan national de santé devrait mettre l'accent sur la formation afin de maintenir l'expertise dans le domaine de la lèpre et de l'administration des programmes. Il convient de mettre en place un système d'orientation bien défini de la communauté vers les centres sentinelles, les centres d'excellence ou les centres d'orientation. Un système d'achat de médicaments et une gestion de la chaîne d'approvisionnement devraient être mis en place.

L'engagement politique, à l'instar d'autres critères, est crucial dans toutes les phases d'élimination, y compris dans la phase de surveillance post-élimination (phase 3).

7.1.2 Plaidoyer en faveur de la lèpre auprès des autorités

Les décideurs doivent être informés de la situation qui prévaut en ce qui concerne la lèpre, se traduisant en termes d'endémicité dans le pays et de répartition au niveau infranational. Cela permettra d'obtenir le soutien politique et les ressources nécessaires pour interrompre la transmission, éliminer la maladie et maintenir la surveillance dans la phase post-élimination, ainsi que les services requis pour prendre en charge les infirmités et promouvoir l'inclusion. Les interventions de plaidoyer nécessaires pour satisfaire ce critère sont la communication régulière avec les décideurs par le biais de réunions directes, de séances d'information et de publications de rapports de situation sous forme de brochures.

7.1.3 Environnement favorable aux personnes touchées par la lèpre

Il incombe aux gouvernements de veiller à ce que les personnes atteintes de la lèpre soient intégrées dans tous les aspects de la vie et de la société. Ils doivent s'assurer qu'il n'existe pas de lois, de politiques, de pratiques ou de règlements autorisant la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre. Ils devraient également veiller à ce que les régimes de retraite et autres systèmes de protection sociale soient accessibles aux personnes handicapées, y compris aux personnes atteintes de la lèpre.

7.1.4 Participation des parties prenantes et partenariats

Les réseaux de personnes touchées par la lèpre, les ministères de la santé, l'OMS, les agences de l'ILEP, le secteur privé (par exemple, Novartis), les institutions académiques et les associations professionnelles (par exemple, les dermatologues) ont de tout temps participé aux activités de lutte contre la lèpre dans les pays d'endémie. Dans quelques pays - principalement ceux qui ne disposent pas d'un programme national de lutte contre la lèpre - les services de lutte contre la lèpre sont principalement ou uniquement fournis par des organisations partenaires. Des partenariats organisés au niveau national et infranational peuvent contribuer à garantir des efforts concertés pour l'élimination de la lèpre ; ils peuvent également contribuer à éviter la duplication des services. Il est recommandé que les partenariats nationaux « Zéro lèpre » soient constitués de toutes les parties prenantes, en définissant clairement les rôles de chacune d'entre elles. Les partenariats peuvent ne pas être pertinents dans les pays où le nombre de cas signalés chaque année est très faible.

7.1.5 Inclusion des organisations et des réseaux de personnes touchées par la lèpre

Les organisations de personnes touchées par la lèpre peuvent jouer un rôle important dans de nombreux aspects des services de lutte contre la lèpre. Elles occupent une position clé dans le plaidoyer, puisqu'elles sont détentrices de droits en matière de santé (soins), d'égalité et de non-discrimination, d'éducation, de travail et d'emploi et d'autres droits de l'homme (Nations Unies, 2006). Ces organisations devraient participer à l'examen des pays, à l'élaboration des politiques, à l'évaluation des programmes de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie, ainsi qu'à la compilation du Dossier sur l'élimination de la lèpre. Lorsqu'il existe des lois discriminatoires, les organisations de personnes touchées sont bien placées pour faire pression en faveur de l'abolition ou de la modification de ces lois.

7.1.6 Reconnaissance et utilisation des principes et lignes directrices des Nations Unies

Les principes et les lignes directrices des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille¹⁰ devraient être reconnus et appliqués dans tous les pays où la lèpre est endémique. Ces principes et lignes directrices sont basés sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCRPD), qui a été ratifiée par 182 pays et signée par 164¹¹ et ont un lien avec celles-ci. Des sessions d'information et d'éducation spécifiques devront être organisées à l'intention des conseils nationaux des droits de l'homme et des organisations de personnes touchées, s'il en existe. La sensibilisation aux principes et lignes directrices contenus dans le présent document devrait être intégrée à toutes les formations sur la lèpre destinées aux agents de santé, aux travailleurs sociaux et aux autres personnes impliquées dans les services de lutte contre la lèpre.

¹⁰ Nations Unies. Principes et directives pour l'élimination de la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille. [UN Digital Library](#), consulté le 16 juin 2023).

¹¹ Nations Unies. la Convention relative aux droits des personnes handicapées Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). [Département des affaires économiques et sociales des Nations unies](#), consulté le 16 juin 2023).

7.2 Mise en œuvre du programme

7.2.1 Intégration de la lèpre dans les services de santé généraux

Le Plan sanitaire national devrait préciser que les services de détection et de traitement des cas de lèpre doivent être intégrés au système de soins de santé général. Des initiatives intégrées de détection des cas devraient être menées, le cas échéant, par exemple dans le cadre de centres de soins dermatologiques ou de services de dermatologie ou dans le cadre d'activités croisées de détection de cas de MTN.

L'intégration impliquerait que le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de la lèpre soient effectués dans des cliniques de médecine générale ou de dermatologie ou dans des services destinés aux patients atteints de maladies infectieuses.

7.2.2 Formation des agents de santé

Pour mettre en œuvre des services de lutte contre la lèpre de qualité et progresser vers l'interruption de la transmission, l'élimination de la lèpre et la surveillance post-élimination, il est essentiel de disposer d'un nombre suffisant d'agents de santé bien formés à l'administration des programmes et à la prestation de services. Des programmes et du matériel de formation consacrés au Programme de lutte contre la lèpre ou intégrés à d'autres programmes de lutte contre les maladies devraient être disponibles aux niveaux national et infranational.

7.2.3 Sensibilisation à la lèpre dans la population générale

La détection précoce et le traitement rapide par polychimiothérapie sont essentiels pour interrompre la transmission et, par la suite, éliminer la maladie dans une zone géographique donnée. C'est également la clé de la prévention des infirmités. La sensibilisation aux symptômes et la recherche de soins précoces sont cruciales et liées à une sensibilisation plus accrue à la lèpre. Les modes d'amélioration de la sensibilisation seront également enregistrés dans le processus. La sensibilisation constitue un critère obligatoire dans les pays en phases d'interruption de la transmission et d'élimination de la maladie. Elle est moins prioritaire dans les pays en phase de surveillance post-élimination et dans ceux où l'on ne trouve la lèpre qu'au sein de la population non autochtone.

7.2.4 Mise en œuvre du paquet de soins aux malades de la lèpre

Les services de lutte contre la lèpre capables de diagnostiquer et de fournir un traitement (PCT) pour tous les nouveaux cas et les rechutes sont essentiels à tous les niveaux d'endémicité. La disponibilité et l'accessibilité constituent des facteurs clés, en particulier à mesure que baissent les niveaux d'endémicité. Du fait de la longue durée du traitement, il importe que les agents de santé responsables puissent assurer le traitement de la lèpre de manière respectueuse et conviviale pour le patient. Lorsque les services de diagnostic et de traitement de la lèpre ne sont plus couramment disponibles, un système d'orientation bien établi sera crucial. Il existe une alternative qui est un système d'intervention dans lequel une équipe spécialisée se rend dans un service de santé ayant signalé un cas possible de lèpre pour le confirmer et assurer une formation en cours d'emploi sur le traitement et la prise en charge des complications. La capacité à détecter et à traiter les rechutes est également considérée comme un critère, car les cas de rechute peuvent entraîner la poursuite de la transmission de l'infection.

Une caractéristique importante des bons services de lutte contre la lèpre tient à leur capacité à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour détecter et prévenir les infirmités. Cela inclut la prévention, la détection et la prise en charge des complications telles que les réactions, les lésions et les traumatismes nerveux. Un ensemble de soins essentiels pour le traitement et la prise en charge des complications devrait être mis en place, y compris des MON. Il est important de veiller à ce que les médicaments nécessaires au traitement des réactions et des lésions nerveuses, tels que la prednisolone et la clofazimine en vrac, soient disponibles. La formation à l'auto-prise en charge et les conseils concernant (le risque de) complications font également partie de cet aspect des services. Toutes ces interventions nécessitent que du personnel disposant de bonnes connaissances et des compétences adéquates soit disponible.

7.2.5 Centres et mécanismes d'orientation

Des centres d'orientation devraient être disponibles pour les patients dont les complications ne peuvent être prises en charge au niveau des soins primaires. Ces services devraient être intégrés aux soins généraux spécialisés dans la mesure du possible. Le niveau de disponibilité de ces services devrait être adapté aux besoins.

7.2.6 Prophylaxie post-exposition

La Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 recommande la prophylaxie post-exposition (PPE) à dose unique de rifampicine (DUR) comme stratégie pouvant contribuer aussi bien à l'interruption de la transmission de la lèpre qu'à son élimination. Elle est donc pertinente à tous les niveaux d'endémicité. Même lorsqu'il est prouvé que la transmission s'est arrêtée, la PPE-DUR peut aider à prévenir les cas de lèpre chez les contacts qui ont pu être infectés des années auparavant. Il est important que les activités de DUR-PPE se conforment aux directives normatives consignées dans les Lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre¹² et à ses orientations techniques sur la recherche des contacts et la prophylaxie post-exposition.¹³ La DUR-PPE devrait être combinée avec le dépistage des contacts. Les programmes de lutte contre la lèpre devraient s'efforcer d'inclure également les voisins et les contacts sociaux afin d'accroître l'efficacité de l'intervention. Il est peu probable que la PPE-DUR soit pertinente dans les pays où seuls des cas de lèpre non autochtone sont observés, étant donné que ces cas n'entraînent que rarement, voire jamais, des cas secondaires.

7.2.7 Accès aux services d'aide sociale et de réadaptation

Les personnes touchées par la lèpre qui présentent des déficiences plus avancées entraînant des limitations dans leurs activités quotidiennes et des restrictions dans leur participation à la vie sociale peuvent avoir besoin d'une réadaptation allant au-delà de ce que le niveau des soins primaires peut offrir pour optimiser leur fonctionnement dans la société. Les pays doivent être en mesure de démontrer que les personnes atteintes d'infirmités liées à la lèpre ont accès à des établissements de référence pour la réadaptation.

¹² Organisation mondiale de la Santé (2018). Lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre. [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est](#), consulté le 16 juin 2023).

¹³ Organisation mondiale de la Santé (2020). Lèpre/maladie de Hansen : recherche des contacts et prophylaxie post-exposition. [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est](#), consulté le 16 juin 2023).

Les personnes touchées par la lèpre qui sont confrontées à des restrictions substantielles en matière de participation sociale peuvent avoir besoin d'un soutien social et d'une réadaptation sociale afin d'optimiser leur intégration dans la société. Il convient de veiller à ce que les personnes ayant besoin d'un tel soutien aient accès aux dispositions et programmes gouvernementaux existants en matière de protection sociale et de services de réadaptation à base communautaire (RBC). Le cas échéant, les personnes ayant des besoins particuliers devraient être orientées vers des services spécialisés dans la réadaptation socio-économique. Les pays doivent être en mesure de démontrer qu'il existe des systèmes d'orientation des établissements de santé primaires vers ces services.

7.2.8 Accès aux services de santé mentale

La recherche a montré qu'une forte proportion de personnes touchées par la lèpre ont un faible bien-être mental, se matérialisant en particulier sous forme de dépression et d'anxiété (Somar, Waltz et van Brakel, 2020). Les membres de la famille et les soignants peuvent également pâtir de conséquences agissant sur la santé mentale. Dans les régions où la lèpre est fortement stigmatisée, le diagnostic de cette maladie a même poussé des personnes à tenter de se suicider (Rocha-Leite *et al.*, 2014). Il est donc très important que les praticiens impliqués dans le diagnostic et le traitement des patients atteints de la lèpre soient conscients des conséquences possibles sur la santé mentale et des options de traitement et d'orientation disponibles au niveau local. L'une des stratégies possibles consiste à faire appel à des conseillers non professionnels ou à des pairs, ou encore à recourir au soutien par des pairs fourni par les agents de santé locaux ou des personnes touchées par la lèpre (Lusli *et al.*, 2015; van 't Noordende *et al.*, 2020) ou par l'orientation vers des services professionnels de santé mentale.

7.2.9 Réduction et surveillance de la stigmatisation liée à la lèpre au sein des communautés

La stigmatisation entraîne beaucoup de souffrance et de détresse mentale chez les personnes touchées par la lèpre et les membres de leur famille. En outre, elle peut constituer un obstacle à la chimioprophylaxie ou au dépistage précoce des cas, du fait de la crainte de la divulgation éprouvée par les personnes qui pensent avoir la lèpre. Les niveaux de stigmatisation varient considérablement d'une région à l'autre. Il importe donc que les programmes de lutte contre la lèpre sachent quelles sont les zones où le niveau de stigmatisation est élevé, afin que les interventions visant à la réduire puissent être contextualisées et axées sur les zones où les problèmes sont les plus importants. Il existe des interventions fondées sur des données probantes pour réduire la stigmatisation, ainsi que des outils permettant de procéder à une mesure quantitative des divers aspects de la stigmatisation. Lorsque des interventions sont mises en œuvre, leurs effets doivent faire l'objet de surveillance dans le temps. Étant donné qu'il peut ne pas être aisé de collecter les données sur la gravité de la stigmatisation dans le cadre d'un système de surveillance de routine, il importe d'entreprendre régulièrement des enquêtes par sondage. Les organisations partenaires peuvent jouer un rôle inestimable dans la cartographie et le suivi de l'état des choses en matière de stigmatisation dans les zones endémiques.

7.3 Surveillance

7.3.1 Systèmes de gestion des données

Un système efficace de surveillance et de gestion des données est essentiel aux programmes de lutte contre la lèpre dans les différentes phases d'élimination. Un système de surveillance peut être considéré comme sensible si les cas sont détectés avant que ne se développent des infirmités. Un bon système de gestion des données est un élément important qui permet de renforcer l'efficacité du système. Un tel système doit être disponible partout où des services de traitement de la lèpre sont fournis, depuis les soins de santé primaires jusqu'au niveau national. Le nec plus ultra serait un système électronique qui recueille des données sur les patients et les intègre dans une base de données de niveau national. Ce système devrait être associé à une cartographie géographique des nouveaux cas, qui montre les lieux où se trouvent les cas et permet d'identifier des groupes (points chauds), le cas échéant. Il est possible d'évaluer la qualité et l'efficacité du système de surveillance en examinant les délais de détection des cas et la couverture du dépistage des contacts. Il est possible d'intégrer un système de surveillance et de gestion des données dans certains pays, tandis que dans d'autres, il peut être combiné avec d'autres MTN ou avec la tuberculose. Lors de la préparation d'un dossier sur l'élimination de la lèpre dans les pays où le nombre de cas est très faible, on vérifiera l'existence d'un système efficace de détection des nouveaux cas. Un système efficace de surveillance et d'intervention - y compris la soumission de rapports zéro - devrait être maintenu pendant la phase de surveillance post-élimination pendant au moins 10 ans afin de détecter tous les cas sporadiques qui pourraient encore survenir. Il devrait, de préférence, être associé à un système de surveillance d'autres MTN ou maladies infectieuses. Tout cas survenant après la période de surveillance post-élimination de 10 ans devrait toujours être notifié, mais la déclaration zéro n'est plus nécessaire.

7.3.2 Recherche des contacts et autres interventions pour la détection active des cas

Il est prouvé que les contacts d'un patient atteint de la lèpre ont une probabilité plus élevée d'être infectés que les membres de la population générale (Jesudasan *et al.*, 1984; Van Beers, Hatta and Klatser, 1999; Moet *et al.*, 2006). Dans les zones de faible endémie, les nouveaux cas de lèpre peuvent très souvent identifier un ancien cas dans leur famille (Richardus *et al.*, 2005). La recherche des contacts et le dépistage constituent une intervention essentielle aussi bien dans les environnements de forte endémie que de faible endémie. Il importe que le dépistage soit effectué dans les meilleurs délais après le diagnostic d'un nouveau cas. Il est recommandé de procéder à un dépistage annuel pendant cinq ans pour les contacts d'un cas index multibacillaire et pendant trois ans pour les contacts d'un cas index paucibacillaire. Les agents de santé devraient se donner pour objectif d'atteindre une couverture élevée des contacts dépistés. Il découle souvent de ce qui précède qu'une visite à domicile doit être effectuée. Toutefois, le dépistage des contacts ne devrait pas se limiter aux seuls contacts familiaux car il est prouvé que les voisins et les contacts sociaux des nouveaux malades de la lèpre courent également un risque accru de développer eux-mêmes la lèpre. Utilisé comme stratégie active de détection des cas, le dépistage des contacts devrait donc inclure un cercle de contacts plus large que le seul ménage. Dans la mesure du possible, le dépistage des contacts devrait être associé à la distribution d'une

prophylaxie post-exposition (PPE) (se référer à la section suivante). Dans les régions à forte endémie, le dépistage peut concerner tout un village ou tout un quartier. En revanche, si les contacts des cas solitaires ou sporadiques font l'objet de dépistage, il serait raisonnable de se limiter aux contacts étroits (par exemple, les contacts familiaux et les voisins immédiats). L'ampleur du dépistage des contacts et de la distribution de la PPE devrait être adaptée à la phase d'élimination. Il importe dès lors d'identifier les lieux où se trouvent les points chauds ou les groupes de (anciens) cas, afin que les interventions puissent être bien ciblées et que leur intensité soit adaptée à la phase d'élimination. D'autres interventions actives de détection des cas se sont révélées efficaces, notamment les centres de soins dermatologiques, les enquêtes rapides dans les villages et le dépistage de porte-à-porte au sein des groupes de population défavorisés ou dans les zones reculées ou difficiles d'accès. Dans les zones en phase 1, le dépistage des écoliers est également utilisé avec succès. La détection active des cas contribue à la détection précoce des cas, ce qui permet, à son tour, de réduire la période pendant laquelle le patient est infectieux.

7.3.3 Suivi et évaluation

Le suivi de la situation de la lèpre dans toutes les unités infranationales devrait être une activité continue pour faire en sorte qu'elles franchissent les jalons désignés dans leur parcours vers l'élimination de la lèpre dans le pays. Le suivi des données à l'aide de l'Outil de Monitoring de l'élimination de la lèpre (OMEL) constitue un moyen facile de suivre les progrès accomplis pour parvenir à l'interruption de la transmission et à l'élimination de la lèpre au niveau infranational. Il peut être aisément associé à une cartographie en série pour visualiser les progrès accomplis. Le suivi, sous la forme d'une supervision de soutien, doit être effectuée à tous les niveaux du Programme de lutte contre la lèpre. Des évaluations devraient être réalisées par des équipes internes utilisant l'outil d'EPLT lorsqu'une unité infranationale de deuxième niveau franchit le jalon d'élimination de la lèpre.

7.3.4 Surveillance de la résistance aux antimicrobiens

Les programmes nationaux de lutte contre la lèpre devraient disposer d'un système permettant de surveiller l'apparition d'une résistance aux antimicrobiens (RAM) chez la bactérie *M. leprae*. Il est important de suivre l'évolution au fil du temps, notamment en ce qui concerne la résistance à la rifampicine et la multirésistance. Il est particulièrement important de procéder à un dépistage des cas de retraitement, tels que les rechutes et les perdus de vue de retour. Ces patients devraient être orientés vers un centre où leur échantillon peut être prélevé. La surveillance et le suivi de la résistance aux antimicrobiens devraient se conformer aux orientations données dans le document de l'OMS intitulé « Guide pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans la lèpre ».¹⁴

7.3.5 Surveillance des réactions indésirables aux médicaments

Les réactions indésirables aux médicaments contre la lèpre devraient également faire l'objet de surveillance. Des orientations techniques à ce sujet sont en cours d'élaboration.

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé (2017). Guide pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans la lèpre : Mise à jour 2017. [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est](#), consulté le 16 juin 2023).

7.4 Critères, interventions et indicateurs pour la phase 1 (jusqu'à l'interruption de la transmission) et la phase 2 (jusqu'à l'élimination de la lèpre)

Tableau 2 : Critères, indicateurs et sources de données ou d'informations du Programme de lutte contre la lèpre pour les phases 1 et 2 : interruption de la transmission et élimination de la lèpre

Critère	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Engagement politique			
Plan stratégique national propre au pays adaptant la stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021–2030/Feuille de route mondiale pour les MTN 2021–2030	Un plan stratégique national/un plan sanitaire national visant à parvenir à l'interruption de la transmission et à l'élimination de la lèpre est disponible.	Examen du Plan stratégique national	Oui/Partiellement/ Non
	Un plan sanitaire prévoyant des services intégrés de détection et de traitement des cas de lèpre est disponible.	Consultation des parties prenantes	
	Des algorithmes/modes opératoires normalisés (MON) pour le diagnostic, la prise en charge, la prévention, la réadaptation et la prise en charge des infirmités sont disponibles.		
	Le plan sanitaire national met l'accent sur la formation afin de maintenir l'expertise dans la prise en charge de la lèpre et la gestion des programmes.		
	Un système bien défini d'orientation de la communauté vers un centre sentinelle/centre d'excellence/un service d'orientation est en place ¹⁵		
	La gestion de l'achat de médicaments et de la chaîne d'approvisionnement est en place (en ce qui concerne la lèpre)		

¹⁵ Une institution où des installations telles que la formation, la surveillance, la fourniture de soins spécialisés pour la lèpre sont disponibles à un niveau approprié (au moins une par pays).

Critère	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Environnement favorable aux personnes touchées par la lèpre	Lois/politiques/pratiques traditionnelles/règlements existants autorisant la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre	Rapport sur les lois existantes autorisant la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre	Oui/Non/travaux en cours
	Nombre de cas de discrimination signalés	Discussion au niveau national	Nombre de cas signalés
	Soutien social, par exemple droits, régimes de retraite et d'aide sociale pour les personnes handicapées, y compris les personnes atteintes de la lèpre	Rapports	Oui/Non
	Principes et lignes directrices ¹⁶ disponibles dans la langue nationale		Oui/Non
	Il existe des normes ou des règlements positifs pour faciliter l'intégration sociale des personnes atteintes de la lèpre		Oui/Non
Participation des parties prenantes	Les OSC, ¹⁷ les organisations de personnes touchées par la lèpre ou une infirmité, les ONG ¹⁷ les praticiens privés, les universitaires participent à la planification et à la gestion des programmes	Procès-verbal de la réunion Protocole d'accord ¹⁷	Oui/parfois/Non
	Il existe des associations de personnes touchées par la lèpre et elles participent aux activités de lutte contre la maladie.	Rapports	Oui/Non
Mise en œuvre du programme			
Intégration de la lèpre dans les services de santé généraux (suspecter, diagnostiquer et traiter la lèpre dans les unités infranationales ou les centres d'orientation)	Mise en œuvre intégrée d'un ensemble de soins et d'activités de prévention de la lèpre	Rapports, système d'information sanitaire (HIS), ¹⁷ évaluation des établissements de santé	Oui/Non
	Des services d'orientation dotés d'équipements permettant de suspecter, de diagnostiquer et de traiter la lèpre sont disponibles	MON ¹⁷	Oui/Non
Formation des agents de santé (spécifique à la lèpre ou intégrée aux MTN ¹⁷ ou d'autres programmes)	État d'avancement de la formation des agents de santé au niveau désigné (centres de santé et services d'orientation)	Certificat/preuve de formation par auto-apprentissage dans le cadre de cours nationaux ou de cours accrédités par l'OMS	Oui/Non

¹⁶ Principes et lignes directrices pour l'élimination de la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille

¹⁷ Voir Sigles et abréviations à la page 5

Critère	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Sensibilisation à la lèpre	Campagnes de sensibilisation dans les médias	Notes circulaires d'information ou support de communication	Oui/Non
	Niveau de sensibilisation de la communauté en général	Entretien/discussion avec la communauté en général	Oui/Non
Ensemble de soins contre la lèpre pour la prise en charge et le traitement des complications	Le diagnostic, le traitement des patients, la prise en charge des réactions, la prévention et la prise en charge des infirmités sont conformes au MON. ¹⁸	MON ¹⁷ Observation et discussions lors de l'évaluation des établissements de santé	Oui/Non
	Les médicaments nécessaires à la prise en charge de la lèpre et des réactions sont disponibles.		Oui/Non
Mécanisme d'orientation ¹⁹ pour le diagnostic, le traitement de la lèpre et la réadaptation des personnes atteintes d'infirmités liées à la lèpre et pour les soins de santé mentale	Mise en place d'un mécanisme d'orientation avec des niveaux désignés, de la communauté au sommet/centre sentinelle/service d'orientation	Observation et discussions lors de l'évaluation des établissements de santé	Oui/Non
	Nombre de personnes ayant bénéficié d'appareils d'assistance ou d'autres services de réadaptation	Rapports	Nombre par an
Recherche de contacts	Proportion de cas pour lesquels une recherche de contact a été entreprise (pour les patients enrôlés au cours des cinq dernières années)	Cartes de patients, registres, HIS ¹⁷	Pourcentage
	Proportion des contacts des patients examinés		
Administration d'une dose unique de rifampicine (DUR) aux contacts éligibles à titre de prophylaxie post-exposition (PPE).	Adoption de DUR-PPE dans les lignes directrices	Plan sanitaire	Oui/Non
	Proportion de contacts éligibles auxquels une DUR a été administrée	Dossiers, registres, HIS ¹⁷	Pourcentage
Réduction de la stigmatisation liée à la lèpre au sein des communautés et chez les agents de santé	La stigmatisation liée à la lèpre au sein des communautés et chez les agents de santé est contrôlée (à l'aide d'outils tels que le 5-QSICS).	Rapports Observation	Oui/Non

¹⁸ Mise en œuvre du programme de soins contre la lèpre - vérification de l'adoption des modes opératoires normalisés et observation lors de l'évaluation des établissements de santé

¹⁹ Le mécanisme d'orientation devrait faire partie de l'ensemble des soins contre la lèpre et contenir des détails sur le diagnostic, le traitement, la prise en charge des complications, les soins aux personnes atteintes d'infirmités et la réadaptation - ceci sera vérifié par l'évaluation des établissements de santé et signalé dans le cadre du mécanisme d'orientation. Les MON devraient y faire référence à des fins de vérification.

Critère	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Surveillance			
Système de gestion des données	Un système de gestion des données numériques est en place	Observation	Oui/Non
	Les rapports sont établis au niveau infranational (y compris les rapports zéro).	Rapports	
Cartographie des nouveaux cas de patients autochtones atteints de la lèpre	De nouveaux cas de patients autochtones atteints de lèpre ont été cartographiés	Rapports, HIS ¹⁷	Oui/Non
Dépistage des ménages, des voisins et des contacts sociaux des nouveaux cas de lèpre	Nombre de contacts répertoriés par cas index (objectif conforme au plan national)	Rapports, HIS ¹⁷ MON ¹⁷	Nombre
Dépistage des personnes présentant des signes évocateurs de la lèpre dans les services ambulatoires/centres de santé et centres de soins dermatologiques	Personnes non atteintes de la lèpre parmi les personnes dépistées présentant des signes évocateurs de la lèpre	Dossiers et rapports	Nombre
	La lèpre fait partie des maladies incluses dans les programmes de dépistage et de soins de santé destinés aux migrants et aux personnes déplacées.	MON ¹⁷	Oui/Non
Surveillance sentinelle et surveillance passive	Centre sentinelle/centre de haut niveau/centre d'excellence/service d'orientation ²⁰ doté de personnel formé au diagnostic et à la prise en charge de la lèpre disponible à un niveau approprié (district/ municipalité ou état/province)	Observation, dossiers et rapports, discussion	Cas de lèpre (enfant/adulte ; autochtone/non autochtone)
Prise en charge des cas sporadiques de lèpre chez les enfants (en phase 2) et chez les adultes (en phase 3)	Enquêtes en cas d'urgence critique sur des cas sporadiques de lèpre chez les enfants et chez les adultes	Dossiers, rapports, MON ¹⁷	Oui/Non
Surveillance, supervision d'accompagnement et évaluation	Un système de surveillance et de supervision d'accompagnement est en place.	Observation, rapports, dossiers, MON	Oui/Non
	Les progrès dans l'élimination de la lèpre font l'objet de suivi au niveau infranational à l'aide de l'OMEL. ¹⁷		Oui/Non
	Les services du programme font l'objet de suivi à l'aide de l'EPLT. ¹⁷		Oui/Non

²⁰ Une institution où des installations telles que la formation, la surveillance, la fourniture de soins spécialisés pour la lèpre sont disponibles à un niveau approprié (au moins une par pays).

Critère	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Implication de praticiens privés	Les praticiens privés sont impliqués dans le traitement de la lèpre	Rapports des praticiens privés, discussion	Oui/Non
Surveillance par implication des pharmaciens et des chimistes	Disponibilité de médicaments en vente libre utilisés dans le traitement de la lèpre	Observations sur les discussions	Oui/Non
Surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM)	Système en place pour tester la pharmacorésistance possible	Rapports, observation	Oui/Non
	Pourcentage de cas de rechute testés	HIS ¹⁷	Pourcentage
Système de pharmacovigilance pour surveiller les effets indésirables des médicaments	Système de pharmacovigilance en place	Rapports Observation	Oui/Non

7.5 Critères de vérification au terme de la phase 2 : élimination de la lèpre

Tableau 3 : Critères de vérification du programme, indicateurs et sources de données ou d'informations au terme de la phase 2 (élimination de la lèpre)

Critère de vérification	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Engagement politique			
Plan stratégique national propre au pays adaptant la stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030/Feuille de route mondiale pour les MTN 2021-2030	Un plan stratégique national/un plan sanitaire national visant à parvenir à l'interruption de la transmission et à l'élimination de la lèpre est disponible et des ressources y sont allouées	Examen du Plan stratégique national	Oui/Partiellement/ Non
	Un plan sanitaire prévoyant des services intégrés de détection et de traitement des cas de lèpre est disponible.	Consultation des parties prenantes	
	Des algorithmes/modes opératoires normalisés (MON) pour le diagnostic, la prise en charge, la prévention, la réadaptation et la prise en charge des infirmités sont disponibles.	Examen des supports de plaidoyer disponibles	
	Le plan sanitaire national met l'accent sur la formation afin de maintenir l'expertise en matière de prise en charge de la lèpre et de gestion des programmes.		
	Un système d'orientation bien défini de la communauté vers un centre sentinelle/centre d'excellence/service d'orientation est en place ²¹		
La gestion de l'achat de médicaments et de la chaîne d'approvisionnement est en place (en ce qui concerne la lèpre)			

²¹ Une institution où des installations telles que la formation, la surveillance, la fourniture de soins spécialisés pour la lèpre sont disponibles à un niveau approprié (au moins une par pays).

Critère de vérification	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
	Supports de plaidoyer (par exemple, des dossiers d'investissement pour l'élimination de la lèpre, des brochures d'information, des infographies et des vidéos) sont disponibles pour sensibiliser les décideurs aux niveaux national et infranational.		
Environnement favorable aux personnes touchées par la lèpre	<p>Inexistence de loi/politique/pratique traditionnelle/règlements autorisant la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre</p> <p>Nombre de cas de discrimination signalés</p> <p>Soutien social, par exemple droits, régimes de retraite et d'aide sociale pour les personnes handicapées, y compris les personnes atteintes de la lèpre</p> <p>Principes et lignes directrices disponibles dans la langue nationale</p> <p>Il existe des normes ou des règlements positifs pour faciliter l'intégration sociale des personnes atteintes de la lèpre</p>	Rapport sur les lois existantes autorisant la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre	<p>Oui/Non/travaux en cours</p> <p>Nombre de cas signalés</p> <p>Oui/Non</p>
Mise en œuvre du programme			
Intégration de la lèpre dans les services de santé généraux	Mise en œuvre d'activités intégrées de recherche de cas, de traitement de la lèpre et de prévention	Rapports de programme, HIS ¹⁷ , évaluation au niveau des établissements	Oui/Non
Formation des agents de santé (spécifique à la lèpre ou intégrée aux MTN ¹⁷ ou d'autres programmes)	État d'avancement de la formation des agents de santé	Certificat/preuve de formation par auto-apprentissage dans le cadre de cours nationaux ou de cours accrédités par l'OMS	Oui/Non

Critère de vérification	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Ensemble de soins contre la lèpre pour la prise en charge et le traitement des complications est mis en œuvre	Diagnostic, normes de soins recommandées par l’OMS pour le traitement des patients, la prise en charge des réactions et pratiques de prévention et de prise en charge des infirmités conformément aux MON. ²² Les médicaments nécessaires à la prise en charge de la lèpre sont disponibles.	Disponibilité de l’ensemble de soins et de MON Observation, discussions, évaluation des établissements de santé	Oui/Non
Mécanisme d’orientation	Mécanisme d’orientation avec des niveaux désignés de la communauté au sommet/centre sentinelle/au service d’orientation à vérifier	Observation, discussions, évaluation des établissements de santé	Oui/Non
Recherche de contacts	Proportion de cas pour lesquels l’examen des contacts (pour les patients enrôlés au cours des cinq dernières années) a été entrepris Proportion des contacts des patients examinés	Cartes de patients, registres, HIS ¹⁷	Pourcentage
Administration d’une dose unique de rifampicine (DUR) aux contacts éligibles à titre de prophylaxie post-exposition (PPE).	Adoption de la DUR-PPE Proportion de contacts éligibles auxquels une DUR a été administrée	Plan sanitaire Dossiers, registres, HIS ¹⁷	Oui/Non Pourcentage
Sensibilisation à la lèpre	Campagnes de sensibilisation dans les médias Niveau de sensibilisation de la communauté en général, des guérisseurs traditionnels et des leaders d’opinion	Notes circulaires d’information ou support de communication Discussion avec la communauté en général	Oui/Non Bon/moyen/médiocre

²² Mise en œuvre de l’ensemble de soins contre la lèpre - vérification de l’adoption des modes opératoires normalisés et observation lors de l’évaluation des établissements de santé

Critère de vérification	Indicateurs	Source des données ou des informations	Niveau de réalisation
Surveillance			
Surveillance sentinelle et surveillance passive	Centre sentinelle/centre de haut niveau/centre d'excellence/service d'orientation ²³ doté(e) de personnel formé au diagnostic et à la prise en charge de la lèpre disponible à un niveau approprié (district/municipalité ou État/province)	Observation, dossiers et rapports, discussion	Cas de lèpre (chez les enfants/ adultes ; autochtone/non autochtone)
Dépistage des personnes présentant des signes évocateurs de la lèpre dans les services ambulatoires/centres de santé et centres de soins dermatologiques	<p>Nombre de personnes atteintes de la lèpre parmi les personnes ayant été dépistées</p> <p>Le dépistage de la lèpre fait partie des maladies couvertes par les programmes de dépistage et de soins de santé destinés aux migrants et aux personnes déplacées.</p>	Dossiers et rapports, HIS ¹⁷	Nombre Oui/Non
Prise en charge des cas sporadiques	<p>Cartographie des cas sporadiques</p> <p>Les cas sporadiques font l'objet d'une enquête en cas d'urgence critique.</p>	Dossiers et rapports	Oui/Non
Implication des prestataires privés	Les praticiens privés sont impliqués dans le traitement des complications de la lèpre et des déficiences visuelles, des mains et des pieds.	Rapports des praticiens privés, discussion	Oui/Non
Surveillance par implication des pharmaciens et des chimistes	Disponibilité de médicaments en vente libre utilisés dans le traitement de la lèpre	Rapports, discussions, observations	Oui/Non
Système de gestion des données	Les rapports sont établis au niveau infranational (y compris les rapports zéro).	Rapports	Oui/Non

²³ Une institution où des installations telles que la formation, la surveillance, la fourniture de soins spécialisés pour la lèpre sont disponibles à un niveau approprié (au moins une par pays).

7.5.1 Recherche

Les programmes nationaux sont encouragés à entreprendre ou à faciliter la recherche fondamentale et opérationnelle conformément aux priorités nationales et locales et aux priorités définies dans la Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 (Programme mondial de lutte contre la lèpre de l’OMS, 2021, p. 13) et par le Partenariat mondial pour zéro lèpre (Steinmann *et al.*, 2020). Il s’agit, notamment, d’améliorer les outils de diagnostic, de définir des marqueurs pour évaluer la transmission de la lèpre et l’élimination de la maladie, de nouveaux schémas thérapeutiques, de meilleures méthodes pour prédire et diagnostiquer les réactions et les lésions nerveuses, d’approches inclusives dans la réadaptation à base communautaire, ainsi que d’outils et d’interventions pour la réduction de la stigmatisation. Les programmes nationaux sont encouragés à tenir une réunion annuelle sur les besoins en matière de recherche sur la lèpre et les progrès accomplis dans le pays.

7.5.2 Recommandations pour la phase post-élimination

- Maintien d’un partenariat national pour zéro lèpre, impliquant le gouvernement, les partenaires de développement et les personnes touchées par la lèpre.
- Inclusion des personnes touchées par la lèpre dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services de lutte contre la lèpre.
- Maintien d’un système de surveillance pour détecter, signaler et cartographier tout nouveau cas sporadique ou non autochtone, ainsi qu’un système de déclaration de cas zéro dans les zones où cela s’avère pertinent.
- Maintien d’un système de gestion des données basé sur le web.
- Maintien de centres de haut niveau ou d’orientation disposant de connaissances et de compétences adéquates pour le diagnostic et la prise en charge des cas de lèpre.
- Maintien des modules d’apprentissage en ligne et des lieux d’acquisition de compétences pour assurer une formation sur la lèpre à des niveaux appropriés.
- Utilisation des principes et lignes directrices pour faire de la sensibilisation aux droits de l’homme des personnes touchées et dans l’éducation à la lèpre.

8.

Suivi de l'interruption de la transmission et de l'élimination de la lèpre

De nombreux pays comptent des unités infranationales (districts, îles, etc.) qui sont parvenues au stade de l'interruption de la transmission, voire de l'élimination de la maladie. Les programmes nationaux sont encouragés à cartographier ces zones et à les évaluer en interne à l'aide des critères décrits ici et des indicateurs mentionnés dans la matrice. Cela permettra au programme national de documenter la satisfaction par les unités infranationales des critères d'interruption de la transmission et de disponibilité des services de lutte contre la lèpre pour la phase suivante.

Les rapports d'évaluation de toutes les unités infranationales doivent être présentés alors que le pays tout entier passe à la phase suivante pour parvenir au jalon qu'est l'élimination de la lèpre. Les pays doivent préparer un dossier sur l'élimination de la lèpre démontrant qu'ils sont parvenus à éliminer la maladie. Ce dossier, qui comprend un résumé des rapports d'évaluation des unités infranationales, sera présenté à l'équipe externe chargée de vérifier l'élimination de la maladie dans le pays dans son ensemble.

Les pays qui n'ont signalé aucun cas autochtone ou n'ont signalé que des cas sporadiques pendant plus de dix années consécutives seront invités à soumettre un dossier à cet effet comme moyen alternatif de déclarer l'élimination de la lèpre au niveau national.

8.1 Documentation et vérification des réalisations allant dans le sens de l'élimination

Il est recommandé que l'EPLT soit entreprise par les équipes internes des unités de niveau infranational (généralement de deuxième niveau) au moment où l'on franchit le jalon « d'interruption de la transmission » (se référer à la section 5.1). L'EPLT sera utilisée comme outil de préqualification pour s'assurer que l'unité concernée est parvenue au jalon « d'interruption de la transmission ». Lorsque toutes les unités infranationales de deuxième niveau (par exemple, les districts) d'une unité de premier niveau (par exemple, l'État) sont parvenues à « l'interruption de la transmission », l'unité infranationale de premier niveau peut également être déclarée comme ayant franchi le jalon « d'interruption de la transmission ». Lorsque tous les niveaux de première instance ont franchi ce jalon, l'interruption de la transmission est déclarée au niveau du pays.

De même, lorsque les critères d'élimination de la lèpre (voir section 5.2) sont satisfaits dans l'ensemble des unités infranationales de deuxième niveau au sein d'une unité de premier niveau donnée, l'unité de premier niveau est considérée comme étant parvenue à l'élimination de la lèpre. Lorsque toutes les unités de premier niveau sont parvenues à cette étape, le pays peut solliciter une vérification externe de l'élimination de la lèpre en soumettant un dossier sur l'élimination de la lèpre à l'OMS (se référer à la section 9.1).

8.2 Outil du monitoring de l'élimination de la lèpre

Un nouvel outil de monitoring des données a été conçu pour permettre aux régions et aux pays d'assurer le suivi de leurs progrès dans les différentes phases d'élimination et de déterminer à quel moment ils passent d'une phase à l'autre (et y sont prêts). L'Outil de Monitoring de l'élimination de la lèpre (OMEL) est basé sur Excel et nécessite l'importation ou la saisie de données par année pour chaque unité administrative faisant l'objet d'une surveillance, séparément pour les cas autochtones de lèpre chez les enfants et les cas chez les adultes. Si elles sont disponibles, les données sur les cas non autochtones peuvent également être saisies. Les chiffres relatifs aux cas pédiatriques et chez les adultes sont les seules données nécessaires, ainsi que les noms et les codes régionaux uniques des unités administratives. À l'aide d'une légende simple correspondant aux critères de passage d'une phase à l'autre, les cellules de la feuille de calcul sont colorées en utilisant les couleurs des feux tricolores correspondant aux phases (se référer à la Figure 1). Vous trouverez à l'annexe 2 des exemples de OMEL comportant des données des Maldives et du Maroc.

8.3 Évaluation du niveau de transmission de la bactérie *M. leprae*

L'un des indicateurs proposés pour évaluer et surveiller le niveau de transmission de la bactérie *M. leprae*, c'est-à-dire le niveau d'infection, est la séroprévalence des anticorps PGL-1 chez les enfants d'une communauté donnée. Une revue systématique de 28 études sur le test PGL-1 chez les enfants a conclu que « la sérologie quantitative anti-PGL-I chez les jeunes enfants est prometteuse en tant que test de dépistage pour évaluer l'infection à *M. leprae* et peut être utilisée comme indicateur indirect de la transmission et, donc, comme moyen de surveiller l'effet des interventions (prophylactiques) sur la voie pour parvenir à l'élimination de la lèpre ». (Pierneef *et al.*, 2021) Certes, la séroprévalence ou le recours à un autre test de dépistage biomédical faisait encore l'objet de recherches approfondies au moment de la rédaction des présentes orientations techniques, mais il est probable qu'un tel outil soit disponible dans les années à venir.

8.4 Sources zoonotiques et environnementales de la bactérie *M. leprae*

S'il existe des porteurs zoonotiques connus de *M. leprae* dans le pays, tels que les tatous à neuf bandes, des enquêtes peuvent être menées pour déterminer si ces animaux sont effectivement porteurs de ladite bactérie et s'il existe des données probantes attestant de la transmission de l'animal à l'homme. De plus amples informations, y compris les questions de recherche et les recommandations méthodologiques, figurent dans un prototype de protocole disponible sur demande. Les données probantes attestant de la transmission de la bactérie *M. leprae* à partir de sources environnementales (par exemple, l'eau, le sol, les parasites) étaient encore équivoques au moment de la rédaction des présentes orientations techniques.

8.5 Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie

L'Évaluation du Programme de lutte contre la lèpre et de la transmission de la maladie (EPLT) est une activité menée par des équipes internes vers la fin de la phase 1 lorsqu'une juridiction infranationale (généralement de premier ou de deuxième niveau) franchit le jalon d'interruption de la transmission, c'est-à-dire zéro cas autochtone chez les enfants pendant une période consécutive de cinq ans. Elle est réalisée au niveau national au terme de la phase 2, lorsque le deuxième jalon d'élimination de la lèpre a été franchi. Une étude EPLT sera réalisée pour vérifier que tous les critères du programme ont été respectés et examiner l'évolution des indicateurs épidémiologiques dans cette juridiction afin de confirmer le franchissement du jalon. L'EPLT comprend l'évaluation des établissements de santé qui fournissent des services de lutte contre la lèpre. Elle comprend l'examen des données épidémiologiques, l'évaluation des établissements de santé, la validation des données et la vérification des critères du programme par l'observation au cours d'une enquête sur le terrain. Les données probantes ainsi recueillies dans les unités administratives de santé infranationales²⁴ sont compilées dans

²⁴ Dans les pays où la lèpre s'est concentrée dans une ou plusieurs juridictions spécifiques au cours des dix dernières années seulement, l'obligation de mener une EPLT ne s'appliquerait qu'à ces régions.

un dossier sur l'élimination de la lèpre qui sera soumis à l'OMS lorsque le pays aura franchi le jalon de l'élimination de la maladie dans l'ensemble du pays. Les pays qui n'ont détecté aucun nouveau cas de lèpre au cours des trois dernières années ou plus peuvent utiliser l'EPLT au niveau national avant ou dans le cadre du processus de vérification. Les pays susceptibles d'être parmi les premiers à solliciter la vérification peuvent n'avoir détecté aucun nouveau cas depuis plus de 10 ans.

8.5.1 EPLT à utiliser au niveau infranational au terme de la phase 1 et pendant la phase 2

8.5.1.1 Évaluation des critères du programme

Plusieurs critères du Tableau 2 ont trait au programme plus élargi de lutte contre la lèpre plutôt qu'aux établissements de santé individuels et sont également applicables au niveau infranational. Ce sont, par exemple, l'engagement politique, l'affectation des agents de santé formés, la sensibilisation de la population à la lèpre et l'existence d'un système de surveillance et de gestion des données. Ces critères doivent également être évalués au cours d'une EPLT.

8.5.1.2 Examen des données épidémiologiques

L'analyse épidémiologique par l'examen des données au deuxième niveau infranational doit être effectuée sur une période de 10 à 20 ans. Ces données devraient être présentées sous forme d'évolution des indicateurs énumérés au Chapitre 6. Elles devraient également être présentées au format de l'Outil du monitoring de l'élimination de la lèpre utilisé pour l'analyse des phases d'élimination de la lèpre - c'est-à-dire les nouveaux cas autochtones de lèpre chez les enfants, les cas autochtones impliquant des adultes et le nombre total de cas séparément pour les niveaux infranationaux (se référer à la section 8.2). Vous trouverez à l'annexe 2 des exemples présentés pour les Maldives et le Maroc². Ces données peuvent aisément être reliées à des cartes de pays en série, montrant l'évolution de la phase préalable à interruption à l'interruption de la transmission, puis à l'élimination de la maladie et, enfin, à l'achèvement de la surveillance dix ans après l'élimination.

8.5.1.3 Validation des données par une visite sur le terrain

Une visite sur le terrain est incluse dans l'EPLT pour valider un échantillon des données épidémiologiques fournies, étant donné qu'il n'existe actuellement aucun test objectif permettant de confirmer le niveau d'infection dans la communauté. Le nombre d'établissements de santé à visiter dans une unité infranationale donnée devrait être déterminé en consultation avec un épidémiologiste et les autorités sanitaires locales.

8.5.1.4 Évaluation des établissements de santé

L'évaluation des établissements de santé sera effectuée dans un échantillon d'établissements de santé visités afin de vérifier que les critères liés aux établissements, tels que la disponibilité des services de diagnostic, les connaissances et les compétences du personnel, le traitement par polychimiothérapie et le système de gestion des données, dans les établissements de santé qui assurent le traitement des patients, ont été respectés (se référer au Tableau 2). Les services de prévention et de prise en charge des infirmités et les mesures visant à réduire la stigmatisation et à améliorer la santé mentale seront également évalués, de même que l'existence d'un mécanisme d'orientation vers des établissements plus spécialisés au cas où les complications et les infirmités ne pourraient pas être pris en charge au niveau périphérique.

8.5.1.5 Données sur les sources zoonotiques et environnementales de la lèpre

Le cas échéant, à l'instar des pays où les tatous à neuf bandes sont endémiques, les données sur la transmission zoonotique et les sources environnementales de *M. leprae* devraient être examinées et prises en compte.

8.5.2 EPLT à utiliser au niveau national au terme de la phase 2

8.5.2.1 Évaluation des critères du programme

À l'instar de l'EPLT de la phase 1, il conviendrait d'évaluer le degré de respect des critères applicables à l'échelle du programme (se référer au Tableau 3 pour de plus amples détails sur les indicateurs et les cibles). Toutefois, étant donné qu'aucun nouveau cas n'est détecté régulièrement à ce stade, le niveau des activités de lutte contre la lèpre devrait donc être bien plus faible. L'EPLT de la phase 2 est donc plus brève que celle de la phase 1. Les autres composantes de l'EPLT sont les mêmes que celles décrites à la section 8.5.1.

8.5.2.2 Examen des données épidémiologiques

Les données épidémiologiques nationales sont examinées sur une période de 10 à 20 ans. Elles devraient être présentées sous forme d'évolution des indicateurs énumérés à la section 6. Elles devraient également être présentées au format de l'OMEL utilisé pour l'analyse des phases d'élimination de la lèpre - c'est-à-dire les nouveaux cas pédiatriques et les cas totaux, séparément pour les niveaux infranationaux. Se référer aux exemples présentés pour les Maldives, le Maroc, la Thaïlande et le Vietnam (se référer à l'annexe 1). Ces données peuvent facilement être reliées à des cartes de pays en série, montrant l'évolution allant de la phase préalable à l'interruption à l'élimination de la maladie et, enfin, à l'achèvement de la surveillance dix ans après l'élimination, en passant par l'interruption de la transmission de la maladie.

9.

Vérification de l'élimination

□

9.1 Compilation des données probantes attestant de l'élimination de la lèpre : le Dossier sur l'élimination de la lèpre

Une fois que l'évaluation interne de toutes les unités infranationales aura montré que les jalons d'interruption de la transmission et de l'élimination de la lèpre ont été franchis et que les autres critères du programme ont été respectés, le pays sera prêt à entrer dans la phase 3, la phase post-élimination (se référer à la Figure 1). Les données probantes recueillies au niveau infranational sont compilées dans le Dossier sur l'élimination de la lèpre. Ce dossier sera soumis à l'OMS qui demandera que l'on vérifie que le pays est effectivement parvenu à éliminer la maladie. Une équipe d'évaluation mondiale externe sera invitée à « vérifier » l'élimination de la maladie pour l'ensemble du pays.

9.2 Contexte

Un dossier sur l'élimination de la lèpre fournit généralement des informations générales sur le pays, telles que des informations géographiques et des détails sur la population, en se référant aux recensements récents ou aux rapports statistiques sur la population. Les données démographiques comprennent également la population à mi-année utilisée pour le calcul des indicateurs épidémiologiques dans le cadre des programmes de santé. Une description des enquêtes sanitaires récentes peut être présentée pour fournir des informations à l'équipe internationale sur la surveillance des programmes de santé. Des détails sur les mécanismes de surveillance utilisés pour détecter les cas dans d'autres programmes de contrôle des maladies infectieuses seraient utiles à l'équipe d'évaluation externe.

Les déterminants sociaux de la santé, y compris les facteurs sociaux et de développement, la situation économique des personnes, les niveaux d'alphabétisation au sein des différents groupes de population, les indicateurs liés à la pauvreté et les informations sur l'accès des femmes aux services doivent figurer dans le dossier. Ces informations générales peuvent être brèves. Mais, toutes les déclarations doivent être étayées par des données utilisant des indicateurs standard tirés des statistiques nationales. Des informations sur le système de santé, décrivant son organisation, les détails des ressources humaines dans les différents segments des services de santé doivent être présentées. Des données sur la formation et sur la disponibilité des agents de santé formés à la lèpre sont nécessaires. Des stratégies de renforcement des capacités et des moyens de formation des agents de santé dans le domaine des maladies infectieuses, des MTN et de la lèpre en particulier sont nécessaires pour comprendre la manière dont on peut conserver les connaissances et les compétences liées à la lèpre pendant la phase post-élimination. Il convient d'inclure les mécanismes de surveillance et d'établissement de rapports, la fréquence des rapports et les informations relatives au système d'information pour la gestion sanitaire utilisé pour la lèpre. Cela permet également de comprendre la manière dont est structurée la supervision des programmes de santé. Les allocations budgétaires et les dépenses liées à la surveillance des maladies infectieuses reflètent le fonctionnement du système de santé et, indirectement, l'engagement politique en faveur de la santé.



Il conviendrait d'inclure dans le dossier un organigramme détaillé des services de santé, assorti de précisions sur les établissements de santé à différents niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Des informations détaillées sur les centres d'orientation nationaux et autres centres d'orientation tertiaires offrant des services aux personnes atteintes de la lèpre doivent être incluses. Des liens vers des rapports d'évaluation récents de programmes de lutte contre les maladies infectieuses informeraient l'équipe d'évaluation externe sur d'autres interventions dans le même domaine.

La partie nodale du dossier doit être une description des activités et des services du Programme de lutte contre la lèpre visant à démontrer que le pays est parvenu à interrompre la transmission de la lèpre et à l'éliminer. Il s'agit, notamment, d'une analyse de l'évolution à long terme des indicateurs clés pertinents énoncés au Chapitre 6. Les données devraient démontrer qu'aucun nouveau cas autochtone de lèpre chez les enfants n'a été détecté depuis au moins cinq ans et qu'aucun cas autochtone chez les adultes n'a été détecté depuis au moins trois ans. De plus, les données relatives aux critères du programme devraient démontrer que celui-ci dispose d'une capacité adéquate pour détecter les nouveaux cas, le cas échéant, et que des services ont été et continueront d'être proposés pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'infirmités liées à la lèpre et de celles ayant besoin d'un soutien pour leur insertion.

Un appui sera apporté aux pays pour préparer un dossier faisant valoir l'élimination de la lèpre. Le Dossier sur l'élimination de la lèpre constituera la base de la vérification de l'élimination par une équipe externe de la lèpre. L'équipe externe peut se rendre dans le pays et vérifier le contenu du rapport en procédant à une étude documentaire et à des visites d'un certain nombre d'établissements de santé.

Dans les pays où aucun cas de lèpre n'a été détecté depuis plus de dix ans et où il n'y a pas un programme spécifique de lutte contre la lèpre actif, la préparation d'un dossier complet et les visites de terrain par une équipe externe peuvent ne pas être réalistes. On utilisera en lieu et place un format abrégé de vérification, le Dossier sur l'élimination de la lèpre abrégé. Il contient certaines informations clés, notamment, les rapports zéro des dix dernières années et les données probantes attestant de l'existence d'un système efficace de surveillance ou de notification de la maladie. Il sera considéré comme équivalent à un dossier complet et, s'il est approuvé par l'OMS, l'on pourra annoncer le franchissement du jalon qu'est l'élimination de la lèpre.

9.3 Aperçu du Dossier sur l'élimination de la lèpre

- Historique et contexte du Programme de lutte contre la lèpre
- Aperçu du Programme de lutte contre la lèpre
- Structure du Programme de lutte contre la lèpre
- Interventions visant à interrompre la transmission de la lèpre et à l'éliminer
- Données sur les personnes souffrant d'infirmités liées à la lèpre
- Disponibilité des services pour la prise en charge des infirmités liées à la lèpre
- Disponibilité de services et d'interventions visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination
- Informations épidémiologiques
 - Interruption de la transmission
 - Élimination de la lèpre
 - Données sur l'élimination de la lèpre par zone infranationale selon le modèle Excel fourni
- Informations sur les critères du programme
 - Zéro transmission et zéro lèpre
 - Zéro infirmité (y compris le diagnostic et la prise en charge clinique de la lèpre)
 - Zéro stigmatisation et zéro discrimination
 - Critères transversaux
- Description des activités post-élimination

10. Références

- van 't Noordende A, Mangeard-Lourme J, da Silva Pereira ZB, Shrubsole G, Augustine V, Kunju JP et al. (2019). Guide 2. How to reduce the impact of stigma. In: InfoNTD [website]. London: International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) and Neglected Tropical Disease NGO Network (<https://www.infontd.org/toolkits/stigma-guides/guide-2-how-reduce-impact-stigma>, accessed 16 June 2023).
- van Beers SM, Hatta M, Klatser PR (1999). Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 67(2):119–28. PMID: 10472363.
- Irgens LM, Skjaerven R (1985). Secular trends in age at onset, sex ratio, and type index in leprosy observed during declining incidence rates. *Am J Epidemiol.* 122(4):695–705. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114148. PMID: 3875282.
- Jesudasan K, Bradley D, Smith PG, Christian M (1984). Incidence rates of leprosy among household contacts of "primary cases". *Indian J Lepr.* 56(3):600–14. PMID: 6549329.
- Koba A, Ishii N, Mori S, Fine PE (2009). The decline of leprosy in Japan: patterns and trends 1964–2008. *Lepr Rev.* 80(4):432–40. PMID: 20306642.
- Lusli M, Peters RM, Zweekhorst MB, Van Brakel WH, Seda FS, Bunders JF et al. (2015). Lay and peer counsellors to reduce leprosy-related stigma—lessons learnt in Cirebon, Indonesia. *Lepr Rev.* 86(1):37–53. PMID: 26065146.
- Moet FJ, Pahan D, Schuring RP, Oskam L, Richardus JH (2006). Physical distance, genetic relationship, age, and leprosy classification are independent risk factors for leprosy in contacts of patients with leprosy. *J Infect Dis.* 193(3):346–53. doi: 10.1086/499278. Epub 2005 Dec 28. PMID: 16388481.
- Pierneef L, van Hooij A, Taal A, Rumbaut R, Nobre ML, van Brakel W et al. (2021). Detection of anti-M. leprae antibodies in children in leprosy-endemic areas: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 15(8):e0009667. doi: 10.1371/journal.pntd.0009667. PMID: 34449763.
- Richardus JH, Meima A, van Marrewijk CJ, Croft RP, Smith TC (2005). Close contacts with leprosy in newly diagnosed leprosy patients in a high and low endemic area: comparison between Bangladesh and Thailand. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 73(4):249–57. PMID: 16830634.
- Richardus JH, Ignotti E, Smith WCS (no date). Epidemiology of Leprosy. In: Scollard D, Gillis T, editors. *International Textbook of Leprosy* [website] (<https://internationaltextbookofleprosy.org>, accessed 16 June 2023).
- Rocha-Leite CI, Borges-Oliveira R, Araújo-de-Freitas L, Machado PR, Quarantini LC (2014). Mental disorders in leprosy: an underdiagnosed and untreated population. *J Psychosom Res.* 76(5):422–5. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.006. PMID: 24745785.

Somar P, Waltz MM, van Brakel WH (2020). The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members – a systematic review. *Glob Ment Health (Camb)*. 7:e15. doi: 10.1017/gmh.2020.3. PMID: 32742673.

Steinmann P, Dusenbury C, Addiss D, Mirza F, Smith WCS (2020). A comprehensive research agenda for zero leprosy. *Infect Dis Poverty*. 9(1):156. doi: 10.1186/s40249-020-00774-4. PMID: 33183339.

Suarez-Garcia I, Echevarría JRG, Cervera F, Gomez-barroso D, Fine PEM (2017). The decline of autochthonous leprosy in the Valencia Region of Spain: patterns and trends 1940–2015. *Leprosy Review*. 88(2):162–73. doi: 10.47276/lr.88.2.162.

Taal AT, Blok DJ, van Brakel WH, de Vlas SJ, Richardus JH (2021). Number of people requiring post-exposure prophylaxis to end leprosy: a modeling study. *PLoS Negl Trop Dis*. 15(2):e0009146. doi: 10.1371/journal.pntd.0009146. PMID: 33630836.

Nations Unies (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD). Nations Unies [site web] (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, consulté le 16 juin 2023).

Organisation mondiale de la Santé (2021). Vers zéro lèpre : Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre (maladie de Hansen) 2021-2030. Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340774>, consulté le 16 juin 2023).

Organisation mondiale de la Santé (2020). Mettre fin à la négligence d'atteindre les objectifs de développement durable : une feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Genève : OMS [site web] (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>, consulté le 16 juin 2023).

Annexes

1. Ensemble de soins contre la lèpre

Les interventions et les services nécessaires pour fournir des services centrés sur la personne pour le traitement de la lèpre, la prise en charge de ses complications, la gestion à long terme des besoins liés aux infirmités et les besoins en matière de santé mentale sont combinés dans un « ensemble de soins contre la lèpre ». Les procédures et les MON qui accompagnent cet ensemble de soins sont fondés sur les orientations techniques existantes, qu'elles soient spécifiques à la lèpre ou qu'elles concernent l'ensemble des MTN.

Composante du programme	Intervention ou service	Indicateur vérifiable
Traitement et prise en charge de la lèpre et des complications associées	Diagnostic et traitement par polychimiothérapie conformément aux lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la lèpre.	Classification de l'infirmité par l'OMS au moment du diagnostic Taux d'achèvement de la polychimiothérapie (MB/PB)
	Prise en charge des réactions et des troubles de la fonction nerveuse conformément aux recommandations de l'OMS	Évaluation de la fonction nerveuse MON disponible Nombre de patients traités pour une réaction de type 1 Nombre de patients traités pour une réaction de type 2
	Disponibilité de services d'orientation à un niveau approprié	Disponibilité d'établissements d'orientation
	Disponibilité d'une polychimiothérapie et de médicaments pour la prise en charge des réactions	Stock actuel de produits pour la polychimiothérapie (mois) Prednisolone disponible Clofazimine en vrac disponible
	Prise en charge des effets indésirables des médicaments (ADR)	Un système de notification des effets indésirables est disponible
	Soins continus aux personnes souffrant d'infirmités primaires et secondaires	Disponibilité de chaussures et d'autres dispositifs de protection et d'assistance
Disponibilité d'établissements d'orientation pour la réadaptation physique à un niveau approprié		Disponibilité d'établissements d'orientation
Formation à l'auto-prise en charge et information sur la prévention des infirmités (POD)		Formation à l'auto-prise en charge disponible dans des centres désignés La formation de groupes d'auto-prise en charge est encouragée Informations sur la prévention des infirmités disponibles dans les centres désignés
Prise en charge des ulcères dus à la lèpre		Nombre de patients admis à l'hôpital pour des soins antiulcéreux par an

Soutien social et réadaptation à base communautaire (RBC)

Disponibilité d'un soutien social (par exemple, droits) et de services de réadaptation à base communautaire, le cas échéant

Les personnes touchées par la lèpre bénéficient d'un soutien social
Services de réadaptation à base communautaire disponibles

Soins de santé mentale

Disponibilité d'un soutien psychologique sur le lieu de soins

Un soutien psychologique par le biais de conseils est disponible au point de soins.

2. Études de cas nationales sur l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre

2.1 Maldives

Les Maldives sont administrativement subdivisées en atolls et en villes. Lorsque les 21 atolls et villes ont atteint « l'interruption de la transmission », le pays a été considéré comme ayant franchi ce jalon. Ce fut le cas en 2011. En 2020, neuf atolls et villes étaient parvenus à un statut non-endémicité. Huit étaient encore en phase de surveillance post-élimination et la lèpre n'avait pas encore été éliminée dans 13 atolls et villes. La Figure 2 montre que l'interruption de la transmission a probablement été réalisée en 2006, avec seulement trois cas sporadiques de lèpre chez les enfants survenus depuis (en 2011, 2013 et 2015). La Figure 3 montre qu'aucun de ces cas n'a eu de conséquences en termes d'augmentation du nombre de cas chez les adultes au cours des années suivantes. Aucune résurgence de la lèpre (trois ou davantage de cas survenant, en moyenne, pendant trois années consécutives dans un atoll) n'a été observée.

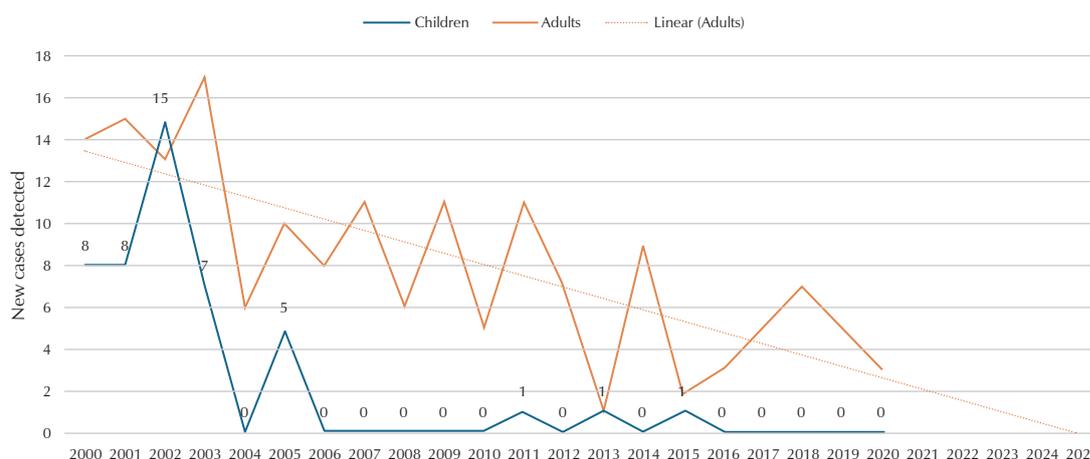
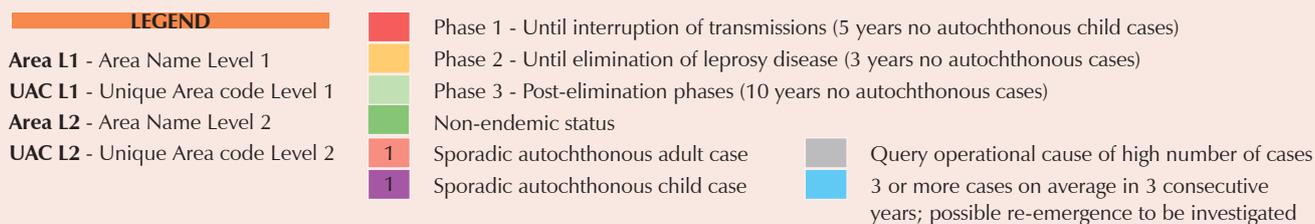


Figure 2 : Évolution des nouveaux cas chez les adultes et chez les enfants détectés aux Maldives. Une ligne d'évolution linéaire prévoit zéro nouveau cas chez les adultes d'ici 2025.

Figure 3 : Outil du Monitoring de l'élimination de la lèpre - Données des Maldives 2000-2020



Area L1	UAC L1	Area L2	UAC L2	Age Group	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
South Central	MV004	Alif Alif Atoll	MV004008	Children																							
				Adults																							
				Total new cases																						1	
South Central	MV004	Alif Dhaal Atoll	MV004020	Children	2																						
				Adults	1	1	1	1													1						
				Total new cases	3	1	1	1	1													1					
North Central	MV002	Baa Atoll	MV002007	Children	2																						
				Adults	1											1											
				Total new cases	3											1											
South Central	MV004	Dhaalu Atoll	MV004012	Children																							
				Adults													1	1									
				Total new cases													1	1									
South Central	MV004	Faafu Atoll	MV004011	Children		2		1																			
				Adults													2						1		2	2	
				Total new cases		2	2	1									2						1		2	2	
South	MV005	Gaafu Alif Atoll	MV005016	Children				3																			
				Adults	1	1	2											1								1	
				Total new cases	1	1	5											1									1
South	MV005	Gaafu Dhaalu Atoll	MV005017	Children																							
				Adults	1	1	1				1						1	1					1		1	2	1
				Total new cases	1	1	1				1						1	1					1		1	2	1
South	MV005	Gnaviyani City	MV005018	Children																							
				Adults																							
				Total new cases																							
North	MV001	Haa Alif Atoll	MV001001	Children		1	1			1																	
				Adults		1			1	2	2	2	1					1									
				Total new cases		2	1		1	3	2	2	1					1									
North	MV001	Haa Daalu City	MV001002	Children	2	1																					
				Adults	1	4	4				1	1	1	1					1	3	1	1	1	1	1	2	1
				Total new cases	3	5	4				1	1	1	1					1	3	1	1	1	1	1	1	2
South Central	MV004	Kaafu Atoll	MV004009	Children			4	1		1																	
				Adults	3	2		1						1	2	1					1					1	
				Total new cases	3	2	4	2		1				1	2	1					2	1	1			1	2
South Central	MV004	Laamu Atoll	MV004015	Children																							
				Adults	1	2																					
				Total new cases	1	2																					
North Central	MV002	Lhaviyani Atoll	MV002005	Children	1	6	1			2																	
				Adults	1	1				1	1	1	1	1													
				Total new cases	1	1	7	1		3	1	1	1	1													
Male Economic	MV003	Male' City	MV003021	Children																							
				Adults	3	1	1	1	3								2	4	1					1	1		
				Total new cases	3	1	1	1	3									2	4	1					1	1	
South Central	MV004	Meemu Atoll	MV004013	Children																							
				Adults			1																				
				Total new cases			1																				
North Central	MV002	Noonu Atoll	MV002004	Children	1		1																				
				Adults	1		1																				
				Total new cases	2		2																				
North Central	MV002	Raa Atoll	MV002006	Children	1																						
				Adults	1		1			1	1	1															
				Total new cases	1		1			1	1	1															
South	MV005	Seenu/Addu City	MV005019	Children	1		2			1																	
				Adults	1	2	1	1	1								1	2							1	1	
				Total new cases	2	2	3	1	1	1							1	2								1	1
North	MV001	Shaviyani Atoll	MV001003	Children																							
				Adults			1																				
				Total new cases			1																				
South Central	MV004	Thaa Atoll	MV004014	Children																							
				Adults																							
				Total new cases																							
South Central	MV004	Vaavu Atoll	MV004010	Children																							
				Adults	1																						
				Total new cases	1																						

Figure 4: Cartes en série montrant le passage des Maldives par les différentes phases d'élimination de la lèpre

2002



2005



2010



2015



2020



2.2 Maroc

Le Maroc est administrativement subdivisé en régions (premier niveau) et en préfectures et provinces (divisions administratives de second niveau). La Figure 6 présente les données relatives aux nouveaux cas (enfants et total des cas) détectés entre 2002 et 2020. Lorsque toutes les préfectures et provinces d'une région ont franchi un jalon donné, la région est considérée comme l'ayant également franchi. En 2020, toutes les provinces et régions étaient parvenues à cette étape clé. La lèpre n'a pas encore été éliminée dans 15 préfectures ou provinces dans sept régions sur 12.

Aucune résurgence de la lèpre n'a été observée dans les préfectures ou provinces. Toutefois, il importe que chaque cas détecté au cours de la période de surveillance post-élimination fasse l'objet d'une enquête approfondie. Cinq cas ont été détectés après plus de 10 ans de surveillance post-élimination. Cela montre que des cas sporadiques peuvent encore se produire même après cette phase, du fait de la longueur de la période d'incubation chez certains patients. La limite de 10 ans pour la période de surveillance est un compromis plutôt arbitraire entre le maintien de la capacité de détection de la lèpre (y compris des ressources humaines formées, des rapports périodiques, etc.) et les cas rares qui surviennent. Dans un système intégré de surveillance des maladies infectieuses, il est possible de détecter de rares cas, même après cette période de 10 ans.

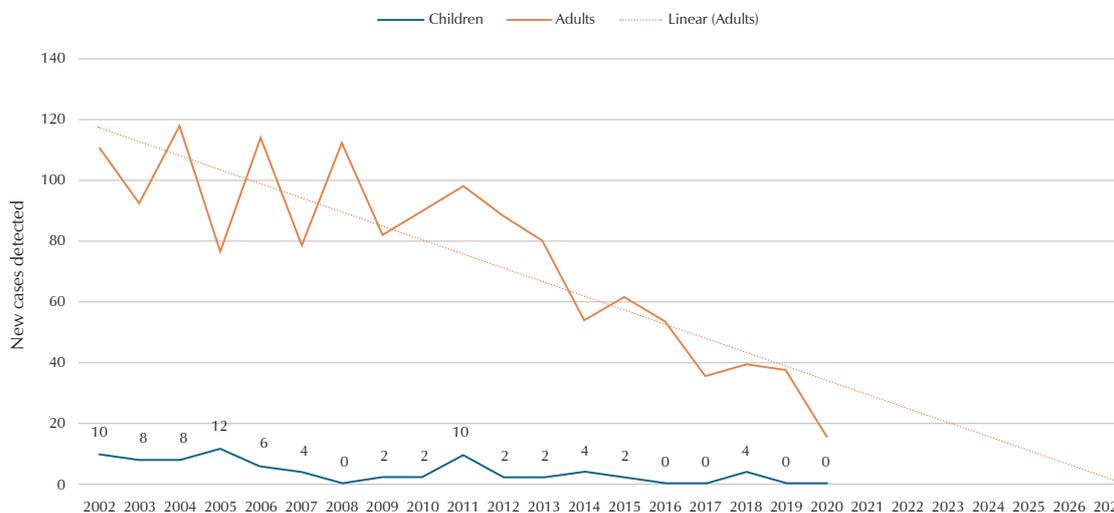
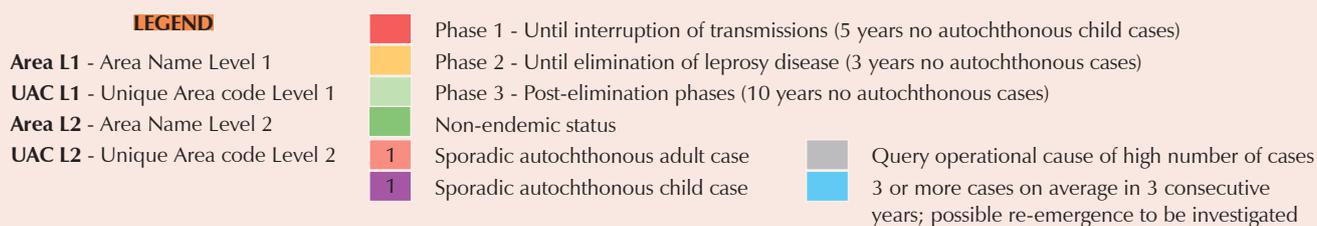


Figure 5 : Évolution des nouveaux cas chez les adultes et les enfants détectés au Maroc. Une ligne d'évolution linéaire prévoit l'absence de nouveaux cas adultes d'ici 2027.

La Figure 5 montre que le Maroc a détecté très peu de cas pédiatriques depuis 2012. Comme le montre l'Outil du monitoring de l'élimination ci-dessous, les cas pédiatriques détectés au cours des cinq dernières années n'étaient que des cas sporadiques de lèpre chez les enfants. Cela indique que la transmission est déjà interrompue dans l'ensemble du pays. La ligne d'évolution à la Figure 5 prévoit qu'aucun nouveau cas de lèpre chez les adultes ne sera probablement détecté après 2027, ce qui place le pays en bonne voie pour la vérification de l'élimination de la lèpre dès 2030 ou avant.

Figure 6 : Outil du monitoring de l'élimination de la lèpre - Données du Maroc 2002-2020



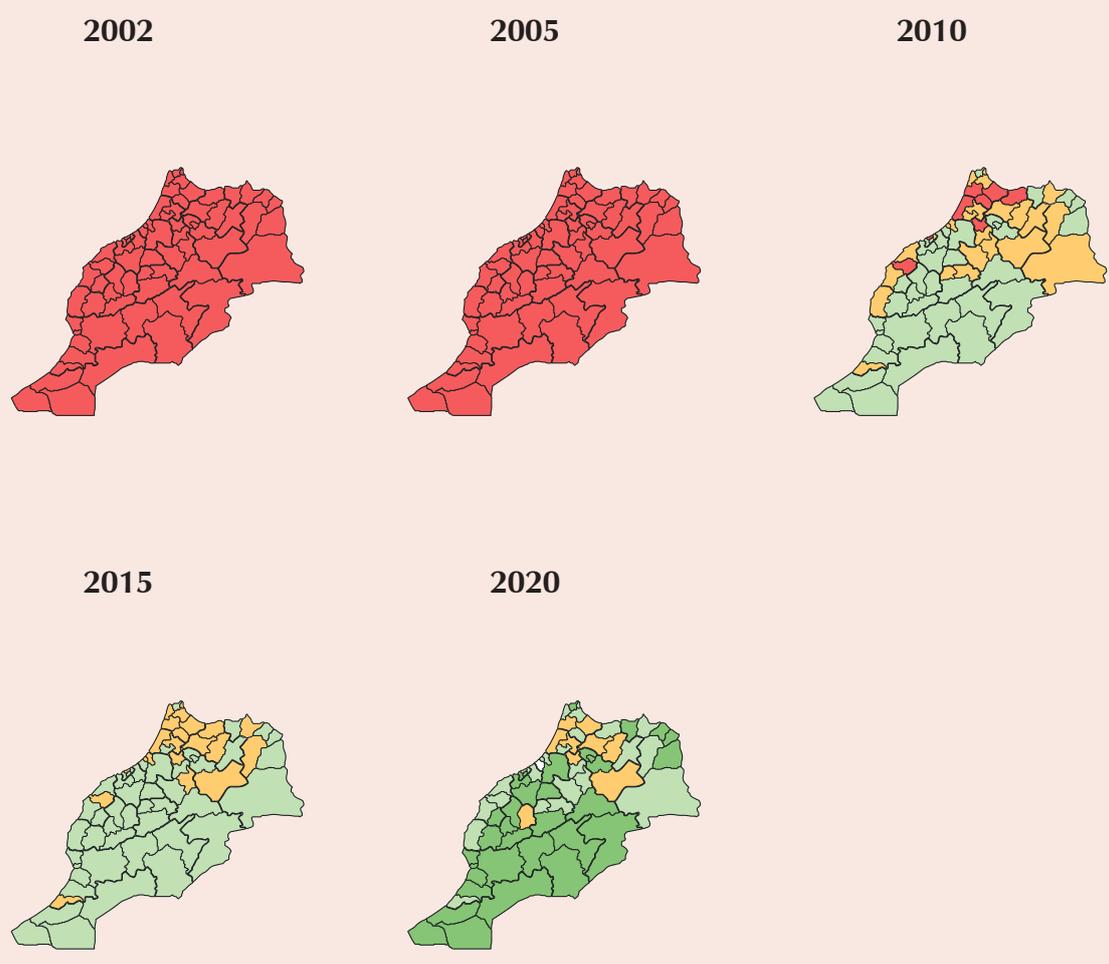
Area L1	UAC L1	Area L2	UAC L2	Age Group	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Béni Mellai-Khénifra	MA001	Azilal	MA001001	Children																				
				Adults	1		1		6				1		1					1				
				Total new cases	1		1		6							1		1				1		
Béni Mellai-Khénifra	MA001	Béni-Mellal	MA001002	Children																				
				Adults	1	1			1			1												1
				Total new cases	1	1			1			1												
Béni Mellai-Khénifra	MA001	Fquih Ben Salah	MA001003	Children	1																			
				Adults	1	1			2	1	2						1							
				Total new cases	2	1			2	1	2						1							
Béni Mellai-Khénifra	MA001	Khénifra	MA001004	Children																				
				Adults					1			1												
				Total new cases					1			1												
Béni Mellai-Khénifra	MA001	Khouribga	MA001005	Children																				
				Adults																				1
				Total new cases																				
Casablanca-Settat	MA002	Berrechid	MA002001	Children																				
				Adults			2	1																
				Total new cases			2	1																
Casablanca-Settat	MA002	El Jadida	MA002002	Children																				
				Adults				1	1	1			2	1								1		
				Total new cases				1	1	1			2	1								1		
Casablanca-Settat	MA002	Médiouna	MA002003	Children																				
				Adults				3						1				2						
				Total new cases				3						1				2						
Casablanca-Settat	MA002	Nouaceur	MA002004	Children																				
				Adults														1		1				
				Total new cases														1		1				
Casablanca-Settat	MA002	Casablanca	MA002005	Children					1															
				Adults	3	4	4	1			4		2	2		1	2	1	1					
				Total new cases	3	4	4	1	1		4		2	2		1	2	1	1					
Casablanca-Settat	MA002	Mohammedia	MA002006	Children																				
				Adults					1		2													
				Total new cases					1		2													
Casablanca-Settat	MA002	Ben Slimana	MA002007	Children																				
				Adults		1							1	1				2						
				Total new cases		1								1	1			2						
Casablanca-Settat	MA002	Sidi Bennour	MA002008	Children					1															
				Adults	1	3			1	4	1		1	5		1					1	1	2	1
				Total new cases	1	3			2	4	1		1	5		1						1	1	2
Casablanca-Settat	MA002	Settat	MA002009	Children	1										1									
				Adults	1	1		2										1						
				Total new cases	1	2		2										1						
Drâaa-Tafilalât	MA003	Ouarzazate	MA003001	Children																				
				Adults																				
				Total new cases																				
Drâaa-Tafilalât	MA003	Errachidia	MA003002	Children																				
				Adults											1									
				Total new cases												1								
Drâaa-Tafilalât	MA003	Midelt	MA003003	Children																				
				Adults							1											1		
				Total new cases							1											1		
Drâaa-Tafilalât	MA003	Tinghir	MA003004	Children	1																			
				Adults	3								1											
				Total new cases	4									1										
Drâaa-Tafilalât	MA003	Zagora	MA003005	Children																				
				Adults																				
				Total new cases																				
Fès-Meknès	MA004	Fès	MA004001	Children																				
				Adults	2	1	1		4								2	1						
				Total new cases	2	1	1		4									2	1					
Fès-Meknès	MA004	Meknès	MA004002	Children					1															
				Adults	1	4					1				4	1	1		1	3				
				Total new cases	1	4			1		1				4	1	1		1	3				

Area L1	UAC L1	Area L2	UAC L2	Age Group	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Fès-Meknès	MA004	El Hajeb	MA004003	Children																					
				Adults		2	2						1								1				
				Total new cases		2	2						1									1			
Fès-Meknès	MA004	Ifrane	MA004004	Children																					
				Adults	1			1	1				1		1		1								
				Total new cases	1			1	1				1		1		1								
Fès-Meknès	MA004	Boulemane	MA004005	Children										2											
				Adults	6	6	3	5	3	3	7	2	1	10	2	3	1	2	6	2				1	
				Total new cases	6	6	3	5	3	3	7	2	1	12	2	3	1	2	6	2				1	
Fès-Meknès	MA004	Moulay Yacoub	MA004006	Children																					
				Adults																	1				
				Total new cases																		1			
Fès-Meknès	MA004	Sefrou	MA004007	Children																					
				Adults														1						1	
				Total new cases														1							1
Fès-Meknès	MA004	Taounate	MA004008	Children										1											
				Adults	2	1	2	3	5	3	6	4	2	1	2	3	1	2	4				2	2	
				Total new cases	2	1	2	3	5	3	6	4	2	2	2	3	1	2	4				2	2	
Fès-Meknès	MA004	Taza	MA004009	Children																					
				Adults	2	1	2	2	1	3	2		1						5		3		3		
				Total new cases	2	1	2	2	1	3	2		1						5		3		3		
Guelmin-Oued Noun	MA005	Assa-Zag	MA005001	Children																					
				Adults																				1	
				Total new cases																					1
Guelmin-Oued Noun	MA005	Guelmin	MA005002	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Guelmin-Oued Noun	MA005	Tan-Tan	MA005003	Children																					
				Adults						1															
				Total new cases						1															
Guelmin-Oued Noun	MA005	Sidi Ifni	MA005004	Children																					
				Adults			1			1	1			1	1				1						
				Total new cases			1			1	1			1	1				1						
Marrakech-Safi	MA006	Al Haouz	MA006001	Children																					
				Adults									1		1										
				Total new cases										1		1									
Marrakech-Safi	MA006	Chicahoua	MA006002	Children																					
				Adults															1						
				Total new cases															1						
Marrakech-Safi	MA006	Essaouira	MA006003	Children																					
				Adults	4	2			2																
				Total new cases	4	2			2																
Marrakech-Safi	MA006	Marrakech	MA006004	Children																					
				Adults			1							1						1		1			
				Total new cases			1							1						1		1			
Marrakech-Safi	MA006	El Kelâat Es Sraghn	MA006006	Children																					
				Adults			2													1	1		3		1
				Total new cases			2														1	1		3	
Marrakech-Safi	MA006	Safi	MA006007	Children	1																				
				Adults					1					1		1		1							
				Total new cases	1				1					1		1		1							
Marrakech-Safi	MA006	Youssoufia	MA006008	Children																					
				Adults		1	1	1							1	2									1
				Total new cases		1	1	1								1	2								
Marrakech-Safi	MA006	Rehamna	MA006008	Children																					
				Adults					1											1					
				Total new cases					1											1					
Orientale	MA007	Oujda-Angad	MA007001	Children																					
				Adults	1											1			1	1					
				Total new cases	1												1			1	1				
Orientale	MA007	Berkane	MA007002	Children																					
				Adults	1												1			1					
				Total new cases	1												1			1					

Area L1	UAC L1	Area L2	UAC L2	Age Group	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Orientale	MA007	Driouch	MA007003	Children	1																				
				Adults				2	2						1								1		
				Total new cases	1			2	2						1								1		
Orientale	MA007	Figuig	MA007004	Children																					
				Adults		1	1				3						2	1							1
				Total new cases		1	1				3						2	1							1
Orientale	MA007	Guercif	MA007005	Children																					
				Adults	2	3		1	1	1												2	1		
				Total new cases	2	5		1	1	1												2	1		
Orientale	MA007	Jerada	MA007006	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Orientale	MA007	Nador	MA007007	Children			2																		
				Adults	1		1	1		1	2	2		1		1						2		1	
				Total new cases	1		3	1		1	2	2		1		1						2		1	
Orientale	MA007	Taourirt	MA007008	Children																					
				Adults			2	2	1		1		1				2	1	4						
				Total new cases			2	2	1		1		1				2	1	4						
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Skhirat-Temar	MA008001	Children																					
				Adults				1									1								
				Total new cases				1									1								
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Rebat	MA008002	Children																					
				Adults	2				1	1	1	1	1	1								1			
				Total new cases	2				1	1	1	1	1	1								1			
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Salé	MA008003	Children																					
				Adults	1	2		2	1				3			1	1	2	1						
				Total new cases	1	2		2	1				3			1	1	2	1						
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Kénitra	MA008004	Children	1			1	1																
				Adults	1		3	2	4	2		3	2	1	1	2	1			1		1	1		
				Total new cases	2		3	3	5	2		3	2	1	1	2	2			1		1	1		
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Khémisset	MA008005	Children																					
				Adults												1	1		1	1					
				Total new cases													1	1		1	1				
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Sidi Kacem	MA008006	Children						1			1												
				Adults	6	4	4	4	2	2	2	1	2			1	1		1		2	1	1	1	1
				Total new cases	6	4	4	4	2	3	2	1	3			2	1		3	1	2	1	1	1	1
Rabat-Salé-Kénitra	MA008	Sidi Slimane	MA008007	Children																					
				Adults					1	2		2					2		1						
				Total new cases					1	2		2					2		1						
Souss-Massa	MA009	Agadir-Ida Ou Tanane	MA009001	Children																					
				Adults									1	1			1								
				Total new cases									1	1			1								
Souss-Massa	MA009	Chtouka Ait Baha	MA009002	Children																					
				Adults									1					1	2						
				Total new cases									1					1	2						
Souss-Massa	MA009	Inezgane-Ait Melloul	MA009003	Children																					
				Adults					2									1					1		
				Total new cases					2									1					1		
Souss-Massa	MA009	Taroudant	MA009004	Children																					
				Adults									1		2				1	1					
				Total new cases									1		2				1	1					
Souss-Massa	MA009	Tata	MA009005	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Souss-Massa	MA009	Tiznit	MA009006	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Al Hoeceima	MA010001	Children					2																
				Adults					1				1		1		1						1	1	
				Total new cases					1				1		1		1						1	1	
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Chefchaouen	MA010002	Children					1																
				Adults	4	1	1		4	3	5	5				7	7		1			2	1	1	
				Total new cases	4	1	1		4	3	5	5				7	7		1			2	1	1	

Area L1	UAC L1	Area L2	UAC L2	Age Group	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Fahs-Anjra	MA010003	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Larache	MA010004	Children				1						1								1			
				Adults	7	1	10	1	4			4	3	7		6	8	3	5	3	2	2	4	1	
				Total new cases	7	1	10	2	4			4	3	7		7	8	3	5	3	2	2	2	5	1
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	M'diq-Fnideq	MA010005	Children																					
				Adults									1	3	2		2	1			1				
				Total new cases												1	3	2		2	1		1		
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Tangier-Assilah	MA010006	Children																					
				Adults	1	1	2		2	1	1	3		3	1								2	2	
				Total new cases	1	1	2		2	1	1	3		3	1									2	2
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Ouezzane	MA010007	Children			1	1				1													
				Adults	1	2	6	2	3	2	6	3	2	3	1		1			1					
				Total new cases	1	3	7	2	3	2	6	4	2	3	1		1			1					
Tanger-Tétouan-Al Hoeceima	MA010	Tétouan	MA010008	Children																					
				Adults	2	3	1					3	2	3	6	2	3		2						1
				Total new cases	2	3	1					3	2	3	6	2	3		2						
Laâyouna-Sakia El Hamra	MA011	Boujdour	MA011001	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Laâyouna-Sakia El Hamra	MA011	Es Semara	MA011002	Children																					
				Adults																					
				Total new cases																					
Laâyouna-Sakia El Hamra	MA011	Laâyouna	MA011003	Children																					
				Adults	1																				
				Total new cases	1																				
Laâyouna-Sakia El Hamra	MA011	Tarfaya	MA011004	Children																					
				Adults						1															
				Total new cases						1															
Dakhla-Oued Ed-Dahab	MA012	Aousserd	MA012001	Children																					
				Adults														1							
				Total new cases														1							
Dakhla-Oued Ed-Dahab	MA012	Oued Ed-Dahab	MA012002	Children																					
				Adults										2		1									
				Total new cases											2		1								

Figure 7 : Cartes en série montrant le passage du Maroc par les différentes phases d'élimination de la lèpre



Pour plus d'informations, veuillez contacter:
Organisation mondiale de la Santé
Site web: www.who.int/southeastasia

